

# BUTLLETÍ OFICIAL DEL PARLAMENT DE CATALUNYA

VII legislatura

Segon període



Número 17

Dijous, 12 de febrer de 2004

## S U M A R I

<b>3.</b>	<b>TRAMITACIONS EN CURS</b>		
<b>3.30.</b>	<b>Altres tramitacions</b>		
<b>3.30.04.</b>	<b>Procediments relatius als informes del Síndic de Greuges</b>		
	Informe extraordinari del Síndic de Greuges al Parlament de Catalunya sobre l'atenció a la gent gran dependent a Catalunya (tram. 360-00002/07). Obertura del procediment i encàrrec a la Comissió.	p. 3	
<b>4.</b>	<b>INFORMACIÓ</b>		
<b>4.80.</b>	<b>Síndic de Greuges</b>		
	Informe extraordinari del Síndic de Greuges al Parlament de Catalunya sobre l'atenció a la gent gran dependent a Catalunya (tram. 360-00002/07).	p. 3	
	Índex	p. 3	
	Presentació	p. 4	
	1. Introducció	p. 5	
	2. Perspectiva general	p. 6	
	2.1. Nivell internacional	p. 6	
	2.2. Nivell estatal	p. 7	
	2.3. Nivell autonòmic	p. 8	
	2.4. Catalunya	p. 9	
	2.5. Iniciativa social	p. 9	
	2.6. Actuacions del Síndic	p. 10	
	3. Situació actual de l'atenció a la gent gran dependent a Catalunya	p. 10	
	3.1. L'abast de la dependència i la distribució de l'atenció	p. 10	
	3.2. Atenció residencial	p. 12	
	3.3. Atenció comunitària	p. 16	
	3.4. Atenció informal	p. 19	
	3.5. Organització i coordinació dels serveis	p. 20	
	3.6. La dimensió sociocultural de l'atenció a la gent gran dependent	p. 20	
	4. El model d'atenció com a resposta a les necessitats de la gent gran dependent i llurs famílies	p. 24	
	4.1. Àmbits que afecten el model d'atenció a la gent gran dependent	p. 24	
	4.2. Opcions fonamentals	p. 27	
	5. Els drets de la gent gran amb dependència	p. 32	
	5.1. Plantejament general	p. 32	
	5.2. Consideracions específiques sobre alguns drets	p. 33	
	5.3. Altres aspectes d'especial interès en relació amb els drets	p. 37	
	5.4. Drets i deures com a usuaris dels serveis	p. 40	
	6. Els deures en l'atenció a la gent gran dependent	p. 41	
	6.1. El sistema de responsabilitats	p. 41	
	6.2. Les obligacions familiars	p. 41	
	6.3. Les responsabilitats públiques	p. 43	
	6.4. El finançament	p. 43	
	7. Conclusions	p. 44	
	7.1. El model d'atenció	p. 44	
	7.2. Aspectes generals	p. 46	
	7.3. Àmbits específics	p. 46	
	7.4. Drets i deures	p. 47	
	8. Propostes i suggeriments	p. 48	
	8.1. El model d'atenció	p. 48	
	8.2. La millora de l'atenció	p. 49	
	8.3. Àmbit sociocultural	p. 50	
	8.4. Drets i deures	p. 50	



## 3. TRAMITACIONS EN CURS

## 3.30. ALTRES TRAMITACIONS

## 3.30.04. PROCEDIMENTS RELATIUS ALS INFORMES DEL SÍNDIC DE GREUGES

**Informe extraordinari del Síndic de Greuges al Parlament de Catalunya sobre l'atenció a la gent gran dependent a Catalunya**

Tram. 360-00002/07

Obertura del procediment i encàrrec a la Comissió del Síndic de Greuges

Acord: Mesa del Parlament, sessió del 10.02.2004.

## 4. INFORMACIÓ

## 4.80. SÍNDIC DE GREUGES

**Informe extraordinari del Síndic de Greuges al Parlament de Catalunya sobre l'atenció a la gent gran dependent a Catalunya**

Tram. 360-00002/07

L'ATENCIÓ A LA GENT GRAN DEPENDENT A CATALUNYA

INFORME EXTRAORDINARI DEL SÍNDIC DE GREUGES DE CATALUNYA

Presentació

1. Introducció
2. Perspectiva general
  - 2.1. Nivell internacional
  - 2.2. Nivell estatal
  - 2.3. Nivell autonòmic
  - 2.4. Catalunya
  - 2.5. Iniciativa social
  - 2.6. Actuacions del Síndic
3. Situació actual de l'atenció a la gent gran dependent a Catalunya
  - 3.1. L'abast de la dependència i la distribució de l'atenció
    - 3.2. Atenció residencial
      - 3.2.1. Places residencials
      - 3.2.2. Xarxa sociosanitària
      - 3.2.3. Finançament
      - 3.2.4. Qualitat de l'atenció
      - 3.2.5. Persones discapacitades que envelleixen
    - 3.3. Atenció comunitària
      - 3.3.1. Valoració general
      - 3.3.2. Centres de dia
      - 3.3.3. Altres serveis de proximitat
      - 3.3.4. Atenció domiciliària
    - 3.4. Atenció informal
    - 3.5. Organització i coordinació dels serveis
    - 3.6. La dimensió sociocultural de l'atenció a la gent gran dependent
      - 3.6.1. Responsabilitat de l'atenció
      - 3.6.2. Situació de famílies i dones curadores

- 3.6.3. Canvis en els models de convivència
- 3.6.4. Maltractaments
- 3.6.5. Actuacions preventives
- 4. El model d'atenció com a resposta a les necessitats de la gent gran dependent i llurs famílies
  - 4.1. Àmbits que afecten el model d'atenció a la gent gran dependent
    - 4.1.1. Perspectives demogràfiques
    - 4.1.2. Efectes sobre l'activitat productiva
    - 4.1.3. Limitacions de la despesa pública
  - 4.2. Opcions fonamentals
    - 4.2.1. Accés a les prestacions
    - 4.2.2. Finançament
      - a) Finançament públic
      - b) Copagament
      - c) Finançament privat
    - 4.2.3. Forma de prestació
    - 4.2.4. Proveïdor del servei
    - 4.2.5. Lloc de la prestació
- 5. Els drets de la gent gran amb dependència
  - 5.1. Plantejament general
  - 5.2. Consideracions específiques sobre alguns drets
    - 5.2.1. Igualtat i equitat
    - 5.2.2. Intimitat
    - 5.2.3. Dignitat
    - 5.2.4. Elecció
    - 5.2.5. Salut
    - 5.2.6. Pensions
    - 5.2.7. Treball
    - 5.2.8. Habitatge
    - 5.2.9. Serveis socials
    - 5.2.10. Família
    - 5.2.11. Participació
  - 5.3. Altres aspectes d'especial interès en relació amb els drets
    - 5.3.1. Vulnerabilitat
    - 5.3.2. Exclusió
    - 5.3.3. Incapacitació
    - 5.3.4. Testament vital
    - 5.3.5. Respecte als valors
    - 5.3.6. Aspectes socioculturals
    - 5.3.7. Voluntariat
    - 5.3.8. Modalitats de les prestacions
  - 5.4. Drets i deures com a usuaris dels serveis
- 6. Els deures en l'atenció a la gent gran dependent

- 6.1. El sistema de responsabilitats
- 6.2. Les obligacions familiars
- 6.3. Les responsabilitats públiques
- 6.4. El finançament
- 7. Conclusions
  - 7.1. El model d'atenció
  - 7.2. Aspectes generals
  - 7.3. Àmbits específics
  - 7.4. Drets i deures
- 8. Propostes i suggeriments
  - 8.1. El model d'atenció
  - 8.2. La millora de l'atenció
  - 8.3. Àmbit sociocultural
  - 8.4. Drets i deures

## PRESENTACIÓ

Les referències a les persones d'edat avançada han sovintejat en els informes anuals del Síndic de Greuges al Parlament de Catalunya. En una època relativament recent, les persones que responien a aquesta condició van veure que com a grup se'ls anomenava «tercera edat», en un esforç per defugir expressions que utilitzessin els termes «vells» o «vellesa», que, de considerar-se motiu de respecte i consideració, esdevingueren objecte de commiseració.

És possible que aquest exercici semàntic portés causa de la creença que la joventut és l'única edat prou gratificant per merèixer esforços i intentar allargar-la, enllà i tot del que biològicament o segons les convencions socials tradicionals pertoca.

En els nostres informes, els apartats on més freqüentment ens hem referit a la gent gran han estat els de Sanitat, Treball i Pensions i Serveis socials. L'any 1999, que l'Assemblea General de les Nacions Unides va proclamar Any internacional de la gent gran, vam reproduir, en les seccions i apartats de l'Informe on esqueia i per contribuir a la commemoració, alguna de les recomanacions contingudes en el primer instrument internacional sobre la gent gran, el Pla d'acció internacional sobre la gent gran, aprovat, el 1982, per la resolució 37/51 de l'Assemblea General. El lema d'aquell informe anual de 1999 va ser «Els drets no caduquen amb l'edat».

Més recentment, en l'Informe al Parlament de 2002, vam dedicar l'apartat anomenat Llibre Segon a fer un conjunt de consideracions sobre l'atenció a la gent gran dependent a Catalunya. Amb elles volíem invitar a la reflexió tant els membres del Parlament de Catalunya com tota la societat catalana sobre la necessitat d'impulsar el debat sobre les mesures a adoptar en un àmbit en què el creixement de les necessitats obliga a una resposta cada vegada més urgent.

L'Informe extraordinari que, d'acord amb l'article 30.4 de la nostra llei reguladora, hem elaborat i ara presen-

to té per finalitat prosseguir en aquesta línia. Pretén aportar unes consideracions, prou detallades, però alhora prou resumides, per facilitar aquest debat que permeti prendre els determinis que han de garantir que, efectivament, els drets no caduquin amb l'edat i que la vellesa pugui ser viscuda amb dignitat.

Aquest Informe ha estat elaborat amb la participació dels membres de l'oficina del Síndic que treballen quotidianament en els assumptes que afecten la gent gran, tot tramitant queixes i desenvolupant actuacions d'ofici, com ara l'assessora Maria Josep Juan-Torres. Però, a més, cal remarcar dos grups de col·laboracions sense les quals no hauria estat possible.

D'una banda, hem consultat un conjunt d'experts del nostre país, coneixedors dels problemes de la vellesa des d'àmbits molt diversos: economia, sociologia, món sindical, medicina, dret, administració dels serveis socials i de la salut, així com també organitzacions no governamentals que treballen en aquest àmbit.

Aquestes persones són: José Antonio Alcaide, secretari de política territorial de la UGT; Xavier Altarriba, director tècnic de l'Institut de Prospectiva i Anàlisi de la Realitat Social Krebs; Anna Altadill, treballadora social; David Casado, professor de la Universitat Pompeu Fabra; Maria Casado, directora de l'Observatori de Bioètica i Dret; José Augusto García, director d'hospital; Guillem Lòpez, catedràtic de la Universitat Pompeu Fabra; Júlia Montserrat, consultora de serveis socials; Jordi Muñoz, Comissió de Drets de la Gent Gran de l'Il·lustre Col·legi d'Advocats de Barcelona; Jaume Padrós, metge gerontòleg; Ángeles de Palma, profesora de la Universitat de Barcelona; Francesc Patricio, cap d'àrea de l'ICASS; Encarna Roca, catedràtica de la Universitat de Barcelona; Teresa San Roman, catedràtica de la Universitat Autònoma de Barcelona; Jaume Sangrà, treballador social del Departament de Benestar i Família; Sebastià Sarasa, professor de la Universitat Pompeu Fabra; Antoni Tuà, responsable de política sanitària de la CONC, i Lourdes Villanova, Associació Nou Horitzó.

Els hem demanat opinió sobre determinades qüestions i ens l'han facilitada. El resultat final d'aquest Informe no recull exactament el punt de vista de tots ells, fins i tot en algun punt en dissenteix més o menys obertament; però les seves aportacions han estat molt valuoses i escau que els expressem aquí el nostre agraïment.

En segon lloc, l'assessor d'aquesta Institució, senyor Lluís Sols, i el senyor Antoni Vilà, professor a la Universitat de Girona, que d'acord amb el treball previ del també assessor del Síndic senyor Eugeni Castelló van plantejar l'esquema bàsic a desenvolupar, han efectuat el gros de la recerca i han coordinat les entrevistes i el tractament de les informacions que se'ns han aportat.

Com és habitual en els nostres informes monogràfics, aquest treball es tanca amb un seguit de conclusions i recomanacions correlatives que correspon al Parlament, el seu destinatari preferent, de valorar i, en la mesura que ho creurà oportú, d'impulsar.

Anton Cañellas  
Síndic de Greuges

## 1. INTRODUCCIÓ

Hi ha moltes persones grans que necessiten ajuda per a algunes de les activitats quotidianes bàsiques. Aquestes persones constitueixen en conjunt un col·lectiu –el de les persones grans dependents– nombrós, creixent i amb un alt risc de veure vulnerats alguns dels seus drets, la qual cosa justifica la importància i la urgència d'analitzar la seva situació i efectuar pronòstics sobre l'eventual evolució que viuran en el nostre país.

Aquesta percepció de la importància i la urgència del cas que proposem ha estat compartida per molts sectors de Catalunya i de tot l'Estat, de manera que al llarg de tot l'any 2003 ens han arribat nombroses informacions sobre reunions d'experts, iniciatives i preses de posició sobre aquesta problemàtica impulsades per diverses entitats, públiques i privades, com també per diferents col·lectius, entre els quals el de les persones grans mateixes. N'hem de destacar, entre d'altres, el dictamen de la comissió encarregada de revisar el Pacte de Toledo, en què es manifesta el consens sobre la necessitat d'establir aviat una regulació sobre la situació de dependència i d'estudiar les alternatives viables per protegir aquest sector de la població.

A l'Informe es pot trobar una perspectiva general dels problemes relatius a l'atenció a la gent gran, una aproximació a la seva situació al nostre país –amb una particular atenció als aspectes socioculturals– i una síntesi dels aspectes més rellevants que creiem que s'han de considerar a l'hora d'escollir un model d'atenció per a Catalunya. A més, hi incloem unes reflexions sobre alguns drets i deures que hem detectat que requereixen reflexions i estudis més acurats en la seva aplicació a la gent gran dependent i que, en alguns casos, haurien de ser objecte d'un reconeixement jurídic més adequat. Finalment, el treball aporta unes conclusions que serveixen de base a un conjunt de trenta-dues propostes i suggeriments.

En tot cas, sabem que aquesta iniciativa forma part d'un moviment molt més ampli, especialment en els països del nostre entorn. Ja fa algunes dècades que als països escandinaus es van implantar els primers sistemes d'atenció a la gent gran dependent. Tanmateix, va ser sobretot a la dècada passada, especialment a partir de l'any 1995, quan la major part dels països europeus van començar a implantar amplis sistemes d'atenció a la dependència. No arribem, doncs, massa tard. Però, com veurem al llarg de l'estudi, no hauríem d'ajornar més aquesta qüestió si volem evitar que la gravetat mateixa de les situacions derivi en conflictes greus que ens arrossequin a adoptar solucions parcials, precipitades i, potser, poc eficients.

Cal dir, també, que som conscients que moltes de les mesures que s'haurien d'implantar transcendeixen en aquest moment les competències d'aquest Parlament. Però igualment recordem que Catalunya ha estat capdavantera en moltes iniciatives empreses des dels àmbits socials i econòmics. Per això creiem que pot tornar a ser-ho en aquesta matèria i que, en darrer terme, potser caldrà reclamar de les corresponents instàncies estatals tot allò que no es pugui abordar directament amb els recursos i les competències que avui tenim i que

sigui necessari per atendre dignament uns ciutadans que han contribuït de forma cabdal a la recuperació de les llibertats i a l'assoliment del benestar social del nostre país.

## 2. PERSPECTIVA GENERAL

Els darrers anys s'han promogut iniciatives adreçades a considerar els problemes que presenten la gent gran dependent i les seves famílies. S'ha fet per mitjà de disposicions legislatives, plans d'actuació i dispositius organitzatius específics o dins les actuacions de protecció davant la discapacitat i l'envelliment. Per contribuir a delimitar el marc d'actuació, presentem a continuació una síntesi de les iniciatives i les accions empreses en els àmbits internacional, estatal i català, sens perjudici que en els apartats següents s'efectuï un tractament més detallat de determinats aspectes.

### 2.1. Nivell internacional

S'ha de reconèixer l'important paper desenvolupat en la promoció i divulgació dels aspectes relacionats amb la discapacitat i l'envelliment per les Nacions Unides en les dues darreres dècades, que van anar trenant principis i accions a favor d'aquests col·lectius.

La proclamació de l'any 1981 com a Any Internacional de les Persones amb Discapacitat i l'aprovació, l'any següent, del Programa d'acció mundial per a les persones amb discapacitat sota els lemes d'«igualtat» i «plena participació» van ser contribucions remarcables, tant des del punt de vista conceptual com per marcar el camí a seguir en les actuacions futures. El mateix 1982, l'ONU va organitzar a Viena la primera Assemblea Mundial sobre l'Envelliment, que va impulsar el primer Pla d'acció internacional sobre l'envelliment, que incloïa mesures sobre la feina, la seguretat econòmica, la salut, la nutrició, l'habitatge, l'educació i el benestar social, tot identificant les persones grans com un grup de població divers i actiu, amb aptituds diferents i necessitats especials en alguns casos.

A la dècada següent, l'Assemblea General de l'ONU va aprovar els Principis de les Nacions Unides en favor de les persones grans (1991), que establien els cinc eixos (independència personal, la participació, l'atenció, la realització personal i la dignitat), que esdevingueren fonamentals per al disseny de les polítiques en aquest camp.

Per donar continuïtat a aquestes accions, l'esmentada assemblea va aprovar les Normes uniformes sobre la igualtat d'oportunitats per a les persones amb discapacitat (1993) i va proclamar l'any 1999 com a Any Internacional de les Persones Grans, amb el lema ben explícit de «Cap a una societat de totes les edats», que va permetre aprofundir en l'estudi de la situació de les persones grans, el seu desenvolupament individual al llarg de tota la vida, les relacions entre generacions i altres fenòmens relacionats amb l'envelliment de la població. En aquest cas l'Assemblea General de les Nacions Unides va contribuir a aquesta celebració amb l'aprovació d'un «Marc de polítiques per a una socie-

tat de totes les edats» i un «Programa d'investigació per a l'envelliment per al segle XXI», documents que proposaven polítiques facilitadores de la transició vers el nou model de societat proposat.

Al començament del nou mil·lenni es reuní a Madrid la Segona Assemblea Mundial sobre l'Envelliment (2002), que va enriquir el corpus doctrinal ètic i jurídic amb noves aportacions, entre les quals cal remarcar les adreçades a fer possible que les persones grans puguin participar plenament en la vida econòmica, política, social i cultural de les seves societats. També insistia que les persones grans haurien de continuar tenint accés a l'educació i als programes de capacitació i poder treballar mentre volguessin. Destacava, així mateix, la importància de poder establir serveis socials públics d'acord amb les seves necessitats específiques, així com també el dret a les pensions i a una atenció sanitària sense restriccions, com a manifestacions de la solidaritat intergeneracional.

El Segon Pla d'acció Internacional sobre l'Envelliment, aprovat a l'esmentada assemblea, feia una crida a definir i concretar estratègies en la lluita contra els maltractaments; proposà també ajudes per a l'habitatge i, de manera especial, insistia en la importància de l'ajuda domiciliària com a garantia del fet que la persona gran sigui atesa sense haver d'abandonar el seu entorn. Per això, considerava que calia ajudar les persones grans que viuen soles i prestar suport als qui conviuen amb persones grans i als que els presten altres formes d'atenció. Finalment, destacava la necessitat de projectar una imatge pública positiva de l'envelliment.

Les institucions europees no han estat pas indiferents a aquesta problemàtica que afecta d'una manera important la majoria dels països que la componen. Entre múltiples iniciatives, cal esmentar la contribució del Consell d'Europa (1998) en la definició de la dependència en el context de la protecció, considerant que són persones dependents «les que, per raons lligades a la manca o a la pèrdua de capacitat física, psíquica o intel·lectual, tenen necessitat d'una assistència i/o ajuda important per a la realització de les activitats de la vida diària»; també ha de ser destacat el Conveni del Consell d'Europa (2000) en relació amb els drets dels usuaris a l'àmbit de la biomedicina, principalment en els postulats de: *a)* respecte per la màxima autonomia possible; *b)* protecció socio sanitària integrada i seqüencial; *c)* implicació de l'afectat; *d)* protecció de les generacions futures.

Aquest mateix organisme recull els drets de les persones amb discapacitat mental, entre els quals considera fonamental el reconeixement a la seva capacitat de decisió, mentre sigui possible, i la integració a la comunitat.

També la Unió Europea s'ha referit sovint mitjançant diverses resolucions i documents a aspectes relacionats amb l'envelliment. Aquí ens referirem només a algunes de les abundants disposicions, directes i indirectes, que conté la Carta dels drets fonamentals de la Unió Europea (2000) respecte a la vellesa i la dependència, que emmarquen clarament la direcció de les polítiques legislatives en aquesta matèria. La carta comença establint: «La dignitat humana és inviolable. Serà espec-

tada i protegida» (art. 1); en el marc de la medicina i la biologia tracta del consentiment lliure i informat i de la prohibició de practiques eugenèsiques (art. 3, 2); estableix el dret a la protecció de les dades personals i a accedir a les dades recollides (art. 8, 1 i 2); prohibeix tota mena de discriminació per «discapacitat i edat» (art. 21, 1); reconeix i respecta el dret d'accés a les prestacions de la seguretat social i de serveis socials que garanteixin la protecció en els casos de «la dependència o la vellesa», així com també a l'ajuda social i per a l'habitatge per garantir una existència digna als que no disposin de recursos suficients (art. 34, 1 i 3), així mateix, reconeix el dret de tota persona a la prevenció i l'atenció sanitària (art. 35).

A més de l'esmentada referència directa a les prestacions per dependència, dins l'apartat de la seguretat social, els articles 25 i 26 tracten explícitament dels dos col·lectius relacionats amb la dependència. El primer dels articles esmentats, dedicat a la gent gran, reconeix i respecta el drets d'aquestes persones a portar una vida digna i independent i a participar en la vida social i cultural, i l'article següent reconeix i respecta el dret de les persones discapacitades a beneficiar-se de mesures que garanteixin la seva autonomia, integració social i professional i la participació en la vida de la comunitat.

La majoria d'estats han implantat ja amplis sistemes de protecció social a la dependència, encara que els models aplicats –com veurem al llarg d'aquest estudi– són força diferents.

## 2.2. Nivell estatal

El model d'atenció a la dependència a Espanya és configurat per normes, actuacions i iniciatives establertes des de diferents àmbits, sense una política ni planificació gaire coordinada ni integrada. En el cas de la salut, ha estat important la Llei general de sanitat (1986), que va fer efectiu el dret a la salut previst a l'article 43 de la Constitució Espanyola, completat després per la normativa catalana. Més recentment, la Llei de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut (2003) ha definit l'àmbit «socio sanitari» (art. 14, 2) i establert el catàleg de prestacions mínimes que integren aquest àmbit en el vessant sanitari.

La seguretat social preveu complements específics per a la dependència en les pensions contributives de gran invalidesa, amb un increment d'un 50% de la pensió quan el beneficiari necessita l'assistència d'una altra persona per als actes essencials de la vida. De la mateixa manera, en la modalitat no contributiva els beneficiaris de la pensió d'invalidesa i de la prestació per fill a càrrec major de 18 anys tenen igualment un complement del 50% de la pensió quan el grau de discapacitat supera el 75% i necessiten una altra persona per als actes més bàsics.

Tanmateix, hi ha col·lectius en situació gairebé idèntica que no gaudeixen d'aquest complement. Així, les persones grans amb dependència esdevinguda amb posterioritat a meritjar la pensió no gaudeixen de cap complement per a l'ajuda que requereixen d'una tercera persona, tot i que tenen dret a la pensió de jubilació,

contributiva o no. De la mateixa manera, els que tenen fills menors de 18 anys amb discapacitat tenen dret a la prestació corresponent a fills menors a càrrec, però no reben el complement del 50% que es presta als que tenen cura de fills majors de 18 anys amb discapacitat.

Aquesta situació comporta un cert greuge comparatiu. Sembla talment que ens trobem davant d'una discriminació per raó d'edat, ja que davant la mateixa necessitat la normativa no preveu la mateixa prestació.

També relacionat amb la seguretat social, ens hem de referir al darrer informe de la Comissió del Pacte de Toledo (2003), que dedica una de les recomanacions addicionals a la dependència, on considera necessari configurar un sistema integrat que abordi, des de la perspectiva de la globalitat, el fenomen de la dependència, amb la participació activa de tota la societat i la implicació de tots els nivells de l'Administració pública, mitjançant l'elaboració d'una política integral en què quedi clarament definit el paper del sistema de protecció social.

Per aconseguir això, l'esmentada comissió considera necessària una ràpida regulació que reculli la definició de la dependència, la situació actual de cobertura, els reptes previstos i les possibles alternatives per a la seva protecció, tenint en compte la distribució de competències entre les diferents administracions públiques, garantint els recursos necessaris per al finançament i la igualtat d'accés; puntualitza que en determinats supòsits podrà preveure's la contribució dels usuaris al finançament dels serveis.

En l'àmbit laboral, la Llei 13/1999 estableix mesures per als treballadors que tenen cura directe d'un familiar, fins al segon grau de consanguinitat o afinat, que no puguin valer-se per si mateixos, i els dona el dret a la reducció de la jornada de treball, amb disminució proporcional del salari, entre un terç i la meitat de la jornada, i a una excedència per un temps màxim d'un any amb reserva de lloc de treball.

Aquesta mesura ha estat ampliada per al personal de les administracions catalanes per la Llei 6/2002, i per als treballadors en general s'ha millorat en alguns convenis col·lectius. D'altra banda, algunes comunitats autònomes, per exemple el País Basc o Castella i Lleó, han començat a establir línies d'ajudes per compensar la reducció d'ingressos derivada de la reducció de jornada o de l'excedència. Tot i que de moment es refereixen només a les atorgades als pares en relació amb els fills, sembla una línia interessant a ampliar en els casos relacionats amb la dependència.

En l'àmbit dels serveis socials, no existeix una norma bàsica estatal, com en el cas de la sanitat, ja que és competència exclusiva autonòmica, llevat dels corresponents a la seguretat social; tot i que avui que totes les comunitats autònomes han creat sistemes de serveis socials, es fa difícil desglossar els que són propis de la seguretat social dels exteriors a aquest sistema. D'altra banda, atès que el fenomen de la dependència amb la magnitud i característiques actuals és relativament nou, els serveis socials autonòmics han d'atendre les noves necessitats d'aquest àmbit sense un finançament addicional adequat.

Des de l'òptica de la legislació sectorial, s'ha de recordar que ha tractat també de situacions relacionades amb la dependència la Llei d'integració social dels minusvàlids (LISMI, 1982), que regula el subsidi per ajuda de tercera persona per als majors d'edat (sense límit) que necessitin l'assistència d'una altra persona per als actes bàsics (art. 16) i preveu equipaments d'atenció especialitzada quan la profunditat de la minusvalidesa ho faci necessari (art. 52. 6). La recent Llei 51/2003, d'igualtat d'oportunitats, no discriminació i accessibilitat universal de les persones amb discapacitat, en referir-se a les mesures d'acció positiva, estableix que els poders públics adoptaran les mesures suplementàries per a aquelles persones amb discapacitat que objectivament pateixen un major grau de discriminació o presenten menor igualtat d'oportunitats, com les persones amb discapacitat severament afectades o les que no poden representar-se per si mateixes (art. 8,2).

Tot i tractar-se d'una norma molt genèrica i sense mesures concretes, pot ser útil per justificar determinades disposicions de discriminació positiva a favor d'aquest col·lectiu.

Finalment, el Pla d'acció per a les persones grans 2003-2007, aprovat pel Consell de Ministres a final d'agost de 2003, inclou com a objectiu el desenvolupament d'un «Sistema Integral de Protecció econòmica i socio-sanitària a les persones grans en situació de dependència».

Tanmateix, el contingut no s'adiu amb el títol, ja que en la redacció final s'observen poques novetats en relació amb la situació anterior; les mesures aprovades hi resulten de caràcter molt general, i n'han desaparegut alguns dels compromisos més substancials que figuraven en el darrer esborrany (esborrany de març de 2003), com la «promulgació d'una llei de protecció jurídica de les persones en situació de dependència que contempli, entre altres aspectes, l'accés de forma gradual, als serveis socials que requereixi com un dret subjectiu» (mesura 1.2.1.1) o la «promulgació d'una llei per la qual s'institueixi una prestació econòmica de la dependència» (mesura 1.2.1.2).

Amb les decisions estatals ara comentades –la Llei d'igualtat d'oportunitats i el Pla d'acció per a persones grans–, s'han malbaratat dues ocasions per establir el dret de les persones dependents, i s'ha produït un retrocés en relació amb les propostes, que havien generat força expectatives.

### 2.3. Nivell autonòmic

Les comunitats autònomes en exercici de les seves competències han adaptat i creat nous serveis i prestacions per atendre les necessitats de les persones dependents i les seves famílies, al mateix temps que cercaven noves formes de finançament.

Algunes comunitats optaren per incloure la dependència en lleis sectorials, com la Llei d'atenció i promoció a la discapacitat, d'Andalusia (1990) o a la Llei d'atenció i promoció de persones grans, també d'Andalusia (1999) i la de Castella i Lleó (2003); tot i l'interès d'aquestes normes, especialment la darrera, que mos-

tra un afany per aconseguir l'efectivitat dels drets, aquest enfocament ha estat criticat, perquè el seu caràcter «especial» podria menar vers la marginació del col·lectiu que pretén afavorir.

Una altra línia legislativa de regulació autonòmica de la dependència han estat les lleis de serveis socials, especialment algunes de les de segona generació, entre les quals es destaquen les lleis de serveis socials del Principat d'Astúries i de la Comunitat de Madrid (2003), que, a més de referir-se a la concreció dels drets, inclouen les prestacions de serveis socials a la dependència dins el seu àmbit d'actuació. La darrera fórmula ha estat la regulació específica d'aquest àmbit, com ha fet la Llei de Cantàbria de protecció a les persones dependents (2001), que, malgrat la denominació tan àmplia, en realitat regula només la part de serveis socials, exclouent expressament les prestacions de sanitat.

D'altra banda, les qüestions relacionades amb la dependència s'inclouen dins les planificacions socials i sanitàries autonòmiques, àdhuc n'hi ha d'específiques per a aquest col·lectiu. Pel que fa als tipus i les formes de les prestacions i serveis adreçats a l'atenció de la dependència, trobem iniciatives que van des de la potenciació i diversificació de l'atenció domiciliària i els centres diürns fins a l'acoblament dels centres residencials a les noves necessitats dels usuaris.

També s'han de destacar els programes innovadors adreçats a les famílies i als cuidadors, com el programa Sendian de suport a les famílies amb persones grans dependents, de la Diputació de Guipúscoa (1996), que s'adreça a facilitar ajuda a les famílies per prevenir desajustos familiars, proporcionar una convivència normalitzada i prestar atenció a la gent gran, mitjançant diferents accions. En la mateixa línia, uns anys després la Generalitat va establir el programa Viure en família (1999). També s'han d'esmentar les múltiples realitzacions autonòmiques en matèria d'accessibilitat urbanística, de l'edificació, el transport i la comunicació, en les quals Catalunya va tenir un paper capdavanter.

Han estat, doncs, importants els esforços efectuats per les autonomies a favor d'aquest col·lectiu, amb aportacions molt innovadores i imaginatives; tanmateix, es poden quedar en pur voluntarisme a causa de l'augment del contingut i de les seves necessitats, que requereix pressupostos cada cop més importants.

En relació amb l'espai socio-sanitari, les comunitats autònomes han optat per solucions diferents que van des de la coordinació del sistema sanitari i el de serveis socials fins a altres que es decanten per la integració de les prestacions dels dos àmbits, creant així un «tercer sistema». Així, a Catalunya es va crear el programa Vida als anys (1986), més tard el PALET de la Comunitat Valenciana (1996), el de Galícia (1996), el de Castella i Lleó (1998) i després aquest enfocament s'estengué a la resta de comunitats autònomes.

Les formes de coordinació també són molt diverses i de diferent intensitat: des de les que pretenen una simple col·laboració o cooperació dels sistemes, fins a les que preveuen la planificació, el seguiment i l'avaluació conjunta. Castella i Lleó, que pot ser un bon exemple d'aquesta darrera alternativa, estableix en el seu pla



sociosanitari (2003) una coordinació forta que inclou la planificació conjunta i l'assignació de recursos integrada. Catalunya es pot inscriure en l'opció «integradora», com reafirma el Decret 92/2002 que estableix la tipologia específica de serveis i establiments, diferenciant els sanitaris dels de serveis socials.

Tot i l'existència d'òrgans i comissions conjuntes, els esmentats centres i serveis es troben inserits en l'òrbita sanitària, com s'evidencia de la lectura de la norma, ja que la proposta de normativa va partir del Departament de Sanitat i Seguretat Social i les autoritzacions depenen de la Direcció General de Recursos Sanitaris, tot i l'obligació de comunicar la resolució al Departament de Benestar i Família.

## 2.4. Catalunya

Han estat molt nombroses les actuacions empreses a Catalunya que ja referim en altres punts d'aquest informe. Però ara volem remarcar-ne alguns aspectes, com el caràcter pioner de la Generalitat en l'abordatge sociosanitari, el Pla integral de la gent gran (1993) impulsat pel Departament de Benestar i Família i elaborat amb gran participació cívica –representants d'entitats, experts i professionals– que va estudiar els diferents àmbits relacionats amb l'envelliment i va elaborar propostes de gran interès, algunes molt innovadores en relació amb la dependència, que es van posar en marxa parcialment.

En aquest nivell planificador, a més del tractament que en fan els plans d'actuació social, els sanitaris i els sociosanitaris, s'ha de destacar la recent elaboració del «Llibre Blanc de la Gent Gran amb Dependència» (2002), que estableix deu recomanacions que poden ser útils com a guia per a futures actuacions: diversificar l'atenció a les dependències; prevenir les dependències des de les edats joves; orientar els serveis a les preferències de l'usuari; reconèixer el dret a l'atenció a la dependència; atenció a les dependències en un model mixt; un model assistencial basat en l'usuari; integrar l'atenció a la dependència en un únic programa; valorar el recurs humà; donar suport a l'adaptació dels proveïdors de serveis i invertir en la gestió del coneixement.

La creació de l'Observatori Català de l'Envel·liment amb Dependència pot esdevenir també una bona referència per emmarcar les actuacions, un element d'impuls i una eina per al seguiment i avaluació de les actuacions.

Quant als serveis socials, la normativa actual (Decret legislatiu 17/1994) inclou dins les seves àrees d'actuació l'atenció i promoció del benestar de la vellesa i les persones amb disminucions (art. 10, c i e), però no hi ha referències explícites a les dependències funcionals.

Les disposicions actuals provenen de la Llei 12/1983 que va crear l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (en endavant ICASS), de la Llei 26/1985, de serveis socials i de la Llei 4/1994, que va redistribuir les competències i féu algunes altres modificacions. Així, el cos central de la normativa té ja vint anys i en deter-

minats aspectes, com el de la dependència, segurament caldria una nova llei capaç d'encarar-se als reptes del nou segle.

La Generalitat va emprendre també diferents decisions innovadores en diferents aspectes relacionats amb els serveis socials de suport a la dependència, com ara les ajudes a les famílies amb una persona gran discapacitada o l'esmentat programa Viure en família, encara que els recursos esmerçats han resultat insuficients per satisfer la demanda creixent.

## 2.5. Iniciativa social

Des de la iniciativa social s'han emprès també moltes actuacions solidàries amb les persones dependents, algunes de molt meritòries, adreçades a evitar l'aïllament, la pobresa i la soledat de persones que viuen en els seus domicilis. Tradicionalment la iniciativa benèfica ha creat equipaments i serveis per atendre la gent gran, especialment la més desvalguda. Tot i que s'ha mantingut aquesta tendència, s'observa la irrupció del sector privat mercantil en la provisió de serveis que molt sovint actua de forma concertada amb l'Administració i en tot cas amb la seva prèvia autorització i el control conseqüent.

S'han de remarcar les actuacions específiques de les mateixes entitats de gent gran, que han anat assumint consciència de la seva situació, del seu dret a participar i de la capacitat d'incidir en les línies polítiques. Les entitats s'han anat federant i en els congressos nacionals de gent gran han manifestat les seves inquietuds i propostes, algunes relacionades amb la dependència. La participació formal s'ha canalitzat mitjançant el Consell de la Gent Gran de Catalunya, que entre les seves actuacions ha impulsat la Carta dels drets i deures de la gent gran, elaborada mitjançant la participació de les associacions de la gent gran, dels consells consultius comarcals, col·legis professionals, universitats i les institucions i experts en la matèria i que fou establerta per acord del Govern de 8 d'octubre de 2003.

En el panorama estatal cal destacar que la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA) –en què participen algunes de les catalanes–, va aprovar en el seu VI Congrés, l'octubre de 2003, una proposta sobre les Bases per a una llei estatal de protecció social a les persones dependents, que configurava l'atenció com un autèntic dret subjectiu: «Tota persona dependent té dret a les prestacions i serveis de protecció a la dependència» i, per tant, «cap persona gran dependent podrà quedar sense la deguda atenció per raons econòmiques o d'una altra índole. Les prestacions podran ser exigides a través dels tribunals de justícia, en cas d'incompliment o retard manifest».

També algunes entitats privades i empreses de diferents sectors de l'economia relacionades amb la gent gran remarquen la necessitat d'establir una llei estatal sobre la dependència que defineixi aquest sector i les seves prestacions i delimiti les funcions de les administracions públiques i el paper de la iniciativa privada, a més a més de determinar les fonts i modalitats de finançament.

## 2.6. Actuacions del Síndic de Greuges

Per completar aquesta pinzellada sobre l'estat de la qüestió, s'han de ressenyar també les nostres intervencions en aquesta matèria amb motiu de l'Any Internacional de les Persones Grans, que vam publicar a l'Informe anual de 1999 sota el lema «Els drets no caduquen amb l'edat». Allí ja subratllàvem que l'envelliment de la població és un fet positiu que mostra que Europa té èxit en els seus sistemes social i de salut.

Així mateix, recordàvem que l'article 50 de la Constitució Espanyola preveu que els poders públics garantiran la suficiència econòmica als ciutadans de la tercera edat –mitjançant pensions adequades i actualitzades periòdicament– i que en promouran el benestar mitjançant un sistema de serveis socials que atendran els problemes específics de salut, habitatge, cultura i lleure.

En aquell informe assenyalàvem que –per a aquest col·lectiu de persones grans– caldria regular com a veritables drets subjectius una part, si més no, dels serveis que ofereix l'Administració en matèria de serveis socials, d'acord amb el mandat constitucional als poders públics (art. 9.2) «de promoure les condicions per tal que la llibertat i la igualtat de l'individu i dels grups en els quals s'integra siguin reals i efectives; remoure els obstacles que n'impedeixin o en dificultin la plenitud, i facilitar la participació de tots els ciutadans en la vida política, econòmica, cultural i social».

Es pot dir, doncs, que en les darreres dècades s'ha avançat molt a nivell mundial en el procés de reconeixement dels drets de la gent gran i que ara s'ha de fer un esforç per definir quins podrien ser reconeguts de manera més concreta i específica en el nostre país. Amb tot, cal ser conscients de la persistència d'obstacles a l'hora de reconèixer i sobretot fer efectius aquests drets.

En la mesura que poden tenir efectivitat, comporten un compromís d'atenció, i quan es tracta de drets socials, d'una elevada repercussió sobre la despesa pública. La tendència a limitar la despesa pública i les perspectives demogràfiques són actualment obstacles importants per a aquest reconeixement, amb caràcter universal. Però això mateix evidencia la importància de treballar per a una definició d'aquests drets adaptada a la nostra realitat, les nostres necessitats i les nostres possibilitats per tal de construir un model d'atenció sostenible.

### 3. SITUACIÓ ACTUAL DE L'ATENCIÓ A LA GENT GRAN DEPENDENT A CATALUNYA

#### 3.1. L'abast de la dependència i la distribució de l'atenció

És ben sabut que assistim des de fa temps a un procés d'envelliment de la població. Això és en gran part conseqüència, com acabem de recordar, del nostre èxit en la millora de les condicions de vida i en la lluita contra la malaltia, però planteja nous reptes. L'esperança de vida arriba ja als 80,1 anys d'edat. L'any 1950 a Catalunya només un 8,6% de la població tenia més de 65 anys; avui aquesta proporció s'ha duplicat fins a arribar al 17,4%, amb un total d'1.104.000 persones grans, segons el cens de l'any 2001.

Encara més significatiu és l'índex anomenat de dependència senil, que dona el percentatge de gent gran (de més de 65 anys) en relació amb la població en edat activa (entre 16 i 64 anys). Aquest índex era del 16% l'any 1975 i avui ja és del 26%. Hi ha, en proporció, més persones grans per atendre i això ens fa la tasca més complicada. Actualment hi ha a Catalunya al voltant de 260.000 persones de més de 80 anys, edat a partir la qual es van manifestant progressivament diverses patologies cròniques invalidants i la dependència s'incrementa de manera exponencial, especialment quan no es prenen mesures preventives.

Amb tot, cal recordar que els avenços de la medicina i la prevenció han permès una millora de les condicions de vida i un envelliment més saludable, de manera que l'edat cronològica no correspon sempre a l'envelliment. Per això, avui, si bé els anys de vida augmenten, també es comprova que a la mateixa edat s'hi arriba en millors circumstàncies.

Des de fa uns anys, utilitzem el terme «dependent» per definir la situació d'algú que, per raó de la pèrdua de capacitat, necessita ajuda important per a les activitats de la vida diària, encara que hi ha diferents criteris per definir i mesurar aquest grau de dependència.<sup>1</sup> Habitualment se sol diferenciar entre les dependències que es refereixen a limitacions per a les activitats bàsiques de la vida diària i les de tipus instrumental.

Podem afirmar que la prevalença de la dependència s'ha reduït en tots els trams d'edat, encara que no és prou clar si aquesta reducció arriba a compensar l'increment de la dependència derivat de l'augment de l'esperança de vida, o sigui, si els anys que, en conjunt, hem de viure en estat de dependència augmenten o disminueixen.

El fet és que avui una persona de 65 anys té una esperança de vida de 19 anys, dels quals 8 –el 43%– els viurà en situació de dependència. Des d'aquesta perspectiva, Catalunya baixa posicions respecte als països més avançats, ja que, si bé la nostra esperança de vida és de les més altes, aquest liderat es perd quan el paràmetre a valorar és el d'esperança de vida lliure de discapacitat.

Cal assenyalar també que vivim uns anys relativament tranquils en relació amb aquest problema. La generació del *baby-boom* es troba en plena etapa activa i és prou nombrosa per generar recursos amb què atendre les persones grans. A més, la població entre 50 i 70 anys –la que majoritàriament presta en les famílies atenció informal a la gent gran dependent– té encara una taxa d'activitat femenina molt baixa, fet que en conjunt cal valorar negativament, però que permet que hi hagi moltes dones tenint cura del seu familiar gran.

1. El criteri utilitzat pel Departament de Benestar i Família és força estricta i considera que són dependents aquells individus que necessiten l'ajut d'altres persones, com a mínim, per a una de les següents sis activitats: banyar-se, vestir-se, anar al lavabo, desplaçar-se per dins de la casa, control d'esfínters, i menjar i beure. Altres criteris es basen en l'índex de Barthel, orientat bàsicament a avaluar les dependències físiques, el test de Pfeiffer que valora el deteriorament cognitiu, o el de Lawton, per conèixer els déficits en el desenvolupament d'activitats instrumentals. Hi ha també sistemes multidimensionals que combinen diferents criteris.

Tot això explica que el problema encara no hagi arribat a proporcions socialment ingestionables, malgrat la gravetat que té per a moltes famílies. Però les generacions que vénen darrere tenen una taxa d'activitat molt més elevada i difícilment podran prestar aquesta atenció a l'àmbit familiar.

A més, els canvis culturals –i les dimensions i condicions dels habitatges– fan gradualment menys freqüent d'acollir a casa un familiar gran dependent per ocupar-se'n plenament. Cada vegada són més les persones grans –sobretot a l'Àrea Metropolitana de Barcelona– que viuen soles i en un cert aïllament. Per això, les persones grans tracten de maximitzar la seva autonomia i, pel mateix motiu, es demana a les administracions públiques el desplegament d'un sistema d'atenció de major abast.

Les dades més recents per quantificar el nombre de persones grans dependents al nostre país provenen de l'àmplia «Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud» elaborada pel l'INE l'any 1999 i publicada l'any 2001. La mostra catalana d'aquesta enquesta es va fer sobre més de 20.000 individus i és força representativa de la població del nostre país. Segons l'enquesta, l'any 1999 hi havia a Catalunya 223.000 persones grans dependents no institucionalitzades. Cal afegir a aquesta xifra les que es trobaven institucionalitzades en residències assistides i centres sociosanitaris de llarga estada, que no van ser incloses en l'enquesta.

El resultat permet estimar que l'any 1999 a Catalunya hi havia unes 262.000<sup>2</sup> persones grans amb problemes de dependència, o sigui, un 24,4% del total de catalans amb més de 65 anys. D'ells, uns 175.000<sup>3</sup> –16,3% del total de gent gran– presentaven almenys una dependència severa.

Les persones grans dependents necessiten atencions de llarga durada per realitzar algunes activitats quotidianes que es consideren bàsiques, fonamentalment relacionades amb la cura d'un mateix. Aquestes cures es diferencien de l'atenció exclusivament sanitària perquè es poden proporcionar sense grans requeriments tecnològics, de manera que, en principi, poden ser proveïdes pels familiars de la persona dependent.

Aquestes cures es poden distingir en funció del lloc on viuen les persones grans dependents. Parlem d'atenció «residencial» quan són internades en una residència. La resta rep atenció a la seva comunitat. Aleshores, parlem d'atenció «comunitària», o bé d'atenció «informal» si l'atenció prové exclusivament de curadors informals. L'ajuda comunitària prové de dues fonts principals: l'atenció «domiciliària» que proveeixen curadors professionals, i l'atenció rebuda en els anomenats «centres de dia». Amb dades de l'any 1999,<sup>4</sup> aproximadament

un 15% rebia atenció residencial, un 7% atenció comunitària i un 78% que no rebia altra ajuda que l'atenció dita informal.<sup>5</sup> L'atenció residencial es repartia entre el 13,3% que es trobava ingressat en residències assistides i el 1,7%, que era atès en centres sociosanitaris de llarga estada.<sup>6</sup> Per la seva banda, l'atenció comunitària es repartia entre el 2% atès als centres de dia i el 5% que rebia atenció domiciliària.

Cal recordar que –en dades de l'any 1999– el 70% de les places de les residències assistides no rebien cap finançament públic.

El 30% restant eren finançades només parcialment amb fons públics i moltes es trobaven en centres concertats. Tanmateix, cal assenyalar que els darrers anys el Departament de Benestar i Família ha volgut atendre la demanda existent mitjançant la concertació de places públiques en centres privats, de manera que la proporció d'aquest tipus de places s'ha duplicat fins a arribar a gairebé al 20% del total de places residencials.

Així doncs, el sistema d'atenció a la gent gran dependent a Catalunya es caracteritza pel predomini de l'atenció informal, el desenvolupament moderat de l'atenció residencial i l'escàs desenvolupament de l'atenció domiciliària. Les persones que reben alguna atenció domiciliària equivalen només a l'1,3% de la població de més de 65 anys,<sup>7</sup> i les ateses en places residencials, al 3,8%,<sup>8</sup> aproximadament la meitat que en alguns dels principals països més representatius de la Unió Europea, com ara Alemanya o França.

Hi ha, doncs, avui un important dèficit de places residencials, però no podem oblidar que la tendència internacional és de donar una clara preferència a l'atenció domiciliària i que, previsiblement, això moderarà en el futur la demanda de places residencials. Per això podria ser que l'actual ritme de creixement de l'oferta residencial fos l'adequat per arribar en pocs anys a nivells acceptables.

D'altra banda, la coordinació entre els diferents organismes públics és un dels principals problemes que presenta l'actual sistema d'atenció al nostre país. Com veurem en parlar de l'atenció residencial, hi ha dificultats de coordinació entre les diferents xarxes d'intervenció social. Però encara són més rellevants els problemes de coordinació entre les diferents administracions que hi intervenen, especialment l'Administració de la Generalitat i les entitats locals.

5. Si considerem únicament la dependència severa, les proporcions se suavitzen lleugerament: un 22% rep atenció residencial, un 10%, atenció comunitària i un 68%, atenció informal. Els criteris encara més restrictius de dependència utilitzats pel Departament de Benestar i Família permeten estimar que a Catalunya només hi ha 114.000 persones grans dependents i, en conseqüència, les proporcions de gent atesa serien encara més elevades: 34% rebrien atenció residencial, 16% comunitària i només un 40% s'hauria de conformar amb l'atenció informal.

6. Segons el Mapa de serveis socials 2001, hi havia 39.071 places en residències assistides, 4.874 en centres sociosanitaris de llarga estada, 7.328 en centres de dia i 791 en habitatges tutelats. Algunes –un 2% del total– de les places de les residències assistides estan destinades exclusivament a estades temporals.

7. Segons dades IMSERSO 2001. A partir de les dades del Departament de Benestar i Família s'obté una proporció lleugerament més elevada, l'1,8%.

8. Any 2002. Dada elaborada a partir de l'anuari estadístic de la Generalitat de Catalunya 2003.

2. Dades elaborades a partir de l'Encuesta de Discapacitados publicada l'any 2001, l'Anuari Estadístic de Catalunya 2001 i el Mapa de Serveis Socials de la Generalitat de Catalunya 1999-2000

3. Es considera que totes les persones grans ingressades en residències assistides o sociosanitàries de llarga estada presenten un nivell de dependència important.

4. L'any 1999 es va efectuar l'esmentada Encuesta de Discapacitados que permet una informació particularment completa.

S'ha de recordar que els ajuntaments de més de 20.000 habitants i els consells comarcals tenen competències i obligacions importants en relació amb els serveis socials d'atenció primària, que inclou l'atenció domiciliària i altres serveis comunitaris. Aquests diferents nivells competencials –i l'ambigüitat amb què estan formulats– fan particularment complicada la coordinació entre les administracions implicades.

### 3.2. Atenció residencial

#### 3.2.1. Places residencials

Com ja hem assenyalat, l'atenció residencial a la gent gran dependent a Catalunya es caracteritza per la existència a la pràctica d'una doble xarxa. En la xarxa de residències assistides de serveis socials es presta essencialment atenció social, i la xarxa de residències socio-sanitàries de llarga estada té, en canvi, un important vessant d'atenció sanitària.

Tot i que l'assistència prestada és sovint semblant, les condicions exigides i el sistema de finançament són prou diferents, de manera que, en parlar de l'atenció residencial a Catalunya s'han de diferenciar sempre les residències assistides de serveis socials de les socio-sanitàries de llarga estada. D'altra banda, hi ha també llars residència, destinades a persones grans no dependents, raó per la qual en principi queden fora del nostre estudi, tot i que sovint es consideren conjuntament amb les residències assistides.

El problema de la insuficiència de places ha estat tradicionalment un dels més importants en l'atenció a les persones grans dependents al nostre país. Fa pocs anys, el temps mitjà necessari per aconseguir una plaça sostinguda amb fons públics era encara superior a un any. El caràcter assistencialista del nostre model d'atenció fa que aquest servei no es consideri un dret subjectiu i, per tant, el fet que es pugui oferir o no un servei residencial sostingut amb fons públics depèn en darrera instància de la disponibilitat financera de cada moment. L'accés a les places disponibles s'adjudica mitjançant un barem complex i burocratitzat<sup>9</sup> que combina diferents criteris, com ara la situació econòmica de la persona gran, el seu nivell de dependència o el seu estat cognitiu.

A més, no es pot accedir al servei mentre no hi hagi una plaça adequada disponible i això ha donat lloc tradicionalment a llistes d'espera excessivament llargues.

S'ha de tenir en compte que, quan se sol·licita un recurs social, és perquè ja s'ha produït una situació socio-familiar que el fa necessari. No se sol·licita amb perspectiva de futur. El temps que es triga a resoldre els expedients de sol·licitud fa que moltes vegades en el moment d'utilitzar-los no siguin els més adequats i la situació hagi canviat. A més, durant el temps que l'interessat ha estat en llista d'espera ha utilitzat recursos sanitaris o socio-sanitaris que han produït un encariment del sistema públic.

9. Aquest barem atorga un pes del 20% a la situació econòmica de l'individu, un 25% al nivell de dependència, un 25% a l'estat cognitiu, un 20% a la manca de suport familiar i un 10% a la manca d'accessibilitat a altres serveis comunitaris.

Tanmateix, l'increment de l'oferta de places públiques i la política de concertació amb els centres privats ha permès els darrers anys augmentar de manera significativa l'oferta de places residencials sostingudes amb fons públics. Així, avui, quan es compleixen els requisits mínims establerts –dependència, impossibilitat de ser atès per la família i renda baixa–, es pot accedir sense esperes tan llargues a alguna plaça sostinguda amb fons públics. Cal recordar, però, que aquesta situació pot tornar a canviar aviat, especialment si no es potencien els recursos comunitaris, ja que, com veurem, les expectatives demogràfiques i el canvis en l'àmbit laboral fan preveure importants increments de la demanda que hauran de ser atesos.

Així doncs, actualment les dificultats més rellevants no són degudes estrictament a la inexistència de places, sinó al fet de ser inadegüades a les necessitats dels potencials usuaris o a la manca del personal necessari per donar-los l'atenció integral que requereixen. Així, hi ha llistes d'espera per accedir a centres o recursos concrets que sovint són els que necessita la persona gran per ser atesa adequadament.

Cal, doncs, fer els esforços necessaris per diversificar i adaptar l'oferta de places a les necessitats reals de la població, de manera que l'oferta sigui prou diversa per adaptar-se a diferents tipologies d'usuaris, amb la dotació de personal d'atenció directa necessària per al seu bon funcionament. Cal destacar també que la insuficiència de places en alguns àmbits territorials produeix manques d'equitat territorial inacceptables.

D'altra banda, els professionals de les residències per a gent gran destaquen que la persona que, procedent del seu domicili, ingressa en un centre amb un determinat diagnòstic de necessitats assistencials, sovint es desorienta en perdre la referència del seu espai personal i augmenta el seu deteriorament, de manera que la dependència és més intensa i el diagnòstic inicial ja no s'ajusta a la nova realitat. Sense una revisió prou àgil de la valoració inicial de la persona ingressada i del seu informe assistencial, l'usuari fàcilment es troba en un centre no prou adequat a les seves necessitats.

Un altre problema que incideix en l'escassetat de places residencials prové del fet que les residències assistides, en general, donen molt poques altes perquè, malgrat que hi ha residents que milloren el seu estat i podrien tornar a casa, les limitacions dels serveis d'atenció domiciliària ho fan inviable, llevat d'aquells casos en què hi ha familiars que poden fer-se'n càrrec. Això genera certa ineficiència del sistema, atès que sovint l'atenció domiciliària presenta avantatges clars respecte a l'atenció residencial.

#### 3.2.2. Xarxa socio sanitària

Com ja hem assenyalat, a Catalunya es va crear un espai «socio sanitari» amb la intenció d'optimitzar els recursos, generar sinergies i millorar la prestació de les persones que presenten simultàniament una problemàtica greu, tant social com de salut, amb alguna dependència.

Com assenyala més detalladament el Decret 92/2002, el dit espai s'adreça a les persones grans malaltes o que, independentment de l'edat, pateixen malalties cròniques discapacitants, malalties evolutives invalidants, deteriorament cognitiu, malalties en fase terminal o persones que tenen problemes de rehabilitació funcional o que requereixen cures o tractaments de forma continuada (art. 2). Aquest àmbit, per tant, no és exclusiu de les persones grans, encara que en són majoritàriament els destinataris.

La Llei de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut (2003) defineix en l'àmbit estatal les prestacions socio sanitàries com el «conjunt de cures destinades a aquells malalts, generalment crònics, que per les seves especials característiques poden beneficiar-se de l'actuació simultània i sinèrgica dels serveis sanitaris i socials per augmentar la seva autonomia, pal·liar les seves limitacions o sofriments i facilitar la reinserció social» (art. 14.2).

Aquesta mateixa llei concreta en el Catàleg de prestacions mínimes de l'àmbit sanitari les corresponents a l'«atenció socio sanitària»: a) cures sanitàries de llarga durada; b) atenció sanitària de convalsència; c) rehabilitació de pacients amb dèficit funcional recuperable. Aquesta llei preveu també la possibilitat d'ampliar la cartera de serveis sanitaris amb acord previ del Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut. És a dir, aquesta llei sanitària defineix l'àmbit socio sanitari i fixa les prestacions corresponents a sanitat; resta pendent, per tant, la fixació de les corresponents a serveis socials.

Les places socio sanitàries de llarga estada, es pot considerar que es troben, des d'un punt de vista assistencial, a mig camí entre l'atenció que proporcionen els hospitals i la que es proveeix a les residències d'assistits abans esmentades. Així, en comparació amb els hospitals, l'assistència als centres socio sanitaris es caracteritza per oferir tractaments mèdics de menor intensitat, alhora que incorpora serveis que excedeixen els límits de l'atenció hospitalària, com ara cures de llarga durada, rehabilitació o suport psicològic i social als atesos i llurs familiars.

En contraposició a les residències, els centres socio sanitaris estan concebuts com un recurs assistencial que implica una major presència d'intervencions mèdiques i d'infermeria i un període d'internament que acostuma a ser menor.

El fet d'englobar, en una mateixa estructura física i organitzativa, el servei socio sanitari i el residencial social afavoreix les sinèrgies entre tots dos serveis, especialment a favor del residencial, que es beneficia així de l'estructura d'assistència sanitària de l'àrea socio sanitària. D'aquesta manera, quan el resident es troba malalt pot gaudir d'aquest servei sanitari i disposar, per exemple, d'un servei de guàrdia mèdica permanent de 24 hores. A més, el servei socio sanitari gaudeix de la cobertura universal característica de l'àmbit sanitari, fet que simplifica l'accés als serveis i fa més fàcil la relació amb l'Administració responsable.

Tot i els innegables avantatges que pot generar la creació d'aquest àmbit, la configuració en dues xarxes

crea dificultats d'organització i coordinació que cal tenir en compte. A cada regió sanitària hi ha una comissió mixta socio sanitària formada per professionals de diferents disciplines i representants de totes les administracions que supervisen el flux de pacients geriàtrics entre recursos socials i socio sanitaris.

La tasca d'aquestes comissions és molt positiva, però el seu funcionament no garanteix plenament la coordinació adequada entre la xarxa social i la socio sanitària, ja que sovint hi ha duplicitat d'intervencions i talls en el seguiment dels casos, amb el cost econòmic que això comporta. També es constata la dificultat de passar d'una xarxa a l'altra, de manera que habitualment la persona gran que entra en una xarxa hi continua sempre, al marge de l'evolució del seu estat de salut.

A més, la coexistència en el mateix centre de serveis assistencials i sanitaris crea disfuncions, perquè depèn de diferents departaments, amb normatives, drets reconeguts i capacitats financeres molt diferenciades. Així, el diferent nivell de reconeixement del dret a les prestacions sanitàries i a les de serveis socials i la diferent efectivitat de la seva cobertura dificulta un tractament igualitari i provoca el risc d'una interpretació a la baixa. El grau de desenvolupament i consolidació dels dos sistemes –sanitari i de serveis socials– és ben diferent i no es poden tractar com si tinguessin les mateixes possibilitats.

Es crea així una situació difícil quan la persona ingressada passa del centre socio sanitari –on el copagament és baix– a la residència, on s'exigeix una participació econòmica més elevada. Els familiars difícilment entenen aquest canvi. El límit entre la condició de malalt socio sanitari i resident de serveis socials és molt difús i, en canvi, les aportacions econòmiques de l'afectat en un servei o l'altre són força diferents.

Certament, es tracta d'una qüestió que afecta el problema –molt més complex i que tractarem més endavant– de la participació dels usuaris i dels seus familiars en el finançament dels serveis, participació que té un tractament diferent en l'àmbit sanitari i en el social. Però cal destacar-ho ja aquí per la incidència que té en la percepció que els usuaris tenen dels serveis.

Cal assenyalar també que alguns dels trets més positius de l'àmbit sanitari poden generar indirectament efectes negatius. El caràcter universal i, gairebé sempre, gratuït d'aquesta atenció fa que moltes famílies tractin de prolongar-hi artificialment les estades i així evitar les dificultats que comporta l'atenció a casa o haver de pagar una residència costosa. Això col·lapsa fàcilment les places disponibles i fa que a vegades qui realment necessita atenció sanitària no en pugui rebre, fet que lesiona el seu dret a la salut.

Cal trobar fórmules que evitin aquests efectes perversos i contribueixin a la creació d'un veritable espai socio sanitari.

D'altra banda, el sistema de finançament per temps d'estada en els centres privats proveïdors de serveis socio sanitaris pot incentivar també el perllongament innecessari de l'estada en el centre socio sanitari, per compensar el cost de processos o tractaments costosos.

En aquest sentit, cal recordar que l'assistència sanitària a malalts geriàtrics sovint comporta tractaments molt cars i que el mòdul que reben els centres sociosanitaris ha d'atendre tots els productes necessaris per aquests tractaments que no es poden facturar al Servei Català de la Salut mitjançant les receptes. Així, l'allargament artificial de l'estada al centre permet rescabalar-se del cost del tractament.

Un altre aspecte que dificulta l'establiment i el funcionament d'aquest nou espai és la manca de coincidència de l'estructuració territorial dels àmbits que el componen i la insuficiència d'instàncies formals conjuntes de direcció, planificació, gestió i avaluació. En relació amb la primera qüestió, alguna comunitat autònoma, com ara el Principat d'Astúries, ha optat en la nova Llei de serveis socials (2003) per fer coincidir les àrees de serveis socials amb les establertes al mapa sanitari.

Molts consideren inadequada l'actual dualitat de xarxes residencials, tot i que no hi ha unanimitat al respecte. El ja esmentat augment de la demanda d'atenció sanitària en les residències assistides invita a considerar els avantatges d'unificar les dues xarxes, mantenint el caràcter gratuït del vessant sanitari de l'atenció.

En el mateix sentit, alguns professionals troben a faltar l'existència d'un organisme comú que assumeixi de manera unificada l'assignació dels serveis als usuaris, ja siguin residencials o comunitaris i atribueixen a la inexistència d'aquest organisme les dificultats de coordinació existents. En general, hi ha acord en la necessitat de fer molt més intensa la coordinació entre ambdues xarxes.

### 3.2.3. Finançament

En conjunt, els serveis residencials pateixen a Catalunya una insuficiència greu de finançament públic. L'any 2001, només l'1,4% de la gent gran de Catalunya era atesa en places residencials sostingudes amb fons públics –14.895 places en total–, tot i que la majoria eren en règim de cofinançament.

Així, abans d'accedir a una plaça sostinguda amb fons públics l'usuari –o la seva família– es compromet a cofinançar les despeses amb els seus ingressos, seguint els criteris establerts.<sup>10</sup> A més, al voltant del 60% de les places residencials són exclusivament privades i el seu cost recau sobre els usuaris. En conseqüència, i amb dades de l'any 2000, només un 20,6% del cost total del conjunt de les residències assistides era finançat amb fons públics.

Les queixes presentades i les declaracions dels gestors dels centres ens han permès constatar que la participació financera dels usuaris genera un cert malestar en l'usuari i en els seus familiars. Alguns d'ells qüestionen

10. Dels ingressos totals dels membres de la unitat de convivència se'n resta el salari mínim interprofessional multiplicat pel nombre de membres que en formen part. La diferència resultant s'anomena excedent i es multiplica per un percentatge establert (0,7 si es tracta d'una persona sola; 1,7, si en són dues; i 0,7 més per cada persona addicional). S'obté així l'aportació que ha de realitzar l'usuari. Ara bé, si l'excedent supera 1200 euros, l'usuari no té accés a una plaça sostinguda amb fons públics i ha de pagar enterament les seves despeses. En qualsevol cas té dret a retenir-ne una part per a despeses personals.

que els estalvis personals augmentin el percentatge de participació en el finançament del servei. Des del seu punt de vista, per als que han acumulat uns estalvis constitueix un greuge comparatiu haver de pagar més que altres que –tot i tenir ingressos i necessitats similars– no ho han fet.

Cal recordar que els estalvis –o altres béns aconseguits amb grans sacrificis– conformen la situació de seguretat de la persona gran i, per això, se'ls fa difícil dedicar-los al pagament dels serveis.

Com hem vist, l'accés a una plaça sostinguda amb fons públics ha estat tradicionalment difícil. Però, a més, en la pràctica, només hi tenen accés persones amb un nivell baix de renda. Això deixa desatesa una àmplia franja de les classes mitjanes que no tenen prou recursos per anar a una residència privada, però que tenen un nivell d'ingressos considerat excessiu per accedir a les places sostingudes amb fons públics.

La mitjana del cost d'una plaça residencial privada equival, aproximadament, a 2,5 vegades el salari mínim interprofessional (d'ara endavant SMI); aquest cost l'ha de finançar íntegrament l'usuari que no tingui accés a una plaça pública. S'estima que, aproximadament, un 60% dels pensionistes cobren unes pensions anuals inferiors a 2,5 vegades el SMI, la qual cosa posa de manifest que la majoria de les persones grans dependents que necessiten serveis residencials no poden pagar, per elles mateixes, el preu d'una residència privada.

Ara bé, es calcula que les places públiques només són accessibles amb facilitat a persones amb una renda individual inferior a l'1,5 del SMI, i això deixa sense satisfer les necessitats dels que es troben situats entre 1,5 i 2,5 vegades el SMI.

Totes les places sociosanitàries de llarga estada són sostingudes bàsicament amb fons públics, ja que en aquest àmbit el finançament privat pur és pràcticament inexistent. El cost de les atencions de llarga durada que proporciona aquest tipus d'institucions és totalment atès per l'Administració sanitària, que també assumeix les despeses de manutenció i allotjament fins al tercer mes d'estada.

A partir del quart mes, aquestes despeses són assumides pel Departament de Benestar i Família, amb un esquema d'aportacions dels usuaris similar al de les residències assistides. Cal recordar, a més, que la xarxa sociosanitària inclou poc més del 10% del total de les places residencials. Les notables diferències de cost –per a l'usuari– entre totes dues xarxes crea, sovint, greuges comparatius, tenint en compte que el perfil de l'usuari és moltes vegades idèntic i que, com ja hem assenyalat, normalment roman sempre en la xarxa on va entrar inicialment.

D'altra banda, en relació amb la problemàtica relativa al finançament, cal considerar també la situació específica dels centres proveïdors de serveis residencials finançats amb fons públics. El fet que el mòdul de pagament no tingui en compte els aspectes qualitius de la prestació –cosa que en principi pot semblar un factor d'equilibri i igualtat de tracte– pot tenir un efecte negatiu, pel fet d'incentivar els centres que fixen sous mínims, amb la qual cosa la manca d'experiència, la

rotació constant i la desmotivació dificulten assolir uns mínims de qualitat en l'atenció prestada.

Per això, l'existència d'un mòdul homogeni pot actuar en detriment de la qualitat i pot afavorir el deteriorament del servei, atesa la necessitat de mantenir l'equilibri econòmic en l'explotació del centre. Així, alguns gestors de centres residencials amb qui hem tingut oportunitat de conversar han manifestat que amb el mòdul actual és molt difícil finançar un personal qualificat amb remuneració incentivadora, llevat que es redueixi el nombre de professionals, i aleshores el problema seria la desassistència per manca d'efectius. Caldria, doncs, que, en establir les ràtios, la normativa concretés millor la formació exigida al personal.

En aquest sentit, el Departament de Benestar i Família va arribar a un acord amb els centres residencials col·laboradors que preveia distingir diferents nivells que corresponen a ràtios de personal d'atenció directa també diferenciades. Això ha de comportar una ponderació més adequada de la dependència i un augment en la ràtio de personal i en la prestació pública per assistit.

Tanmateix, cal assenyalar que no totes les residències hauran d'oferir necessàriament tots els nivells assistencials, de manera que, quan es produeixi una evolució del seu estat de salut, l'usuari haurà de canviar de centre en aplicació estricta de les normes, fet que pot tenir efectes perjudicials per a ell.

Cal assenyalar també que en aquests centres hi ha serveis - com ara determinades prestacions d'infermeria o rehabilitació- que, tot i tenir un caràcter gratuït en l'àmbit sanitari, no formen part dels serveis assistencials gratuïts a les residències assistides de caràcter públic. Aquesta situació comporta un cert greuge comparatiu amb les residències sociosanitàries. Aquests serveis tenen caràcter estrictament sanitari, tot i que es presten en el marc d'un servei assistencial més genèric. Per això, sembla més raonable que el seu finançament sigui el característic del sistema sanitari i, per tant, que no comporti cap cost a l'usuari.

### 3.2.4. Qualitat de l'atenció

En general, a les residències assistides es detecta una insuficiència de personal sovint relacionada amb les limitacions financeres. A la dècada dels anys setanta, la ràtio de personal de les residències per a gent gran era notablement més elevada que l'actual. Des d'aleshores, el perfil dels residents ha evolucionat cap a nivells de dependència més grans -relacionats amb l'increment de l'esperança de vida i de la mitjana d'edat dels residents- que fan que s'hi requereixi atenció més personal i especialitzada. Actualment s'ha d'atendre una demanda més intensa, amb una disponibilitat de personal més reduïda, en proporció al personal assistit.

A més, la insuficiència de recursos obliga a pagar uns salaris insuficients per a la duresa i complexitat de la tasca que han de realitzar els treballadors. Hi ha, doncs, una elevada rotació de personal i s'ha de recórrer a treballadors amb una formació insuficient. La conseqüència és que la qualitat de les residències no sempre és la correcta, atès que, sovint, no disposen de prou profes-

sionals de la categoria requerida i els serveis prestats no són diversificats i especialitzats com caldria.

D'altra banda, el progressiu augment de la mitjana d'edat dels residents fa que el seu deteriorament sigui cada vegada més gran. En aquest sentit, es constata que les persones grans que ara ingressen es troben en general en pitjors condicions que les que ingressaven fa quatre o cinc anys. Això ha comportat un notable increment de la demanda d'atenció sanitària dins de les residències assistides i una insuficiència dels recursos en aquest àmbit.

De tota manera, la major preocupació pel vessant sanitari de l'atenció pot conduir -i de fet ha conduït en molts casos- a una certa medicalització dels serveis en detriment del vessant social d'aquestes residències, fet que la vida als centres no sigui prou càlida i presenti una faceta relacional deficitària. Cal recordar que les residències són llocs on es viu i, per tant, s'ha d'intentar que s'hi pugui viure agradablement.

Un altre aspecte important per garantir el compliment de les condicions mínimes de les prestacions i de la qualitat dels serveis es refereix al control, l'avaluació i la inspecció dels serveis. La normativa actual, que regula minuciosament les condicions funcionals i materials mínimes que han de reunir els establiments i serveis socials, ha estat qualificada de reglamentarista per l'excessiu detall en els elements arquitectònics i burocràtics i s'han criticat els dèficits en la regulació dels aspectes relacionats amb la qualitat dels serveis, tot i els interessants documents elaborats els darrers anys pel Departament de Benestar i Família.

Altres especialistes troben a faltar avaluacions en termes de cost-benefici, de satisfacció de la persona gran i els seus familiars o les relacionades amb la qualitat del treball dels professionals. Caldria revisar la normativa a fi que, tot i garantir la seva seguretat i confort, s'anés cap a models més versàtils i menys uniformes per permetre l'optimització dels recursos i la seva adaptació a les noves situacions i desitjos dels ciutadans.

Els controls de la Inspecció no són prou freqüents, i en el cas dels centres privats la majoria de vegades actuen perquè hi ha hagut una denúncia. Això no permet garantir que hi ha un tracte adequat i uns serveis hotelers i assistencials suficients. Com hem assenyalat, durant molt de temps s'ha mantingut la pressió d'una demanda molt superior a la disponibilitat de recursos. Això pot explicar que l'Administració s'hagi concentrat més a augmentar l'oferta de places, per tractar d'atendre la demanda existent, que a garantir o millorar la qualitat de les places existents. Aquesta limitació dels serveis d'inspecció comporta un risc inacceptable de desatenció de les persones grans, atesa la seva gran vulnerabilitat, especialment quan tenen una capacitat molt deteriorada.

Cal cridar l'atenció sobre aquest punt perquè no estem en condicions de descartar que hi hagi aquí una àrea fosca dins del nostre sistema de defensa dels drets humans. La major part de residències tenen caràcter privat mercantil i, sense prefigurar res, no es pot excloure que en algun cas, per augmentar el marge de benefici, es prestin serveis per sota del nivell exigít per

la normativa i necessari per a garantir l'atenció adequada de les persones grans i el respecte als seus drets. Només un servei d'inspecció eficaç i amb amplis mitjans pot garantir el respecte generalitzat dels drets d'un segment tan vulnerable de la nostra població.

Així, atès que els controls i les inspeccions són fonamentals per garantir els drets de les persones grans dependents que són ateses en centres i reben alguna prestació, cal impulsar aquestes accions de forma sistemàtica i periòdica perquè tots els centres i serveis fossin inspeccionats diverses vegades l'any, i vetllar especialment pels aspectes qualitatius i l'efectivitat dels drets dels ciutadans. De tota manera, cal constatar que aquests darrers anys ja s'ha evolucionat cap a una millora significativa dels serveis d'inspecció, millora que encara cal aprofundir.

La normativa actual preveu l'existència de registres amb la valoració professional de cada usuari, les limitacions que té –o les que ha deixat de tenir–, caigudes, prescripcions farmacològiques i altres dades significatives sobre l'atenció prestada. Aquests registres contribueixen a facilitar la tasca assistencial i inspectora.

En molts casos també es preveu la participació de psicòlegs, animadors socioculturals i terapeutes ocupacionals i l'establiment d'un programa d'activitats per als usuaris. Això és molt important perquè als centres es pugui fer una vida agradable. Ara bé, no hi ha cap control sobre si les activitats previstes es realitzen efectivament o no.

Alguns centres disposen d'un programa de qualitat intern, però això no s'ha generalitzat, ja que no té caràcter obligatori.

Fa uns anys, la qualitat dels serveis d'un ampli ventall de centres va ser avaluada per una agència externa especialitzada. Els resultats van ser molt positius i esperançadors, encara que la iniciativa no ha tingut continuïtat. Es van avaluar estructures i processos, però no pas resultats. De tota manera, dins d'aquest procés es va incloure una enquesta de satisfacció dels usuaris que va aportar resultats de gran interès per a la millora del servei; aquesta enquesta tampoc no ha tingut continuïtat.

Es constaten els beneficis que comporta el fet que els centres siguin oberts al seu entorn amb participació de familiars, amics, veïns del poble o barri i de voluntariat, però es tracta d'un procés poc desenvolupat. Lamentablement, alguns responsables dels centres residencials visitats constaten el baix nivell de col·laboració dels familiars en els mitjans de participació que tenen al seu abast, com ara el consell assessor o el seguiment personalitzat de l'usuari.

Tot i que els ingressos residencials han de ser voluntaris, habitualment la voluntarietat és més producte del desig dels familiars o de la inexistència d'un servei que faci possible la permanència al domicili, que no pas del desig real dels implicats. És a dir, l'ingrés residencial és voluntari en la mesura que es percep com l'única alternativa viable entre els serveis socials existents. No hi ha dubte que un servei d'atenció domiciliària més ampli evitaria molts d'aquests ingressos i respectaria millor els desigs i la qualitat de vida de les persones grans i dels seus familiars.

### 3.2.5. Persones discapacitades que envelleixen

La situació dels discapacitats psíquics grans requereix una consideració especial. Les visites que hem fet a diversos centres d'atenció a discapacitats psíquics posen de manifest que quan passen a ser gent gran –o també en processos d'envelliment prematur– requereixen una atenció específica, amb unes necessitats afegides a les pròpies de la seva discapacitat originària a les quals cal donar resposta des del centre en el qual resideixen.

Així, quan el discapacitat psíquic arriba a la tercera edat pot patir diverses patologies o disfuncions lligades a l'envelliment i no associades, en principi, a la seva discapacitat, però que hi incideixen i fan que la persona presenti característiques peculiars. Aquestes disfuncions agreugen la seva situació de dependència i requereixen una atenció específica. Aquest és el cas, per exemple, de persones discapacitades que, en arribar a la vellesa, pateixen una malaltia mental degenerativa o bé veuen disminuïda o molt limitada la mobilitat física.

Aquest fet té un reconeixement en l'apartat 2.2.1 de l'annex II del Decret 271/2003, de 4 de novembre, dels serveis d'acolliment residencial per a persones amb discapacitat a l'hora de fixar la ràtio de personal d'atenció directa. Però, per a aquests casos, aquest decret només preveu una ràtio del 0,88, dotació que el sector considera insuficient per proveir adequadament la intensitat de l'atenció que sovint requereix el grau de dependència global que presenta la persona gran i discapacitada, i que cal tenir en compte per garantir-li la necessària igualtat d'oportunitats amb la resta de la població.

Cal assenyalar també que aquest problema s'agreuja en el cas de residències que funcionen des de fa molts anys, ja que una bona part dels usuaris són ja gent gran i el percentatge dels que presenten patologies associades a la edat i que agreugen la seva dependència és significatiu, i cal preveure que s'incrementarà progressivament.

Hem de tenir en compte que la millora substancial de la qualitat de vida d'aquestes persones –amb l'atenció integral que reben avui– ha tingut l'efecte positiu d'incrementar la seva expectativa de vida. Es tracta, sense dubte, d'un notable èxit de tota la nostra societat. Tot i això, aquest èxit genera, de fet, un augment de les patologies associades a l'envelliment dels discapacitats ja atesos, amb el consegüent increment de la demanda de recursos.

## 3.3. Atenció comunitària

### 3.3.1. Valoració general

L'atenció comunitària permet a la persona gran dependent romandre al seu entorn i viure de manera autònoma o amb la família, ja que l'atenció es presta en el mateix lloc –o no gaire lluny– de la comunitat on viu, ja sigui el municipi o el barri. Així doncs, inclou les diferents modalitats d'atenció domiciliària: els centres de dia, les llars d'acollida i altres serveis de proximitat.



Hi ha una acceptació generalitzada del fet que cal promoure prioritàriament aquest tipus d'atenció. En primer lloc perquè habitualment és l'opció desitjada per la mateixa persona gran. Continuar en el propi medi sol comportar millor qualitat de vida, ja que és més alt el grau d'autoestima i menor la sensació de marginació o soledat. La proximitat a la família o als veïns i amics aporta, no tan sols assistència material, sinó també suport emocional.

La permanència de l'ancià en el seu medi repercuteix de manera positiva en el seu procés d'envelliment i en l'evolució de la dependència. L'ingrés residencial li comporta habitualment un cert trauma, en perdre la referència del seu espai personal, de manera que sovint augmenta el seu deteriorament els primers mesos de residència.

D'altra banda, amb l'atenció domiciliària s'aprofiten totes les possibilitats d'autonomia que té la persona gran amb l'ajuda que pot obtenir del seu entorn, de manera que en general requereix menys recursos que la residencial. Sovint, el recurs a l'atenció domiciliària o a la institucionalització en un centre de dia pot comportar un estalvi per al sistema públic d'atenció, ja que no cal recórrer a l'ingrés residencial, més costós. En el mateix sentit, l'existència d'aquests serveis comunitaris permet donar cobertura adequada al retorn d'usuaris ingressats en residències que han millorat i han aconseguit reduir el nivell de dependència.

### 3.3.2. Centres de dia

Es constata que el servei de centre de dia és ben percebut per les persones grans i pels seus familiars, ja que és un recurs que els permet viure a casa i mantenir la vinculació afectiva amb la persona gran de manera més intensa que amb l'ingrés residencial. La posada en funcionament d'aquest recurs inicialment no va generar una gran demanda social, però progressivament s'ha incrementat l'interès per aquesta prestació.

En aquest sentit, alguns dels centres amb servei de centre de dia que hem visitat fan notar que és més lent el deteriorament de l'usuari en un centre de dia que en un de residencial. Alguns centres han calculat que només una petita part –entre el 15 i 20%– dels usuaris dels centres de dia acaben en ingrés residencial, tret dels casos en què aquest ingrés és provocat per canvis en les circumstàncies familiars.

La permanència al domicili durant la nit i els dies de festa permet a la persona gran un contacte afectiu més intens i permanent amb els familiars. Per contra, l'ingrés residencial generalment fa perdre progressivament el contacte i la implicació dels familiars, malgrat els esforços dels centre a mantenir la vinculació de la família. A més a més, de vegades els centres de dia estan vinculats a un casal de gent gran, que facilita la relació amb amics i veïns.

De tota manera, quan augmenta el nivell de dependència es fa sovint inevitable l'ingrés residencial, no tant perquè el servei del centre de dia no sigui adequat, sinó perquè la persona gran necessita més hores de servei i una atenció permanent a les seves necessitats vitals. Els

familiars no poden assumir aquest nivell d'atenció ni tampoc n'hi ha prou amb l'atenció domiciliària. Com acabem d'assenyalar, aquesta incapacitat assistencial de la família pot provenir també d'un canvi de les circumstàncies familiars.

El barem utilitzat per tenir accés als centres de dia<sup>11</sup> és similar, però no idèntic, al de les residències assistides. El Departament de Benestar i Família subvenciona els centres de dia amb uns criteris de copagament similars als de les residències assistides. Com a resultat de l'aplicació d'aquests criteris, l'aportació mitjana dels usuaris és del 30% del cost mitjà d'una plaça d'estada diürna.

En conjunt, l'oferta de centres de dia és encara escassa i no estan prou adaptats a les necessitats existents ni disposen dels serveis complementaris necessaris per facilitar-hi l'accés. Així, per exemple, en alguns centres l'horari d'obertura és encara de 10 a 6 tarda, mentre que els familiars comencen a treballar a les 8 o a les 9 del matí, la qual cosa fa que no puguin acompanyar l'avi al centre. La majoria de centres públics no funcionen els caps de setmana, fet que comporta dificultats per a moltes famílies i impedeix que es puguin prendre algun «respir» en l'atenció que presten al familiar.

El transport adaptat és fonamental per al bon funcionament dels centres de dia. Per això, l'absència d'un transport adequat hi pot limitar l'accés de molts usuaris. De fet, es considera generalment que la insuficiència del sistema de transport ha estat a l'origen de les limitacions que fins ara ha tingut la demanda d'aquest tipus d'atenció.

El Decret 182/2003 ha establert recentment una subvenció indirecta mitjançant la reducció de la contraprestació, fins a un màxim de la quarta part del salari mínim interprofessional. Tot i que aquesta subvenció podria ser insuficient per a les persones amb renda molt reduïda o les que viuen en el medi rural, creiem que es tracta d'un avenç important que apunta cap a la implantació d'una xarxa generalitzada de transport adaptat, similar a l'existent per al transport escolar.

### 3.3.3. Altres serveis de proximitat

Juntament amb els centres de dia, hi ha un conjunt de respostes alternatives i intermèdies que sorgeixen més enllà de la tradicional dicotomia entre atenció domiciliària i residencial. Són recursos que permeten a la persona gran dependent mantenir el màxim de temps possible el seu estil de vida i continuar a casa o, almenys, en l'entorn habitual.

Entre d'altres, cal destacar els habitatges tutelats i alternatius, les petites residències de proximitat, els centres de nit, els programes de bon veïnatge i de voluntariat, els equipaments amb serveis flexibles, polivalents i multiserveis o les diverses formes d'acolliment familiar.

11. La situació econòmica de la persona sol·licitant té un pes de del 20%, el nivell de dependència un 35%, l'estat cognitiu un altre 35% i l'accessibilitat a altres serveis comunitaris un 10%. A diferència de l'atenció residencial, no es considera en aquest barem l'existència o no de suport familiar.

### 3.3.4. Atenció domiciliària

Amb la configuració actual, el servei d'atenció domiciliària presta un servei molt útil a moltes persones, però difícilment pot constituir una alternativa real a l'ingrés residencial, ja que la seva cobertura és encara molt insuficient i, en general, poc flexible. Tanmateix, també s'observen dues xarxes, la de serveis socials i la sociosanitària, a més de la tradicional de sanitat.

Els serveis domiciliaris poden incloure tasques d'atenció com ara l'organització de la llar, la neteja de la casa, la bugada i la planxa, donar el menjar i vigilar que l'alimentació sigui adequada i, en general, el suport i l'acompanyament. A més hi pot haver una vigilància sobre l'administració correcta de les medicines prescrites o una ajuda en els exercicis de rehabilitació. Els serveis de telealarma, amb una importància creixent, també es poden incloure dins d'aquest tipus d'atenció.

El Programa d'atenció domiciliària i d'equips de suport (d'ara endavant PADES), que pertany a l'àmbit socio-sanitari, està destinat específicament a atendre malalts crònics, situació que inclou les persones grans dependents.<sup>12</sup> Els equips creats dins del programa PADES fan una tasca molt ben valorada per usuaris i professionals, encara que amb un abast clarament insuficient. Les dotacions econòmiques són escasses i no permeten cobrir gaires situacions, fins i tot quan hi ha un curador-col·laborador. Una conseqüència important d'aquesta mancança seria la dificultat per donar determinades altes hospitalàries.

La tasca dels equips PADES ha permès constatar que el retorn al domicili és més àgil i menys traumàtic per a la persona gran i la seva família si s'assegura un mínim de serveis de suport en arribar a casa. Cal considerar, doncs, que una implantació més àmplia d'aquest programa evitaria molts reingressos als serveis d'urgències hospitalaris, així com l'obligada claudicació d'alguns curadors davant la càrrega que comporta la tasca que assumeixen.

Això s'ha de complementar amb una tasca educativa de la població sobre les possibilitats d'aquests serveis, sobretot en aquelles situacions que exigeixen una intervenció més preventiva i rehabilitadora. Avui es constata que moltes de les sol·licituds de serveis d'ajut domiciliari van orientades només a la neteja de la llar, sense entendre que l'atenció és integral i ha de tenir també un caire preventiu.

Actualment els usuaris i les famílies es mostren més disposats a contribuir a finançar aquests serveis i hi contribueixen d'acord amb uns criteris similars als establerts en les residències assistides i en els centres de dia. De tota manera els barems no són els mateixos en tots els municipis, de manera que es troba a faltar un mínim consens en aquesta matèria.

Les persones grans que necessiten atenció domiciliària presenten diversos perfils que requereixen diferents respostes. Hi ha persones amb trastorns mentals, com ara el deteriorament cognitiu produït per la malaltia

d'Alzheimer, persones amb malalties cròniques invalidants i casos de pacients geriàtrics palliatius que presenten una malaltia en fase molt avançada i amb una gran dependència. Sovint, aquestes dificultats es barregen en un mateix cas i s'afegeixen a altres factors –socials, econòmics, culturals o familiars– que determinen finalment el nivell de l'atenció domiciliària requerida.

L'oferta dels serveis a domicili públics i els prestats per les empreses legalment constituïdes és escassa i els serveis que ofereixen no sempre són els que necessita l'usuari. Per exemple, serveis de caps de setmana o nocturns són difícils de cobrir o són molt cars.

En algunes àrees, la prestació pública màxima és de dues hores el dia, sense incloure caps de setmana. En general, els beneficiaris d'aquesta prestació reben 6,8 hores d'atenció el mes. Però només algunes persones grans –l'1,30% del total– accedeixen com a usuaris a aquestes modestes prestacions. Són xifres que, en conjunt, gairebé no superen el nivell que podríem considerar experimental o simbòlic.

Actualment els serveis socials d'ajuda domiciliària són responsabilitat de les entitats locals i prestats per elles mateixes o per empreses contractades, algunes d'elles constituïdes per cooperatives de treballadors. Aquestes empreses treballen amb recursos molt limitats perquè és freqüent atorgar el servei a l'empresa que ha presentat l'oferta més barata.

Aquestes limitacions financeres provoquen moltes vegades precarietat laboral, insuficiència de formació continuada i, en general, un nivell insuficient en la formació de molts dels professionals que assumeixen aquesta tasca. En conseqüència, l'oferta de serveis d'ajuda domiciliària és, en conjunt, escassa i desequilibrada. A més, entre els potencials usuaris hi ha un gran desconeixement sobre aquests serveis socials i una certa confusió sobre els seus drets en aquest àmbit. Tot això genera una demanda excessiva sobre els recursos alternatius més accessibles, com ara els serveis sanitaris.

Cal remarcar que a les zones rurals, especialment en llocs de població dispersa o de difícil accés –situació freqüent en algunes comarques del Pirineu– els recursos públics d'atenció domiciliària arriben, quan ho fan, amb moltes dificultats. En aquests casos és essencial la intervenció de recursos informals com ara la família o els veïns. Quan l'estat de salut de la persona dependent presenta un perfil complex, l'allunyament dels serveis d'assistència obliga a recórrer a l'ingrés hospitalari o residencial. Amb tot, cal assenyalar que en molts casos la persona gran no vol deixar la seva llar fins a arribar a situacions extremes i de gran dependència.

Fins ara, una gran part de la demanda de serveis domiciliaris ha estat assumida per un sector privat finançat enterament pel mateixos usuaris o les seves famílies. Hi ha una percepció general que l'escàs desenvolupament dels serveis domiciliaris de responsabilitat pública al nostre país és provocat per les dificultats de finançament.

Les entitats locals que tenen al seu càrrec aquest tipus d'atenció tenen uns recursos financers molt limitats pel conjunt de competències que han d'assumir. Així doncs, en la pràctica –i amb l'actual sistema de finan-

12. Els programes d'atenció domiciliària (ATDOM) pertanyen a l'àmbit sanitari i presten una atenció genèrica a tota la població, raó per la qual resten fora del nostre estudi.

çament local— aquests serveis només es podrien desenvolupar amb l'amplitud necessària si les administracions públiques amb ingressos amplis, com ara l'Administració central o l'autonòmica, hi aportaven els recursos financers necessaris.

A més, quan el finançament és únicament privat, les empreses dedicades a aquestes activitats han de competir amb treballadors informals que generalment no tenen cap formació per a la tasca que han de desenvolupar i la presten a preus molt inferiors als de les empreses d'aquest àmbit.

Això comporta una competència deslleial respecte a les entitats legalitzades que han de pagar impostos i contractar personal format. A més, afavoreix l'explotació dels prestadors del servei i la manca de garanties del servei prestat. Cal cercar solucions que garanteixin la formació dels treballadors, la qualitat de l'atenció, el respecte als drets dels treballadors i la viabilitat de les entitats i empreses que operen en aquest sector.

### 3.4. Atenció informal

Tot i haver-hi discrepàncies en les proporcions, hi ha unanimitat a considerar que la major part de les persones dependents del nostre país són ateses mitjançant l'atenció informal dels familiars i amics, sovint amb la participació de treballadors no donats d'alta a la seguretat social.<sup>13</sup>

Com ja hem assenyalat, les limitacions del sistema d'atenció domiciliària incrementen la pressió sobre altres recursos. En aquest sentit, la tasca dels curadors informals és molt important, ja que quan no hi ha família o amics curadors es requereix molt més la utilització de serveis professionals i, si aquests són insuficients, s'ha de recórrer a l'ingrés residencial, fins i tot amb nivells moderats de dependència.

En les darreres dècades, els canvis socials i demogràfics han reduït la disponibilitat dels familiars curadors i ha crescut la contractació de serveis privats d'atenció domiciliària per part de les famílies i la demanda d'ajudes públiques. Com veurem, la resposta de les administracions públiques davant aquest repte ha estat important, encara que insuficient i, de fet, actualment, la immensa majoria dels familiars que presten atenció informal no tenen encara cap ajuda de l'Administració.

En aquest sentit el Departament de Benestar i Família i les entitats locals han ofert diverses prestacions al curador familiar, tot i que les limitacions pressupostàries han reduït molt el seu abast. Així, alguns dels serveis oferts per l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (d'ara endavant ICASS) o per les entitats locals —com ara els serveis de menjador— s'adrecen al suport a l'atenció informal familiar i a l'autonomia de les persones grans dependents.

Amb tot, fins ara, aquestes prestacions han tingut un desenvolupament quantitatiu molt escàs, de manera que cal valorar-ne sobretot la dimensió experimental en

relació amb un futur sistema d'atenció domiciliària molt més ampli. Hi ha també serveis de suport psicològic als curadors informals i als voluntaris, però la cobertura és molt limitada, sobretot a les zones rurals i en els casos de llarga durada.

A vegades els curadors informals necessiten adaptacions de l'habitatge o materials especials com ara llits articulats, grues o matalassos antiescares. Aquests recursos comporten unes despeses importants que no poden ser assumides per la major part dels usuaris, ateses les limitades pensions actuals. Hi ha algunes ajudes públiques, però clarament insuficients. També hi ha institucions, com ara la Creu Roja, Càritas i moltes altres de dedicades específicament a la gent gran, que treballen en el suport als curadors de persones grans dependents, incloent la cessió de material ortopèdic, però la cobertura dels seus serveis és encara més limitada.

Les empreses especialitzades i els treballadors inscrits regularment a la seguretat social només atenen una petita part d'aquests serveis, de manera que es calcula que més de les dues terceres parts dels treballadors d'aquest sector pertanyen a l'economia submergida. Molts immigrants han trobat en aquest sector un autèntic nínxol laboral desatès per la població autòctona i en el qual poden treballar sense permís de treball, atesa l'opacitat que presenta aquest sector per als serveis d'inspecció de treball.

Al marge de la valoració negativa que mereix aquesta situació des de la perspectiva sociolaboral, cal constatar que el treball d'aquests immigrants irregulars ha evitat moltes situacions de desatenció de persones grans que haurien estat ingestionables, amb greus conseqüències sobre l'activitat laboral dels familiars dels afectats.

En aquest sentit, cal constatar que aquesta prestació laboral ha estat, fins ara, una autèntica vàlvula d'escapament per a les classes mitjanes que, com hem assenyalat, no poden accedir a les prestacions públiques i tampoc no poden finançar un internament residencial que, sovint, tampoc no és desitjat. Tanmateix, cal plantejar-se qui tindrà cura en un futur d'aquestes persones, majoritàriament dones, que ara s'ocupen de les persones grans, si no es preveu un sistema de protecció social de la dependència.

D'altra banda, es constata la manca de grups de suport horitzontals com ara grups socioeducatius, socioterapèutics o d'ajuda mútua, que facilitarien molt la tasca dels curadors. Amb tot, la voluntat del Departament de Benestar i Família de fomentar l'atenció informal familiar s'ha manifestat clarament amb l'ambició plantejament del programa «Viure en família» que té com a objectiu l'ajuda econòmica a les persones amb dependències i a les persones que els atenen.

Aquest programa —encara en fase de desplegament— posa a disposició de gran part de les persones que atenen una persona dependent una renda de fins a 240 euros mensuals. Es tracta d'una ajuda accessible a totes les unitats de convivència amb ingressos inferiors a 36.060 euros anuals i amb una persona dependent a casa, i constitueix la iniciativa més ambiciosa presa fins ara a casa nostra en aquest àmbit.

13. Algun estudi apunta que la proporció de persones discapacitades ateses per curadors informals, incloent-hi els treballadors no registrats, podria arribar al 85%.

Cal valorar-la, doncs, com un bon recurs de suport a domicili si s'utilitza realment a favor de les persones dependents. El problema és que cal comptar amb la bona voluntat dels familiars o persones que administren els recursos econòmics de l'usuari i l'ajuden en la seva dependència. A vegades, aquesta ajuda podria no destinar-se a millorar l'estat de la persona amb dependència, sinó a altres despeses del nucli familiar o senzillament a incrementar els estalvis.

El Departament de Benestar i Família i les entitats locals no disposen d'equips capaços de fer un seguiment a domicili d'aquest recurs, de manera que molts beneficiaris es poden trobar en unes condicions d'atenció inadequades per la prestació que reben.

### **3.5. Organització i coordinació dels serveis**

Ja s'ha comentat com en el panorama estatal s'observen diferents formes d'articular les respostes per fer front a les necessitats derivades de la dependència. Tot i que el model català, el programa «Vida als anys», s'acostuma a inscriure en la tendència integradora dels serveis sanitaris i socials, amb procediments, formes d'autorització i registre i tipologia de serveis específics, en realitat estan dins l'àmbit sanitari.

Caldria avaluar la llarga experiència del programa i valorar els avantatges i inconvenients de les alternatives integradores, que apunten a la creació d'un «tercer sector» i les de coordinació amb diferents intensitats. Sembla que una coordinació forta sociosanitària que inclogués la planificació, programació, barems i comissions de valoració (aprofitant les experiències de les comissions mixtes sociosanitàries –CIMS– i les de valoració integrals sociosanitàries), el sistema d'accés, la forma i modalitats de finançament, així com també l'avaluació conjunta podria ser més operativa i menys marginadora que la creació d'un nou sector.

L'opció coordinada comporta posar a disposició d'aquest programa els recursos de serveis socials i sanitaris que conformarien una xarxa sociosanitària que hauria de garantir la continuïtat assistencial. Per això, els serveis socials haurien de definir les prestacions, mínimes i complementàries, d'atenció sociosanitària, com ja ho ha fet el sector sanitari.

D'altra banda, cal recordar que les iniciatives sociosanitàries són insuficients per escometre la diversitat d'àmbits que intervenen en la dependència, com les relacionades amb l'habitatge, les pensions i ajudes, els aspectes laborals del treballador que té cura de la persona dependent o els de capacitació i formació del personal.

D'altra banda, la organització ha de ser molt flexible i descentralitzada a fi de poder ajustar-se i renovar-se continuadament per atendre les canviants necessitats.

Cal tenir en compte, a més de la coordinació entre els diferents sectors o branques de la intervenció social, les referents a la coordinació entre les administracions que intervenen, especialment de l'Administració de la Generalitat i les entitats locals, que en aquest cas són bàsicament els ajuntaments i els consells comarcals.

El diferent nivell competencial i l'ambigüitat de les formulacions constitueix un altre element que dificulta la coordinació. S'ha de recordar que els ajuntaments de més de 20.000 habitants i els consells comarcals tenen competències-obligacions importants en relació amb els serveis socials d'atenció primària i especialitzats per a gent gran, com s'ha comentat. En aquest cas, cal establir un sistema clar de distribució competencial i de finançament, que per complir amb l'objectiu de serveis de proximitat hauria de respondre a una tendència descentralitzadora de la gestió, tot i que la provisió dels serveis pogués respondre a un model mixt públic-privat.

L'actual segmentació competencial no ajuda gaire al necessari increment de l'atenció comunitària en la cobertura pública a la dependència. Això invita a aprofundir en la possibilitat de creació de fórmules de gestió conjunta, com ara els consorcis, on participin ambdós nivells de govern i, fins i tot, plantejar-se la possibilitat d'aconseguir la coordinació descentralitzant a l'àmbit municipal algunes de les competències que avui pertanyen a les comunitats autònomes.

D'altra banda, cal recordar que l'atenció a la gent gran té un caràcter processual ja que evoluciona en el temps amb una gran variabilitat de situacions. Això exigeix una organització que asseguri la continuïtat assistencial, mitjançant un seguiment en el temps i una capacitat de variar tant el diagnòstic com les mesures que s'adopten en cada moment, de manera que cal partir de la premissa que l'atenció està sotmesa a canvis constants.

Això exigeix una Administració coordinada i flexible, capaç de variar tant el diagnòstic com les mesures que s'adopten i la seva implantació concreta. Per això, qualsevol disseny polític ha de poder-se adaptar a la variabilitat de les situacions, fent-ne aplicacions flexibles i en constant revisió. En aquest sentit, cal recordar que al nostre país l'Administració més gran –la que té més competències i recursos– ha optat per un model organitzatiu més aviat centralitzat i burocratitzat, amb procediments molt rígids, que actua amb seguretat, però que l'evolució dels esdeveniments pot ultrapassar.

### **3.6. La dimensió sociocultural de l'atenció a la gent gran dependent**

#### **3.6.1. Responsabilitat de l'atenció**

Moltes famílies entenen que és obligació seva d'atendre els familiars grans, però també que és obligació de l'Administració ajudar-los allà on ells no arriben i que això hauria de ser una de les tasques de l'Estat del benestar. Per a alguns, l'Administració ha tendit a confiar en la cura de la família, no tan sols per estalviar despeses socials, sinó també perquè comparteix les pautes i imatges subjacents que encara dominen a la nostra cultura.

Aquests plantejaments generen greus limitacions presupostàries en aquest àmbit, de manera que els responsables de les polítiques socials públiques, davant la impossibilitat de donar resposta a totes les necessitats existents, tendeixen a carregar sobre la família la responsabilitat de la cura. Aleshores recorren a l'estereo-

tip de «l'avi a casa» i, si això falla, al de la «família irresponsable que es desentén del seu familiar gran», agreujant encara més l'angoixa i la conflictivitat que aquesta situació genera en la família. Així, les famílies se senten sovint culpabilitzades i desprotegides per l'Administració davant una situació que les desborda.

Així doncs, al nostre país s'atribueix en aquesta matèria a les famílies molta més responsabilitat assistencial que a la majoria dels països de la Unió Europea. La preponderància d'aquest principi s'atribueix a una pauta cultural que correspon a la tradició més «familiarista» dels països mediterranis. En canvi, els països del centre i del nord d'Europa tendeixen a responsabilitzar prioritàriament l'Estat dels problemes relatius a la família i sobre aquesta base s'ha desenvolupat el seu Estat del benestar, sense que això impliqui una desresponsabilització de les obligacions familiars.

Aquestes divergències culturals tenen conseqüències socials ben concretes. A la nostra societat hi ha una proporció més elevada de llars amb curadors que a la major part dels països de la Unió Europea, tot i que aquests estan en general més envellits i tenen major proporció de persones dependents. A més, de mitjana, a les nostres llars, els curadors dediquen a l'atenció el doble d'hores setmanals que els curadors familiars dels països europeus més avançats.

Cal concloure, doncs, que les nostres pautes culturals tradicionals són a l'origen de l'escàs desenvolupament que han tingut al nostre país els serveis socials d'atenció a la gent gran, carregant-lo sobre les espatlles de les dones, que són les veritables prestadores del servei. A més, com ja hem assenyalat, aquesta relativa inhibició de l'Estat afecta particularment les classes mitjanes, que són les que contribueixen bàsicament al sosteniment de l'Estat del benestar. No hi ha dubte que, a llarg termini, si aquests segments socials no poden participar dels beneficis de l'atenció, el seu suport a l'Estat del benestar es debilitarà, fet que acabaria afectant les classes socials més desfavorides.

### 3.6.2. Situació de famílies i dones curadores

Són les dones les més afectades per tot allò que es deriva de l'atenció a la gent gran dependent. En primer lloc, cal recordar que la gran majoria de les persones grans que necessiten ajuda són dones, fet que ha portat a parlar d'una feminització de l'envelliment. En realitat, les dones acostumen a tenir més autonomia que els homes de la mateixa edat, però la seva esperança de vida és actualment al nostre país set anys més alta i, per això, hi ha moltes més dones que homes en edat avançada.

A més, a la nostra societat les dones tendeixen a ser lleugerament més joves —una mitjana de tres anys— que els homes amb els quals formen parella. I, com acabem de dir, viuen set anys més, de manera que la major part dels homes que entren en un procés de deteriorament i dependència tenen una dona al seu costat que els pot atendre. Però només una petita part de les dones que presenten aquests problemes poden comptar amb l'ajuda de la seva parella.

Així doncs, quan es planteja la possibilitat d'establir un sistema d'atenció a la gent gran dependent, parlem fonamentalment de dones curadores i, ensems, de l'atenció a dones grans dependents. Moltes vegades, dones que han treballat tota la vida atenent els seus familiars —pares, sogres, oncles, marit, fills— i que, quan els correspon a elles gaudir dels beneficis de la solidaritat, es troben que no hi ha prou recursos, ni a les seves famílies ni a la societat, per atendre-les amb dignitat. Per atendre totes les seves necessitats, sovint no tenen més que una minsa pensió de viduïtat que les situa fàcilment sota el llinar de la pobresa.

La desigualtat entre sexes també es palesa quan observem la distribució de les responsabilitats de cura dels dependents entre homes i dones. La majoria de curadores són dones i per tant sobre elles es descarreguen primordialment els efectes perniciosos que té la cura perllongada d'una persona dependent sobre la salut i els ingressos de la curadora.

Tradicionalment el seu índex d'ocupació ha estat molt més baix que el dels homes. És una situació que es va començar a trencar, sobretot a partir de mitjans dels anys setanta, quan es va imposar un altre model de família, però que encara arrossegueu les dones d'edat més avançada. Per això, la taxa d'activitat de les dones de més de 50 anys és encara molt baixa. I són les dones entre 45 i 70 anys amb vincles familiars estrets amb la persona gran les que majoritàriament assumeixen aquesta tasca.

En efecte, en el model actual d'atenció informal, quan la persona gran dependent roman a casa, habitualment és la filla —i no el fill— qui es fa càrrec d'atendre-la. Particularment, les dones grans prefereixen viure a casa de les filles per evitar dificultats de convivència amb les mullers dels seus fills. Tot i això, els gendres sovint es resisteixen a acollir a casa permanentment la sogra i proposen l'acolliment residencial.

Altres vegades és la nora o, com acabem de veure, la mateixa muller de la persona dependent. Aquesta feminització de l'atenció respon, com acabem de veure, a les pautes culturals tradicionals i a les polítiques socials i comporta un gran impacte per a les vides professionals de les dones que es veuen obligades a assumir, no tan sols la cria dels fills, sinó també la cura dels ancians.

Per això, des de la perspectiva de la defensa dels drets fonamentals que s'ha encomanat al Síndic de Greuges de Catalunya, creiem que aquest és un tema cabdal, que genera una greu discriminació per a les dones del nostre país. Moltes ciutadanes de Catalunya es troben que, per atendre les persones amb les quals sovint —gairebé sempre— hi ha lligams afectius forts, la seva activitat laboral i qualitat de vida es veu greument deteriorada. Els homes també se'n veuen afectats, però en menor proporció i, generalment, amb menor intensitat.

Les mesures i ajudes públiques, com hem vist, han estat fins ara escasses. La situació és difícil fins i tot quan a la família hi ha alguna persona amb capacitat i sense cap activitat laboral. Però es fa pràcticament insostenible quan totes les persones capacitades treballen fora de casa, tot i que sembla que la situació va canviant en les

mesures legals que es comencen a prendre per conciliar la vida familiar i laboral.

A les limitacions econòmiques i a les dificultats intrínseques de la cura s'afegeix sovint un deteriorament general d'unes relacions familiars afectades per la dificultat de compatibilitzar atenció a la persona gran, activitat laboral i treball domèstic. A més, molts dels afectats han viscut una cultura de l'oci més àmplia que la dels seus pares i els costa més acceptar situacions que exigeixen gran abnegació. Això introdueix grans dosis de conflictivitat en les famílies i pot estar també en l'origen de situacions de maltractaments. Sovint, aquestes situacions de conflictivitat repercuteixen també negativament sobre l'educació dels fills, en una edat particularment delicada per al desenvolupament personal.

Com veiem, l'escassetat de l'ajuda rebuda per la família té conseqüències negatives sobre la qualitat de vida i les oportunitats vitals dels seus membres. El temps disponible per al descans i l'oci arriba a ser molt escàs i se'ls fa molt complicat, per exemple, de poder fer vacances, malgrat algunes iniciatives de la Generalitat en aquest àmbit.

Habitualment perden eficàcia laboral i són freqüents les situacions d'esgotament, estrès, depressió i pèrdua de salut, sobretot quan la situació s'allargassa. Les oportunitats d'ocupació i d'ingressos es veuen reduïdes per les dificultats de promoció laboral i de formació. Alguns acaben perdent la feina o es desanimen de buscar-ne una altra, sobretot quan ja tenen una edat laboral avançada, circumstància molt freqüent entre els curadors familiars.

D'altra banda, molts dels curadors tampoc no reben prou suport de la resta de la família. Els patrons de dispersió familiar actuals dificulten el «torn d'estada» a casa dels fills, al qual molts ancians, d'altra banda, es resisteixen. Hi ha l'alternativa de l'ingrés residencial; però, com hem vist, amb molta freqüència és inaccessible per a les possibilitats econòmiques de la família i, a més, sovint comporta un drama personal per a tots els afectats, units per forts lligams afectius.

De moment, encara no s'ha manifestat un descontentament social generalitzat sobre aquesta matèria. En part és degut al fet que, com hem vist, les persones grans encara són ateses per promocions molt nombroses, i la feina d'atendre-les es pot repartir entre diferents familiars. Tanmateix, aquesta circumstància personal és molt variable i a la nostra Institució hem rebut sovint queixes de persones amb família poc nombrosa que exigeixen més ajuda de les institucions per atendre una situació que no poden controlar.

No podem abandonar aquesta dimensió familiar de la vellesa sense destacar la gran aportació que fan la major part de les persones grans a la vida familiar, basada en l'afecte, però que va més enllà, amb la saviesa i l'experiència que les persones grans posen a disposició de tots els membres de la seva família.

Però, a més, la seva capacitat d'activitat és avui un component fonamental en la major part de les famílies. Especialment quan són àvies, a més d'atendre la casa, estan pels néts i resolen multitud de problemes que,

sense elles, serien molt difícils de resoldre. Tanmateix, s'observen signes clars de canvi, en el sentit que la gent gran vol viure una vida més autònoma i independent. Només quan les seves facultats, físiques o psíquiques es deterioren notablement, atendre-les pot esdevenir un problema per a la família, encara que continuïn ajudant en altres aspectes.

### 3.6.3. *Canvis en els models de convivència*

L'acceptació del predomini de l'atenció informal es basa, com hem vist, en un model de família estereotipat que sovint és inexistent. En aquest model, la família disposa de curadors suficients, amb flexibilitat de temps per oferir prou disponibilitat i, seguint el model patriarcal, la dona assumeix la cura dels sogres amb tanta freqüència o més que la dels seus pares.

Però, amb la incorporació de la dona al treball s'ha evidenciat que la família no pot avui assumir aquesta funció. La situació de la mare de família, que té una activitat laboral plena, viu amb la seva família, es fa càrrec del treball domèstic, atén la seva parella, els seus fills, els seus pares dependents i, si cal, els sogres, és senzillament inviable. I aquesta inviabilitat no és exclusiva dels segments més desafavorits de la societat, sinó que és compartida, almenys, per les classes mitjanes.

Per això, cal constatar que els models de convivència canvien en detriment dels models més tradicionals. Aquesta renovació obre pas a un nou repartiment de responsabilitats en l'atenció a la gent gran que es concreta en la creixent externalització dels serveis d'atenció. Entre els factors determinants d'aquests canvis cal destacar el nou rol de la dona, fonamentat en la igualtat. Darrere les dones que ara atenen a casa els seus familiars dependents vénen altres promocions –les de menys de 50 anys– amb una taxa d'ocupació molt més alta i, majoritàriament, sense cap intenció de deixar la feina abans de la jubilació per atendre els seus familiars.

Cada vegada es fa més difícil la convivència de fills i pares grans en una mateixa casa. En primer lloc, perquè tant els uns com els altres –però sobretot els fills– prefereixen viure amb independència maximitzant l'autonomia de la persona gran. També perquè, amb l'elevat preu de l'habitatge, els pisos cada vegada són més petits i materialment no hi ha lloc per a la persona gran. Paradoxalment això pot contribuir a elevar el preu de l'habitatge, ja que el corrent de persones grans que abandonen el seu pis per anar a viure amb els fills, deixant-lo disponible per a altres persones, és cada vegada més feble.

Cada vegada són més freqüents les estructures familiars complexes, amb fills de diferents parelles, unitats de convivència unipersonals o formades únicament per un progenitor i el seu fill. Són canvis que qüestionen socialment la vigència del model tradicional de convivència sobre el qual es basa el sistema actual d'atenció a la dependència.

### 3.6.4. Maltractaments

Els maltractaments a la gent gran són sovint ignorats per la societat, negats pels curadors i objecte d'escasses intervencions públiques, tot i que darrerament comencen a aparèixer informacions contrastades que posen en relleu la gravetat i freqüència dels casos.

Les persones grans constitueixen un dels sectors socials més fràgils de la nostra societat, exposats a extorsions i maltractaments, amb dificultats per denunciar-los, ja que la vulnerabilitat d'aquestes persones fa molt difícil que aquests fets surtin a la llum. Els maltractaments es poden produir tant en els centres com al propi domicili i manifestar-se de múltiples maneres. Iniciatives i estudis recents ens mostren una situació molt preocupant que exigeix l'adopció de mesures concretes, ràpides i contundents per prevenir i evitar aquestes situacions.

No fa gaire la Comissió dels Drets de la Tercera Edat del Col·legi d'Advocats de Barcelona va elaborar un informe exemplar basat en el servei d'atenció personalitzada a persones grans. Durant el primer quadrimestre de 2003 van atendre unes tres-centes persones que denunciaven haver sofert maltractaments. De les 1.506 persones grans que van consultar aquest servei, en un de cada cinc casos el maltractament era el tema principal. Quasi la meitat de les agressions denunciades tenien caràcter físic, seguides de les de caràcter econòmic –desaparició del patrimoni i dels diners dels seus comptes– i psicològic, com ara amenaces d'abandonament i de marginació.

Els maltractaments a les residències representaren un 2%, però cal tenir en compte la dificultat d'accés dels seus usuaris a aquest servei. El perfil més freqüent de la víctima és el d'una dona de més de 75 anys que necessita ajuda per a les tasques quotidianes, aïllada socialment i que sofreix depressió. És evident que aquestes dades no són extrapolables per la singularitat i novetat, però són realment significatives i semblen indicar només la punta de l'iceberg d'allò que realment està passant.

Els maltractaments s'atribueixen a diferents motius, com ara els antecedents d'altres maltractaments, les addicions –alcoholisme, drogaaddicció, ludopatia–, l'excés de càrrega del curador o problemes econòmics. També han estat objecte d'estudi les causes de l'ocultació del maltractament, entre les quals s'ha assenyalat la por del maltractat, la vergonya o el pudor a denunciar-ho, l'esperit protector de l'entorn, la manca de suport i de recursos, la intimitat del domicili o la inconsciència de la situació, ja que moltes vegades les persones que tenen cura d'una persona dependent o la resta dels habitants de la llar no són prou conscients del dany que s'infligeix.

Fins fa poc, era molt escassa la intervenció davant d'aquestes situacions, que quedaven frenades sota el suposat dret a la intimitat del domicili, la manca de recursos específics i de professionals preparats. Actualment es comença a ser conscient del problema i de la necessitat d'adoptar mesures d'una intervenció que ha de ser multiprofessional i amb un abordatge integral. En aquest sentit podria plantejar-se una tasca de vigi-

lància per part dels equips dels serveis socials. Aquesta vigilància hauria de prendre en consideració totes les condicions de marginació, ja que la situació de la persona gran rica maltractada pels seus administradors i familiars és més freqüent del que generalment es creu.

La vulnerabilitat de les persones grans fa que, malauradament, aquests maltractaments no es limitin a l'àmbit familiar. En alguns centres residencials sanitaris o dels serveis socials hi ha comportaments que es poden qualificar també de maltractament. És el cas de les restriccions físiques o químiques, encara que sovint s'emprenen per evitar que el pacient prengui mal o caigui, però en altres ocasions podrien evidenciar una simple manca de personal suficient.

S'entén per «restricció» els mètodes que impedeixen la llibertat de moviment de la persona, l'activitat física i l'accés normal al cos, l'aïllament o la utilització de fàrmacs. Si tenim en compte que prevenir l'ús de la restricció comporta augmentar el personal dels centres per millorar l'observació i la supervisió, hi ha un cert risc que aquestes restriccions no sempre estiguin establertes en benefici de l'usuari.

Tanmateix, segons les informacions recollides, s'ha d'assenyalar que alguns hospitals ja disposen de protocols d'abusos i que els comitès d'ètica assistencial promouen diverses accions per tal que el personal sanitari sigui especialment diligent en la detecció i eradicació dels maltractaments.

Aquests protocols analitzen els subjectes susceptibles de patir abusos, defineixen la persona vulnerable i la tipologia, tenint en compte que els maltractaments poden revestir diferents formes, com ara les físiques, verbals, emocionals, econòmiques, l'abandonament o la infantilització, entre d'altres. Habitualment les persones grans no poden manifestar la situació que pateixen o no s'hi atreueixen. Per tant, convindria adoptar mesures orientades a rompre el silenci, escoltar les víctimes, ajudar-les a recuperar la confiança i l'autoestima, fer efectives les responsabilitats jurídiques, capacitar els professionals i altres mesures de caire social.

### 3.6.5. Actuacions preventives

Sempre es parla de prevenció però, sovint, només de forma molt retòrica i poc operativa. Els països que han optat decididament per prioritzar les actuacions preventives, com ara Finlàndia, han obtingut resultats molt favorables, reduint de forma considerable els anys de prevalença de la dependència.

Aquests resultats, a més de les repercussions evidents sobre la qualitat de vida de les persones, comporten un estalvi molt important en els costos de l'atenció, com posa de relleu l'esmentat «Llibre Blanc de la gent gran amb dependència a Catalunya» que calcula que una disminució de la prevalença de la dependència de l'1,3% anual representaria a Espanya un estalvi anual de més de 1.800 milions d'euros a l'any 2026.

La prevenció de la dependència presenta moltes i diverses facetes que cal tenir en compte. Un primer enfocament de la prevenció es refereix als canvis en els hàbits

de vida i els controls de risc a totes les edats, especialment en les edats mitjanes i això no pot ser possible sense la intervenció decidida de l'atenció primària de salut i dels serveis socials en facilitar una informació correcta i controlant els factors de risc, el desenvolupament de programes específics de salut laboral en l'àmbit del treball i l'aprofundiment sobre els aspectes ètics dels objectius terapèutics i assistencials de la intervenció sanitària i sociosanitària.

Això no obstant, és imprescindible també la implicació dels ciutadans i de tota la societat, especialment dels mitjans de comunicació, per difondre la necessitat i els efectes de la prevenció. És a dir, cal obrir un debat social a fons sobre la relació entre l'augment de l'esperança de vida i el manteniment de la qualitat de vida de la gent gran amb la participació activa de la ciutadania.

D'altra banda, cal eixamplar aquest concepte de prevenció cap als aspectes socioculturals. La nostra societat no disposa de mitjans educatius i culturals que permetin als ciutadans una preparació per afrontar el fenomen de l'envelliment. Com posen de relleu els especialistes d'aquests àmbits, és evident l'absència de previsió de l'envelliment i del risc de patir limitacions de l'autonomia, tant del propi com el que tenen els familiars propers.

Aquest fet dificulta la presa de decisions anticipades; així mateix, impedeix a la família poder realitzar una reflexió conjunta i assossegada, abans que es produeixi la dependència, sobre els drets mutus i personals, el repartiment de la cura i les capacitats i desitjos o els aspectes referents a les disposicions personals. La prevenció hauria d'incorporar, per tant, des d'una programació adequada de sensibilització social des de l'escola, fins als programes per a la prejubilació i per als cuidadors, els adreçats als mitjans de comunicació, que inclogués informació sobre els serveis, la modificació adequada de les imatges culturals relacionades amb la vellesa i els models relacionals. Tot plegat contribuiria a l'estímul de la reflexió i la presa de decisions anticipades, tant en relació amb el mateix envelliment com enfront de l'eventual paper de curadors.

No menys importants són les accions preventives adreçades a evitar la marginació i exclusió social, a partir de situacions de pobresa, d'aïllament i de solitud que a poc a poc van limitant l'exercici de les capacitats i de l'autonomia, menant cap a situacions d'incapacitat i de risc de vulneració de la seva dignitat i altres drets i llibertats fonamentals.

També des d'un punt de vista social cal evitar processos que generin exclusió i, per tant, s'han de prioritzar la prevenció i el manteniment de l'autonomia com a pilars de la dignitat humana. Aquestes darreres accions de prevenció cerquen el manteniment de l'autonomia, tant funcional com en l'àmbit dels drets, i posar l'èmfasi en les capacitats conservades, a fi de, quan hi hagi limitacions, potenciar les capacitats residuals.

#### 4. EL MODEL D'ATENCIÓ COM A RESPOSTA A LES NECESSITATS DE LA GENT GRAN DEPENDENT I LLURS FAMÍLIES

##### 4.1. Àmbits que afecten el model d'atenció a la gent gran dependent

###### 4.1.1. Perspectives demogràfiques

Avui és ja gairebé un tòpic alertar sobre els riscos que comporta la nostra estructura demogràfica. Com vam recordar en el Llibre segon de l'Informe de 2000, titulat «Notes sobre el fenomen de la immigració», fa molts anys que la nostra taxa de fecunditat –actualment 1,32 fills per dona– està molt per sota dels nivells (2,1) que permeten la renovació generacional.

Fins ara, la taxa de natalitat s'ha mantingut en uns nivells moderats en trobar-se en edat fèrtil les generacions nombroses del *baby-boom*. Però en les dues pròximes dècades han d'accedir a l'edat fèrtil les generacions poc nombroses que han nascut els darrers 25 anys, raó per la qual és previsible que en els propers vint anys la davallada serà força més important.

En relació amb els problemes demogràfics que afecten la gent gran, cal diferenciar dos escenaris futurs, en la hipòtesi de mantenir els ritmes actuals i sense tenir en compte els canvis significatius que puguin provenir de factors exògens.

Al llarg del primer terç del segle anirà arribant progressivament a l'edat de jubilació la generació del *baby boom*, però encara hi haurà prou població en edat activa i la població en situació de dependència es mantindrà en nivells moderats. Al segon terç del segle, en canvi, hi haurà poca població en edat activa i, en termes relatius, molta població en situació de dependència.

De moment, cal considerar aquest primer escenari, el de les properes dècades. Els pròxims anys encara arribaran a l'edat de jubilació promocions poc abundants –les nascudes durant la guerra i la postguerra– quan la natalitat era moderada. Més tard, però, cal preveure que seran les generacions més nombroses, les que avui tenen entre 25 i 50 anys, les que aniran accedint en massa a l'edat de jubilació, amb el previsible augment de la pressió sobre el sistema públic de pensions. L'índex de dependència senil<sup>14</sup> –que l'any 1975 encara era del 16%– arriba avui al 26%, i es calcula que l'any 2010 serà del 29%, per pujar després més de pressa, fins a arribar, l'any 2030, al 39%. Cal dir, amb tot, que un possible endarreriment de l'edat de jubilació podria moderar aquestes dades i, com veurem, els avenços en les ciències de la salut i altres factors socioeconòmics podrien suavitzar també les seves conseqüències.

En aquest primer terç del segle, es preveu que arribaran a les edats més avançades –on la prevalença de la dependència comença a ser important– unes generacions progressivament més nombroses, fet que en els pròxims anys probablement farà augmentar de manera significativa al nostre país la població en situació de dependència. En aquest sentit, ja hem assenyalat que

14. Recordem que aquest índex dóna el percentatge de gent gran –de més de 65 anys–, en relació amb la població que es troba en edat activa, o sigui entre 16 i 64 anys.



l'esperança de vida al nostre país arriba ja a 80,1 anys de edat.

Així doncs, en els pròxims anys previsiblement deixarem enrere una situació –que hom qualificaria de privilegiada des del punt de vista de l'atenció a la gent gran–, amb poca població gran, molta població en edat activa i una taxa d'activitat laboral femenina molt baixa. Aquesta situació fa que moltes dones en edat i amb capacitat de treballar es dediquin a l'atenció informal.

Cal tenir en compte el detall d'aquests processos per evitar miratges estadístics derivats de projectar al futur fenòmens merament conjunturals. Així, previsiblement, en els anys venidors l'import global de les pensions creixerà amb moderació i, en canvi, creixerà molt ràpidament a partir del 2015. També és previsible que durant aquest primer terç de segle hi hagi prou població en edat activa, però no podem oblidar que cada vegada estarà més envellida si no intervenen factors exògens, com ara la immigració.

Un hipotètic augment de la natalitat no milloraria pas aquestes previsions, ja que els nens que podrien néixer els propers anys trigarien, com és natural, a arribar a l'edat adulta. Només l'augment de la taxa d'activitat femenina<sup>15</sup> o la ja esmentada arribada d'immigrants poden millorar aquest panorama, des del punt de vista del sosteniment de la població gran.

Amb tot, hem de ser conscients que això pot comportar un canvi important en l'origen ètnic i cultural de la població de Catalunya i no podem oblidar que, fins i tot amb l'arribada d'immigrants, el model actual d'ajuda informal al si de la família serà igualment inviable, perquè els que arribaran a casa nostra tampoc no seran familiars directes de la gent gran autòctona. Els fills que la població autòctona no ha tingut en el seu moment, no hi són i no arribaran a existir mai. I els que van néixer, arribat el moment, trobaran que són pocs i que no disposen ni de temps ni de diners per prestar una atenció adequada als seus nombrosos familiars grans.

Les previsions demogràfiques per al segon terç del segle actual presenten un perfil més incert. Els actuals ciutadans de Catalunya no haurien d'oblidar aquest escenari –certament llunyà– fins i tot vetllant pels seus propis interessos, ja que són precisament ells, molts ciutadans actius d'avui, els que es trobaran en aquell moment en edats molt avançades –l'esperança de vida pot estar significativament per sobre de 80 anys d'edat– i cal preveure que, en una proporció important, estaran en situació de dependència.

A partir del 2030, es trobaran en edat activa els nascuts en el període de davallada de la natalitat. Així, el món del treball estarà previsiblement ocupat per les minses generacions que neixen ara i que naixeran els propers vint anys. Per això, quan la generació del *baby boom* comenci a arribar a edats molt avançades podria no haver prou ciutadans actius per atendre'ls.

15. La incorporació a l'activitat productiva de moltes dones que abans tenien cura dels seus familiars dependents comporta que el sistema productiu sigui, en el seu conjunt, més eficient i generi més recursos, fet que permet atendre totes les persones grans dependents, no només les que tenen familiars disponibles.

També aquest segon escenari podria millorar amb l'arribada d'un nombre important d'immigrants i així mateix constatem que només podrien contribuir a sostenir la població gran dependent mitjançant l'existència d'un ampli sistema públic d'atenció. Ara bé, a diferència del primer escenari, en aquest del segon terç de segle sí que hi podria repercutir molt positivament un augment ràpid i important de la natalitat en els propers anys.

Cal recordar, amb tot, que els processos demogràfics són generalment molt lents i que els efectes de les polítiques en aquesta matèria no afecten de manera immediata la població. Ara bé, quan arriben els seus efectes, tenen difícil rectificació, tot i que l'experiència històrica mostra que la mateixa dinàmica social i econòmica va aportant respostes a mesura que es deixen sentir els problemes.

D'altra banda, tampoc no podem preveure –sobretot a tan llarg termini– l'impacte que els avenços de la medicina poden tenir sobre l'esperança de vida i sobre la prevalença de la dependència a edats molt avançades. Alguns estudis apunten que aquesta prevalença no augmenta amb l'increment de l'esperança de vida. En efecte, la dependència és un procés que afecta sobretot els darrers anys de la vida, de manera que, quan augmenta l'esperança de vida, és probable que augmenti paral·lelament l'esperança de vida no dependent. Alguns especialistes parlen fins i tot d'una possible reducció de la prevalença de la dependència com a conseqüència dels avenços mèdics i farmacèutics i, sobretot, de l'establiment de programes preventius.

#### 4.1.2. Efectes sobre l'activitat productiva

S'ha parlat molt del risc que la previsible evolució demogràfica comporta per a l'actual sistema de pensions. Les conseqüències del Pacte de Toledo i el fort creixement de la taxa d'afiliació a la seguretat social conformen actualment un panorama positiu per a la garantia de les pensions en els propers anys. De tota manera, com acabem de veure, a més llarg termini la situació podria arribar a plantejar problemes. Per això, és necessari establir formes de previsió social o que els ciutadans actius, quan estigui al seu abast, trobin alguna forma d'estalvi que els garanteixi, arribat el moment, uns ingressos complementaris a les seves pensions.

D'altra banda, cal recordar que les promocions amb una taxa d'activitat femenina més alta aviat arribaran a l'edat –a partir de 45 anys– en què hauran de començar a fer-se càrrec dels familiars grans en situació de dependència. Com ja hem assenyalat, una part d'aquestes promocions, sobretot les dones, podrien sentir-se obligades a abandonar l'activitat laboral per atendre els familiars grans. Aquesta situació podria frustrar molts dels esforços fets per afavorir la igualtat i la incorporació de les dones al mercat de treball i en la pràctica es convertiria en un obstacle per a l'exercici del dret al treball.

De moment, la situació es veu atenuada pel fet que es tracta de promocions molt nombroses i, com hem dit, majoritàriament les persones afectades poden repartir aquesta tasca en alguns casos amb el seus germans. Però també n'hi ha molts que es troben, ja ara, en una situació difícil davant la impossibilitat de compaginar

l'atenció als pares amb l'activitat laboral, tot i les mesures recents establertes per facilitar-ho. Es tracta d'una irracionalitat econòmica, perquè això pot treure de l'activitat productiva un contingent de treballadors molt eficients, per fer una tasca que es podria atendre de manera molt més senzilla.

Cal destacar també que, amb la gran extensió de l'atenció a càrrec de treballadors no donats d'alta a la seguretat social, la major part de l'activitat econòmica relacionada amb l'atenció a la gent gran resta opaca als sistemes econòmics i fiscals habituals. Així, el fet que aquest tipus d'atenció arribi a ser substituïda per una activitat productiva regularitzada comportaria un increment del PIB i uns ingressos nous per a l'erari públic –en forma de cotitzacions socials i d'impostos per IVA i IRPF– que ajudarien a finançar una part important del cost dels serveis socials prestats. A això caldria afegir ajudes per a contribuir a les cotitzacions socials de les curadores familiars, que es reincorporin al treball un cop deslliurades de l'obligació d'atendre constantment la persona dependent.

D'altra banda, cal tenir en compte que els serveis d'atenció a la dependència poden constituir un importantíssim jaciment d'ocupació. Sovint, són feines per a les quals es pot assolir qualificació fàcilment i, fins i tot són assumibles per persones en edat laboral avançada, que podrien convertir-se fàcilment en aturats de llarga durada. En efecte, moltes tasques, com ara l'alimentació o la neteja domiciliària, tot i ser molt importants, no necessiten una elevada qualificació. Es tracta d'unes feines accessibles a un tipus de treballadors sense gaires alternatives en un món creixentment globalitzat.

Cal recordar que, a conseqüència de la deslocalització industrial, els treballadors poc qualificats s'han d'enfrontar a una difícil competència dels treballadors de països amb un nivell de renda molt més baix com ara els del món àrab, l'Amèrica Llatina o la Xina. Només en els serveis que exigeixen atenció personal, com ara els d'atenció a la gent gran, els treballadors autòctons poc qualificats poden sentir-se relativament protegits d'aquesta difícil competència.

Un altre aspecte a considerar –tot i que només afecta de manera indirecta el problema que considerem– és la necessitat que el sistema econòmic i social aprofiti millor la capacitat productiva i l'activitat de les persones grans. La millora en la salut permet a la major part de la gent arribar a l'anomenada tercera edat en condicions molt millors que en altres èpoques, sobretot en algunes activitats professionals.

Com acabem de veure, els propers anys s'incrementarà a la nostra societat el procés d'envelliment i les persones en edat activa tindran dificultats per mantenir els costos derivats de les pensions i de l'atenció a les persones grans. Això podria arribar en el futur a plantejar una modificació de tot allò relacionat amb la sortida del món laboral, com ara l'edat obligatòria de jubilació o la d'inici del cobrament de pensions. De moment, cal estudiar a fons aquesta qüestió, incloent-hi la possibilitat de trobar feines i activitats adequades per a persones de certa edat, però que volen continuar en actiu.

La reforma recent, que millora lleugerament les pensions de les persones que treballen més enllà dels 65 anys, constitueix un pas en la bona direcció.

#### 4.1.3. Limitacions de la despesa pública

No es pot parlar dels serveis públics sense considerar les opcions i limitacions a què està sotmesa tota despesa pública. Administrar comporta gestionar uns recursos limitats, decidir on es fan servir i quins collectius són creditors de la solidaritat ciutadana. Sens dubte, les persones grans en són un. Així, doncs, qualsevol plantejament referent al sistema d'atenció a la gent gran dependent, juntament amb les necessitats i els drets, ha de considerar les possibilitats de finançament.

Ja hem vist com alguns models d'atenció, com ara el que ofereix un servei universal, comporten un nivell de despeses públiques important. Si hi afegim el cost creixent de les pensions, afectades per l'envelliment de la població, la protecció social a les persones grans pot arribar a pesar considerablement sobre les arques públiques.

Ara bé, les projeccions suggereixen que també amb el sistema actual les despeses generades per l'atenció a la gent gran poden arribar a ser importants. En aquest sentit, cal recordar que l'OCDE preveu que l'impacte de l'envelliment produirà un augment aproximat del 0,5% anual de la taxa de creixement de la despesa mèdica durant l'interval 2000-2050. Això podria portar l'any 2050 a una despesa corresponent a la gent gran en sanitat –un àmbit ja plenament inclòs en la protecció social pública– de l'ordre del 3% del PIB.

Ara mateix aquesta despesa sanitària en la gent gran assoleix nivells significatius. Segons l'Insalud, l'any 1998 la despesa sanitària de les persones de més de 65 anys va comportar el 44% del total de la despesa sanitària total de l'Estat, encara que aquest collectiu només representava el 19% de la població protegida. Això és degut, en part, al fet que una bona part de les despeses sanitàries es polaritzen entorn dels últims 10 anys de vida. Cal recordar que les persones grans dependents que acaben per ser usuaris dels serveis hospitalaris comporten –segons alguns estudis– uns costos cinc vegades més alts que els atesos pels serveis d'atenció a la gent gran.

En aquest sentit, en l'Informe al Parlament corresponent a l'any 1996 ja assenyalàvem que «els estalvis que puguem fer en assistència sanitària per a gent gran, o bé en places residencials per a malalts crònics, no són potser compensats o superats amb escreix per les despeses que, en una mena d'efecte dòmino, es produeixen per atendre les mateixes persones en places residencials i en hospitals d'aguts» (vegeu BOPC núm. 150, de 21 de març de 1997, pàg. 11.615).

A més, la manca d'atenció també pot generar importants despeses en subsidis socials. Així, per exemple, si en llars amb ingressos baixos un familiar gran entra en situació de dependència i no rep prou atenció, l'obligació d'atendre'l pot arrossegar tota la unitat familiar a una situació de pobresa i requerir en endavant diferents ajudes públiques en forma de subsidis d'atur, rendes mínimes o pensions no contributives. Això pot minvar

recursos d'altres partides, amb el resultat que el cost d'aquestes polítiques és superior als suposats beneficis.

Per tant, el model actual ja genera despeses importants al sistema públic i tendeix a generar-ne encara més en el futur. Hi ha, doncs, la possibilitat que un sistema d'atenció amb un vessant preventiu important, tot i el seu cost, pugui generar en alguns àmbits reduccions significatives de despeses.

D'altra banda, com és sabut, a Catalunya la despesa pública en protecció social, en relació amb el PIB es troba a un nivell particularment baix en comparació amb els països de la Unió Europea. Certament molts d'aquests països s'esforcen ara per moderar aquest nivell de despesa, atesa la incidència negativa que se li atribueix sobre el creixement econòmic. Tanmateix, creiem que a Catalunya hi ha encara un cert marge per incrementar aquestes despeses, i aquest increment permetria costejar un sistema més ampli d'atenció. Amb tot, cal recordar que la cobertura de la dependència, per la seva envergadura i per l'àmbit competencial de les matèries afectades, supera les possibilitats autonòmiques i hauria de plantejar-se possiblement a nivell de pressupostos estatals.

Aquestes limitacions de la despesa pública obliguen a considerar preferentment aquells serveis que tenen una bona relació cost-benefici, com ara els de cost moderat o que en poden substituir altres de més costosos. Ja hem destacat que aquest podria ser el cas de certs serveis comunitaris en relació amb els serveis residencials. També haurem de prestar atenció especial als serveis que, tot i requerir importants despeses públiques, tenen una incidència econòmica positiva i permeten que l'erari recuperi bona part dels diners gastats; com ara els derivats de la creació d'ocupació, als quals ja ens hem referit.

#### 4.2. Opcions fonamentals

Com acabem de veure, les perspectives econòmiques i demogràfiques ens encaminen cap a l'establiment d'un ampli sistema d'atenció a la dependència i això ens obliga a debatre, reflexionar i decidir quin és el model que volem tenir al nostre país. Es tracta d'una decisió que no podem ajornar excessivament perquè la urgència dels problemes concrets ens obliga a aprovar solucions provisionals que no és segur que estiguin orientades en la direcció més adequada.

Hi ha el risc de convertir el nostre sistema d'atenció en un conglomerat, que pot tenir efectes perversos i produir greuges comparatius. Superar més tard aquesta confusió pot resultar particularment difícil en una matèria en què les expectatives de les persones tenen un paper molt important. Es tracta de prestacions importants –i costoses– que poden arribar a ser essencials per als beneficiaris, de manera que difícilment es podrien retirar en un moment posterior.

Cal, doncs, decidir aviat quin model d'atenció volem implantar al nostre país, de manera que les reformes que es vagin introduint s'orientin de manera coherent cap al desplaçament d'aquest model. Ara bé, la defini-

ció d'un model comporta escollir entre alguns trets definitoris que constitueixen els seus paràmetres essencials. Cal definir qui i com tindrà accés a aquests serveis i com es finançarà el seu cost.

També s'ha d'establir quina modalitat d'ajuda es prestarà i si el proveïdor ha de ser majoritàriament públic o privat. Així mateix, s'haurà de definir si els serveis s'orienten preferentment a la permanència en la comunitat o a l'acolliment residencial. Alguns d'aquests paràmetres tenen avui ja algun tipus de resposta al nostre país, però cal plantejar-se si és la més adequada o si l'actual marc legal permet una evolució cap a una altra de millor.

Tractarem de valorar cada una d'aquestes alternatives, aprofitant l'experiència dels països que compten ja, des de fa alguns anys, amb un ampli sistema públic d'atenció, amb la intenció de contribuir al debat i a la maduració de les respostes polítiques més adients.

##### 4.2.1. Accés a les prestacions

Cal optar entre oferir un accés universal a les prestacions, similar al configurat per a l'àmbit sanitari, o bé per un sistema assistencial en el qual la prestació es reserva únicament als que acreditin la necessitat i que no la poden atendre amb els seus propis recursos.

L'universalisme configura l'atenció com un autèntic dret subjectiu dels ciutadans que permet a tothom d'accedir a la prestació, al marge del nivell de renda i amb independència del caràcter gratuït o no. Aquest model permet la màxima flexibilitat, en organitzar la distribució únicament en funció de les persones i les necessitats que plantegen. La universalitat no vol dir que el nivell d'ajuda sigui igual per a tothom, ja que les prestacions es modulen en funció de les necessitats. El model universal s'aplica des de fa molts anys als països escandinaus, on hi tenen accés tots aquells que acrediten uns anys mínims de residència al país, amb excel·lents resultats quant a la qualitat de l'atenció i la satisfacció dels ciutadans.

El model assistencialista té un caràcter selectiu, ja que només poden accedir a les prestacions públiques aquells que es considera que no tenen prou recursos per adquirir-les privadament. Així, les ajudes arriben només als més necessitats i deixen fora una part important de la població.

Aquest model comporta una certa frustració per als ciutadans de les classes mitjanes –que són els que, en conjunt, paguen més impostos–, que es veuen privats d'una ajuda que també necessiten. És gairebé inevitable que, més tard o més d'hora, aquests ciutadans –obligats a finançar l'atenció amb els seus propis recursos– es rebel·lin contra el pagament d'uns impostos dels quals no obtenen prou beneficis. Això afecta la legitimitat de l'Estat del benestar i, a llarg termini, podria comportar una reducció dels impostos i del sistema assistencial, en perjudici, finalment, dels més necessitats. El Regne Unit és el país que més clarament ha optat per aquest model assistencial, que també s'aplica al nostre país, tot i que entre nosaltres té un abast molt més reduït.

El model contributiu pot constituir una opció intermèdia entre universalisme i assistencialisme. L'accés a les prestacions del sistema està reservat als que han cotitzat a la seguretat social durant un temps mínim, una fórmula similar a la que s'aplica ara a l'àmbit de les pensions. De fet, el nombre dels beneficiaris és molt ampli i relativament pròxim al model universalista. Tanmateix, es tracta d'un model selectiu d'accés a les prestacions, ja que els que no han contribuït prou per accedir a les prestacions han de conformar-se amb l'assistència pública.

Un criteri d'elegibilitat tan rígid sobre qui pot accedir a la prestació i qui no hi pot accedir, difícilment oferirà prou flexibilitat per a la diversitat que presenta la realitat social; per això, en alguns casos, com Espanya, s'ha complementat la seguretat social amb la modalitat no contributiva. Amb aquest model contributiu, si l'assistència pública complementària té prou recursos i qualitat, la diferència amb el model universalista s'atenua. Però si no en té, pot contribuir a agreujar les diferències socials. Cal mantenir dues xarxes diferents –i desiguals– de serveis, amb les ineficiències i desigualtats socials conseqüents. Com a aspecte positiu, cal destacar una millor acceptació de la seva legitimitat, pel fet de provenir els recursos de les mateixes persones que, arribat el moment, es beneficiaran de les prestacions. Alemanya és el país on s'ha desenvolupat més clarament aquest model, què s'estén pràcticament a tota la població.

Aquests tres models es troben força implantats –en diferents àmbits– a l'Estat espanyol, de manera que, en conjunt, el nostre sistema de protecció social presenta avui un caràcter mixt. Així, la sanitat té actualment una cobertura pràcticament universal, les pensions estan vinculades a les contribucions a la seguretat social –amb una modalitat no contributiva, finançada via impostos–, i els serveis socials són prestats majoritàriament mitjançant un sistema assistencial. Per tant, cap del tres models no és estrany al nostre país i, en principi, tots tres podrien ser assumits culturalment pels ciutadans.

#### 4.2.2. Finançament

##### a) Finançament públic

Hem vist que l'efectivitat de l'accés als serveis d'atenció està estretament relacionada amb l'origen del seu finançament. Els sistemes públics d'ampli abast –amb aportacions reduïdes dels usuaris– poden arribar a tota la població o a una gran part, però comporten despeses públiques importants. En canvi, els sistemes que s'orienten cap al finançament privat afecten menys la despesa pública, però tendeixen a limitar l'accés als serveis, accentuant la desigualtat social.

En alguns sistemes, els recursos públics provenen exclusivament dels impostos generals, de la mateixa manera que es fa en altres serveis públics, com ara la sanitat. Aquesta modalitat de finançament fa possible garantir la universalitat. És el model adoptat ja fa temps als països escandinaus, amb els excel·lents resultats que hem assenyalat quant a la qualitat dels serveis i la satisfacció dels usuaris.

El model universal finançat amb els impostos generals té, a més, un important efecte redistribuïdor de recursos, ja que tothom paga en funció dels seus ingressos –atesa la progressivitat del sistema impositiu–, però tothom té també el mateix accés als serveis, al marge del nivell de renda. Es tracta, sens dubte, d'un sistema costós, de manera que cal preveure que per implantar-lo caldrà un cert increment de la despesa pública, fet que pot tenir algun impacte sobre l'activitat productiva. Tanmateix, genera també en aquest àmbit considerables efectes positius que, com hem apuntat, poden arribar a ser encara més importants.

El sistema contributiu gaudeix també de força avantatges propis d'un sistema basat en el finançament públic; però, com acabem de veure, només hi tenen accés els que hi han contribuït anteriorment. Des de la perspectiva financera, es tracta d'una assegurança obligatòria finançada bàsicament amb les cotitzacions socials sobre el treball. Els costos poden també arribar a ser importants.

A Alemanya, país emblemàtic d'aquest model, la despesa en cures de llarga durada arriba ja al 0,86% del PIB i es preveu que, si no hi ha canvis importants, arribarà a l'1,47% l'any 2030. Això recau bàsicament sobre els costos salarials, de manera que pateixen un cert encariment, fet que pot incidir sobre la taxa d'ocupació. D'altra banda, tot sistema contributiu s'ha de complementar, per als que no hi tenen accés, amb un sistema assistencial més limitat, finançat amb càrrec als pressupostos generals de l'Estat.

D'altra banda, al sistema assistencial l'atenció no es configura com un dret, i els serveis es concedeixen només en funció de les disponibilitats pressupostàries, que acostumen a ser molt limitades. El seu finançament es fa a càrrec dels impostos generals, encara que el seu volum és normalment molt inferior al del sistema universal.

Cal assenyalar, finalment, que en alguns països, com ara el Japó o França, s'han implantat sistemes més complexos, on el cost públic de l'atenció és atès per una combinació de fons provinents de la seguretat social i de les administracions públiques.

Hem de recordar així mateix que els recursos provinents de les administracions públiques es troben estretament lligats a la distribució de competències. El principi de subsidiarietat orienta a atorgar les competències d'aquests serveis a les administracions més properes als ciutadans, que sovint són les que tenen menys ingressos. En aquest sentit, cal recordar que el model universalista s'ha desenvolupat especialment en països de forta tradició municipalista, com ara els escandinaus.

Hi ha unanimitat a considerar que el reduït volum d'ingressos dels ajuntaments i els consells comarcals del nostre país està a l'origen de l'escàs desenvolupament que fins ara han tingut els serveis domiciliaris, que els han estat atribuïts com a competència pròpia sense incrementar els recursos per atendre aquestes noves funcions.

En canvi, els serveis residencials han tingut un desenvolupament més acceptable, atesa la major capacitat

econòmica del govern autonòmic. Aquests desajustos posen en relleu els inconvenients de la insuficiència d'instruments operatius de coordinació i de finançament entre els sistemes d'atenció. Un sistema ben coordinat d'assignació de recursos podria distribuir-los amb criteris més objectius i eficients.

D'altra banda, cal recordar que es necessiten molts recursos per finançar el sistema, sobretot si finalment s'opta per configurar l'atenció com un dret i se li atorga caràcter universal. Al nostre país, aquests recursos haurien de provenir dels pressupostos de l'Estat –almenys amb el sistema actual de finançament–, ja que són recursos indispensables per atendre d'una manera nova una necessitat que creix de manera incessant. Una possibilitat que es podria estudiar consistiria que les diferents modalitats d'atenció comunitària fossin prestades pels ajuntaments amb una font de finançament específica, que inicialment hauria de provenir dels pressupostos estatals.

Un sistema d'atenció domiciliària molt desenvolupat previsiblement reduiria la pressió sobre l'atenció residencial, de manera que els governs autonòmics potser podrien continuar atenent-la amb els seus propis recursos.

#### b) Copagament

La preocupació pel volum elevat de despeses que generen els sistemes gratuïts ha portat a desenvolupar sistemes mixtos de cofinançament, amb fons públics i privats. En aquest sentit, s'observa en tots els països europeus una tendència general vers la corresponsabilitat i el conseqüent copagament, encara que amb diverses intensitats.

Els fons privats poden procedir de les rendes de l'usuari, del seu patrimoni o de les aportacions dels seus familiars. Les rendes de l'usuari acostumen a ser escasses –generalment es tracta de la pensió–, de manera que la seva contribució acostuma a ser força limitada.

El recurs al patrimoni planteja algunes dificultats. Si es tracta d'un acolliment residencial, s'hauria de considerar la possibilitat del retorn al domicili, ja que la pèrdua del patrimoni podria arribar a fer-lo impossible. Per això, semblaria adequat que, sempre que hi hagi possibilitat de retorn, la prova de mitjans utilitzada per definir el copagament no considerés aquests béns o, fins i tot, que negués aquesta via de finançament.

A més, cal recordar que sovint aquest patrimoni, per a la persona gran, és l'obra de tota una vida i allò que li proporciona sensació de seguretat. Per no veure afectat aquest patrimoni, l'afectat pot fàcilment negar-se a acceptar una atenció que de fet necessita. D'altra banda, aquesta solució suscita força malestar entre els familiars perquè afecta directament les seves expectatives econòmiques. Si coneixen amb anticipació que el patrimoni de la persona pot quedar afectat durant el període de dependència, és probable que molts recorrin a algun tipus de transmissió anticipada, amb els conseqüents greuges comparatius respecte a aquells que no ho fan. Fins i tot, podria acabar tenint l'efecte pervers de fer que moltes persones arribin a la vellesa sense patrimoni, perquè l'han traspasat anteriorment als seus familiars per evitar perdre'l amb el pagament.

Una alternativa seria el cobrament a partir de l'herència, encara que això planteja problemes similars. En aquesta modalitat de copagament es configura una part de l'atenció prestada com un deute que es recupera del patrimoni en morir el beneficiari. Això permet a l'Administració rescabalar-se de part del cost de l'assistència sense disminuir el patrimoni de la persona gran mentre viu. Es tracta d'una possibilitat que, tot i ser prevista en algunes legislacions, gairebé no ha estat utilitzada. Sembla una solució preferible a l'anterior, ja que no afecta tan directament la persona gran ni la xarxa de seguretat econòmica que ha construït al llarg de la seva vida i, d'alguna manera, també fa participar els familiars en el finançament de l'atenció, en tant que beneficiaris de l'herència.

Una altra possibilitat és recórrer directament a les aportacions dels familiars. Aquesta ha estat l'opció presa a Catalunya per costejar els serveis socials d'atenció, complementàriament a les rendes de l'usuari. S'han establert pactes de cofinançament amb els familiars –aplicant criteris objectius– sobre la base de la tradicional «obligació d'aliments», tot i els dubtes que pot plantejar avui l'aplicació d'aquesta figura jurídica.

Com veiem, totes les modalitats de cofinançament presenten notables dificultats. Tanmateix, les limitacions de la despesa pública podrien arribar a fer imperativa aquesta solució. Sembla probable que una combinació adequada de les diferents modalitats de cofinançament pugui arribar a constituir la solució més eficient.

#### c) Finançament privat

El models no universals –l'assistencial i el contributiu– permeten, juntament amb el sistema atès amb fons públics, de desenvolupar un sistema privat –que pot incloure tant institucions d'iniciativa social com de caràcter mercantil– finançat pels mateixos beneficiaris. En aquest sistema, els serveis s'ofereixen en funció de la demanda, amb un cost determinat per les lleis del mercat, almenys en el cas de les entitats de caràcter mercantil. Les persones grans dependents amb un nivell econòmic elevat poden tenir accés a aquest tipus d'atenció. Però molts altres –particularment de classes mitjanes o treballadors ben remunerats– poden quedar-se sense cap atenció o haver de recórrer a l'atenció informal, com s'esdevé ara al nostre país.

Una variant del sistema de pagament privat, que també pot arribar a ser complementari de l'assistencialista, és l'assegurament privat. Aquesta modalitat pot ser més accessible que el pagament directe, sobretot si té el suport fiscal de l'Administració. Tanmateix, aquesta modalitat presenta a la pràctica molts problemes d'aplicació. Es constata que als ciutadans actius els resulta molt difícil imaginar-se en situació de dependència i afrontar les despeses corresponents.

Així doncs, sembla que la percepció del risc, bàsica per a l'activitat asseguradora, és molt baixa. D'altra banda, només resulta viable econòmicament quan es contracta en una fase de la vida relativament jove, que és quan les persones han d'atendre altres despeses importants, com ara l'educació dels fills o la compra de l'habitatge. En canvi, quan ja han acumulat un patrimoni important i no han d'encarar-se a altres despeses importants,

és quan reben els recursos de la companyia d'assegurances.

Aquestes circumstàncies expliquen que –malgrat els esforços fets per les companyies d'assegurances– no s'hagi arribat a un grau de cobertura acceptable ni tan sols als Estats Units, on hi ha altres sistemes d'assegurances particularment desenvolupats. Per això, aquesta modalitat de finançament privat ha estat també descartada com a base del sistema d'atenció a la gent gran dependent pràcticament per tots els països europeus, sense perjudici de poder desenvolupar un paper complementari.

#### 4.2.3. Forma de prestació

Un aspecte fonamental en el debat sobre l'atenció a la dependència és el relatiu a la naturalesa de les prestacions finançades públicament. Les dues formes alternatives bàsiques són la prestació en espècie i la prestació en metàl·lic.

En el nostre país, la situació actual es caracteritza per la preponderància de les prestacions en espècie. Aquesta inclou totes les atencions a la dependència que no es presten en funció de la contrapartida econòmica corresponent. Per això, en la prestació en espècie, la decisió de prestar el servei està en mans de l'òrgan que gestiona el servei d'atenció. L'Administració autonòmica o local estableix les normes per determinar quin és el recurs assistencial adequat a cada individu i el proveeix directament o indirectament, mitjançant conveni o concert, tot i que encara bona part es fa mitjançant subvencions.

La prestació en espècie permet, en principi, uns criteris més professionals en l'adjudicació dels serveis, un millor control de l'evolució de l'ancià dependent i del seu tractament i, en conseqüència, un ús més racional dels recursos disponibles. Es constata que els serveis comunitaris en espècie permeten als familiars dedicar moltes menys hores a la cura de la persona dependent. A més, la distribució de la tasca d'atenció entre homes i dones és molt més equitativa.

La conseqüència és que, en els països on predomina la prestació en espècie amb mitjans suficients, la cura d'una persona dependent no té efectes significatius sobre les oportunitats laborals de la persona curadora. Els països escandinaus, on predomina aquest tipus de prestació i només marginalment s'ofereixen prestacions en metàl·lic, són els que presenten una taxa d'ocupació femenina més elevada.

En les prestacions en metàl·lic, l'Administració es limita a transferir una certa quantitat de diners a cada beneficiari o família; normalment aquesta quantitat varia segons el nivell de dependència i la situació econòmica. Això permet que el beneficiari triï els serveis que consideri adients.

Aquesta és l'opció presa a Espanya amb els complements a la pensió per gran invalidesa de la seguretat social contributiva o a la pensió d'invalidesa o per fills a càrrec majors de 18 anys en la modalitat no contributiva. Igualment és l'opció presa a Catalunya amb la prestació econòmica prevista al programa Viure en fa-

mília, tot i que aquí no s'ha previst explícitament cap ponderació de l'ajuda en funció del nivell de dependència i de la capacitat econòmica, sinó que tot es limita en aquest sentit a establir uns requisits mínims per accedir a l'ajuda.

Com acabem d'apuntar, el pagament directe de quantitats monetàries incentiva la permanència a la llar de la persona curadora. D'alguna manera, es pretén recompensar les dones que atenen els dependents, però això no afavoreix l'augment de la taxa d'ocupació femenina ni facilita la creació de nous llocs de treball en aquest sector, ja que aquests recursos generalment no s'utilitzen per adquirir serveis d'atenció domiciliària. La pràctica ens mostra com, en molts casos, aquest pagament és entès com una font complementària d'ingressos familiars, sense gran repercussió en la qualitat de vida de la persona gran.

Per evitar això, s'han desenvolupat diverses modalitats de prestació en metàl·lic de caràcter finalista, en què les transferències monetàries estan condicionades a destinar-les a serveis formals d'atenció a la persona dependent. Aquestes transferències constitueixen, de fet, una subvenció a la demanda de serveis formals de cura que afavoreix la creació de nous llocs de treball regularitzats en el sector i permet l'elecció del prestador del servei. D'aquesta manera, una part important de la subvenció retorna en forma d'impostos i cotitzacions socials, multiplicant l'eficàcia de la despesa.

Aquest és el sentit de la modalitat de pagament anomenada xec-servei, que només es pot utilitzar amb empreses i serveis acreditats, fet que permet un mínim control de les condicions en què s'efectua la prestació.

Una modalitat menys estricta de control de la prestació en metàl·lic s'ha experimentat a l'estat nord-americà d'Arkansas amb resultats positius. Els beneficiaris reben inicialment una transferència monetària i amb aquests diners poden adquirir els serveis que creuen oportuns –fins i tot els d'un curador informal–, però per accedir a noves transferències han de conservar factures de tots els serveis rebuts i de les compres fetes. Aquest sistema maximitza la llibertat de decisió dels beneficiaris i la flexibilitat del sistema, de manera que normalment els usuaris es troben satisfets amb la qualitat de l'atenció rebuda. Tanmateix, reforça l'atenció no professional i no permet cap control de les condicions en què s'efectua la prestació.

De tota manera, cal valorar la reducció de costos associada a qualsevol modalitat de prestació en metàl·lic. En efecte, la prestació en espècie, o bé és gestionada directament per una entitat pública –amb un increment del sector públic que pot ser discutit– o bé cal regular i controlar les prestacions realitzades pels proveïdors privats, per garantir la qualitat de la prestació i evitar-ne l'encariment, fet que comporta uns costos complementaris.

D'altra banda, la prestació en metàl·lic té els clàssics avantatges de tota producció orientada al mercat, amb el desenvolupament d'una oferta molt variada i ajustada a les necessitats reals de cada demandant. Però també carrega els corresponents desavantatges, com ara unes decisions més guiades pel màrqueting que pels

críteris professionals i una recerca del benefici que pot deteriorar fàcilment la qualitat quan el beneficiari no té ja capacitat per queixar-se.

#### 4.2.4. Proveïdor del servei

L'entitat proveïdora pot ser pública o privada i pot tenir o no afany de lucre. Les consideracions que es poden fer sobre cada tipus de proveïdor són similars a les que es poden fer en qualsevol altre àmbit de la protecció social i potser aquest estudi no és el lloc indicat per exposar-les. Amb tot, caldria reflexionar sobre la provisió privada de serveis de responsabilitat pública, atesa la seva importància creixent en l'àmbit dels serveis socials i sociosanitaris. Històricament, el sector privat d'iniciativa social ha tingut a Catalunya un paper destacat en el l'àmbit dels serveis socials. Tanmateix, els darrers anys s'observa un important increment de la presència del sector privat mercantil, especialment en el sector de centres residencials.

El model de provisió de serveis socials a Catalunya és de caràcter mixt: hi conviuen el sector públic i el privat. Els gestors de casos han de ser capaços, d'un costat, de valorar amb exactitud les necessitats existents, i de l'altre, han d'evitar que siguin els proveïdors de serveis els que acabin imposant el nivell de serveis prestats, d'acord amb les seves pròpies conveniències. Això obliga l'Administració a establir una normativa concreta sobre les condicions materials, funcionals i de qualitat que han de complir els establiments i serveis, i a exercir-hi un control estricte, mitjançant els serveis d'inspecció.

En aquest sentit, ja hem assenyalat que les insuficiències en la inspecció poden afectar significativament la qualitat de vida dels usuaris i que no es pugui garantir plenament l'absència de situacions de maltractament.

Ara bé, això pot comportar una certa burocratització dels serveis i, a més, mantenir un servei ampli d'inspecció és també costós. Tanmateix, aquest sobrecost es correspon amb una garantia complementària de qualitat, reflectida en les condicions d'acreditació i que afecta tant els aspectes físics com de serveis, ràtios de personal i titulacions acadèmiques. Aquesta garantia s'estén, a més, a les condicions laborals i a la formació dels treballadors del sector.

Al marge dels problemes d'eficiència i de costos que eventualment es puguin plantejar, la provisió dels serveis a càrrec d'entitats públiques garanteix encara millor unes condicions laborals adequades, amb uns nivells de qualitat comparables. Aquest estudi no permet arribar a una conclusió determinant respecte als nivells de qualitat dels dos sistemes, tot i que la pressió favorable a la reducció de costos, en un entorn poc competitiu, invita a pensar que en general la qualitat podria ser superior en els centres amb proveïdor públic, encara que pot dependre molt de les polítiques socials dels responsables polítics del moment.

#### 4.2.5. Lloc de la prestació

Les opcions principals en l'atenció a la gent gran dependent són la residencial i la comunitària. Aquestes dues modalitats d'atenció es troben presents en tots els models considerats, ja que tant l'una com l'altra es poden considerar les més idònies per atendre unes determinades necessitats. Amb tot, la proporció en què es presta l'una o l'altra constitueix una de les variables més determinants de qualsevol model d'atenció a la gent gran dependent. De fet, bona part de la gent gran dependent és susceptible de ser atesa en qualsevol de les dues modalitats. Cal parlar, doncs, en molts casos, de dues modalitats alternatives d'atenció.

La diferència essencial radica en el lloc on es presta l'atenció. L'atenció residencial comporta un trasllat, des de la residència habitual de la persona dependent al centre on estarà acollida. En canvi, l'atenció comunitària permet la permanència de la persona gran en la seva comunitat, normalment a casa o amb la família. Inclou tant l'atenció domiciliària com els centres de dia. Tanmateix, les modalitats d'atenció comunitària presenten una creixent diversitat, fruit de la constant experimentació que s'observa en aquest àmbit. En aquest sentit, cal destacar alguns mitjans alternatius d'atenció ja esmentats, com ara l'acolliment familiar, l'habitatge compartit o els habitatges tutelats.

Tant l'atenció residencial com la comunitària han estat considerades ja àmpliament en parlar de la situació de la gent gran a Catalunya, però caldria ara valorar els avantatges i els desavantatges de les dues opcions, ja que, com acabem d'assenyalar, moltes persones en teoria podrien ser ateses per qualsevol d'elles.

Sembla que hi ha un acord cada vegada més ampli en el fet que l'atenció domiciliària presenta clars avantatges respecte a l'atenció residencial, tot i que aquesta també és necessària per a un determinat segment de la població. En primer lloc, el seu cost és, sovint, més baix; però, a més, generalment proporciona més satisfacció als familiars i, sobretot, a la mateixa persona gran, que pot continuar, si ho desitja, en el seu medi familiar i afectiu i rebre al mateix temps l'assistència que necessita. Cal assenyalar, amb tot, que en certs casos l'ingrés residencial és la fórmula preferida o àdhuc el darrer recurs per a la família i, fins i tot, per la mateixa persona gran, especialment quan el grau i la intensitat de les prestacions que requereix difícilment poden ser prestats en el domicili, com és el cas d'algunes de les atencions de psicogeriatria.

S'observa, per tant, una tendència general en els països del nostre entorn a favor de l'atenció domiciliària, ja que en termes generals proporciona als beneficiaris una millor qualitat de vida. En aquest sentit, cal assenyalar que a Dinamarca es va prendre la decisió de deixar de construir residències, perquè es va considerar que amb les existents n'hi havia prou per atendre tots els que necessitin un acolliment residencial, mentre que es van incrementar encara més els serveis d'atenció domiciliària.

A més, l'experiència demostra que l'ingrés en una institució residencial pot accelerar la dependència i min-

var la qualitat de vida, sobretot quan és una opció no desitjada per la persona gran, ja que l'allunyament de l'entorn habitual i la pèrdua dels referents la desorienta i sofreix, almenys inicialment, un deteriorament notable. Per això es constata una tendència creixent a reservar l'atenció residencial a les cada vegada més nombroses persones grans dependents que presenten un grau elevat de deteriorament, fet que comporta una ampliació del vessant sanitari d'aquesta atenció.

Hi ha també un gran acord sobre el fet que una atenció domiciliària més àmplia redueix la demanda d'atenció residencial, tot i que no ha estat corroborat amb estudis tècnics específics en els casos en què la decisió resta en mans del mateix usuari. En els sistemes en què la decisió sobre la modalitat de la prestació resta en mans dels òrgans encarregats de gestionar l'atenció, s'ha pogut constatar que molts casos que requerien abans atenció residencial poden ser atesos amb l'atenció domiciliària, normalment amb uns costos molt més reduïts.

Tanmateix, quan el nivell de dependència esdevé molt elevat, l'atenció comunitària pot arribar a ser més costosa, fins al punt de fer inevitable l'acolliment residencial. No hi ha dubte que una persona gran amb una malaltia crònica important o amb un grau elevat de dependència pot rebre una atenció millor en una residència que al seu domicili. A més, com ja s'ha apuntat, quan la dependència és important, la persona dependent necessita una gran quantitat d'hores per ser atesa a domicili, i és menys costosa en aquest cas l'atenció residencial.

En aquest sentit, s'ha estimat que, en termes generals, fins a 25 hores setmanals l'atenció domiciliària comporta menys despeses i, en canvi, per sobre d'aquest temps d'atenció habitualment l'atenció residencial és més econòmica.

D'altra banda, al nostre país, la distribució de competències entre les administracions, en relació amb aquestes modalitats d'atenció, comporta dificultats que inviten també a la reflexió. En general s'ha prioritzat l'atenció residencial, que es competència de la Generalitat, Administració pública amb recursos més amplis que els ens locals, que tenen a càrrec seu l'atenció domiciliària.

## 5. ELS DRETS DE LA GENT GRAN AMB DEPENDÈNCIA

### 5.1. Plantejament general

D'entrada, cal deixar ben clar que les persones grans dependents, des d'un punt de vista jurídic, gaudeixen dels mateixos drets i llibertats i els corresponen els mateixos deures que a la resta de ciutadans. Tanmateix, la situació de vulnerabilitat en què sovint es troben exigeix l'establiment de mesures específiques per aconseguir que els drets que formalment els pertocuen no esdevinguin meres declaracions retòriques sense aplicabilitat pràctica.

Aquestes qüestions són d'especial importància quan ens referim als drets establerts amb caràcter fonamental per la nostra Constitució.

Així, doncs, a la gent gran els són d'aplicació tots els drets i deures fonamentals establerts en la vigent Constitució, i gaudeixen de les mateixes garanties establertes en el Títol I. En tractar dels drets d'aquest col·lectiu es pot distingir entre els drets i les llibertats de caràcter civil i polític i els drets socials.

Quant als primers, la secció primera d'aquest Títol inclou, entre d'altres, la dignitat de la persona, la prohibició de qualsevol discriminació, el dret a la vida, a la llibertat i a la seguretat, el dret a l'honor, a la intimitat i a la pròpia imatge, el secret de les comunicacions, la llibertat de residència i circulació o els drets de reunió, d'associació i de participació. Per això, tenen dret a obtenir la tutela efectiva dels jutges i tribunals. També els corresponen els drets i deures dels ciutadans establerts a la següent secció, entre els quals figura el dret a la propietat, a l'herència, al matrimoni o el dret i el deure al treball.

A totes les persones només se'ls pot limitar l'exercici d'algun dels drets quan, trobant-se en una situació de malaltia o de deficiència permanent que els impedeixi governar-se, ho estableixi així una sentència judicial, i això en els termes i l'extensió en què ho estableixi. No es pot fer, doncs, de cap manera una assimilació entre persona gran, dependència i incapacitat jurídica, ja que són tres conceptes ben diferents, tot i que en determinats supòsits puguin coincidir.

La identificació d'aquests tres termes que sovint s'observa en determinades opinions publicades pot comportar connotacions negatives per al conjunt de persones grans i repercutir en la consideració social i, per tant, en la limitació mateixa dels seus drets.

La majoria dels drets socials estan regulats en el capítol tercer de l'esmentat títol I de la Constitució dedicat als «Principis rectors de la política social i econòmica». En aquest grup figuren molts dels drets relacionats amb la satisfacció de moltes de les necessitats generades a l'entorn de la dependència, com són els relatius a la protecció social, econòmica i jurídica de la família, el dret a un règim públic de seguretat social que els garanteixi l'assistència i les prestacions socials suficients en situacions de necessitat, a la protecció de la salut o a gaudir d'un habitatge digne i adequat.

Pel que fa a les persones que tenen alguna discapacitat, obliga els poders públics a realitzar una política de previsió, tractament, rehabilitació i integració i a prestar l'atenció especialitzada que requereixin; i en relació amb l'envelliment, els obliga a garantir la suficiència econòmica de les persones grans, mitjançant pensions adequades i actualitzades, tant com –amb independència de les obligacions familiars– a la promoció del seu benestar, mitjançant un sistema de serveis socials que atengui els seus problemes específics de salut, habitatge, cultura i lleure. Tanmateix, tots aquests drets –a diferència dels drets fonamentals comentats abans, que són d'aplicació directa i immediata– només seran aplicables en la mesura que ho disposin les lleis que els desenvolupin.

L'efectivitat de la majoria dels drets socials de les persones amb dependència depèn, doncs, de les lleis estatals o autonòmiques, segons que els correspongui per la



competència sobre la matèria de què es tracti, i dels pressupostos que s'hi esmercin. Aquest darrer aspecte és molt important, ja que per satisfer la majoria dels drets socials és indispensable una prestació (drets prestacionals) que genera un cost econòmic que cal satisfer.

Tot plegat possibilita que es produeixi un debilitament en cascada d'aquests drets, ja que la llei que concreta el precepte constitucional acostuma a remetre als reglaments, i aquests als pressupostos, com el cas de la normativa catalana. D'aquesta manera, quan s'acaben les partides, s'acaben els drets, tot i que, si es tractés d'autèntics drets subjectius, si més no en teoria, seria el revés: els pressupostos s'haurien d'ajustar als drets que cal garantir. Estem, per tant, encara molt lluny d'arribar a les situacions que estableix la Constitució.

A l'entorn de les situacions de dependència, s'ha generat un debat teòric de gran interès ja que l'«autonomia» es pot considerar com una necessitat bàsica des del moment que aquestes situacions poden ser tingudes per un límit intolerable de la llibertat i l'autonomia individual i, per tant, generadores d'un deure de satisfer aquestes necessitats condicionants de la vida humana. En aquest sentit, el ja esmentat *Llibre blanc de les persones amb dependència a Catalunya* (2002) recomana que l'atenció a la dependència sigui reconeguda com un dret bàsic de ciutadania. D'altra banda, sortosament aquesta problemàtica comença a formar part de les agendes legislatives i polítiques, així com també de les propostes i reivindicacions d'entitats privades i, en general, del debat cívic d'avui.

Des del vessant cultural i sociocultural, els especialistes ens fan veure com tot allò relacionat amb els drets i les obligacions de les persones grans i dels seus familiars i cuidadors –així com els problemes de les possibles contraposicions i àdhuc conflictes– no tan sols està arrelat en bases econòmiques i psicològiques, sinó també en les bases de la cultura de l'envelliment que es desenvolupa en cada medi i cada moment, que és diversa i canviant. Ara bé, si es considera que aquestes pràctiques socials estan culturalment pautades –amb independència de la seva regulació legal– sorprèn l'oblit –i, fins i tot, la mitificació– d'aquests processos culturals en les reflexions polítiques i en bona part de les científiques, així com també en les línies d'actuació política i administrativa.

Les queixes rebudes i les actuacions iniciades d'ofici ens confirmen la debilitat jurídica dels drets socials i econòmics, però també la incidència de les pautes culturals que provoquen insatisfacció en una bona part de la gent gran i les seves famílies. És segurament en aquesta matèria on s'evidencien més clarament les limitacions del nostre Estat del benestar i, més concretament, del sistema de protecció social, malgrat les millores aconseguides els darrers anys.

Tot i això, cal tenir en compte que les persones grans dependents solen tenir dificultats per exercir en la pràctica els seus drets i llibertats; per això els problemes plantejats en forma de queixa a la nostra Institució poden ser només la punta de l'iceberg dels drets vulnerats. Cal, doncs, una reflexió a fons, perquè la limitacions que comporta la dependència no signifiquin la pèrdua

de la capacitat de decidir i, alhora, per cercar mecanismes efectius perquè, sempre que sigui factible, aquestes persones puguin exercir els seus drets i llibertats i es garanteixi que, quan això no sigui possible, rebin tota la protecció adequada.

## 5.2. Consideracions específiques sobre alguns drets

Encetem aquesta reflexió sobre els drets de les persones grans referint-nos en particular a alguns en què hem apreciat una especial incidència quan s'apliquen a les persones grans dependents. Tot i que ja ens hem referit en el transcurs de l'informe a moltes d'aquestes qüestions, les examinarem, ara, des del vessant jurídic.

### 5.2.1. Igualtat i equitat

La debilitat dels drets i el fet que els recursos esmerçats en aquesta matèria siguin insuficients per combatre les mancances d'aquest col·lectiu genera una sèrie de qüestions respecte a la igualtat i l'equitat, on àdhuc la prioritització de les prestacions adquireix una dimensió ètica.

Com ja hem assenyalat, entre els orígens més rellevants de desigualtats trobem els derivats del territori, de la situació econòmica i del tipus de prestació. La situació geogràfica del domicili de la persona afectada pot esdevenir una causa de desigualtat a causa dels desequilibris en la distribució territorial dels equipaments i serveis adreçats a aquest col·lectiu, així com pel disseny marcadament urbà de molts centres, que els fa ineficaces en els municipis petits de zones rurals.

La insuficiència de recursos pot generar també un greu comparatiu difícil de justificar respecte a les persones que pertanyen a classes mitjanes-baixes, ja que la preferència de l'accés a les prestacions donada a les persones amb menys recursos exclou les que disposen de recursos superiors, però insuficients per permetre'ls d'accedir al mercat privat, i això les deixa totalment descobertes. El tercer motiu destacable de desigualtat en el tracte sorgeix –com ja hem tingut oportunitat d'estudiar– entre les prestacions sanitàries, socials i sociosanitàries, en referència tant a l'accés com a les condicions, incloent-hi el pagament.

Podem dir que les conseqüències negatives d'una oferta de serveis tan feble afecta el conjunt de la societat, ja que en el cas que ens ocupa, a més a més de la persona gran afectada, involucra a la família que se n'ha de fer càrrec, especialment la persona que en té cura directa, que sovint ha de deixar la feina; com que en la majoria de casos aquesta persona és la dona, aquest fet incrementa encara més la desigualtat de sexes. La manca d'equitat entre classes socials i entre sexes pot donar la raó als que pensen que la distribució de l'atenció als dependents acaba essent injusta i poc equitativa, ja que produeix una manca d'assumpció social i solidària del risc i, atribuint un caràcter individual a la responsabilitat, esdevé difícil d'assumir per a la persona afectada i la seva família.

Per tant, la responsabilitat pública sobre els sistemes de salut i de serveis socials hauria d'assegurar una oferta de recursos bàsics equilibrada territorialment i suficient per a tothom, integrada per equipaments i serveis d'una qualitat mínima controlada. En aquest punt no es pot oblidar la dimensió ètica d'aquestes polítiques públiques, sobretot en el moment de prioritzar l'assignació de recursos, ja que aquestes decisions tenen repercussions determinants per a la salut i la qualitat de vida dels individus. Caldria atorgar preeminència a les mesures que corregeixin les desigualtats i permetin als ciutadans més desfavorits d'accedir als serveis de benestar, tot i que la complexitat rau en com fer-ho.

### 5.2.2. Intimitat

Les petites dimensions dels habitatges actuals i les característiques de l'atenció en centres residencials dificulten l'exercici del dret de les persones grans a la intimitat, especialment quan pateixen manca d'autonomia. Aquestes insuficiències es fan molt evidents en l'atenció residencial, en la qual, a més de veure's allunyada de l'entorn físic i afectiu, la persona gran ha de conviure amb gent inicialment desconeguda amb la qual sovint ha de compartir l'habitació.

D'altra banda, el progressiu deteriorament dels ingressats en residències fa que vagi adquirint una especial rellevància el vessant sanitari de l'assistència. Des d'aquesta perspectiva –i com ja hem assenyalat en parlar de l'atenció residencial–, malgrat que la integració en el servei residencial dels àmbits social i sanitari en un únic espai físic té indubtables avantatges en l'atenció que reben els residents, també genera efectes negatius, en el sentit que s'impregnen d'un caire hospitalari i assistencial, que els fa perdre l'ambient més casolà que necessiten les persones per viure agradablement.

El repte és, doncs, de trobar la manera en què, tot i mantenir el nivell d'atenció sanitària i social adequat, l'estructura dels establiments i el seu funcionament siguin el més propers possible al que havien viscut els beneficiaris. Els esforços, per tant, s'haurien d'orientar cap a un disseny senzill i confortable, amb habitacions individuals sempre que fos possible i desitjat i amb un funcionament elaborat amb la participació de les persones que hi viuen. Cal tenir en compte que totes aquestes millores han de tenir una bona proporció cost-benefici i no ser incompatibles amb els objectius d'equitat i plena assistència a totes les necessitats assistencials dels residents i els territoris.

### 5.2.3. Dignitat

El dret constitucional a la dignitat de totes les persones pot tenir dificultats per imposar-se en una societat individualista que idolatra el consum i la joventut. Quan la gent gran es jubila, es produeix una davallada del seu poder adquisitiu i s'observa una desvaloració que s'agreuja en els casos de dependència i que, a més a més, pot apartar aquest col·lectiu, amb el perill de provocar una situació d'aïllament, de solitud i abandonament. Tot plegat pot afectar l'exercici de les seves ca-

pacitats i l'autonomia pròpia, generant-li situacions d'incapacitat.

L'equilibri d'una col·lectivitat reposa sobre el conjunt dels seus membres i per aconseguir-lo s'han d'evitar els processos d'exclusió i reforçar les actuacions de respecte als drets humans. En el cas de la gent gran amb dependència, la nostra societat té l'obligació de vetllar pel manteniment de la seva autonomia, per la qualitat de vida i el manteniment de la seva imatge, elements imprescindibles per a la dignitat de la persona.

### 5.2.4. Elecció

El fet de poder decidir per un mateix pel que fa als assumptes relacionats amb la manera de viure o la salut és un bon exemple d'assumpció de la pròpia autonomia, malgrat que es puguin patir dependències funcionals importants. L'exercici dels drets de les persones grans exigeix potenciar la capacitat de decisió quan és possible, i encoratjar l'establiment de disposicions anticipades per a quan, si arriba el cas, no puguin fer-ho. Aquesta darrera possibilitat és, sens dubte, una conquesta sociojurídica molt remarcable dels últims temps i incorpora tot el que es refereix als testaments vitals, decisions anticipades i designació de representants i, també, sobre la mort digna.

Així, doncs, les persones grans, com a ciutadans de ple dret, han de poder decidir sobre el seu futur. Tanmateix, sovint els familiars i/o els professionals s'apropien el dret de les persones grans a decidir, encara que tinguin plena capacitat per fer-ho per elles mateixes, especialment en aspectes relacionats amb el lloc on volen viure o amb la manera en què volen ser ateses, considerant-les mers receptors de serveis. Els serveis d'atenció a la gent gran haurien de respectar, tant com fos possible, l'elecció de la persona gran, i tractar de garantir-li la màxima qualitat de vida en l'entorn i la forma en què ha escollit viure.

Segons demostren diferents estudis sobre la realitat i les preferències de les persones grans, la majoria d'aquesta població vol continuar vivint en el seu medi habitual i afectiu, continuar vivint amb la família o sols a casa. Si es vol mantenir el dret a triar, s'ha de dissenyar un model d'atenció que prevegi un ampli ventall de possibilitats i serveis que permetin el lloc i tipus d'atenció escollida. D'altra banda, aquesta formulació requereix proporcionar una bona informació i orientació als sol·licitants sobre els recursos socials, sanitaris, econòmics i culturals, tenint en compte els serveis de transports i les peculiaritats de les zones rurals.

### 5.2.5. Salut

Són múltiples les raons, tant humanes com econòmiques, que recomanen adoptar mesures preventives per perllongar al màxim el temps de vida autònoma. S'han estudiat aquests factors de vida saludable que retarden l'aparició de limitacions. Es parla de la possibilitat d'actuar amb anticipació i des de l'edat laboral preparar-se per a aquesta situació. També s'aconsella facilitar informació per millorar els hàbits, tant els referents a l'ali-

mentació com als estils de vida en general, i, fins i tot, es recomana una certa «educació per a l'autonomia».

L'increment de la cultura de la salut i de l'educació sanitària contribueix a prendre mesures i a adoptar formes saludables de viure que permeten arribar en bones condicions a l'edat de jubilació. Nogensmenys, les administracions han de promoure aquesta cultura que cerca una vida activa i saludable per a totes les edats, ja que les dades mostren que els països que han invertit en la prevenció han aconseguit retardar uns quants anys l'aparició de les limitacions.

Pel que fa a l'assistència sanitària, hem de tenir en compte els efectes perversos que –com hem vist en parlar d'atenció residencial– poden tenir a vegades alguns dels seus trets més positius, com ara l'allargament artificial de les estades per no haver de prestar atenció a casa o pagar una residència. Això, d'una banda, incrementa considerablement els preus, ja que, com hem assenyalat, es calcula que el cost de l'atenció hospitalària és cinc cops superior al de l'atenció residencial en centres geriàtrics i, d'altra banda, col·lapsa fàcilment les places disponibles i fa que qui realment necessita atenció sanitària no en pugui rebre.

Aquesta situació, doncs, pot arribar a lesionar el dret a la salut d'alguns ciutadans. És urgent cercar fórmules que evitin aquests efectes negatius.

A més, pot incidir negativament en la igualtat i equitat assistencial el fet que hi hagi serveis que, tot i tenir un caràcter gratuït en l'àmbit sanitari, no ho són quan es presten a les residències, com és el cas de determinades prestacions d'infermeria i rehabilitació.

Per tot això, sembla que s'hauria d'aprofundir en els drets de les persones amb dependència en relació amb l'atenció sanitària, especialment quan la reben en les residències, ja que és discutible que l'atenció d'infermeria o de fisioteràpia, que és una prestació sanitària i, per tant, universal i gratuïta quan el ciutadà es troba en el seu domicili, no ho sigui quan està internat en un centre residencial. Tampoc haurien de persistir diferències en el pagament segons que la persona sigui atesa en un centre sociosanitari o de serveis socials quan la situació i atenció són les mateixes.

### 5.2.6. Pensions

És evident que el dret constitucional a unes pensions adequades que garanteixin la suficiència econòmica a les persones grans no és pas una realitat, especialment quan es perceben les pensions mínimes de la seguretat social, el SOVI o les de tipus no contributiu.<sup>16</sup> Si tenim en compte que aquestes darreres pensions només es concedeixen a persones que necessiten ajut per a la subsistència, a finals de 1998 a Catalunya cobraven aquesta pensió més de 32.000 persones grans, que, a causa de la insuficiència de la quantia rebuda, havien de cercar altres fonts d'ingressos, sovint recorrent a la

16. L'any 2004 la jubilació mínima d'una persona de més de 65 anys, amb cònjuge a càrrec, és de 485 euros mensuals (comptant catorze pagues anuals) i la de viduïtat, amb més de 65 anys, de 412 euros mensuals. L'import del SOVI és de 300 euros mensuals i el de les pensions no contributives de 276 euros mensuals.

mendicitat i a la caritat, que paradoxalment han de completar els mancaments de l'actual estat de benestar.

Aquesta peremptòria situació empitjora encara més quan es produeix una situació de dependència, ja que, malgrat les noves necessitats derivades de la manca d'autonomia, la pensió de jubilació no preveu cap increment per respondre-hi adequadament. Hem de reiterar per la seva importància les situacions de desigualtat i discriminació respecte al conjunt de persones grans afectades de dependència, que, tant en el sistema contributiu com en el no contributiu, si requereixen ajuda per a les activitats de la vida diària, no tenen dret a percebre cap complement de la jubilació. És a dir, en idèntica situació, la normativa tracta discriminatòriament en funció de l'edat. És evident, doncs, la necessitat de revisar aquestes normatives, començant pels casos que viuen una situació més peremptòria, ja citats.

A més de les situacions esmentades relacionades amb la pobresa (vegeu l'Informe del Síndic de Greuges corresponent a l'any 2001, BOPC núm. 275, de 22 de març de 2002, pàg. 157 i 158), hem de cridar novament l'atenció sobre altres situacions de desigualtat greus, relacionades amb el sexe, l'edat o els ingressos. Diferents treballs sobre les pensions ens indiquen que la mitjana d'aquesta pensió se situa al voltant de 600 euros el mes, amb una discriminació positiva per als homes, que guanyen cap a un 30% més que les dones.

D'altra banda, també mostren com, mentre els jubilats més joves cobren uns 720 euros el mes, els de més de 85 anys estan al voltant d'uns 400, que es complementen d'ofici fins arribar al mínim legal quan els ingressos totals estan per sota dels límits establerts reglamentàriament. Així la gent més gran, que acostuma a estar afectada per graus més importants de dependència, percep una pensió més baixa, que generalment no arriba al nivell del salari mínim interprofessional (460,50 euros/mes, 2004).

Recordem, a més a més, que les persones amb ingressos mitjans queden descobertes i que, per tant, s'haurien d'establir mesures que els permetessin gaudir dels serveis apropiats d'atenció a la dependència.

### 5.2.7. Treball

El dret al treball planteja també motius de reflexió des de diferents vessants. D'una banda, les exigències creixents de l'activitat productiva han prolongat el període de formació juvenil, endarrerint alguns anys l'entrada en el món del treball i redueixen el període d'activitat. Per contra, les millors condicions físiques i mentals de què actualment gaudeixen homes i dones en edats properes a la jubilació –àdhuc un cop superades– permeten plantejar la possibilitat d'endarrerir o almenys flexibilitzar l'edat de jubilació i ampliar així el temps d'activitat laboral. No es tracta d'una qüestió urgent, però ja es planteja actualment, en la mesura que afecta de manera significativa les expectatives dels actuals ciutadans actius.

Davant la sortida del món laboral, actualment massa brusca, es van introduint elements de gradualitat per fer una transició més suau, mitjançant el contracte de re-

lleu, la jornada parcial o els incentius a l'endarreriment de la jubilació. Per això, hom proposa la conveniència de promoure treballs adequats per a treballadors amb una certa edat. Tanmateix, aquests darrers anys s'observa en sentit contrari un creixement de les jubilacions anticipades que caldria tenir en compte per l'impacte negatiu que semblen tenir sobre la sostenibilitat econòmica del sistema de pensions. Un cas diferent són les mesures adoptades per reduir l'edat mínima de jubilació en el cas de persones amb discapacitat greu, ja que són absolutament necessàries per compensar el seu envelliment prematur.

Si l'atenció informal dins de la família continua essent una bona alternativa, si és desitjada per la persona gran i la que n'ha de tenir cura, cal prendre mesures que permetin fer compatible l'activitat laboral i familiar. En aquesta línia, a més de les esmentades mesures regulades per la Llei 13/1999, que permeten reduir entre un terç i la meitat la jornada de treball, i l'excedència amb reserva del lloc de treball per un període màxim d'un any, la Llei de Catalunya 6/2002 ha adoptat mesures complementàries per al personal de les administracions catalanes, i alguns convenis laborals, impulsats pels sindicats, també han millorat les mesures generals.

Tanmateix, aquests dispositius no consideren totes les possibilitats de flexibilitzar la prestació laboral i no preveuen tampoc mesures d'ajuda econòmica al cuidador ni cap d'adreçada a la cobertura de la seva seguretat social. D'altra banda, aquesta opció requereix d'un ventall de serveis i prestacions complementàries, com els centres de dia, l'acolliment parcial, les estades residencials temporals.

#### 5.2.8. Habitatge

Ja s'ha subratllat la importància que per a la persona gran té el fet de poder continuar en el seu medi, especialment quan el deteriorament comença a dificultar l'execució d'algunes activitats importants de la vida quotidiana. Caldria reforçar aquest dret i fer-lo efectiu mitjançant mesures d'adaptació de l'habitatge, sovint força deteriorat, i l'establiment de mesures complementàries, especialment d'atenció domiciliària. També s'haurien de considerar altres mesures alternatives, com ara l'acolliment familiar, l'habitatge compartit o els habitatges tutelats prop del lloc on ha viscut la persona.

En relació amb l'habitatge de persones grans, s'observa un nou problema que es comença a destacar de forma molt preocupant: ens referim als desnonaments, augments del lloguer per sobre dels ingressos del llogater, la finalització de contractes i diferents tipus d'extorsió, com els enganys o l'anomenat *mobbing immobiliari* practicat per alguns propietaris, empreses o inversionistes del sector.

Segons l'informe de la Comissió dels Drets de la Tercera Edat del Col·legi d'Advocats de Barcelona, ja esmentat, les denúncies formulades en relació amb l'habitatge superen el 18% del total de qüestions exposades; en més de la meitat de casos s'assegura sofrir situacions de desnonament, i més de la quarta part denuncien l'augment del lloguer per sobre dels propis ingressos; a més

a més, amb percentatges inferiors, es denuncia també la fi del contracte de lloguer, l'expropiació i diferents enganys per part dels propietaris. Tot i que les autoritats locals han començat a actuar, com el cas de l'Ajuntament de Barcelona, es tracta d'un problema greu que exigeix mesures ràpides i decidides per evitar l'espoli patrimonial de les persones grans.

#### 5.2.9. Serveis socials

En els apartats anteriors ens hem referit sovint als serveis socials, tant als d'atenció primària com els especialitzats, ja siguin diürns o residencials. Es tracta, sens dubte, d'un dels sectors clau en l'atenció a les persones grans dependents, que els darrers anys ha fet importants avenços. Els serveis socials, a través dels seus equips –des del nivell primari de gestió local, ajuntaments i consells comarcals– ofereixen informació, orientació, assessorament, treball comunitari i atenció domiciliària a la gent gran i les seves famílies.

En el nivell especialitzat, l'atenció pot ser diürna (centres de dia per a gent gran) o residencial (llars residència i residències assistides). Aquests centres especialitzats, com ja hem comentat, comparteixen funcions, sense fronteres gaire clares, amb alguns serveis socio-sanitaris (hospitals de dia, residències de llarga estada, etc.).

En els països més avançats s'observa una tendència a potenciar els serveis de proximitat per permetre que les persones dependents, si ho desitgen, puguin continuar vivint en el seu entorn. Per una altra banda, els centres residencials es reserven cada cop més a les persones grans amb nivells importants de dependència, tot vetllant per tal que siguin llocs de vida adequats a la convivència i evitant l'excessiva sanitarització.

Aquesta opció, que sembla també la més convenient per al nostre país, requereix replantejar la normativa actual per garantir els canvis necessaris que portin a fer-ho efectiu. Concretament, cal reflexionar sobre el disseny i funcionament dels centres pensant en les persones i en la seva forma de participar-hi i de conservar les pròpies capacitats perquè en tot moment puguin disposar d'un projecte de vida lliurement elegit i gaudir de tots els drets i deures que els permetin mantenir la imatge i intimitat personals.

#### 5.2.10. Família

La família ocupa un lloc central per a les persones amb dependència. Per tant, quan es comparteix el desig de continuar al domicili familiar cal facilitar tots els mitjans necessaris per fer possible aquesta alternativa. Ja s'ha fet referència a les mesures dictades des de l'àmbit laboral a favor del treballador-cuidador i als «serveis de respir» establerts pels serveis socials, com els centres de dia o les residències temporals. Si no es vol continuar a casa o no això no és possible, aquestes persones haurien de disposar d'una plaça residencial on poder rebre les atencions necessàries, tot facilitant a la família la continuïtat dels aspectes relacionals i afectius.

Tot i el mandat constitucional als poders públics d'«assegurar la protecció social, econòmica i jurídica a la família» (art. 39.1 CE), encara som lluny d'assolir un nivell de benestar social que permeti a la família que tots els seus membres puguin continuar vivint junts, mentre sigui possible i desitjat. La utilització del dret d'aliments per forçar el paper de la família presenta força dificultats, especialment quan es reclama a familiars amb els quals el beneficiari ha tingut poques o males relacions. A més, com que la reclamació genera situacions de tensió en el si de les famílies, la persona gran sovint prefereix suportar una situació de desatenció que no pas sol·licitar una prestació que obligaria els fills o altres familiars a unes despeses econòmiques.

Així, la normativa catalana (Decret 394/1996, de 12 de desembre) de finançament de certes prestacions públiques subjectes a preu públic a través de la institució jurídicocivil dels aliments entre parents, ha estat qüestionada tant per la seva adequació amb un Estat social com per la seva ineficàcia.

La insuficiència de prestacions tècniques i econòmiques per a la família i la persona cuidadora fa que la pressió sobre els centres residencials sigui molt forta; caldria, per tant, canviar la tendència, però les inèrcies i l'escassetat de recursos econòmics ho dificulten.

#### 5.2.11. Participació

Malgrat les emfàtiques referències al dret de la gent gran a participar i de la diversitat d'òrgans formals establerts, aquest aspecte presenta importants mancances que poden semblar greus, si tenim en compte les valuoses aportacions que podrien fer aquestes persones des de la seva experiència, coneixements i saviesa. Els consells i altres òrgans oficials de participació existents al nostre país tenen poca incidència real en la presa de decisions en els diferents nivells, autonòmic, local o de centres. S'haurien de cercar noves maneres per aprofitar les potencialitats d'aquest col·lectiu, així com provar-ne altres d'innovació democràtica que els permetessin incidir en les decisions, especialment les que els afecten.

Es tracta, doncs, d'aconseguir una participació més real de les persones grans –incloent-hi les que pateixen dependències– en la vida ciutadana i, per això cal també promoure i facilitar la seva participació en activitats associatives i de voluntariat i prendre altres mesures per evitar la solitud i l'aïllament. També es reclama el desenvolupament d'una oferta específica d'activitats formatives, amb la inclusió d'activitats de reciclatge i altres d'orientades a l'adaptació a les noves tecnologies, que en general no es plantegen fonamentalment, com l'exercici del dret a la formació i el lleure, sinó més aviat com un element imprescindible per poder participar en la societat i tenir-hi una vida plenament activa.

Des del punt de vista individual, aquesta participació inclou el dret a decidir sobre tota qüestió que afecti la pròpia vida. En el cas de les persones dependents, la limitació de les facultats no significa haver-les perdut; per això, s'han de potenciar les decisions autònomes dels afectats, amb l'ajut de determinats documents,

com el consentiment informat o l'esmentat de voluntats anticipades –als que ens hem referit anteriorment– que indiquin el tipus d'actuacions i d'assistència que desitjaria rebre.

### 5.3. Altres aspectes d'especial interès en relació amb els drets

#### 5.3.1. Vulnerabilitat

Les persones grans constitueixen un dels sectors socials més fràgils de la nostra societat: exposades a extorsions i maltractaments, amb dificultats per denunciar-los, la vulnerabilitat que les caracteritza fa molt difícil que aquests fets surtin a la llum.

Els maltractaments es poden produir tant en els centres com a casa mateix, en el propi domicili, i manifestar-se de múltiples maneres. Com hem assenyalat, diferents iniciatives i estudis recents apunten una situació molt preocupant que exigeix adoptar mesures concretes, ràpides i contundents per prevenir i evitar aquestes situacions. Els maltractaments a la gent gran no són sovint objecte de tractament en els mitjans de comunicació: les famílies i cuidadors els amaguen, i les intervencions públiques en aquest àmbit escassegen, tot i que darre-rament comencen a aparèixer treballs ben elaborats i contrastats que evidencien la gravetat de la situació.

Tanmateix, cal destacar que alguns hospitals ja disposen de protocols d'abusos i que els comitès d'ètica assistencial promouen diverses accions perquè el personal sanitari sigui especialment diligent en la detecció i eradicació dels maltractaments. Els especialistes en aquests problemes proposen accions adreçades a trencar el silenci, detectar la situació i vetllar per les víctimes, tot ajudant-les a recuperar la confiança i l'autoestima, a fer efectiva la tutela jurídica, a capacitar els professionals i altres mesures d'intervenció social.

Fins fa poc, les escasses intervencions davant aquestes situacions es trobaven amb una interpretació discutible del dret a la intimitat familiar. També hi contribuïen la falta de mitjans especialitzats i de professionals preparats. Actualment, es detecta més sensibilitat per la problemàtica, com també la imperiosa necessitat d'adoptar mesures de detecció i actuació, amb un abordatge integral i interdisciplinari.

#### 5.3.2. Exclusió

La vellesa implica l'allunyament de l'activitat laboral i la pèrdua de determinades relacions socials; en el cas de les persones dependents s'hi afegeix el deteriorament de les capacitats físiques i/o psíquiques i l'increment de les dificultats per mantenir els lligams amb l'entorn. Aquests factors situen la persona gran en una situació de proclivitat a la marginació que és més acusada com menys són els recursos econòmics, socials, relacionals i afectius. Tanmateix, el risc de marginació afecta tot el col·lectiu i, per tant, cal dissenyar les prestacions i els serveis adequats a cada situació, especialment per prevenir casos de marginació i exclusió.

Pel que fa als factors econòmics, ja s'ha comentat la insuficiència econòmica d'una part important de la gent gran, causada per les baixes quantitats mitjanes de les pensions de jubilació contributiva, especialment la de les persones més grans, així com la peremptòria situació dels que cobren el SOVI, la viduïtat o la jubilació no contributiva, que són clarament insuficients per subsistir. Aquesta situació s'agreuja en els casos de persones molt grans mancades d'autonomia funcional.

A Catalunya, malgrat haver establert la Generalitat un complement per a les no contributives per compensar la carestia de la vida en relació amb la resta de l'Estat i recentment un complement per a les de viduïtat, les quantitats dedicades per les administracions públiques a aquesta matèria són insuficients i persisteixen manaments molt greus pendents de cobrir.

Aquesta situació contribueix al fet que les persones grans dependents vegin l'esdevenidor amb inseguretat i por, especialment quan albiren que en aquesta etapa de la vida augmentaran notablement les necessitats socials, sanitàries i de suport, davant les quals no tenen capacitat de resposta. Si hi afegim la soledat, l'aïllament i el risc de maltractaments i extorsions, haurem dibuixat un quadre de marginació que exigeix un pla urgent de xoc per a l'atenció a aquest segment més vulnerable: persones grans, soles, dependents i pobres.

### 5.3.3. Incapacitació

Les persones grans dependents que a més estiguin impossibilitades per governar-se per elles mateixes han de ser objecte d'especial protecció, mitjançant les institucions de la incapacitació i la tutela. Els familiars més propers i les altres persones i entitats obligades a promoure la incapacitació haurien de ser conscients de la funció protectora d'aquestes institucions, però no sempre es veu així, ja que sovint no entenen la conveniència d'instar aquest procés en interès del presumpte incapaç; una bona part de ciutadans continuen percebant-lo amb una connotació pejorativa.

De la mateixa manera, cal detectar l'excessiu zel d'alguns familiars per obtenir aquesta incapacitació, moguts per interessos no lligats a la protecció de la persona gran. A més, el nostre model garantista exigeix una sentència judicial que només es pot obtenir després d'un procediment que ha de seguir els ritmes propis de l'Administració de justícia. Pel que fa a les persones que viuen en centres residencials, en les visites efectuades als equipaments s'ha pogut constatar que només alguns dels atesos que presenten deterioraments cognitius importants estan legalment incapacitats.

Aquesta qüestió ens preocupa especialment, perquè es tracta d'un dels aspectes més fràgils en què la manca de tutor legalment designat pot repercutir en la protecció de la persona i els seus drets. Per això, cal un esforç dels familiars, les autoritats, el ministeri fiscal i els funcionaris públics en general per instar la protecció d'aquest col·lectiu, mitjançant la incapacitació legal de la persona gran que presenta, a judici dels professionals que l'atenen, deficiències greus que la impossibiliten per governar-se.

D'altra banda, l'increment del nombre de persones grans que necessiten incapacitació provoca acumulacions i insuficiències a vegades greus per la manca de mitjans a l'àmbit judicial.

En aquest tema cal remarcar la necessitat de la implicació social, mitjançant la creació d'entitats tutelars que protegeixin els béns, però sobretot la persona incapacitada, i que l'ajudin a portar una vida digna. Els darrers anys aquestes entitats han estat reconegudes i potenciades per la Generalitat, i aquest sembla un bon camí a seguir i aprofundir.

Tanmateix, s'hauria d'establir un sistema imparcial de suport i control d'aquestes entitats, ja que l'actual sistema exercit per l'Administració pública podria comportar –en alguns casos– contradiccions i situacions no desitjades de conflictes d'interessos, si considerem que moltes persones incapacitades subjectes a tutela estan ateses en centres de la mateixa Administració –centres concertats o col·laboradors.

Relacionant-ho amb la incapacitació, tot i que es tracta d'un aspecte diferent, ens hem de referir als ingressos en centres en el cas que la persona dependent no pot expressar el seu consentiment, ja que al nostre parer aquests ingressos no es poden deixar en mans dels familiars, sinó que cal garantir la intervenció judicial per assegurar que l'ingrés no vulnera els drets de la persona ingressada o resident, especialment si no ha estat legalment incapacitada.

Aquí cal fer una crida al ministeri fiscal, a l'Administració de la Generalitat i als responsables dels equipaments per a gent gran per vetllar pel compliment dels requisits legals, a fi d'evitar els ingressos forçosos contraris als interessos de les persones grans, malgrat la possible incomprensió de la família, que es considera legitimada per suplir la voluntat de l'afectat.

S'ha de recordar que també és necessària l'autorització judicial per adoptar qualssevol altres mesures restrictives de la llibertat personal, llevat de les obligacions de caràcter general dels usuaris que deriven del mateix reglament de funcionament del centre.

En les visites efectuades als centres hem pogut constatar que, si més no, per als supòsits de més restricció –immobilitzacions– els protocols que fixen el procediment a seguir preveuen aquesta autorització, entre altres mesures garantistes. Per tant, aquesta previsió no planteja problemes especials d'aplicació, tot i les peculiaritats que revesteix en determinats casos, com el de les persones amb trastorns de conducta que comporten agressivitat, en què la necessitat de preservar la seguretat dels altres residents, i del mateix afectat, pot comportar un conflicte.

En canvi, poden presentar més dificultats els casos de mesures restrictives de menor entitat i major freqüència, en les quals l'autorització judicial pot constituir, certament, un entrebanc al funcionament normal del centre, però que no justifiquen deixar la decisió al criteri dels responsables del centre.

En resum, s'ha de garantir el respecte a la dignitat de les persones grans que han perdut alguna facultat i assegurar que l'accés a les institucions residencials és

voluntari. Per això, cal una implicació activa de jutges i fiscals en la tramitació, resolució i seguiment d'aquests procediments i, sobretot, augmentar els seus recursos personals i materials, perquè aquesta funció de garantia o tutela jurisdiccional es pugui exercir amb raonable celeritat i intensitat.

#### 5.3.4. Testament vital

La possibilitat de les persones grans de reflexionar i adoptar serenament unes disposicions anticipades per quan arribarà el moment en què no podran fer-ho, es considera una de les conquestes sociojurídiques més importants dels darrers anys. Ens referim a l'anomenat testament vital, document de decisions anticipades i designació de representants, àdhuc, d'aspectes relacionats amb l'eutanàsia. S'entén per testament vital el document mitjançant el qual una persona manifesta de forma fefaent els seus desigs sobre els tractaments i actuacions de què vol ser objecte i en el qual pot establir, així mateix, les decisions que vol que es prenguin si el deteriorament li arriba a produir la incapacitat per expressar-se i decidir.

El Parlament català va ser dels primers a legislar sobre aquestes matèries, avui recollides bàsicament a l'article 172 del Codi català de la família, pel que fa a l'establiment de l'anomenada autotutela (la delació de la tutela feta per un mateix) prevista a l'article 81 de la Llei de Catalunya 21/2000, referit als drets del pacient o les voluntats anticipades que li permeten prendre decisions en previsió d'una incapacitació. Per això, sembla que caldria que les administracions públiques assumissin un paper actiu per promoure que els ciutadans adoptin aquestes decisions, establint els criteris i designant la persona que ho pot fer en nom seu, quan no pugui decidir per ella mateixa.

#### 5.3.5. Respecte als valors

No podem deixar de fer una breu referència a alguns aspectes que en general són poc tinguts en compte, com els relacionats amb els principis espirituals, morals o ideològics que conformen el comportament humà i que adquireixen els darrers anys de la vida una gran importància.

Es tracta dels drets més íntims que cal no tan sols respectar, sinó valorar, i facilitar tots els mitjans per tal d'assegurar que la persona els podrà exercir de la forma desitjada. Aquests aspectes esdevenen especialment rellevants en una societat plural i diversa com la nostra.

#### 5.3.6. Aspectes socioculturals

Una de les bases de la solidaritat intergeneracional és la consideració que les generacions més joves són creditors del treball de les anteriors, que en el nostre cas es fa patent, entre altres coses, en les generacions que amb el seu esforç van fer possible una societat democràtica. No sembla raonable no aprofitar la saviesa i l'experiència de les persones grans.

Tanmateix, avui la gent gran, com a dipositaris de l'experiència necessària o útil i transmissors de valors, no forma part de les imatges més comunes; per això, sembla urgent fer una reflexió sobre les imatges, els valors, els drets i les obligacions atribuïts pel costum i els comportaments davant la vellesa, la família, les funcions de l'Administració, els recursos públics i privats i com es relacionen culturalment amb les possibilitats i polítiques existents.

És més, les imatges culturals de la vellesa i les que s'hi relacionen, avui que s'ha allargat l'esperança de vida però no la seva qualitat, s'assimilen sovint amb decrepitud, demència, ineptitud i amb un procés de cura i atencions molt prolongat, així com amb les negatives repercussions en els cercles de relació; tot això s'agreuja per la por que sent cada generació d'haver de tenir cura de les següents.

Com que ja ens hem referit a bastament a la família, aquí només cal reiterar que a la pràctica imperen encara formes patriarcalcs en què la dona assumeix el paper de cuidadora. Així mateix, s'observa una profunda ambigüïtat en relació amb els rols sobre la persona gran dependent i els béns (ingressos, propietat, estalvis) que poden repercutir negativament en els seus interessos i preferències. D'altra banda, es constata que en general les famílies se senten desprotegides dels poders públics, àdhuc en el cas que estiguin disposats a assumir la cura de la persona gran.

La nostra societat no disposa de mecanismes ni mitjans proporcionats per l'educació i la cultura que ens permetin afrontar –personalment i grupalment– el fenomen de l'envelliment i la possible dependència. Aquest fet dificulta enormement l'adopció de mesures socials, però també les de tipus personal, com les esmentades d'autotutela que permeten reflexionar i prendre decisions anticipades amb serenitat.

#### 5.3.7. Voluntariat

Pel que fa al voluntariat, ja ens hi hem referit en diverses ocasions, perquè el considerem del màxim interès, posant en relleu el canvi del discurs majoritari, que ha evolucionat des de les posicions que propugnaven que els ciutadans es fessin càrrec de les seves obligacions tributàries amb la col·lectivitat i, elegint els seus representants, els deleguessin l'aplicació dels ingressos per solucionar els reptes a què s'enfronta la societat, per un altre discurs que assenyalava que l'Estat no pot fer-ho tot, i que, vist que cadascú ha d'assumir les seves responsabilitats i les de la seva família, l'Estat actuarà només subsidiàriament.

Davant d'aquestes posicions, hem defensat que, tot i considerar que cal una implicació personal i directa en la solució de determinades necessitats socials, també és necessari que l'Estat prioritzi les seves despeses atenen en especial els més desvalguts. Així mateix, ja propugnàvem en el Llibre segon de l'Informe al Parlament de 1997 (vegeu BOPC núm. 266, de 20 de març de 1998, pàg. 21.831 i següents) –on tractàvem de l'exclusió social–, que calia una reflexió sobre un nou contracte

social i la necessitat d'evitar el clientelisme dels ciutadans en relació amb les prestacions públiques.

És a dir, la contribució de l'acció voluntària en l'àmbit de la dependència és molt important i imprescindible; tanmateix, cal que se centri en els àmbits que en són propis, com ara l'acompanyament, i evitar així que pugui significar un camí cap a la desresponsabilització pública.

#### 5.3.8. Modalitats de les prestacions

La manera de fer efectiva la prestació d'atenció a la dependència i de suport a l'autonomia no és pas un aspecte neutre, sinó que es relaciona directament amb l'exercici dels drets.

En primer lloc, es distingeixen dues modalitats possibles de prestacions: les econòmiques i les tècniques, és a dir, les que es concreten en una quantitat en metàl·lic i les que consisteixen en la prestació del servei, amb tota una gamma de solucions intermèdies, com donar diners condicionats a la contractació d'un determinat tipus de servei, encara que deixant la llibertat de triar el prestador.

Existeix un llarg debat sobre la forma més adequada, que al nostre país sembla decantar-se a favor de les prestacions en espècie (l'Administració determina quin o quins són els recursos més adients a cada situació, i el proveeix, ja sigui directament o bé mitjançant la contractació amb entitats privades), tot i que s'observen alguns símptomes que apunten cap a un canvi de tendència.

Els favorables a les opcions dineràries consideren que d'aquesta manera es fa efectiva la capacitat de decisió del beneficiari o de la seva família i s'estimula, així, un comportament eficient dels proveïdors.

En canvi, els seus detractors, fonamentant-se en experiències d'altres països, consideren aquesta opció poc recomanable, ja que sovint no s'utilitza a favor de la persona dependent ni fomenta l'ocupació com ho fa la prestació de serveis. Caldria estudiar bé totes aquestes opcions per veure quina pot ser més eficient i compatible amb els drets de les persones grans, especialment la referent a la capacitat de decidir. També sembla aconsellable promoure, com han fet altres països, experiències pilot basades en la dotació de més poder de decisió dels beneficiaris dels serveis personals, incloent-hi els aspectes de gestió.

Un altre aspecte en relació amb les prestacions es refereix al lloc on es produeixen, distingint les prestacions de proximitat, que tenen per objectiu que la persona pugui romandre en el seu entorn, i les que, amb un caire més especialitzat, són menys nombroses i més repartides pel territori.

Ja hem vist com s'observa una creixent prioritat pels primers serveis, ja que sovint són els preferits pels usuaris i semblen els més convenients per no perdre en aquesta etapa de la vida el contacte amb els familiars, amics i veïns. Així mateix, en els equipaments es detecta en general un canvi cap a models molt versàtils, polivalents, multiserveis i oberts a la comunitat per opti-

mitzar recursos i integrar-los en l'entramat social, que convindria anar potenciant també a Catalunya.

#### 5.4. Drets i deures com a usuaris dels serveis

Les persones dependents, quan són usuàries de la sanitat, gaudeixen dels drets i deures establerts en els articles 10 i 11 de la Llei general de sanitat (1986) i de les ampliacions i concrecions establertes a les normes autonòmiques. S'ha de recordar que la relació dels drets i deures és concreta i detallada, amb unes excepcions ben fixades.

La Llei de Catalunya 21/2000, que determina el dret del pacient a la informació concernent a la pròpia salut i a la seva autonomia de decisió, i regula la documentació clínica, va néixer a conseqüència d'una recomanació del Síndic i va ser pionera en l'àmbit estatal a aprofundir sobre els esmentats drets, alguns dels quals relacionats amb situacions de dependència, com el dret a la informació assistencial que té el pacient, àdhuc en cas d'incapacitat, de ser informat en funció del seu grau de comprensió, sens perjudici d'haver d'informar també qui en té la representació (art. 3, 2), la confidencialitat de les dades que comporta el dret a la intimitat (art. 5) o el dret a l'autonomia del pacient, mitjançant el consentiment informat i la regulació dels casos del consentiment per substitució (arts. 6 i 7).

Tanmateix, aquesta norma va ser sobretot coneguda per la regulació de l'anomenat testament vital, que configura les voluntats anticipades que s'adrecen al metge responsable, en virtut de les quals i seguint el procediment establert, una persona major d'edat, amb capacitat suficient i de manera lliure, expressa les instruccions a tenir en compte quan es trobi en una situació en què les circumstàncies no li permetin d'expressar personalment la seva voluntat (art. 81).

Més tard, la Llei estatal sobre els drets d'autonomia del pacient i dels drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica (2002) ha regulat aquests aspectes i preveu específicament que l'Estat i les comunitats autònomes han d'establir les mesures necessàries per «garantir als pacients o usuaris amb necessitats especials, associades a la discapacitat, els drets en matèria d'autonomia, informació i documentació clínica regulats per aquesta Llei» (disposició addicional quarta).

Aquestes declaracions precises relatives als drets i deures en matèria sanitària contrasten amb les establertes per als usuaris dels serveis socials, que es troben recollides generalment amb un rang simplement reglamentari i amb enunciats molt genèrics, sovint meres repeticions supèrflues dels drets constitucionals fonamentals, sense concrecions ni criteris d'aplicabilitat.

Tanmateix, s'aprecia l'emergència de lleis autonòmiques específiques en la matèria, com la Llei 5/1998 de La Rioja sobre drets i deures de les persones usuàries o el Decàleg de drets de l'usuari de centres de serveis socials de la Comunitat de Madrid, establerts a la Llei 14/2002.

També s'estableixen en algunes de les lleis sectorials, com les esmentades d'atenció i protecció a les perso-



nes grans d'Andalusia (6/1999) o la de Castella i Lleó (5/2003); aquesta darrera enumera especialment els drets i estableix actuacions per fer-los efectius. Una tercera forma, segurament la més normalitzada, és la inclusió detallada dels drets i deures en les lleis de serveis socials, especialment en les de segona generació, com per exemple les lleis del Principat d'Astúries (1/2003) o la de la Regió de Múrcia (3/2003).

La regulació dels drets dels usuaris dels serveis socials a Catalunya no està sistemàticament recollida a la Llei (DL 17/1994), sinó que només hi trobem referències genèriques i disperses, com la igualtat de drets (art. 8), la participació (art. 34) o les garanties mínimes dels usuaris (art. 46).

Tanmateix, el Decret 284/1996 de regulació del sistema català de serveis socials dedica el capítol segon als usuaris, i a l'article 5 regula els drets dels usuaris, tot i que en fa una declaració molt reduïda i genèrica barrejant els seus drets amb l'accés a les prestacions, qüestions que cal diferenciar ben clarament, perquè una cosa és el dret als serveis socials (accés a les prestacions i serveis) i una altra els drets dels usuaris d'aquests serveis. L'article 6 regula les obligacions i el 7 és dedicat a l'important aspecte de la llibertat d'ingrés en establiments residencials.

Considerem que l'acord del Govern de la Generalitat de 8 d'octubre de 2003 pel qual s'estableix la Carta de drets i deures de la gent gran de Catalunya, promoguda pel Departament de Benestar i Família i el Consell de la Gent Gran i elaborat amb una àmplia participació cívica, s'inscriu en el que podríem dir-ne autoregulació del sector o accions participatives innovadores, que són de gran interès i que constitueixen propostes que cal tenir molt en compte, però que de cap manera poden emular els drets i deures establerts, mitjançant llei, pel Parlament.

Per tot això, considerem que el reconeixement dels drets i deures dels usuaris dels serveis socials no presenta un nivell de concreció ni un sistema garantista semblant a l'esmentat en el cas de la sanitat; per tant, aquest aspecte és un dels que, sens dubte, requereixen un debat i un consens cívic i parlamentari a fons.

## 6. ELS DEURES EN L'ATENCIÓ A LA GENT GRAN DEPENDENT

### 6.1. El sistema de responsabilitats

El conjunt de poders i competències públiques i de drets i llibertats dels ciutadans genera un feix interrelacionat de responsabilitats i deures. En el cas que ens ocupa, ens referim als responsables de l'atenció a les persones amb dependència. Tractant-se bàsicament dels drets socials –dels drets i deures com a usuaris dels serveis ja n'hem parlat a l'apartat anterior– comporten sovint un important dispendi que cal sufragar, fet que ens obliga a referir-nos, novament, també al finançament de les prestacions.

La responsabilitat pot recaure personalment en la persona afectada, de manera que podrien exigir-se-li actituds previsoras i preventives, com també el respecte i l'ajuda al familiar o al personal que en té cura o la con-

tribució al pagament de l'atenció, amb les aportacions d'una part de la seva renda disponible o fins i tot amb el patrimoni que ha acumulat al llarg de la seva vida. Els altres responsables poden ser els familiars de la persona dependent que, a banda dels aspectes relacionals i afectius, difícilment substituïbles, poden, en virtut del deure d'aliments, haver d'atendre les seves necessitats o substituir aquesta atenció mitjançant la contribució al finançament d'una part dels costos de l'atenció.

També podem parlar de responsabilitats de la iniciativa privada, com seria el cas d'una companyia d'assegurances obligada a cobrir aquestes contingències de l'assegurador dependent o de les assumides voluntàriament per entitats d'iniciativa social que actuen a favor d'aquest col·lectiu. Finalment, cal tractar de les responsabilitats públiques relacionades amb la determinació de les competències de cada nivell del sector públic: Estat, comunitats autònomes i entitats locals. L'actual delimitació, molt ambigua, dificulta la determinació dels responsables de satisfer els drets.

Així, doncs, la distribució de responsabilitats en l'atenció a les persones grans dependents és una qüestió complexa en què cal tenir en compte els diferents ingredients que pot contenir el concepte d'«atenció», així com els diversos agents que hi intervenen. L'atenció, segons els casos, estarà integrada per elements sanitaris, de serveis socials, d'habitatge, de rendes o alimentàries, però no podem oblidar els relacionats amb la participació, l'afecte, la relació i la companyia.

Tot seguit ens referim als tres punts clau: les obligacions familiars, les responsabilitats públiques i el finançament de l'atenció a la dependència.

### 6.2. Les obligacions familiars

Ja s'ha destacat en diferents moments d'aquest informe el rol de la família com el principal element d'atenció a les persones dependents i, dins de la família, com la dona és la que exerceix les tasques d'atenció directa, tot i que, amb els canvis socials i de la institució familiar, es reclama cada cop més la intervenció del sector públic.

Per això, potser, aquesta és una de les qüestions més importants a què la societat d'avui ha de donar resposta; segons quina sigui, aquesta resposta condicionarà tot el sistema d'atenció a la dependència.

Cal identificar si l'atenció a la gent gran és una responsabilitat familiar –com ha estat tradicional–, si és una responsabilitat pública o si hi ha una responsabilitat compartida, i en aquest cas per qui i com. D'això depèn si s'ha d'establir un sistema d'atenció universal, si la responsabilitat ha de ser socialment compartida o ha de ser a càrrec de cadascú i la seva família.

En qualsevol anàlisi sobre la dependència, la consideració dels problemes de la població afectada no es pot separar de les característiques i els problemes de la família, especialment quan en són els cuidadors directes, ja que tots dos estan sotmesos a constants canvis; per tant qualsevol diagnòstic forma part d'un procés i, per

tant, exigeix un seguiment en el temps tant del diagnòstic com de les mesures adoptades. D'altra banda, l'Estat no pot prescindir de la col·laboració de les famílies en la prestació dels serveis a la gent gran, d'una part per l'actual migradesa de la xarxa assistencial dels serveis socials, però també, cal no oblidar-ho, perquè determinades funcions de la família són difícils o impossibles de substituir, com els aspectes relacionals o els afectius.

Alguns reclamen un canvi en les relacions i passar d'una mal entesa subsidiarietat cap a formes de complementarietat: el protagonisme ha de ser públic, complementat per la família, especialment amb aportacions emocionals i afectives.

El debat se centra, doncs, en si s'accepta només una responsabilitat compartida en la qual la intervenció pública tingui caràcter subsidiari o si s'ha de caminar cap al reconeixement del dret a rebre l'atenció. Es considera que un dels trets fonamentals de les actuals polítiques d'atenció a la dependència al nostre país és el seu caràcter «assistencial», ja que l'accés als serveis especialitzats es realitza mitjançant la «sol·licitud única», que té en compte, entre altres variables que actuen com a instruments de cribatge, la situació econòmica de la persona dependent i dels seus familiars; a més, en cas d'accedir al servei és obligatori que l'usuari i, si escau, els familiars obligats, es facin càrrec de les contraprestacions, que es calculen en funció dels nivells de renda.

Si bé aquest plantejament és encara en general el majoritari, s'observa una creixent preocupació per les conseqüències socials i econòmiques de l'envelliment, i algunes reformes recents en alguns països, com Alemanya o el Japó semblen adreçar-se cap a models que eliminen les proves de mitjans per accedir als serveis, proporcionant d'aquest manera cobertura a tota la població.

Aquestes decisions es prenen atesa la possibilitat d'aplicar la tècnica de l'assegurança, ja que la dependència és una contingència que no afecta tothom i, d'altra banda, es tenen en compte les dificultats que a la pràctica planteja l'aplicació de l'assegurament privat voluntari, optant, doncs, per l'assegurança social de la dependència, en què participa obligatòriament tota la població.

La responsabilitat de la família catalana és molt superior a l'assumida en altres països de la UE en aquesta matèria, ja que –com hem vist abans– a la nostra societat hi ha més llars amb cuidadors i amb més dedicació que a la major part de la Unió Europea. La poca ajuda a la família té conseqüències negatives sobre la qualitat de vida i les oportunitats vitals dels seus membres, a causa de l'estrès a què estan sotmesos, que en casos de perllongació en el temps pot acabar minant la salut dels cuidadors, als quals limita les possibilitats laborals i de formació, de manera que les oportunitats d'ocupació i d'ingressos de la llar es veuen reduïdes.

En un altre sentit cal referir-se al paper que pot desenvolupar la família en l'atenció a la gent gran a través de l'acolliment familiar de les persones grans com a servei social, per tal que les que ho desitgin puguin continuar vivint en l'ambient familiar i evitant l'interna-

ment residencial. Aquesta iniciativa, que va ser regulada mitjançant les lleis de Catalunya 22/2000 i 11/2001, sembla de gran interès i convindria, doncs, fer-ne el seguiment, avaluar-la i, si cal, potenciar-la.

El Codi civil espanyol (art. 143 i seg.), en un sentit semblant al dret català (Codi de família, art. 259 i seg.), reconeix a les persones que es troben en un estat de necessitat el dret a reclamar als parents més propers (cònjuge, ascendents i descendents i en menor mesura els germans) els auxilis necessaris per al manteniment, habitació, vestit o assistència mèdica. L'aplicació d'aquest dret-obligació –no s'ha d'oblidar que la persona dependent en bona situació econòmica estaria obligada a prestar aliments a un familiar necessitat– és actualment objecte de debat pel que fa a l'oportunitat i conveniència d'aplicar-lo en un medi i tipus de família tan diferent del que existia quan es va crear la institució.

La justificació legal d'aquesta tendència es basa en el fet que la manifestació de solidaritat familiar, com és l'obligació d'aliments, va cedint davant les prestacions de serveis socials, especialment quan es recorre a l'internament de la persona necessitada: en aquests casos es produeix una transformació del que serien prestacions i atencions personals *in natura* dels familiars, és a dir, prestades directament, en obligacions pecuniàries derivades de les despeses que aquesta prestació de serveis comporta.

En aquesta qüestió s'aprecien criteris dispars entre les comunitats autònomes, ja que si bé en algunes de les darreres lleis autonòmiques de serveis socials es concreta el pagament de l'atenció que els usuaris reben dels serveis socials i la participació de «les persones obligades legalment a prestar-li assistència» –per exemple la darrera llei murciana (2003)–, altres lleis, com la de La Rioja (2002) o la madrilenya (2003) no consideren expressament les aportacions dels familiars obligats, sinó tan sols la possible participació dels usuaris en determinades condicions.

Una diferència important entre el dret del Codi civil espanyol i el català és que aquest atorga el dret a reclamar els aliments, a més de la persona que els necessita i el seu representant legal, a l'entitat pública o privada que l'acull (art. 261), i faculta aquestes entitats o qualsevol altra persona que li presti aliments, si la persona obligada no ho fa, a repetir contra aquesta darrera o els seus hereus, establint que a aquests efectes, l'autoritat judicial podrà adoptar les mesures que estimi convenients per assegurar el reintegrament de les bestretes (art. 269).

Aquest precepte és clau per fer efectiva l'obligació, ja que en altre cas el caràcter personal d'aquest dret exigia la reclamació pel mateix afectat, que difícilment es produïa i, si es feia, dificultava les relacions entre la persona gran reclamant i els seus fills.

D'altra banda, no podem oblidar algun estudi que posa de relleu les dificultats que comporta per a l'efectivitat jurídica de les «obligacions familiars» el contingut de l'article 50 de la Constitució, que estableix que els poders públics han de garantir el dret dels ciutadans de la tercera edat a la suficiència econòmica, mitjançant les

pensions. S'argumenta que això significa que els poders públics són els primers i principals responsables de l'atenció i que la intervenció de la família és únicament com a col·laboradora de l'Administració.

En aquest sentit, el mateix article de la Constitució aclareix a continuació que les obligacions que els poders públics tenen a l'àmbit dels serveis socials no afecten les obligacions familiars. Així doncs, des d'aquest punt de vista, hi ha obligacions familiars, però només amb caràcter complementari a l'obligació dels poders públics de garantir la suficiència econòmica.

De tot el que s'ha dit es pot concloure en la necessitat d'un ampli debat cívic i polític sobre les responsabilitats de les famílies catalanes actuals i sobre els drets i deures intergeneracionals que s'hi produeixen, tenint també en compte els diferents factors afectius, relacionals, econòmics, socials que hi conflueixen i s'hi relacionen. En tot cas, l'evolució en el temps i l'enorme variabilitat de les situacions que es donen exigeix que qualsevol disseny polític fugi de les rigideses i sigui capaç de dissenys diversificats, capaços d'aplicació flexible i en constant revisió.

### 6.3. Les responsabilitats públiques

La determinació de les responsabilitats públiques en un Estat descentralitzat és una operació complexa, relacionada amb la distribució del *quantum* competencial establerta per la Constitució i els estatuts d'autonomia entre l'Estat i les comunitats autònomes i, després, a l'interior d'aquestes, entre l'Administració autonòmica i les entitats locals. En aquesta operació s'ha de tenir en compte que intervenen les diferents matèries relacionades amb la dependència, com la sanitat, els serveis socials, la seguretat social, l'habitatge o l'esplai i el temps lliure, i les funcions que es poden desenvolupar, com legislar, reglamentar, gestionar o inspeccionar.

Els nivells competencials entre l'Estat i la Generalitat en les matèries relacionades per la dependència és molt diferent, ja que a l'Estat li correspon l'establiment de les bases i la coordinació de la sanitat (art. 149.1.16a CE) i la legislació bàsica i el règim econòmic de la seguretat social (art. 149.1.17a CE). La Generalitat té competència en el desenvolupament legislatiu i l'execució de la legislació bàsica sanitària i de la seguretat social (art. 17 1 i 2 EAC) i disposa de competència exclusiva en assistència social (art. 9.25 EAC) i serveis socials, llevats dels de la seguretat social, i també en habitatge i urbanisme (art. 9.9 EAC) i lleure (art. 9.29 EAC). Ens trobem, doncs, davant un quadre complex que dificulta l'establiment de polítiques integrades per a la protecció de la dependència que exigeixen treballs acurats, debats i acords entre els diferents ens i òrgans implicats.

Les complicacions augmenten quan es pretén aplicar polítiques transversals, a causa dels desnivells i ambigüitat competencials, la diversitat de fonts i formes de finançament, la varietat d'ens i òrgans intervinents, com també per les múltiples divisions territorials que els diferents departaments han establert.

La distribució competencial entre l'Administració autonòmica i les entitats locals, especialment els ajuntaments i els consells comarcals, pel que fa a les principals matèries afectades –sanitat i serveis socials–, és molt diferent, ja que les funcions locals són molt escasses en sanitat i, en canvi, importants en els serveis socials que els corresponen; a més dels serveis socials d'atenció primària (equip bàsic, atenció domiciliària, telealarma, etc.), els especialitzats per a persones grans corresponen als consells comarcals, tot i que evidentment no disposen de recursos tècnics ni econòmics suficients per enfrontar-se a les demandes generades per la dependència.

Aquesta desigualtat de competències locals i l'escassetat de recursos dificulta l'aplicació de programes socio-sanitaris en el territori, si bé molt sovint aquestes dificultats són superades pel bon criteri i el treball conjunt dels professionals.

Aquesta descripció, breu i simple, obliga a una reflexió sobre la necessitat de cercar solucions a partir d'acords, de redistribució competencial i de fórmules de coordinació o d'integració de serveis. Tanmateix, els aspectes competencials no es poden deslligar dels relacionats amb el finançament de l'exercici de les competències i, per tant, com reclama el món local, sembla assenyat de no fer redistribucions sense incloure-hi els aspectes relacionats amb el finançament.

### 6.4. El finançament

Els elements relacionats amb el finançament han estat presents en diferents moments d'aquest informe, ja que són un dels aspectes clau per al reconeixement dels drets, a causa dels elevats costos econòmics que implica l'atenció a les persones dependents. Cal, doncs, estudiar a fons el valor econòmic i els components de les diferents modalitats d'atenció, però també les fonts actuals i futures de finançament, tenint en compte que les prestacions socials no representen només despeses per al conjunt del sistema econòmic del país, sinó que en molts casos la concessió d'aquestes prestacions genera ocupació, ingressos econòmics i, sobretot, beneficis de cohesió social molt importants.

La qüestió del finançament està íntimament relacionada amb les referides a les responsabilitats, ja que una possible manera de fer-les efectives pot ser el pagament de les prestacions que exigeix el dret de la persona dependent. Aquesta qüestió, doncs, és tan polèmica com les relacionades amb les obligacions a què ja ens hem referit. Els possibles finançadors, com els responsables, són el mateix usuari, els familiars obligats a la prestació d'aliments, les entitats privades –com les asseguradores del risc– i les instàncies públiques competents.

En aquest procés de concreció de responsabilitats es comença a diferenciar els elements que integren les atencions i la seva naturalesa; així, se separen les prestacions sanitàries, les de suport a l'autonomia i les corresponents a l'allotjament i manutenció, considerant que les primeres poden ser universals i gratuïtes, les segones universals de copagament entre els serveis socials i l'usuari, i les darreres a càrrec de la persona que rep la prestació i, si cal, la seva família.

Alguns subdivideixen les prestacions relacionades amb el suport a l'autonomia per a la realització de les activitats de la vida diària entre les que serien bàsiques i les que poden tenir caràcter complementari. Altres proposen tenen en compte elements diferents, com els que es fixen en el lloc on es rep la prestació, distingint-ne aquí unes de comunitàries i unes de residencials.

Com s'ha vist en pàgines anteriors, les formes de finançament dels programes de protecció a la dependència presenten diferències importants segons els països: es distingeixen els que tenen establert un sistema de finançament privat i els que el consideren de responsabilitat pública, que pot ser de caràcter universal - contributiu o no- o assistencial.

A nivell estatal i català s'han presentat diferents alternatives des del sector públic, els sindicats, les universitats, les entitats privades i les mateixes organitzacions de gent gran. Sembla haver-hi acord a rebutjar el sistema privat pels resultats poc satisfactoris assolits als Estats Units i a decantar-se per l'opció per un sistema públic, encara que les propostes presenten diferències significatives pel que fa a la intensitat o sobre com s'ha de finançar: per alguns ha de ser mitjançant impostos, i per altres amb càrrec a les cotitzacions de la seguretat social, encara que no falten les propostes eclèctiques.

En qualsevol de les esmentades opcions s'inclouen formes de copagament, ja sigui -en el cas de les de tipus residencial- amb caràcter general o només per aquelles prestacions que són substitutòries de la llar. En altres casos, conseqüents amb les propostes sobre les responsabilitats, es graduen les aportacions segons els tipus d'atenció (substitòria de la llar, comunitària, sanitària, serveis socials) i el grau de dependència. També les propostes aborden els límits personals de les aportacions (l'usuari o els familiars obligats, o tots dos alhora) i patrimonials (ingressos disponibles, patrimoni, reconeixement de deute).

En relació amb el copagament, s'ha de reiterar que les aportacions econòmiques dels usuaris i els seus familiars han estat les que s'han incrementat proporcionalment més aquests darrers anys. Segons la informació facilitada pels responsables dels centres visitats, a les residències finançades amb recursos públics les esmentades aportacions cobreixen normalment només una petita part del cost. Tot i això, aquesta aportació genera -com hem vist per les queixes presentades i les declaracions dels gestors dels centres- un cert malestar en l'usuari i en els seus familiars.

També es debat la problemàtica generada a l'entorn dels estalvis acumulats per la persona dependent durant tota la seva vida, que fa que li augmenti el percentatge de participació en el finançament del servei. Aquesta fórmula pot generar un greuge comparatiu en relació amb els que no han estalviat, que pagaran menys tot i que puguin tenir ingressos i necessitats similars.

Com recordàvem abans, els estalvis o altres béns aconseguits amb sacrifici o esforç són el puntal de la situació de seguretat de la persona gran i, per això, es fa difícil a aquestes persones de dedicar-los a pagar els serveis, la qual cosa obre una via a la ràpida desaparició d'aquells recursos.

En aquesta línia també s'ha de considerar que una part important d'aquest col·lectiu disposa d'algun patrimoni immobiliari acumulat en el transcurs de la seva vida laboral, però que en canvi no disposa de liquiditat per atendre les despeses de l'atenció que requereix. Per aquest motiu, en diferents països s'han establert fórmules, com l'anomenada hipoteca inversa o l'ofertament de rendes vitalícies, per aconseguir que aquest patrimoni els permeti viure els darrers anys amb un cert confort, malgrat la dependència; paral·lelament els estats han pres mesures legislatives per evitar els abusos, i altres de fiscals per afavorir aquestes operacions.

Al nostre país també es detecten iniciatives en aquesta direcció: de certes entitats financeres o del sector de la gent gran, com també l'Estat, que ha inclòs aquesta qüestió en la Llei 41/2003, de protecció patrimonial de les persones amb discapacitat, que regula a l'article 12 els contractes aleatoris referents als aliments convencionals, és a dir no obligats legalment. Com assenyala l'exposició de motius, «la regulació d'aquest contracte [...] amplia les possibilitats que actualment ofereix el contracte de renda vitalícia per a atendre les necessitats econòmiques de les persones amb discapacitat i en general de les persones amb dependència, com els ancians...».

Aquesta qüestió i altres que s'han plantejat abans justifiquen la nostra crida a la reflexió i el debat sobre el model de responsabilitats i de participació de les persones dependents i les seves famílies en el finançament de les prestacions.

La societat catalana s'ha d'incorporar activament en el debat actualment obert a tots els països de la Unió Europea sobre el model de finançament d'aquestes prestacions, especialment quan observem que hi ha acord sobre el fet que el sistema actual no permet atendre les necessitats dels ciutadans i que cal cercar noves formes de finançament. Si s'opta per un sistema de responsabilitat pública o de coresponsabilitat, això significa que s'han de prendre decisions per determinar els subjectes protegits, els graus de dependència i els barems i les formes de determinació, els tipus de prestacions i els requisits d'accés.

Finalment s'ha de remarcar que la despesa pública a Catalunya i a Espanya és inferior a la de molts països de la Unió Europea, fet que possibilita incrementar-la en qüestions relacionades amb la dependència. També s'han de considerar possibles formes complementàries de finançament, especialment a través d'assegurances privades.

## 7. CONCLUSIONS

### 7.1. El model d'atenció

L'aproximació feta a la problemàtica de l'atenció a la gent gran dependent ens ha permès valorar el funcionament del sistema d'atenció al nostre país, analitzar els principals paràmetres sobre els quals es pot definir un model d'atenció, reflexionar sobre les possibilitats de millora de l'actual sistema d'atenció i tractar d'identificar els drets i deures que haurien de ser reconeguts en aquest àmbit.

Hem pogut constatar que la realitat social de la dependència exigeix la implantació d'un ampli sistema d'atenció sobre la base d'un model clarament definit, i que la conveniència i, fins i tot, la necessitat d'aquesta implantació es fonamenten en raons culturals, demogràfiques i econòmiques. Per això necessitem identificar aviat quin serà aquest model, de manera que les millores que es vagin introduint s'orientin ja a la construcció d'aquest sistema d'atenció, evitant rectificacions problemàtiques. En aquest sentit, l'anàlisi dels principals paràmetres que defineixen un model d'atenció ens ha portat a identificar bàsicament l'existència de tres models principals entre els sistemes d'atenció existents. En tots tres s'apliquen modalitats moderades de copagament que de vegades s'aproximen a la gratuïtat.

Als països escandinaus s'aplica des de fa ja dècades un model basat fonamentalment en l'accés universal als serveis, el finançament a càrrec dels impostos generals, les prestacions fetes per les administracions locals en espècie, i la prioritització de l'atenció comunitària. Aquest model ha aconseguit un notable èxit –cal esmentar sobretot el cas de Dinamarca– pel que fa a la qualitat de vida de les persones dependents i les seves famílies, encara que amb un cost rellevant per a l'erari públic.

Alguns països centreeuropeus –entre els quals destaca Alemanya– han implantat un model de caràcter contributiu reservat als cotitzants –tot i que són gairebé tota la població–, finançat amb cotitzacions socials –i emmarcat dins de la seguretat social– i amb la possibilitat d'optar entre la prestació en espècie i la prestació en metàl·lic. La millora de la qualitat de vida no ha estat tan significativa com en el model anterior, i els costos, encara que més moderats, han estat també importants.

Al Regne Unit s'ha desplegat un tercer model fonamentat en la provisió assistencialista, adreçat tan sols a les persones que no poden pagar-se aquests serveis amb els seus ingressos –tot i que té un abast relativament ampli– i amb un predomini de les prestacions en espècie. Aquest és també el model dominant al nostre país en aquest àmbit, tot i que amb un abast molt més reduït que en el Regne Unit.

L'estudi fet ens inclina a pensar que el model universalista podria ser el més adequat al nostre país. Hem vist com els seus avantatges són indiscutibles des dels punts de vista de la qualitat de l'atenció –els serveis s'adapten més fàcilment a les necessitats i arriben a tothom–, de la solidaritat social –uns tributs progressius financen uns serveis igualitaris– i de la legitimitat del sistema, ja que tots els que tributen poden accedir als serveis. El seu cost elevat és, tanmateix, un argument poderós esgrimit per alguns.

Per això té particular importància considerar els aspectes que el podrien fer aconsellable també des d'un punt de vista econòmic. En aquest sentit, hem vist com l'universalisme garanteix millor la presència de la dona en el món laboral, fet molt rellevant, atesa la tradició familiarista del nostre país i les dificultats que, en poques dècades, tindrem per sostenir una població passiva molt abundant.

En aquest sentit cal recordar que només un sistema universalista permet als segments de població amb

millor qualificació laboral beneficiar-se de l'atenció pública i romandre plenament incorporats a l'activitat productiva. A més, l'amplitud del sistema universalista el converteix en un jaciment d'ocupació que permet donar feina a més treballadors no qualificats, fet que cal valorar davant les dificultats que presenta en aquest sentit un món globalitzat.

Així doncs, tant les raons socials com, fins i tot, econòmiques, ens inviten a considerar el model universalista com el més adequat al nostre país en un futur pròxim, encara que la incidència que el seu cost pot tenir sobre l'activitat econòmica convida igualment a trobar fórmules que en minimitzin l'impacte sobre la despesa pública.

En aquest sentit, el cofinançament –present d'una manera o altra en tots els sistemes estudiats– ofereix la possibilitat d'evitar a l'erari públic unes despeses excessives, sense renunciar a la universalitat. Caldrà trobar una fórmula adequada, i culturalment assumible, perquè les rendes i el patrimoni de l'usuari –sempre que n'hi hagi en quantia suficient– puguin contribuir a finançar determinats costos de l'atenció. Particularment, convindria insistir en l'estudi de la viabilitat pràctica del fet de configurar part del cost de la prestació no sanitària –una part dels costos del suport a l'autonomia i els d'allotjament i manutenció– com un deute que pogués ser recuperat amb càrrec a l'herència per la persona o entitat que ha tingut cura de la persona dependent.

La consideració de les diferents fonts de finançament públic ens orienta a valorar el que prové dels impostos generals pels efectes redistributius i per la flexibilitat que permet en l'assignació dels serveis, fet que fa possible una universalitat que no pot ser garantida de la mateixa manera per la modalitat contributiva. Atesa l'actual distribució dels ingressos fiscals, el finançament global del sistema hauria d'anar preferentment a càrrec dels pressupostos generals de l'Estat.

La rellevància del cost d'un sistema ampli d'atenció a la dependència ens invita també a considerar les fórmules mixtes de finançament. En aquest sentit, mereix certa atenció la fórmula francesa que diferencia els costos sanitaris, els assistencials i els d'allotjament i manutenció i els assigna fonts de finançament diferents.

Així mateix, la consideració dels diferents models ens inclina a valorar els avantatges de les prestacions en espècie –mitjançant la prestació dels corresponents serveis– sense oblidar que comporten estructures organitzatives i burocràtiques més grans i complexes. Hem pogut constatar que la prestació en espècie permet controlar millor l'evolució de la dependència, assignar les prestacions amb criteris més professionals i, a més, permet que els qui tenen cura de la persona gran, havent-hi de dedicar menys hores, vegin facilitada la seva activitat laboral. Tanmateix, creiem que, si finalment s'optava per la prestació en metàl·lic, atès que presenta menys complexitat de gestió, pensem –si més no, en principi– que caldria atorgar-la amb caràcter finalista, condicionant la prestació al fet que es destinés a serveis acreditats d'atenció a la persona dependent, com es fa amb l'anomenat xec-servei.

Pel que fa a la identitat dels proveïdors de les prestacions de responsabilitat pública, no hem identificat diferències significatives entre proveïdors públics i privats, tot i que això hauria de ser objecte d'un estudi específic. Per això considerem, si més no, en principi, que poden ser igualment vàlids tant els proveïdors públics com els privats –tinguin afany de lucre o no– sempre que l'Administració exerceixi les seves responsabilitats de control i inspecció.

Pel que fa a la localització de la prestació, constatem l'àmplia tendència a donar preferència a l'atenció domiciliària i altres serveis de proximitat –especialment quan és un desig compartit per la persona dependent i la seva família– davant d'una atenció residencial que tendeix progressivament a quedar reservada a ancians amb un grau elevat de deteriorament. En aquest sentit, creiem que cal ampliar l'extensió i la intensitat de les prestacions –tant pel que fa a l'horari com en relació amb els serveis que inclouen–, perquè els serveis comunitaris d'atenció arribin a ser al nostre país una alternativa plenament vàlida. Així mateix, considerem que cal incrementar les mesures i les prestacions orientades de manera especial a fer possible la conciliació de la vida familiar i laboral, particularment en el cas de les dones.

Catalunya encara és lluny d'assolir els nivells de despesa social i els estàndards de serveis per a l'atenció a la dependència de la UE i, per tant, caldria considerar fer un esforç pressupostari per assegurar els drets socials d'aquests ciutadans i avançar en aquesta matèria, tenint en compte els beneficis tant personals com econòmics aconseguits mitjançant la creació d'ocupació.

### 7.2. Aspectes generals

La debilitat de molts drets socials afecta particularment la dignitat i qualitat de vida de les persones grans amb limitacions d'autonomia. És especialment significativa aquesta debilitat dels drets en l'àmbit dels serveis socials, la insuficiència de les pensions i les males condicions dels habitatges.

La fragilitat col·loca la gent gran dependent en una situació de risc davant de situacions de poc respecte als seus drets i llibertats. Sovint decideix per ells la família o altres persones. Això els dificulta l'exercici de l'autonomia i dels drets civils i polítics i posa en perill la seva dignitat. Estudis recents posen en relleu els maltractaments i les extorsions de què són objecte la gent gran; tot i la gravetat dels resultats coneguts fins ara, possiblement això només és la punta del problema.

També són preocupants les deficiències en la igualtat i equitat en el gaudi dels drets que s'aprecien en funció del lloc de residència o de la situació socioeconòmica de les persones dependents.

Els darrers anys s'han fet esforços importants adreçats a la protecció de les persones grans dependents i les seves famílies. Tanmateix, el ritme de creixement de les necessitats ha estat superior a l'increment dels recursos públics esmerçats, i s'ha fet recaure la resolució d'aquesta problemàtica bàsicament sobre les famílies, especialment sobre les dones.

L'atenció a la dependència afecta diferents branques de la intervenció social que cal tenir en compte per poder-ne fer un abordatge integral i possibilitar l'establiment de programes i intervencions transversals. Per tant, l'obertura de l'espai sociosanitari i dels programes que se'n deriven com a resposta a les necessitats generades per la dependència, tot i la seva importància, són només intervencions parcials. Cal incloure-hi també l'habitatge i l'urbanisme –especialment en els aspectes relacionats amb l'accessibilitat–, les pensions i prestacions econòmiques, les laborals, les actuacions de temps lliure i les de capacitació.

### 7.3. Àmbits específics

El sistema de salut ha avançat considerablement, tant a través de la normativa estatal –com ara la Llei general de sanitat (1986), que va fer efectiu el dret constitucional a la protecció de la salut– com de la legislació catalana. Darrerament, la Llei de cohesió i qualitat del Servei Nacional de Salut (2003) inclou en el Catàleg de prestacions sociosanitàries les prestacions mínimes corresponents a sanitat. A més, deixa oberta la possibilitat d'ampliar la cartera de serveis previ acord del Consell Interterritorial del Servei Nacional de Salut.

Les actuacions preventives adreçades a demorar l'aparició de limitacions a les persones grans, especialment mitjançant l'adopció d'estils de vida saludables, estan encara poc implantades al nostre país. En els llocs on s'ha apostat decididament per la prevenció s'ha aconseguit retardar considerablement les pèrdues de l'autonomia. Tampoc es tenen prou en compte els aspectes culturals i socioculturals de l'envelliment, la qual cosa dificulta l'adopció d'actituds previsoras i de les voluntats anticipades.

Els esforços realitzats pels serveis socials autonòmics han estat diversos i abundants, com ho demostren algunes de les noves lleis de serveis socials, altres normes sectorials –sobre gent gran o discapacitat– o també disposicions específiques sobre la dependència. Algunes de les esmentades lleis ja estableixen el dret subjectiu a les prestacions bàsiques, que, seguint l'esquema de sanitat, remetent als catàlegs de prestacions.

Tanmateix, tot aquest voluntarisme xoca amb la insuficiència de recursos de què disposa aquest àmbit, encara molt nou i amb pocs recursos, malgrat l'important creixement experimentat aquests darrers anys. La legislació catalana en aquesta matèria, d'una banda, no regula directament la dependència com a àmbit específic i, de l'altra, el fet de condicionar l'accés als serveis a l'existència de recursos debilita molt el dret de les persones dependents. També cal tenir en compte que, després de quasi dues dècades de vigència de la llei, molts dels seus plantejaments han quedat obsolets.

Els serveis socials catalans actuals mostren un excés de rigidesa i reglamentarisme i una tendència centralista, en el sentit que la majoria de decisions sobre l'accés als serveis es prenen des de Barcelona, dificultant l'adaptació a les noves necessitats i les respostes flexibles, personalitzades i àgils, com es fa palès en el cas de la dependència que exigeix respostes ràpides i properes.

La creació de l'àmbit *sociosanitari* català va ser un pas importat en l'atenció de la dependència, després imitat a la resta de l'Estat. Tot i els avenços experimentats al cap de vint anys d'implantació, no s'ha acabat d'articular plenament un àmbit conjuntat; això produeix insuficiències i efectes negatius que repercuteixen en els drets de les persones dependents i que, per tant, cal evitar. Així doncs, cal superar les disfuncions que genera la duplictat de xarxes de residències assistides dels serveis socials i de residències sociosanitàries de llarga estada mitjançant una coordinació mot més intensa que l'existent actualment.

L'oferta actual de *prestacions de suport a l'autonomia* a Catalunya es canalitza majoritàriament a través de serveis més que no pas d'ajudes econòmiques, tot i que s'aprecia l'emergència d'aquesta darrera modalitat. A la Unió Europea també trobem fórmules mixtes, mitjançant diferents formes de pagament, com el xec servei, en què els diners lliurats s'han d'emprar obligatòriament en la finalitat concedida i que permet l'abonament de les ajudes per procediments diversos, com pot ser mitjançant descomptes en els impostos sobre la renda.

Pel que fa a les *pensions*, les pensions mitjanes de jubilació són molt minses i encara més les mínimes que sovint perceben les persones més grans, ja que a causa de l'avançada edat, la quantitat que els corresponia és més reduïda. Les del SOVI, la majoria de les de viudtat i les no contributives no garanteixen de cap manera la suficiència econòmica que assenyalava la Constitució.

Aquesta situació s'agreuja quan la persona pensionista o el cònjuge tenen necessitats generades per les limitacions de l'autonomia, ja que les pensions esmentades no preveuen cap complement per sufragar-les i aboquen a una situació de discriminació per raó d'edat amb els més joves, ja que els perceptors de la pensió d'invalidesa sí que poden rebre-la. Aquests fets provoquen que un bon nombre de persones grans amb dependència no tinguin recursos suficients per subsistir i atendre les seves necessitats bàsiques de la vida diària.

En l'informe es posa en relleu un altre col·lectiu de *pensionistes* que, tot i disposar d'ingressos superiors, no en tenen prou per poder-se pagar una plaça de residència assistida, però no els tenen tampoc prou baixos per accedir a una plaça pública o concertada; el greuge inadmissible que això produeix afecta el gran bloc de persones que situem en la classe mitjana. Aquest és el cas dels que no poden accedir a una plaça pública o concertada perquè superen els ingressos màxims admesos, però no disposen tampoc de recursos suficients per pagar-se una plaça en una residència privada. Aquest greu buit assistencial afecta sobretot les classes mitjanes baixes, que veuen com, després de cotitzar a la seguretat social i pagar els impostos, no poden accedir a determinats serveis de l'Estat del benestar que han contribuït a crear.

#### 7.4. Drets i deures

Les petites dimensions dels habitatges actuals i les característiques dels centres residencials dificulten sovint

l'exercici del *dret a la intimitat* de les persones grans, especialment en casos de dependència.

La *dignitat* de les persones grans amb discapacitat es veu amenaçada a conseqüència de la davallada del seu poder adquisitiu i de la desvaloració social, que la pot menar a situacions de pobresa, d'aïllament, solitud i abandonament, incompatibles amb la seva dignitat.

Moltes vegades les famílies, els professionals o altres persones s'arroguen el *poder de decidir* per les persones grans dependents, àdhuc en els casos en què tenen capacitat per decidir per elles mateixes.

La situació de fragilitat de la gent gran dependent s'agreuja quan la malaltia o deficiència adquireixen un caràcter permanent i no li permet governar-se per si mateixa, situació que exigeix la *incapacitació*. Tanmateix, s'han detectat força casos de persones grans dependents que es troben en l'esmentada situació i que no estan legalment incapacitades, amb un risc greu pels seus drets, tant personals com materials. Aquest és un aspecte d'especial preocupació, ja que afecta el col·lectiu de ciutadans més desvalguts i creditors de la protecció i solidaritat social.

Darrerament han sorgit importants instruments sociojurídics que poden facilitar l'adopció de decisions en previsió que les persones dependents sigui declarades més tard incapaces; ens referim als *anomenats testaments vitals*, voluntats anticipades o altres mesures d'autotutela.

Altres fets relacionats amb els anteriors que afecten les persones dependents són els *ingressos en centres*. Quan els afectats no hi poden expressar el seu consentiment, requereixen la intervenció judicial, igual que per a l'adopció de qualsevol mesura de restricció de la llibertat personal.

Les persones grans prefereixen majoritàriament *continuar vivint* en el seu entorn; per tant, si aquesta opció és compartida també per la família, cal adoptar totes les mesures per fer-la possible. Entre les vies possibles per permetre-ho, ocupen un lloc destacat les de tipus laboral adreçades a la conciliació de la vida familiar i la laboral o els serveis de suport i de «respir» familiar.

Per poder continuar vivint a casa, les persones grans dependents han de disposar d'un *habitatge accessible i confortable* i comptar amb un conjunt de serveis de suport adaptats a la seva situació. A causa dels escassos recursos econòmics de què disposen, avui aquestes persones solen viure en habitatges força deteriorats i necessitats de reparacions i, d'altra banda, no disposen d'ajudes ni mitjans tècnics que els ajudin a superar aquestes dificultats. Tampoc hi ha suficients llars residències o habitatges tutelats de proximitat que els permetin almenys no allunyar-se del seu entorn.

La *família* ocupa un lloc clau per a les persones dependents i no sempre disposa dels mitjans necessaris per tenir cura del familiar, ja sigui una llar en condicions –si aquest és el desig compartit– o una plaça residencial que permeti mantenir les relacions personals i afectives.

Els canals de *participació* de la gent gran s'han multiplicat, eixamplat i estructurat. Tanmateix encara, en

molts casos, els òrgans oficials són molt formals i tenen poca incidència real en la presa de decisions. Aquesta participació en les decisions que els afecten pot ser tan de caràcter col·lectiu com individual. Avui, la participació social plena exigeix l'establiment d'activitats de reciclatge i de capacitatció en les noves tecnologies.

La vulnerabilitat de les persones grans dependents augmenta el perill de patir *extorsions i maltractaments*, com ho adverteixen de forma alarmant alguns dels darrers estudis efectuats en aquesta matèria. Aquests fets acostumen a romandre amagats i, per tant, són difícils de detectar malgrat la gravetat de les conductes i la lesió als drets fonamentals que signifiquen.

El risc de *marginació i d'exclusió* de la gent gran, especialment la dependent, és molt alt, però encara augmenta quan aquesta circumstància conflueix amb la insuficiència de recursos econòmics i de suports relacionals i afectius. Aquests situacions generen por i indefensió davant un esdevenidor al qual s'enfronten sense recursos.

La *recerca i la formació* sobre els aspectes relacionats amb la dependència són encara escassos, tot i que s'aprecien darrerament interessants iniciatives des de la universitat, les societats científiques, les administracions públiques i el sector privat.

Els darrers anys de la vida adquireixen una gran importància els aspectes relacionats amb els *principis espirituals, morals, religiosos o ideològics* que caracteritzen el comportament humà i que no sempre són prou tinguts en compte.

Les *imatges socioculturals de la vellesa* sovint s'associen amb components negatius relacionats amb la demència, la ineptitud, les necessitats de cura perllongada i les negatives repercussions en la família i el curador, com en la por de cada generació d'haver de fer-se càrrec de les anteriors.

Es detecta un desnivell entre la regulació concisa i amb rang de llei dels *drets i deures dels usuaris* de la sanitat amb els menys complets i concrets establerts majoritàriament per via reglamentària pels usuaris dels serveis socials.

L'actual sistema de *repartiment de responsabilitats* entre els usuaris, les seves famílies, les entitats privades i el sector públics és confús. Manca un debat a fons sobre aquest problema, començant per decidir si es tracta d'un conflicte que pertany a l'esfera personal i familiar o és un risc que cal compartir per la solidaritat social. És especialment convenient discutir sobre el paper i la responsabilitat de la família actual.

El *finançament* de les prestacions i els serveis és un dels aspectes més importants per fer efectius el dret de les persones dependents a les atencions de suport a l'autonomia. En el present informe s'han exposat diferents situacions que mostren les ambigüitats, contradiccions i insuficiències del sistema actual, que cal revisar amb caràcter urgent.

En relació amb el finançament, també s'han de considerar els efectes dels estalvis i el patrimoni acumulats per la persona dependent en el transcurs de la seva vida. Cal considerar especialment els casos dels qui disposen

de *patrimoni immobiliari* i que, en canvi, no tenen liquiditat per atendre les despeses de l'atenció que requereixen. Convindria estudiar aquesta qüestió i completar les mesures ja empreses mitjançant la regulació del contracte d'aliments per tal d'evitar qualsevol tipus d'abús per aquesta via.

## 8. PROPOSTES I SUGGERIMENTS

### 8.1. El model d'atenció

A la vista de les reflexions anteriors, sembla raonable proposar que s'estudiï la implantació d'un *model d'atenció* a les persones grans dependents i les seves famílies amb caràcter *universal*, és a dir, adreçat a tothom que pateixi limitacions funcionals, independentment de la situació socioeconòmica de la persona afectada o de la seva família i de les possibles contraprestacions que es puguin establir en funció de les seves disponibilitats.

Aquest model hauria de prioritzar les prestacions tècniques de *proximitat* que caracteritzen l'atenció comunitària. Les prestacions haurien de ser en espècie –facilitant directament els serveis– o, si es fan en metàl·lic, haurien d'estar, en principi, condicionades a la compra dels serveis per als quals han estat atorgades, com es fa amb el xec-servei. La *provisió* de les prestacions podria ser *mixta* (pública-privada), però sempre sota la *responsabilitat i el control públic*.

Estudiar formes de *finançament* basades en la solidaritat social i econòmicament sostenibles. Cal un catàleg clar, concret i valorat de prestacions, distingint les bàsiques de les complementàries, i els components de cadascuna per determinar les que corresponen a l'àmbit sanitari, les de suport a l'autonomia i les relacionades amb l'allotjament i la manutenció. Com que les prestacions mínimes sanitàries ja són definides en el catàleg corresponent, caldria ara determinar la cartera dels serveis socials i la forma de *copagament en funció de les rendes i patrimoni* disponibles de les persones dependents.

Feta aquesta distinció, una bona part de les despeses d'allotjament i manutenció podrien anar a càrrec de l'usuari dels serveis o, si escau, dels seus familiars. Potser també podria ser a càrrec de l'usuari una part moderada dels costos del suport a l'autonomia.

Establir mesures per regular les diferents modalitats i iniciatives adreçades a fer possible la *liquiditat del patrimoni* de les persones grans per tal de controlar el seu desenvolupament, evitar qualsevol abús i afavorir les mesures que permetin una millor qualitat de vida a les persones que han acumulat un patrimoni al llarg de la vida.

Considerar la implantació, juntament amb les prestacions en espècie, de *formes àgils de copagament i prestació* dels serveis, com ara els xecs-servei o altres modalitats que permetrien crear ocupació. Tanmateix, s'haurien de tenir en comptes les experiències d'altres indrets per evitar els possibles efectes perversos detectats.



Revisar els criteris d'*accés a les diferents prestacions*, tant les domiciliàries com les diürnes i les residencials, per garantir que les persones grans dependents amb rendes mitjanes no restin desatèses i aconseguir que la universalitat sigui una realitat.

Prioritzar en les planificacions la creació de *serveis de proximitat* –com ara l'atenció domiciliària, els centres de dia, o les residències assistides de proximitat– per garantir el dret que la persona dependent pugui romandre a la seva comunitat si ho desitja.

Garantir una *quantitat mínima mensual* a les persones grans dependents en situacions precàries per tal que puguin atendre les despeses de subsistència i les generades per la dependència, mitjançant l'establiment de pensions suficients.

## 8.2. La millora de l'atenció

Pensem que s'haurien d'establir *serveis flexibles* centrats en les persones i *programes transversals* fonamentats en l'eix sociosanitari, però sense oblidar les relacions amb altres sectors, com ara l'habitatge. És per això que s'hauria d'establir una *coordinació molt més intensa* entre la xarxa de residències assistides dels serveis socials i la xarxa de residències sociosanitàries de llarga estada. En aquest sentit, caldria estudiar la possibilitat d'unificar el procés de valoració de la dependència i assignació del recurs.

Articular un *programa relatiu al lloc de vida de les persones grans* que abordi globalment totes les possibilitats sobre el lloc on poden viure, a fi de facilitar-los la solució desitjada i la més adequada a la seva situació, de manera que també els sigui garantida la continuïtat assistencial.

Caldria presentar un ampli ventall de mesures, des d'ajudes per a l'arranjament de la llar pròpia o familiar, iniciatives per afavorir les llars compartides i els habitatges tutelats, fins a la reconversió de les residències actuals. Aquest pla hauria d'estar envoltat d'accions complementàries comunitàries dissenyades des de l'atenció primària i tenir en compte les peculiaritats dels serveis per a les persones grans amb discapacitat.

Establir un *projecte d'atenció integral per a la família* que té algun membre amb dependència en la línia del programa «Viure en família», però complementar-lo i estendre'l a tot el país, amb les adaptacions que calguin en els diferents territoris.

Incrementar i completar les mesures adreçades a la *conciliació de la vida familiar i laboral* amb mesures legislatives i amb la col·laboració de sindicats i organitzacions empresarials, amb la inclusió de clàusules específiques en els convenis laborals. Les ajudes als curadors permeten compensar la reducció salarial. Així mateix, s'hauria de fomentar l'ampliació de serveis complementaris o altres actuacions adreçades al «respir» familiar, com les residències d'estada temporal.

Incrementar els *controls i inspeccions* als centres que atenen persones dependents, especialment les residències, de manera que es tingui informació sobre la seva situació unes quantes vegades l'any.

Emprendre amb caràcter urgent accions adreçades a les persones grans dependents en situació d'alt risc d'exclusió degut a la *pobresa, la solitud i la manca de xarxa relacional*. A més a més de garantir-los un mínim de subsistència amb quanties pròximes al salari mínim, caldria establir prestacions tècniques i econòmiques de suport a l'autonomia i crear «ponts de comunicació» entre aquestes persones i la societat, mitjançant actuacions de les entitats cíviques i l'articulació de formes de bon veïnatge i altres accions solidàries.

Establir una *formació mínima* per als curadors i altres professionals que intervenen en l'atenció a la dependència. Assegurar i controlar la *capacitació dels curadors* i afavorir que els serveis siguin prestats per institucions públiques, empreses homologades o personal acreditat, facilitant que es faci en unes condicions laborals adequades. En cas de necessitat de curadors, es podria estudiar la possibilitat d'oferir una quota de places a persones immigrants que es vulguin dedicar a aquestes tasques, prèvia formació i amb unes condicions laborals ajustades a la normativa.

Esperonar iniciatives en el camp de la *recerca* en els diferents vessants relacionats amb la dependència, tant com la *formació i capacitació* dels diferents professionals que hi intervenen, establint una formació mínima exigible. Igualment, caldria fomentar la innovació i l'establiment de programes pilot d'atenció a aquest col·lectiu.

Establir un *programa transversal específic d'atenció a la dependència* que permeti elaborar estudis sobre el fenomen, realitzar planificacions conjuntes dels diferents àmbits implicats, articular actuacions i fer-ne el seguiment i l'avaluació. Haurien d'estar-hi representats els sectors sanitari, de serveis socials, d'habitatge, treball, educació i pensions de l'Administració autonòmica i local. L'Observatori Català de l'Envel·liment amb Dependència, creat recentment, pot ser una peça important d'aquest programa.

Un dels àmbits que disposen d'unes prestacions més debilitades, com s'ha vist, és el dels serveis socials. Per això, es proposa l'elaboració d'una nova *lleï de serveis socials* que obtingui el màxim consens parlamentari possible i que *defineixi els drets subjectius* a les prestacions bàsiques establertes en un catàleg de prestacions mínimes per a tots els ciutadans que es trobin en aquesta situació, que respecti el dret d'igualtat de tots els ciutadans i l'equitat territorial i que faci possible tenir en compte les decisions i aspiracions dels ciutadans. Aquesta lleï hauria d'establir i regular els drets i deures dels destinataris dels serveis socials. L'organització hauria de respondre a criteris de descentralització de la gestió cap a les administracions més properes, d'acord amb el principi de subsidiarietat que té en compte, a més de la proximitat, l'eficiència dels serveis i prestacions.

Estudiar un nou disseny dels *equipaments de serveis socials* centrats en la persona i arrelats al territori, fent-los més flexibles i versàtils. Així es possibilitaria la seva optimització i esdevindrien dispositius oberts a l'entorn, prestadors de múltiples serveis.

### 8.3. Àmbit sociocultural

Prendre mesures per afavorir una *imatge positiva de l'envelliment* i les seves possibilitats i aportacions a fi d'assegurar el manteniment de la dignitat a aquest col·lectiu, especialment quan té limitacions en l'autonomia. La sensibilització social hauria de començar a l'escola i incloure, en tot cas, els mitjans de comunicació social.

Cercar noves *formes de participació cívica* tot afavorint noves formes d'innovació democràtica, a fi d'implicar els ciutadans en aquesta problemàtica i fer possible la participació real de les persones grans –individualment i col·lectiva– en totes les qüestions que els afecten, evitant l'aïllament i la solitud i aprofitant les seves capacitats, experiència i saviesa.

Per a l'exercici del *dret a la participació* en la societat actual, s'ha de potenciar l'educació per a totes les edats, mitjançant programes de formació permanent i d'actualització en matèria de noves tecnologies i altres coneixements.

Crear *comitès d'ètica i bioètica*, ja sigui en els centres residencials assistits grans o a nivell més ampli, en el cas dels centres més petits, amb l'objectiu de debatre, reflexionar i ajudar a prendre decisions sobre els problemes relacionats amb les actuacions ètiques que es plantegen en molts dels centres de serveis socials relacionats amb les persones grans dependents.

Impulsar *programes preventius* adreçats a un envelliment saludable i amb una bona xarxa relacional, mitjançant la conscienciació de la població en general sobre les capacitats i les aportacions beneficioses que pot fer aquest col·lectiu a nivell personal i social.

### 8.4. Drets i deures

Obrir un debat a fons, des de la societat civil i des del Parlament, per determinar de forma clara *la delimitació de responsabilitats* en l'atenció a les persones dependents i les seves famílies, detallant quines són les obligacions de l'usuari, quines les de la família, de les entitats privades i del sector públic.

Garantir, sempre que sigui possible, la *capacitat d'elecció de les persones grans* amb dependència sobre l'estil de vida que volen viure i el tipus de serveis que prefereixen rebre.

Les administracions públiques catalanes haurien de prendre un paper més actiu en la informació i promoció dels *testaments vitals*, mitjançant els quals els ciuta-

dans puguin avançar les seves decisions i establir els criteris i/o designar la persona que assumirà les decisions quan no podran decidir-ho per ells mateixos.

La protecció dels drets de les persones grans dependents, especialment les que es troben en situació jurídica o *de facto d'incapacitació*, reclama actuacions urgents, contundents i efectives per detectar els casos i fer-ne el seguiment. Per això, es proposa que s'estudiï la possibilitat de crear a Catalunya una institució pública amb capacitat per actuar independentment –tipus agència, per a la protecció de les persones incapacitades legalment, que actuï en col·laboració, coordinació i, quan calgués, amb la intervenció judicial i del ministeri fiscal, per tal de vetllar pel respecte als drets de les persones que no poden governar-se per elles mateixes, ja estiguin incapacitades legalment o no. S'hauria d'informar i sensibilitzar les famílies i la societat en general del caràcter protector de la institució. Aquesta entitat hauria de tenir a càrrec seu la promoció i el seguiment de les entitats tutelars constituïdes en el territori de Catalunya.

Afavorir la implicació de la societat civil en les accions a favor de les persones incapacitades legalment, especialment mitjançant la creació *d'entitats tutelars* per a la protecció de la persona i els seus béns i de persones que mitjançant l'acció voluntària els facin l'acompanyament.

Potenciar els mitjans per a detectar les situacions de *maltractaments*, elaborar protocols de detecció i d'actuació per als professionals en relació amb aquestes situacions. Igualment s'hauria de incrementar la vigilància dels inspectors en aquest àmbit i sensibilitzar als ciutadans sobre aquestes qüestions.

Conscienciar les famílies de la necessitat que les persones grans, encara que tinguin nivells importants de dependència, disposin d'espais i moments *d'intimitat*. També les estructures materials i funcionals dels establiments, especialment els residencials, han de fer compatible el dret a la seguretat amb el dret a la intimitat de les persones dependents; per a això, han de disposar d'espais privats i afavorir, si els interessats ho desitgen, la creació de grups de caire afectiu o relacional.

Establir mesures concretes per *garantir i facilitar el lliure exercici dels principis i creences* espirituals, morals, religiosos i ideològics de les persones grans, tant quan resideixen al seu domicili com si estan en un centre residencial.

Establir amb rang de llei els *drets dels destinataris i usuaris* dels serveis per a persones dependents.