



Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència. Anàlisi de la demanda futura

Ponent

María Luisa Fernández Fernández

Cap de projecte

Mercè Ruiz Serrano

Gestora de projecte

Virginia Villar Rico

Autors

Virginia Villar Rico

Cristina Boada Jané

Eva Miñarro Acosta

Carles Sanosa Llinares

BIBLIOTECA DE CATALUNYA - DADES CIP

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència : anàlisi de la demanda futura. - (Col·lecció estudis i informes ; 18)
Títol a la coberta: Necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència. - Bibliografia
I. Villar Rico, Virginia II. Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya
III. Títol: Necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència
IV. Col·lecció: Col·lecció estudis i informes ; 18
1. Discapacitats - Serveis socials - Catalunya - Previsió
364.65(467.1)-056.24

© Generalitat de Catalunya
Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya
Diputació, 284
08009 Barcelona
Tel. 93 270 17 80
Adreces a Internet: www.ctescat.cat
www.larevistactesc.cat
www.observatori-ctesc.cat

A/e: ctescat@gencat.cat

ISBN: 978-84-393-7734-4
Barcelona, maig de 2008
Disseny Gràfic: IMF
Impressió: Supergraf, S.A.

D.L.:



SUMARI

1.	INTRODUCCIÓ	3
2.	EL TREBALL DE CURA A LES PERSONES	5
	2.1. El col·lectiu de persones amb manca d'autonomia	10
	2.2. La crisi del model informal de cures	15
3.	MARC NORMATIU	23
4.	ANÀLISI DE L'OFERTA ACTUAL I DE LA DEMANDA FUTURA DE SERVEIS A LES PERSONES	28
	4.1. Anàlisi del servei: llars d'infants. Suport infància. Suport a la infància amb pares i mares que treballen	28
	4.2. Anàlisi del servei: manteniment de l'estada al domicili de les persones en situació de dependència (atenció socio sanitària, higiene i atenció personal)	40
	4.3. Anàlisi del servei: acolliment residencial i habitatges per a persones amb necessitat de suport extens	55
5.	IMPACTES DEL FUTUR SISTEMA ESTATAL DE PROTECCIÓ DE LA DEPENDÈNCIA EN EL MERCAT DE TREBALL	61
	5.1. Context: dependència, demanda de serveis i ocupació	61
	5.2. Característiques de l'ocupació als serveis socials	68
	5.3. Condicions laborals i qualificació del personal d'atenció a les persones	87
	5.4. Tendències de l'ocupació en l'àmbit dels serveis socials i reptes de futur	92
	5.5. Exemplificació de les necessitats futures de recursos humans, sobre la base de tres models de serveis	98
6.	CONCLUSIONS	102
7.	ANNEXOS	112
8.	BIBLIOGRAFIA	148





I. INTRODUCCIÓ

L'envelliment de la població, l'augment de l'esperança de vida i els avenços mèdics, juntament amb el debilitament del model tradicional d'atenció a les persones en situació de dependència, són factors que fan augmentar la demanda de serveis associats a les necessitats de cures d'aquestes persones.

Aquesta situació implica que l'atenció a les persones en situació de dependència i la promoció de la seva autonomia personal constitueix avui un dels principals reptes de la política social dels països desenvolupats.

Amb l'entrada en vigor l'1 de gener de 2007 de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència,¹ es garanteix un nou dret universal i subjectiu de ciutadania que garantirà l'atenció i cures a les persones en situació de dependència.

Mitjançant aquesta Llei es posa en marxa el Sistema d'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD), quarta columna de l'Estat del benestar, com a instrument fonamental en la consolidació dels serveis socials per a les persones en situació de dependència, ja que estableix la garantia de les condicions bàsiques d'aquests serveis i concreta els tres nivells de protecció que es desenvoluparan, tot prioritzant les prestacions de serveis sobre les transferències econòmiques.

Atenent la importància social d'aquest tema, el Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya (CTESC) es va plantejar la necessitat d'elaborar aquest estudi, amb l'objectiu d'establir una previsió de les necessitats de cures que té i tindrà la població en el futur, com a element essencial per orientar una correcta planificació dels recursos i serveis necessaris que permetrà garantir a la ciutadania l'atenció de les diferents situacions que es podran derivar d'aquestes necessitats, tant des del vessant sanitari com del vessant dels serveis socials.

Cal especificar que en aquest estudi, quan es fa referència a les persones en situació de dependència, no s'està al·ludint únicament als col·lectius definits per la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, sinó a totes aquelles situacions de manca d'autonomia per realitzar els actes bàsics de la vida diària que necessiten de l'assistència o cura per part d'una tercera persona. En aquest sentit, ens ha semblat oportú incloure les necessitats associades al suport

¹ Llei 39/2006, de 14 de desembre. DOGC núm. 4890, de 24 de maig del 2007.

de la infància no estrictament relacionades amb situacions de discapacitat física, mental, intel·lectual o malaltia mental.

Creiem que aquest estudi pot ser una eina útil en la previsió i planificació dels recursos necessaris per satisfer la demanda de cures i, davant la impossibilitat d'analitzar amb detall la demanda futura de serveis associats a tots els àmbits que podien requerir necessitats de cures, hem centrat l'estudi en el desenvolupament de la previsió de demanda futura de tres serveis concrets, a partir dels models estadístics elaborats per l'Institut Cerdà,² que considerem els més significatius dintre dels àmbits següents:

1. Les necessitats de la infància: servei de llars d'infants.
2. Les necessitats per a la millora de la qualitat de vida de les persones en situació de dependència: servei per mantenir l'estada en domicili de les persones en situació de dependència.
3. Les necessitats relacionades amb l'habitatge o la residència que assegurin la qualitat de vida: serveis d'acolliment residencial i d'habitatges adaptats per a persones amb necessitat de suport extens (gent gran i persones amb discapacitat).

En primer lloc, s'han identificat els perfils de les possibles persones usuàries i la previsió de creixement que tindran en els pròxims anys, per passar a analitzar el model d'atenció per a cadascun dels perfils. A partir d'aquí, el procés de la planificació quedarà configurat a partir del coneixement de l'oferta actual de cada servei i la previsió del creixement de l'oferta futura.

Per últim, l'estudi finalitza amb l'anàlisi de l'impacte laboral que tindrà lloc amb l'aplicació de la Llei, ja que, segons les previsions, els pròxims deu anys es crearan més de 300.000 llocs de treball en aquest sector. A més, també es garantirà que aquests llocs de treball satisfaran l'atenció a les persones en situació de dependència, tot incorporant-hi les condicions necessàries de formació i de qualitat en l'ocupació.

² L'Institut Cerdà és una fundació que ofereix serveis de consultoria en els àmbits del medi ambient i l'ordenació del territori, la logística i la distribució, les tecnologies de la informació i la investigació de mercat i el màrqueting.



2. EL TREBALL DE CURA A LES PERSONES

En les nostres societats, a banda del treball de mercat, existeixen una sèrie d'activitats que es desenvolupen al marge d'aquest, sense les quals el primer no podria existir. La més destacada, entre aquelles activitats, és el treball domèstic i de cures directes a les persones.

El treball domèstic i de cura a les persones ha estat i continua essent un factor clau en el desenvolupament de la societat: l'assumpció per part d'un determinat sector social –majoritàriament, dones– de les tasques que constitueixen aquest tipus de treball ha permès a d'altres membres del cos social dedicar la seva disponibilitat temporal al treball anomenat productiu.

Diverses enquestes han analitzat el perfil de la persona que assumeix les tasques de manteniment de la llar i de cura de les persones: normalment és la família i, principalment, les dones les que es responsabilitzen d'aquesta feina.

D'acord amb les conclusions de l'IMSERSO,³ el perfil sociodemogràfic de les persones que desenvolupen tasques de cura a les persones a Espanya és el d'una dona més gran de 40 anys (la mitjana d'edat se situa al voltant dels 53 anys), casada, amb estudis primaris, l'activitat principal de la qual són les tasques de la llar. D'aquí es pot concloure que la majoria de les persones que atenen la gent gran amb necessitats de cura són dones abocades a desenvolupar el rol social tradicional d'un treball no reconegut.

Així mateix, i d'acord amb un **estudi elaborat per l'Institut d'Infància i Món Urbà (CIIMU),⁴** les dones continuen assumint una gran part de les tasques domèstiques i de cura dels infants, tant si fan treball remunerat com si no en fan. La parella i els altres familiars hi adopten un paper de segon ordre.

Les dones dediquen pràcticament el doble de temps a les tasques domèstiques que les seves parelles masculines. Així mateix, la implicació del pare en les tasques de la llar no canvia encara que es perllongui l'horari laboral de la mare. D'altra banda, l'enquesta també

³ Álvarez, M. Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. IMSERSO, 2005. El perfil sociodemogràfic de la persona cuidadora que descriu l'estudi es refereix a l'atenció informal que es destina a les persones grans.

⁴ Institut d'Infància i Món Urbà (CIIMU): Primers resultats del Panell de família i infància, maig de 2007, encarregat pel Departament d'Acció Social i Ciutadania de la Generalitat de Catalunya. Aquest estudi ofereix una visió global de l'organització de la convivència i les relacions intergeneracionals dins de les famílies.

posa de manifest que el 84% dels pares i el 78% de les mares treballen, encara que les condicions laborals d'uns i altres són bastant diferents: el 28% de les mares treballadores ho fan menys de 35 hores (en contrast amb el 3,5% dels pares que treballen). Al 76% de les mares que són fora del mercat de treball els agradaria tenir una feina remunerada: en aquest sentit, el 42% d'aquestes diuen que no tenen temps per treballar i fer-se càrrec, alhora, de les responsabilitats familiars.

Atenent els resultats de la **primera Enquesta de condicions de treball de Catalunya (ECTC)**,⁵ si se sumen totes les situacions en què participa la persona entrevistada, s'observa que **els homes participen en la cura de menors (sols o compartint-la amb la seva parella o una altra persona) en el 63,2% dels casos, mentre que les dones hi participen en una proporció molt superior, el 81,8%**. D'altra banda, el 21,9% dels homes afirma que és la seva parella la que té cura dels fills i filles menors de 15 anys (percentatge que coincideix amb la diferència entre les dues xifres comentades anteriorment), mentre que només el 2,5% de les dones fa aquesta afirmació respecte de la seva parella.

L'ECTC també dóna informació sobre les dificultats que tenen els treballadors i les treballadores per conciliar la vida laboral i la familiar. En aquest sentit, i d'acord amb el gràfic següent, és rellevant el percentatge de persones que declara tenir dificultats, tant si són moltes com només algunes: el 45,8% de les dones i el 29,7% dels homes.

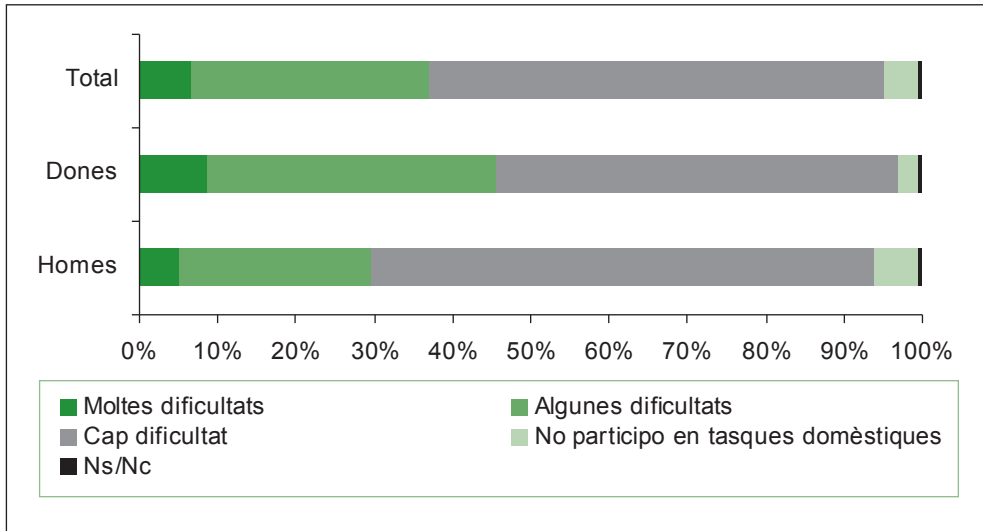
⁵ L'ECTC és la primera enquesta feta a Catalunya que recull la percepció que tenen els ciutadans sobre les seves condicions de treball. Aquesta enquesta és una de les actuacions previstes al Pla de govern per a la prevenció de riscos laborals 2005-2008, que és fruit del compromís establert a l'Acord estratègic per a la internacionalització, la qualitat de l'ocupació i la competitivitat de l'economia catalana, signat l'any 2005. L'abril del 2007 s'ha presentat l'avenç de resultats corresponent a la percepció de treballadors i treballadores.

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



Gràfic 1. Grau de dificultat per compaginar la vida laboral amb les tasques domèstiques i les responsabilitats familiars, per sexes. Catalunya, 2007

Unitats: percentatges.



Font: elaboració pròpia, a partir de les dades de l'ECTC 2007.

El treball que es realitza dins de l'àmbit domèstic no s'acostuma a comptabilitzar ni sol tenir cap tipus de reconeixement, pel fet que se'l considera una activitat quotidiana i habitual. En canvi, el treball anomenat "productiu", el corresponent a l'esfera pública, sí que és objecte de mesura mitjançant diversos indicadors, com ara el producte interior brut d'un país o la taxa d'activitat.

En aquest sentit, i amb l'objectiu principal de conèixer la dimensió del treball no remunerat realitzat per les llars, l'Institut Nacional de Estadística (INE) va elaborar entre els anys 2002 i el 2003 l'**Enquesta dels usos del temps (EUT)**,⁶ seguint les directrius de l'Eurostat. Per tant, l'enquesta de l'INE ofereix una uniformitat metodològica respecte de les enquestes europees dels usos del temps. L'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat), en col·laboració amb l'INE, ha ampliat la mostra de llars, amb l'objectiu de poder analitzar de manera representativa quins són els usos del temps a Catalunya.

⁶ Instituto Nacional de Estadística (INE). Enquesta dels usos del temps, 2002-2003.

L'EUT permet estudiar quin és el temps dedicat al treball remunerat i al no remunerat, a més del percentatge de temps que dediquen homes i dones a cada tipus de treball. Igualment, permet analitzar quina és la distribució de la càrrega global de treball entre tots dos sexes, és a dir, la jornada de treball real.

El primer que es dedueix quan s'analitza el temps dedicat al **treball familiar domèstic** és la diferència entre sexes pel que fa al temps de dedicació. Així, **les dones dediquen una mitjana de 4 hores i 14 minuts diaris** a aquestes tasques, **mentre que els homes hi destinen una mitjana d'1 hora i 39 minuts**.

Entre les activitats que conformen l'anomenat treball familiar domèstic es troba la cura dels infants i adults, que és una activitat bàsicament feminitzada, atès que les dones hi dediquen el doble de temps que els homes.

D'altra banda, la diferència de temps destinat al treball de mercat a favor dels homes (una mitjana de dues hores diàries més que les dones) és menor que la que s'aprecia en el treball de cura de la llar i de les persones en situació de dependència, al qual les dones destinen una mitjana diària de tres hores més que els homes. D'aquesta constatació es pot concloure que **la incorporació de la dona al mercat de treball no ha portat aparellat un repartiment més equilibrat de les tasques domèstiques i de cura d'infants i adults entre sexes, i que entre les dones es generen, en ocasions, situacions de "doble presència"**.

Així, si es mesura l'activitat de les persones atenent l'EUT (que analitza com les persones distribueixen el temps entre les diferents activitats), la inactivitat femenina és molt inferior a la que s'observa atenent els resultats de l'EPA (que mesura únicament la participació de les persones en el treball de mercat). En aquest sentit, es pot concloure que **l'estadística laboral transmet una imatge errònia i esbiaixada de les dones, en presentar-les majoritàriament com a inactives, i no reflecteix el fet real que les dones sí que treballen, encara que ho facin majoritàriament en una activitat que s'ha mantingut invisible, sense reconeixement ni valoració social** (Carrasco, 2005).

Atenent l'edat, la diferència més gran entre sexes pel que fa al volum de l'activitat global s'aprecia en les persones més grans de 65 anys. L'activitat relacionada amb el treball disminueix entre els homes d'edat avançada, mentre que les dones grans continuen amb uns nivells d'activitat similars als que ja estaven desenvolupant al llarg de l'etapa vital dedicada a l'activitat mercantil.

Això és conseqüència del fet que, en el cas dels homes, l'activitat relacionada amb el treball està vinculada amb el treball mercantil, que es desenvolupa en unes etapes de la

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



vida clarament definides; en canvi, el treball no remunerat cal fer-lo al llarg de tot el cicle vital. D'altra banda, aquesta circumstància també es pot explicar pel fet que els homes d'aquesta edat disposen de més recursos econòmics per “comprar” les tasques relacionades amb la llar, mentre que les dones grans acostumen a gaudir de menys recursos, com a conseqüència de no haver cotitzat o d'haver arribat a l'edat de jubilació amb unes cotitzacions baixes que són el resultat d'una trajectòria laboral irregular: les prestacions corresponents seran de baixa quantia i principalment correspondran a pensions no contributives o de viduïtat.

2.1. EL COL·LECTIU DE PERSONES AMB MANCA D'AUTONOMIA

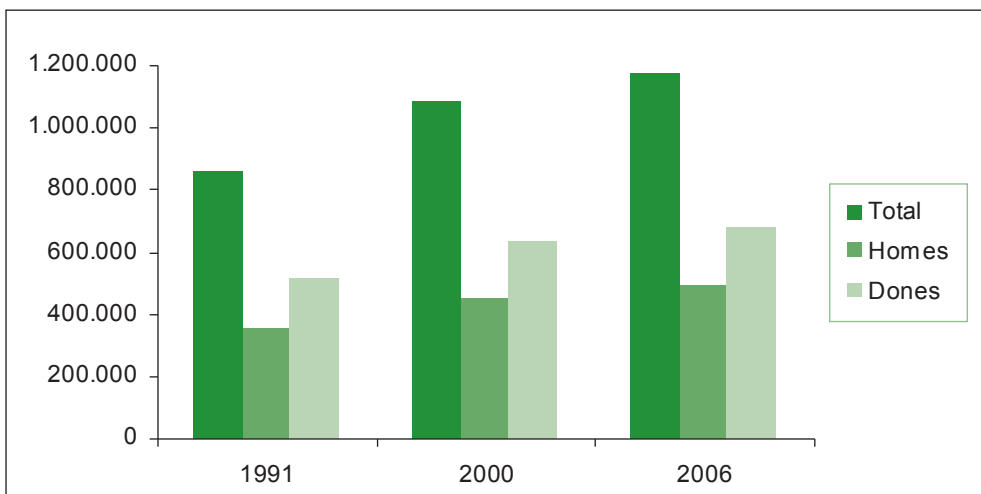
Un dels aspectes que se situa al centre del debat social, per la seva relació amb la necessitat de cures, és el **procés d'envelliment de la població**. D'altra banda, l'augment de les taxes de supervivència de determinades malalties cròniques i alteracions congènites són factors que també incideixen en l'increment de les necessitats d'atenció per manca d'autonomia.

Les poblacions dels països desenvolupats han experimentat, al llarg de les darreres dècades, un procés d'envelliment demogràfic que s'explica per un **descens de la fecunditat i un augment de l'esperança de vida**.

A Catalunya, la població de 65 i més anys ha augmentat el 36,3% entre els anys 1991 i el 2006. Igualment, aquest grup de població ha augmentat el seu pes respecte de la població total en el període de referència: l'any 1991 representava el 14%, mentre que l'any 2006 suposa el 16,5% del total poblacional. Tal com s'observa al gràfic següent, les dones són majoritàries en aquest grup d'edat: **l'1 de gener del 2006, el 58% de la població d'edat igual o superior als 65 anys són dones.**

Gràfic 2. Població de 65 anys i més, per sexes. Catalunya, 1991-2006

Unitats: població de 65 anys i més en nombres absoluts.



Font: elaboració pròpia, a partir de les dades de l'INE.

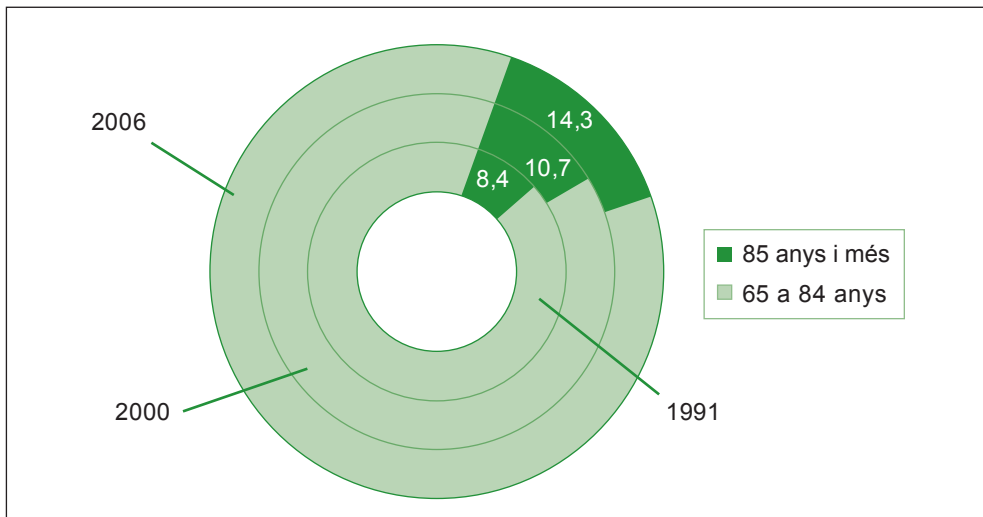
Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



Igualment, es constata que **el nombre de persones més grans de 85 anys ha augmentat en 65.373 persones, en poc més d'una dècada, a Catalunya**. També s'aprecia l'augment del pes d'aquest col·lectiu poblacional dins el grup d'edat de més de 65 anys, que ha passat del 8,4% el 1991 al 14,3% el 2006. Cal destacar que **el 70,9% de les persones més grans de 85 anys són dones**.

Gràfic 3. Pes de la població de 85 anys i més sobre la de 65 anys i més. Catalunya, 1991-2006

Unitats: percentatges.



Font: elaboració pròpia, a partir de les dades de l'INE.

Aquest **procés d'envelliment de la població** ha estat analitzat des de la demografia, i ha donat lloc a l'anomenada **teoria de la transició demogràfica**. Segons aquesta teoria, el procés d'envelliment de la població que s'aprecia als països desenvolupats ha estat el resultat d'un procés més ampli, que s'anomena **transició demogràfica** i que consta de dos fenòmens consecutius en el temps: l'increment de l'esperança de vida i el descens de la fecunditat.

L'increment de l'**esperança de vida en néixer** és un dels factors clau que explica el procés d'envelliment de la població. Mentre que l'esperança de vida de la població catalana en néixer era, a començaments del segle XX, de 36,3 anys per als homes i de 37,9 anys per a les dones, l'any 2005 se situa en 76,3 anys per als primers i en 83,4 anys per a les segones, una de les més elevades del món.

Però la mesura de la longevitat s'ha basat tradicionalment en l'indicador de l'esperança de vida, sense tenir en compte quina és la qualitat o la situació en què se sobreviu. A l'hora de determinar quines són les necessitats de cures lligades a situacions de manca d'autonomia, i també el cost d'aquestes cures, no només s'ha de tenir en compte la quantitat d'anys que pot viure una persona, sinó quina és la qualitat o la situació en què els viu. En aquest sentit, es parla d'**esperança de vida lliure de discapacitat** o **esperança de vida en salut**.

D'altra banda, l'altre factor que intervé en el procés d'envelliment de la població és la baixa **taxa de fecunditat** que s'observa els darrers anys a Catalunya. Mentre que l'any 1975 el valor de l'indicador de fecunditat era de 2,86 fills o filles per dona, l'any 2005 disminueix fins a arribar a 1,43, per sota del nivell de recanvi de la població en edats actives, que correspondria a un nombre de fills o filles per dona de 2,1. Això no obstant, a partir de finals dels anys 90 s'aprecia una lleugera recuperació de la fecunditat, que s'explica principalment per la influència de la immigració.

Totes les previsions coincideixen que, els propers anys, la població d'edat avançada es continuarà incrementant. D'acord amb les **projeccions** dutes a terme per l'**Eurostat**, **el nombre de persones més grans de 65 anys a la UE** augmentarà dels 75 milions existents l'any 2005 fins als **135 milions l'any 2050**. El seu percentatge respecte del total poblacional se situa, l'any 2005, en el 17%; es preveu que l'any 2050 augmenti fins al 30%. El percentatge més alt es detecta per a Espanya (el 36%).

Les **projeccions de l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat)** preveuen igualment un **augment de la població d'edat avançada en els propers anys, a Catalunya**.⁷ Així, la població més gran de 65 anys creixerà continuadament i assolirà màxims històrics. En concret, el ritme de creixement serà més intens en el grup dels més grans de 85 anys (amb una majoria de dones), la qual cosa té importants implicacions en termes de dependència. D'altra banda, es preveu que l'increment de la natalitat i de la immigració tindrà com a conseqüència que la població en edat escolar (de 0 a 15 anys) sigui molt més alta que l'actual, amb un màxim entre els anys 2015 i 2020.

En qualsevol cas, no es pot relacionar de manera directa població d'edat avançada amb població amb manca d'autonomia i situació de dependència, però sí que és cert que la gent gran té un pes important entre les persones amb alguna discapacitat, per una prevalença més elevada de la discapacitat entre les persones grans, i sobretot a partir dels 80 anys. La importància de l'envelliment de la població en relació amb les situacions

⁷ La metodologia utilitzada per l'Idescat per elaborar les projeccions poblacionals es descriu a l'annex 1 d'aquest estudi.

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència

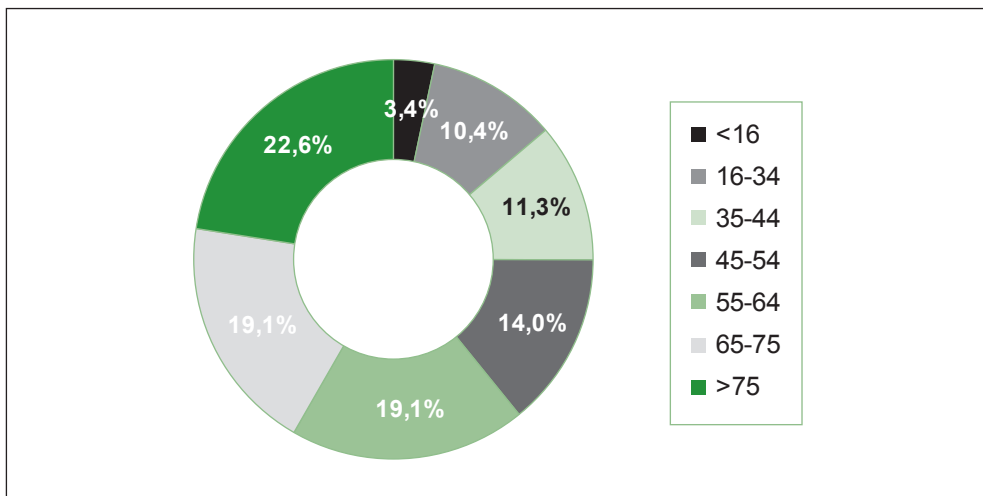


de manca d'autonomia s'explica, per tant, per la previsió de l'increment de la necessitat de cures associades. Igualment, cal tenir present la composició d'aquest envelliment: una part important del col·lectiu de persones d'edat avançada són dones, que presenten tipus específics de discapacitats o limitacions.

Pel que fa a la correlació entre edat i situacions de manca d'autonomia, d'acord amb el padró d'habitants, l'1 de gener del 2006, a Catalunya, el 32,1% de les persones més grans de 65 anys té alguna discapacitat. Al gràfic següent s'observa quina és la incidència de la discapacitat en relació amb l'edat: el 22,6% de les persones més grans de 75 anys té alguna discapacitat i també el 19,1% de les que tenen entre 65 i 75 anys; al voltant del 42% de les persones amb discapacitat té més de 65 anys.

Gràfic 4. Població amb discapacitat, per edats. Catalunya, 2006

Unitats: percentatges.

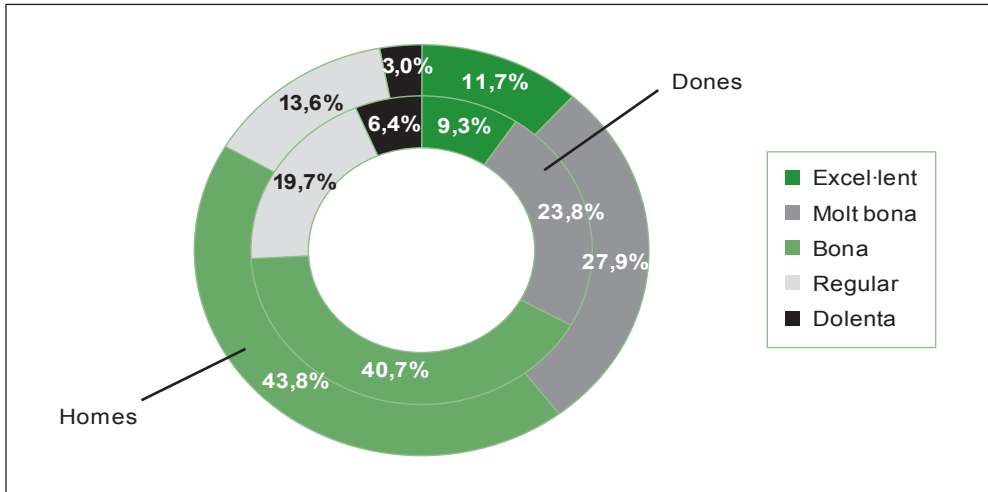


Font: elaboració pròpia, a partir de les dades del Departament d'Acció Social i Ciutadania.

Pel que fa als problemes relacionats amb la **salut i la incidència de la discapacitat a Catalunya**, la darrera **Enquesta de salut de Catalunya**, de l'any 2006 (ESCA 2006), mostra que la freqüència de la discapacitat és més alta en les dones (21,7%) que en els homes (14,0%) i també és més alta als grups de més edat. Igualment, i tal com s'observa al gràfic següent, la percepció d'un estat de salut dolent és més alta entre les dones (el 6,4%) que entre els homes (el 3,0%) i també ho és entre les persones d'edat avançada. D'altra banda, l'11,7% dels homes perceben que tenen un estat de salut excel·lent, enfront del 9,3% de les dones.

Gràfic 5. Autovaloració de l'estat de salut, per sexes. Catalunya, 2006

Unitats: percentatges.



Font: elaboració pròpia, a partir de les dades de l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat).



2.2. LA CRISI DEL MODEL INFORMAL DE CURES

Com s'ha comentat anteriorment, la gran majoria de les cures que necessiten les persones per promoure la seva autonomia personal i atendre situacions de dependència són assumides a través del model d'atenció informal. S'entén per **cura informal** aquella que fa referència al suport que donen la família, les amistats o el veïnat, i es caracteritza perquè inclou afectivitat en la relació i no està burocratitzada ni professionalitzada. Es troba en l'àmbit privat domèstic.⁸

Aquest model d'atenció informal està actualment en crisi, com a conseqüència dels **canvis socials: la incorporació de la dona al mercat de treball**, entès com a treball regular, amb remuneració i contracte, i amb alta i cotització a la Seguretat Social, a més dels **canvis en el model de família i en l'estructura de les llars**, que han desbordat la capacitat de l'atenció informal per satisfer les necessitats socials relacionades amb la cura de les persones en situació de dependència.

D'altra banda, **el nostre Estat del benestar no té una xarxa suficient d'atenció a aquestes necessitats**. En aquest sentit, existeix una necessitat social insatisfeta relacionada amb determinats serveis: atenció a les persones d'edat avançada, a les persones discapacitades, a malalts al seu domicili; acompanyament de persones d'edat avançada o discapacitades a l'exterior; serveis de neteja a domicili, oferta de serveis d'acolliment residencial, de llars d'infants, entre d'altres.

Són precisament els països amb un desenvolupament més precari de les xarxes de serveis socials i de prestacions i serveis a les famílies aquells en què més importància té el suport informal a les persones amb necessitats de cures. En aquest sentit, es pot afirmar que l'Estat trasllada a l'atenció informal el suport a les persones amb necessitats de cura. **L'Estat espanyol és un clar exemple del que s'afirma anteriorment: és un dels països de la UE dels quinze que menys despesa destina a polítiques de família i als serveis socials en percentatge del PIB⁹ i, a la vegada, a Espanya el suport informal continua tenint un paper important en l'atenció a les persones amb necessitat de cures.**

⁸ Font: Campo Ladero, M. Jesús. Apoyo informal a las personas mayores y el papel de la mujer cuidadora. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 2000.

⁹ D'acord amb el Llibre blanc sobre l'atenció a la dependència a Espanya (Diversos autors. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. IMSERSO, 2005), la despesa espanyola en protecció a la dependència, que l'any 1995 representava el 0,23% del PIB, tot i que ha evolucionat fins al 0,32% l'any 2003, continua molt lluny de la de països com Itàlia (0,7%), Alemanya i França (1,2%) i encara més lluny de casos com el dels Països Baixos, en què la despesa en atenció a la dependència supera el 2,5% del PIB.

L'esgotament del model informal per continuar assumint l'atenció a les persones amb necessitats de cures planteja importants reptes de cara al futur en termes de com afrontar la necessària redistribució d'aquesta responsabilitat.

2.2.1. LA INCORPORACIÓ DE LA DONA AL MERCAT DE TREBALL

La incorporació massiva de la dona al mercat de treball és un dels factors que ha contribuït a la crisi del model informal de cures, atès que aquestes eren assumides majoritàriament per les dones.

El procés d'incorporació de la dona al mercat de treball que ha tingut lloc en les darreres dècades, que ha estat anomenat **transició laboral femenina** a l'informe del Consejo Económico y Social (CES) *La protección social de las mujeres*¹⁰ és conseqüència del canvi profund que ha experimentat la societat espanyola en el darrer quart de segle i dels canvis en els rols socials de les dones; en concret, del canvi de mentalitat de les mateixes dones en relació amb quin ha de ser el seu paper en la societat. D'acord amb el citat informe, **les protagonistes d'aquesta transició laboral són les dones que ara tenen entre 30 i 45 anys i que configuren les generacions de l'anomenat baby boom, que s'inicia a Espanya l'any 1960.**

La incorporació de la dona al mercat de treball ha portat com a conseqüència un **descens de la fecunditat**, atesa la manca de serveis que fan possible la compatibilització de la vida laboral i personal, sumada al fet que continuïn sent majoritàriament les dones les que assumeixen la responsabilitat principal en les tasques de la llar i de cura de les persones amb manca d'autonomia i en situació de dependència. En moltes ocasions, esdevé una perllongació de la jornada laboral, de manera que es creen efectes de "doble presència" o "doble jornada".

El Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS)¹¹ ha posat de relleu la baixa fecunditat a Espanya i les **dificultats de les dones per conciliar família i treball**. En aquest sentit, al voltant del 60% de les dones i per sobre del 60% entre les dones de 20 a 49 anys considera que tenir fills o filles és un obstacle per a la vida professional de la dona, mentre que només al voltant del 4% considera que ho pot ser en el cas de l'home. Així, la percepció que tenen les dones és que els costos de tenir descendència són molt elevats per a elles i que aquests costos no són compartits en igual mesura per les seves parelles.

¹⁰ Consejo Económico y Social (CES). *La protección social de las mujeres*. Madrid: Consejo Económico y Social, 2000 (col·lecció Informes, núm. 4).

¹¹ *Encuesta Fecundidad y valores en la España del siglo XXI*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), 2007.

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



Cada vegada són més les dones que treballen dins i fora de la llar. D'aquí es dedueix que la incorporació de la dona al mercat de treball no ha anat acompanyada de més equilibri en el repartiment de les tasques domèstiques i de cura a les persones amb manca d'autonomia i en situació de dependència entre homes i dones.

Com a conseqüència de l'assumpció per part de les dones de la responsabilitat principal en les tasques de la llar i de cures, l'activitat mercantil femenina encara continua estant condicionada per la intensitat de les seves tasques dins la llar. En són exemples clars l'elevada **taxa femenina de parcialitat (treball a temps parcial)** o el **diferent nivell de participació en el mercat de treball** de les dones en funció de l'etapa del cicle vital.

D'acord amb la primera *Enquesta de condicions de treball de Catalunya* (ECTC),¹² que analitza la **dimensió i les causes del treball a temps parcial**, el 14% de les persones treballadores s'hi dedica a temps parcial. Per sexes, s'aprecien unes diferències importants, ja que mentre que el **24,1% de les dones** treballa amb aquesta modalitat, només el **6% dels homes** té un contracte a temps parcial. L'estudi de les causes de la parcialitat mostra que el 28,3% de les dones treballa a temps parcial per tal de dedicar la resta del temps a tenir cura de la llar, enfront de només el 0,4% dels homes. En canvi, la causa més important per treballar a temps parcial entre els homes és poder destinar la resta del temps a estudiar o seguir una formació (el 36%), davant el 16,8% de les dones.

En conjunt, el treball a temps parcial voluntari (el que té com a causa la seva compatibilització amb els estudis o la cura de la llar o bé el fet de no voler treballar més hores) afecta el 53,7% dels treballadors i les treballadores amb un contracte a temps parcial (el 45,1% dels homes i el 56,3% de les dones). Per contra, el treball a temps parcial involuntari (el que té com a causa el fet que l'empresa no vol contractar a temps complet o bé que no es troba una feina d'aquestes característiques) afecta el 42,7% dels treballadors i les treballadores a temps parcial (el 49,4% dels homes i el 40,7% de les dones).

D'altra banda, el nivell de participació de les dones en el mercat de treball té una intensitat diferent atenent l'edat, és a dir, depèn de les etapes del cicle vital, una circumstància que no s'aprecia pas en el cas dels homes.

De l'anàlisi anterior es pot concloure que els "equilibris" que han de fer les dones per tal d'atendre la cura de les persones, a la vegada que desenvolupen una feina fora de la llar, estan arribant al seu límit en el marc de l'estructura social i del mercat de treball actual. **S'estan exhaurint les estratègies que podríem anomenar individuals de conciliació,**

¹² *Avenç dels resultats de la percepció de treballadors i treballadores, abril del 2007.*

és a dir, al marge dels serveis que pot oferir l'Administració, com ara la reducció de la fecunditat o la col·laboració dels avis i àvies, entre d'altres.

La crisi del model de cures informals s'agreuja en el futur, ja que l'estudi de les taxes d'activitat i d'ocupació per edats ens diuen que les dones que actualment es dediquen a l'atenció de les persones amb necessitats de cures són inactives. Això no obstant, les dones que els propers anys es trobin que han de fer front a l'atenció d'una persona en situació de dependència tenen una relació ben diferent amb el mercat de treball (Casado, 2006). D'altra banda, la dedicació al treball de mercat de les dones està directament relacionada amb el seu nivell educatiu; i, en aquest cas, els nivells de formació de les noves generacions de dones, més elevats que els de les generacions anteriors, els donen més oportunitats de trobar una ocupació i que aquesta sigui més qualificada.

El model informal de cures té causes i repercussions socials, culturals i econòmiques, però també és una realitat que l'atenció institucional a la promoció de l'autonomia i l'atenció a la dependència no cobreix les necessitats socials al respecte. Aquesta circumstància és un factor que pot desincentivar la recerca d'una ocupació per part de les dones amb càrregues familiars, sobretot d'aquelles dones amb nivells socioeconòmics més baixos, per a les quals la compra o l'externalització de les tasques d'atenció a la llar i a la dependència per poder accedir al mercat de treball representen en ocasions un elevat cost d'oportunitat, un fet que podria provocar que aquestes dones es veiessin obligades a continuar en el seu rol de cuidadores informals i a perdre l'oportunitat d'accés al mercat de treball. Aquest fet s'agreuja si aquestes dones són la persona de referència d'una llar monoparental.

En definitiva, són diversos els factors que contribueixen al fet que la integració de la dona al mercat de treball no sigui completa. Les dones que estan disponibles per treballar, però que no busquen feina, per raons familiars, o les que no estan disponibles precisament per aquestes raons, o encara les anomenades "desanimades" són un contingent de treballadores que podria emergir si les condicions econòmiques i/o socials es modifiquessin.

Per tant, i per superar aquesta situació, es requereixen polítiques públiques per tal d'igualar les oportunitats de les dones a accedir al mercat de treball amb independència de variables com ara la baixa qualificació, l'educació o el nivell socioeconòmic. Igualment, cal adoptar mesures adreçades a assolir una oferta suficient de serveis públics de cura o bé la flexibilització dels horaris laborals per adaptar-se a les necessitats familiars; d'altra banda, cal fomentar una participació més activa dels homes en el treball familiar.



2.2.2. LA NOVA ESTRUCTURA DE LES LLARS

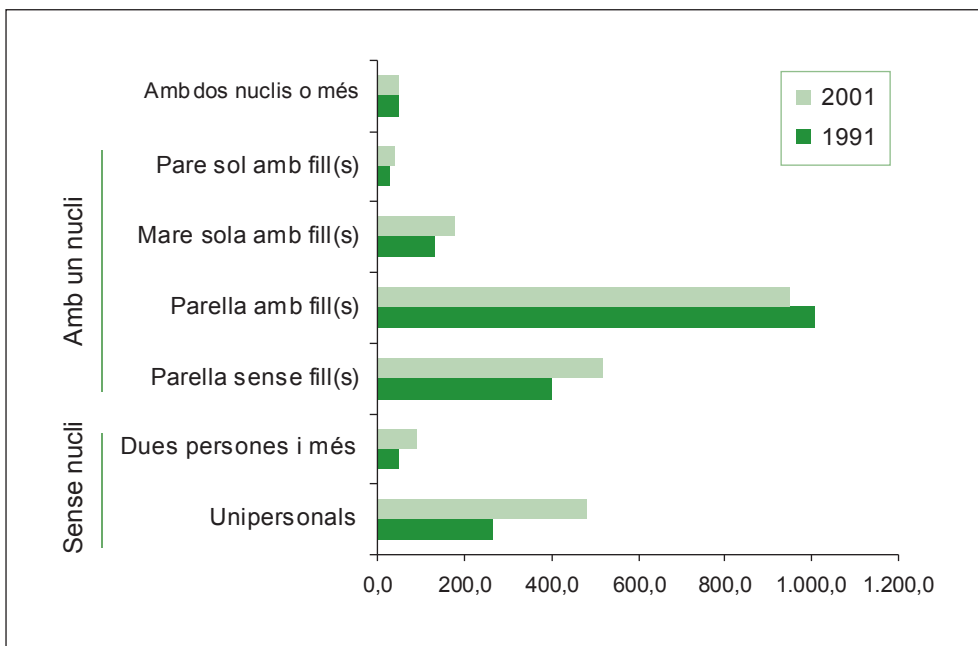
La nova estructura de les llars i la tendència a la disminució de les seves dimensions és un altre dels factors que ha influït en el que s'anomena **crisi del model informal de cures**. Així, al període comprès entre els censos del 1991 i el 2001, l'**increment** més important s'observa en les **llars unipersonals**, que augmenten el 84% dins el període comprès entre tots dos censos, un fet que **s'explica per l'increment de les persones que viuen soles, sobretot dones, vídues en la seva majoria, més grans de 65 anys**, i de **llars formades per una persona adulta –majoritàriament, una dona– i un infant (llars monoparentals)**, com a conseqüència de les ruptures matrimonials. Igualment, han crescut les llars formades per una parella sense fills o filles, paral·lelament a les llars sense nucli, formades per dues o més persones sense cap vincle de parentiu. Per contra, ha disminuït el nombre de llars formades per una parella amb un o més fills o filles.

Al període intercensal de referència s'aprecia un augment important de les llars monoparentals: a Catalunya, l'any 2001 hi ha un total de 219.411 llars monoparentals, front a les 158.058 que hi ha havia l'any 1991, que representa un augment del 38,8%. L'any 2001, al 80,7% de les llars monoparentals la persona de referència és una dona,¹³ circumstància que fa que s'incrementi la situació de precarietat econòmica d'aquest tipus de llars, atès que les dones tenen unes taxes de temporalitat i d'atur més elevades que els homes, a la vegada que els salaris són més baixos entre les dones.

¹³ El fet que les llars monoparentals amb una dona de referència siguin superiors en nombre a les llars en què la persona de referència és un home s'explica perquè, en la majoria de les ocasions, en cas de separació o divorci són les dones les que assumeixen la custòdia dels fills i perquè encara són majoritàriament les dones les que decideixen tenir fills sense parella.

Gràfic 6. Població segons tipus de llar. Catalunya, 1991-2001

Unitats: milers.



Font: elaboració pròpia, a partir de les dades de l'INE.

L'augment de les llars formades per una dona sola més gran de 65 anys s'explica per la menor esperança de vida dels homes, que té com a conseqüència el fet que un percentatge més elevat de dones arribi a edats avançades, i en moltes ocasions en situació de soledat i de precarietat econòmica. En aquest sentit, i en relació amb la dependència, cal tenir presents els tipus específics de limitacions o discapacitats que afecten les dones amb l'edat.

Atenent les dades del cens del 2001, a Catalunya hi ha un total de 2.315.856 llars, el 26,7% de les quals tenen com a referència una persona de 65 anys i més. Les llars de persones grans tenen una dimensió menor que la resta de llars; és a dir, la proporció de persones grans que viuen soles és superior a la de la resta de la població. Així, el 35,5% de les llars de gent gran són unipersonals, enfront del 15,6% de les llars que tenen com a persona de referència un adult d'entre 16 i 64 anys. L'any 2001, el 20,4% de les persones de 65 anys i més vivien soles, i el 77,9% d'aquestes eren dones. La situació s'accentua entre les persones de 85 anys i més, el 27,5% de les quals vivien soles l'any 2001 (el 81% eren dones).



Les llars unipersonals formades per una dona més gran de 65 anys i les llars monoparentals plantegen importants dificultats, a l'hora d'assumir les necessitats de cures. En primer lloc, s'observa una elevada prevalença de la discapacitat entre les dones grans que viuen soles, alhora que, sovint, una situació de precarietat econòmica. En segon lloc, les llars monoparentals tenen grans dificultats per compatibilitzar la seva presència al mercat de treball amb l'atenció a les necessitats de cures.

2.2.3. ELS NOUS MODELS DE FAMÍLIA

Igualment, estem assistint a una transformació del sistema familiar, que deriva de la crisi de la família de tall patriarcal, un fet que ha donat lloc a l'aparició de models de famílies més diverses. Avui la família no només es forma a través d'una aliança matrimonial, sinó que també queda formada quan hi ha un vincle de filiació, ja sigui en el marc d'una parella de fet, heterosexual o homosexual, o en una relació monoparental (Diversos autors, CIIMU, 2005). D'altra banda, també es pot parlar del que s'anomena **família reconstituïda**.

El model de família monoparental en què la persona de referència és una dona, que és efecte principalment de la separació o el divorci, pot portar nous riscos de pobresa i exclusió, atès que la monoparentalitat genera, en ocasions, situacions de desprotecció que poden contribuir al fenomen de la feminització de la pobresa. Així mateix, **l'augment de la monoparentalitat fa créixer el risc de pobresa infantil, atès que els recursos d'aquests tipus de famílies són més reduïts i també és més limitat el seu potencial per generar ingressos i prestar atenció als i les menors**. Aquesta realitat pot generar uns riscos d'exclusió social, derivats d'una disminució de la igualtat d'oportunitats d'aquests nens i nenes.

D'acord amb els primers resultats del **Panell de famílies i infància**,¹⁴ el 39% de les mares que no conviuen amb el pare del noi o noia no reben cap pensió de manutenció dels pares absents. Igualment, el 25% de les mares que reben la pensió diuen que es produeixen retards en el pagament. Un 64% d'aquestes mares diuen que aquests retards perjudiquen bastant o molt la capacitat econòmica de la llar per fer-se càrrec dels fills i filles.

Els riscos de pobresa i d'exclusió dels nens i nenes que viuen en llars monoparentals constitueixen un fre per al progrés d'una societat, ja que les situacions de pobresa, en determinades etapes crítiques de la formació, poden tenir com a conseqüència dèficits cognitius i un baix rendiment escolar. Aquests efectes resulten especialment greus en la societat del coneixement, ja que es troben associats amb unes elevades taxes d'atur (Esping-Andersen, 2002).

¹⁴ Institut d'Infància i Món Urbà (CIIMU): primers resultats del Panell de famílies i infància, maig del 2007.



És per això que les famílies monoparentals són creditors d'unes necessitats més grans per part de les administracions públiques i que constitueixen un repte per a les polítiques socials (Lluís Flaquer *et al.*, 2006). En aquest sentit, els estats membres de la Unió Europea que gasten més en polítiques familiars són aquells que tenen taxes més baixes de pobresa infantil.



3. MARC NORMATIU

Per tal de poder contextualitzar la normativa en matèria de serveis socials, es fa palesa la necessitat d'atendre els seus antecedents. Per aquest motiu, s'ha inclòs un annex a l'estudi (annex 2) que recull la normativa anterior a l'entrada en vigor de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.

El marc normatiu en què s'emmarcaven les situacions de dependència abans d'aquesta Llei era definit com a "serveis socials" i no preveia l'atenció a la dependència i la recuperació de l'autonomia en l'àmbit de la salut.

Amb l'entrada en vigor de la Llei 39/2006, el concepte de dependència ja no s'emmarca únicament en els àmbits tradicionals dels serveis socials, atès que es tracta d'un concepte més ampli i que integra els serveis socials, els sanitaris i les prestacions econòmiques, en el marc del Sistema d'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD).

Tal com assenyala el Llibre blanc de la dependència (*Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco*, elaborat pel Ministeri de Treball i Afers Socials), el Consell d'Europa, en una recomanació relativa a la **dependència** (1998) la defineix com **"un estat en el qual es troben les persones que, per raons vinculades a la falta o a la pèrdua de l'autonomia física, psíquica o intel·lectual, tenen necessitat d'assistència i/o ajudes importants per tal de realitzar actes corrents de la vida diària i, de manera particular, els referents a la cura personal"**. Aquesta definició ha estat àmpliament acceptada i, partint d'aquesta perspectiva, sorgeix la nova classificació de discapacitats de l'Organització Mundial de la Salut, anomenada *Classificació Internacional del Funcionament, de la Discapacitat i de la Salut (CIF)*, adoptada durant la LIV Assemblea Mundial de la Salut (Ginebra, 14-22 de maig de 2001).

El fonament constitucional de la dependència rau als **articles 9 i 10 de la Constitució espanyola**, els quals estableixen que "La dignitat de la persona, els drets individuals que li són inherents, el lliure desenvolupament de la personalitat, el respecte a la llei i als drets dels altres són fonament de l'ordre polític i de la pau social" i que "Els poders públics tenen l'obligació d'atendre les famílies". D'altra banda, i des del punt de vista substantiu, cal fer referència als **articles 41, 43 i 50** de la Constitució espanyola. L'article 43 atribueix als poders públics la competència per organitzar i tutelar la salut pública a través de mesures preventives i de les prestacions i serveis necessaris. D'altra banda, els articles 41 (Seguretat Social) i 50 (gent gran) de la Constitució garanteixen l'assistència i les prestacions socials en les situacions de necessitat derivades de la dependència, a través del reconeixement de drets subjectius.

D'altra banda, l'Estatut d'autonomia del 2006, a l'article 166, estableix la competència exclusiva de la Generalitat en matèria de serveis socials, la qual inclou la regulació i l'ordenació de l'activitat de serveis socials; la regulació i l'ordenació de les entitats, els serveis i els establiments públics i privats que presten serveis socials; la regulació i l'aprovació dels plans i els programes específics dirigits a persones i col·lectius en situació de pobresa o de necessitat social i la intervenció i el control dels sistemes de protecció social complementària privats.

Pel que fa a les iniciatives públiques, cal destacar la creació del Programa Prodep (Programa per a l'impuls i l'ordenació de la promoció de l'autonomia personal i l'atenció a les persones en situació de dependència), mitjançant l'acord de Govern de la Generalitat de Catalunya del 31 de maig de 2005. En aquest programa es defineix un model de promoció de l'autonomia i d'atenció a les dependències, com a acció integrada entre els serveis socials i els de salut.

L'any 2006 és rellevant l'aprovació de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència,¹⁵ la qual va entrar en vigor l'1 de gener de 2007.

L'objecte de la Llei és regular les condicions bàsiques que garanteixin la igualtat en l'exercici del dret subjectiu de ciutadania a la promoció de l'autonomia personal i l'atenció a les persones en situació de dependència, en els termes establerts a la legislació, mitjançant la creació d'un Sistema d'Autonomia i Atenció a la Dependència, amb la col·laboració i la participació de totes les Administracions Públiques i la garantia, per part de l'Administració general de l'Estat, d'un contingut mínim comú de drets per a tots els ciutadans, a qualsevol part del territori de l'Estat espanyol.

Les persones que siguin declarades en situació de dependència podran rebre directament una sèrie de serveis, vehiculats a través de l'oferta pública de les xarxes de serveis socials de les comunitats autònomes, mitjançant centres i serveis públics o concertats. En el cas que no sigui possible l'atenció mitjançant un servei, es podrà rebre una prestació econòmica, de caràcter periòdic, la qual haurà d'estar vinculada a l'adquisició d'un servei que es determini adequat per a les necessitats de la persona beneficiària. Amb caràcter excepcional, es podrà rebre una prestació econòmica per tal de ser atès per part de curadors no professionals, que poden ser familiars de la persona en situació de dependència.

¹⁵ DOGC núm. 4890, de 24 de maig de 2007.

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



El Catàleg de serveis de la Llei inclou:

- Serveis de prevenció de les situacions de dependència;
- Servei de teleassistència;
- Servei de centre de dia i de nit;
- Servei d'atenció residencial;
- Servei d'assistència personal.

Les situacions de dependència es classifiquen en tres graus (moderada, severa i gran dependència) i dins de cadascun d'aquests graus hi haurà dos nivells, segons l'autonomia i la intensitat de cura que requereixin.

Pel que fa al procediment per reconèixer la situació de dependència, serà iniciat per la mateixa persona que pugui ser declarada en aquesta situació, o bé el seu representant. L'òrgan competent de la comunitat autònoma realitzarà una valoració i emetrà la resolució corresponent amb el grau i el nivell de dependència, tot especificant les cures que la persona pot requerir. El pas següent és l'establiment d'un Programa individual d'atenció, per part dels serveis socials municipals, que fixarà els serveis d'atenció d'acord amb el grau i el nivell de dependència, el catàleg de serveis i la persona en situació de dependència i la seva família. Cal tenir en compte que aquest Programa es pot revisar a petició de la persona interessada o de la persona que la representi, o bé a instància de les administracions públiques, quan s'esdevingui una millora o un empitjorament de la situació de dependència o bé per un error en el diagnòstic o en l'aplicació del barem corresponent.

Cal destacar que la Llei crea el Sistema d'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD), amb la col·laboració i la participació de totes les administracions públiques. La finalitat d'aquest Sistema és la garantia de les condicions bàsiques i la previsió a què es refereix la Llei. Pel que fa als graus d'assumpció econòmica, l'Administració general de l'Estat finançarà el nivell mínim de protecció garantit per a cadascuna de les persones beneficiàries i, d'altra banda, subscriurà convenis anuals o plurianuals amb les comunitats autònomes. L'aportació de cada comunitat autònoma serà cada any, com a mínim, igual a la de l'Administració general de l'Estat al seu territori i els beneficiaris de les prestacions participaran en el seu finançament, segons el tipus i cost del servei i segons la seva capacitat econòmica. El copagament en funció de la renda de la persona usuària ha estat un punt de discrepància de la Llei i l'establirà cada comunitat autònoma, d'acord amb uns criteris únics per a tot l'Estat.

La Llei estableix el principi d'universalitat: així, doncs, cap ciutadà o ciutadana no quedarà fora de la cobertura del Sistema d'Autonomia i Atenció a la Dependència pel fet de disposar de recursos econòmics, com tampoc per la manca d'aquests recursos. Per tant, amb la

creació del SAAD, la Llei estén el model de la sanitat o les pensions a tots els qui tenen una limitació de les seves capacitats per desenvolupar les funcions bàsiques de la vida diària. Això no obstant, la memòria que acompanya la Llei fa una estimació econòmica que queda allunyada de la xifra real de persones afectades.

L'efectivitat del dret a les prestacions es farà de manera progressiva. Així, doncs, el primer any es destinarà als valorats en grau III (gran dependència), a tots dos nivells. El segon i tercer any, els valorats en el grau II (dependència severa), del nivell 2. El tercer i quart any, els valorats en grau II (dependència severa), de nivell 1. El cinquè i sisè any, els valorats en grau I (dependència moderada), de nivell 2. Per últim, el setè i vuitè any, els valorats en grau I (dependència moderada), del nivell 1.

La disposició addicional setena de la Llei 39/2006 faculta el Govern de l'Estat per desenvolupar i executar la Llei.

Així, doncs, a través del Reial decret 504/2007, de 20 d'abril,¹⁶ s'aprova el barem de valoració de la situació de dependència establert per la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, juntament amb l'escala de valoració específica per a menors de 3 anys. D'altra banda, aquest decret també possibilita l'efectivitat del reconeixement de la situació de dependència d'aquelles persones que tinguin reconeguda la pensió de gran invalidesa o la necessitat d'ajuda d'una tercera persona.

El Reial decret 614/2007, d'11 de maig, estableix el nivell mínim de protecció del Sistema d'Autonomia i Atenció a la Dependència garantit per l'Administració general de l'Estat,¹⁷ el qual pretén possibilitar l'accés a les prestacions de dependència en condicions d'igualtat a tot el territori de l'Estat. La gestió dels recursos econòmics que constitueixen aquest nivell mínim correspondrà a les comunitats autònomes.

El Reial decret 615/2007, d'11 de maig, pel qual es regula la Seguretat Social dels curadors de les persones en situació de dependència, defineix què s'entén per curador no professional (cònjuge, parents per consanguinitat, afinitat o adopció, fins al tercer grau de parentesc o, en determinats casos, també una persona del seu entorn que resideixi al municipi de la persona en situació de dependència o en un municipi veí, o bé que hi hagi residit durant un any). D'altra banda, el Reial decret estableix que els curadors no professionals quedaran inclosos obligatòriament en el camp d'aplicació del Règim General de la Seguretat Social i en situació assimilada a l'alta, mitjançant la subscripció d'un conveni especial.

¹⁶ BOE núm. 96, de 21 d'abril de 2007.

¹⁷ BOE núm. 114, de 12 de maig de 2007.

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



Pel que fa a les competències, el Reial decret 115/2007, de 22 de maig, determina els òrgans de la Generalitat de Catalunya competents per aplicar la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.

L'Ordre TAS/1459/2007, de 25 de maig, estableix el sistema d'informació del Sistema d'Autonomia personal i Atenció a la Dependència i crea el corresponent fitxer de dades de caràcter personal. Aquest fitxer disposa d'un sistema informàtic la finalitat del qual és garantir la disponibilitat de la informació i la comunicació recíproca entre les administracions públiques implicades, juntament amb la compatibilitat i l'articulació dels diferents sistemes.

De conformitat amb la Llei 39/2006, de promoció de l'autonomia personal i d'atenció a les persones en situació de dependència, correspon al Consell Territorial del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència acordar el marc de cooperació interadministrativa per al desenvolupament de la Llei. En aquest sentit, a la Resolució de 23 de maig del 2007¹⁸ es publica l'acord del Consell de Ministres pel qual s'aprova el marc de cooperació interadministrativa i de criteris de repartiment de l'Administració general de l'Estat per al finançament del nivell acordat per la Llei 39/2006. Aquest marc de cooperació inclou: la població en situació de dependència protegible; criteris de distribució del pressupost per al nivell acordat; índexs de cooperació per als diferents criteris i distribució per comunitats autònomes; determinació dels compromisos financers entre l'Estat i les comunitats autònomes i, per últim, la determinació de la capacitat econòmica i la participació de les persones beneficiàries en el cost dels serveis.

Per últim, el Reial decret 727/2007, de 8 de juny,¹⁹ aprova els criteris per determinar la intensitat de protecció de cadascun dels serveis establerts a la Llei 39/2006 i la compatibilitat i incompatibilitat entre aquests, a més de la quantia de les prestacions econòmiques.

D'altra banda, en el marc del període que engloba el IV Pla d'actuació social, el Parlament de Catalunya aprova la Llei de serveis socials, el 3 d'octubre de 2007, la qual garanteix i universalitza el dret als serveis socials per a totes les persones que tenen necessitats socials a Catalunya, amb atenció al manteniment de la seva autonomia personal i promovent el desenvolupament de les capacitats personals, en un marc de respecte per la dignitat de les persones.

La Llei garanteix una cartera de serveis, la qual cosa representa una novetat en relació amb les lleis estatals anteriors. En aquest sentit, es pot afirmar que el model proposat es pot assimilar al de la salut o al de l'educació, atesa la seva universalitat.

¹⁸ BOE núm. 132, de 2 de juny de 2007.

¹⁹ BOE núm. 138, de 9 de juny de 2007.

4. ANÀLISI DE L'OFERTA ACTUAL I DE LA DEMANDA FUTURA DE SERVEIS A LES PERSONES

La construcció d'escenaris de demanda futura dels serveis descrits i analitzats en el present estudi ha estat realitzada a partir de l'eina desenvolupada per l'Institut Cerdà:²⁰ "Eina de simulació de demanda futura de serveis a les persones: anàlisi de demandes i disseny dels serveis", per al CTESC,²¹ juntament amb les projeccions demogràfiques "Projeccions de població de Catalunya. Principals resultats en els horitzons 2006, 2015 i 2030", de l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat) i "Demografia y población" de l'Instituto Nacional de Estadística (INE).

4.1. ANÀLISI DEL SERVEI: LLARS D'INFANTS. SUPORT A LA INFÀNCIA. SUPORT A LA INFÀNCIA AMB PARES I MARES QUE TREBALLEN

4.1.1. SITUACIÓ ACTUAL

La inversió en llars d'infants pot ajudar a fer compatibles les responsabilitats laborals o socials amb les responsabilitats familiars, ja que els canvis en els models de família esdevinguts els últims anys han fet palesa la necessitat de serveis que permetin conciliar la vida familiar i la laboral.

Cal tenir present, a més, que la cura dels fills i les filles continua sent la principal barrera per a la igualtat d'oportunitats entre homes i dones. Mitjançant els serveis de llars d'infants es facilita la participació de la dona en el mercat laboral i es permet, alhora, que les responsabilitats familiars es reparteixin d'una manera més igualitària dins de la família.

Per altra banda, els avenços en el camp de la psicologia i de la pedagogia han posat de relleu la importància de l'atenció educativa precoç, com una manera d'afavorir significativament el desenvolupament integral del nen o la nena.

Segons el padró de l'any 2003, a Catalunya hi havia 28.677 places de llars d'infants públiques, 9.487 places corresponents a guarderies privades subvencionades i 28.034 places privades no subvencionades. Cal destacar que el nombre de places públiques a la comarca del Barcelonès, que és una de les comarques més poblades del país, és de 5.174, enfront d'11.932 places privades.

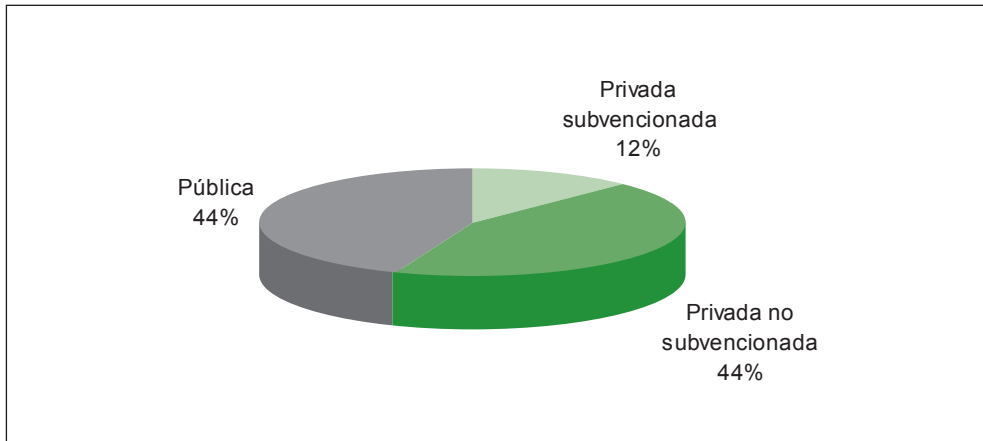
²⁰ www.icerda.es.

²¹ A l'annex 1 del present estudi es desenvolupa la metodologia utilitzada per l'Institut Cerdà per a la construcció dels escenaris de demanda futura de serveis a les persones.



Gràfic 7. Tipologia de l'oferta de places, 2004

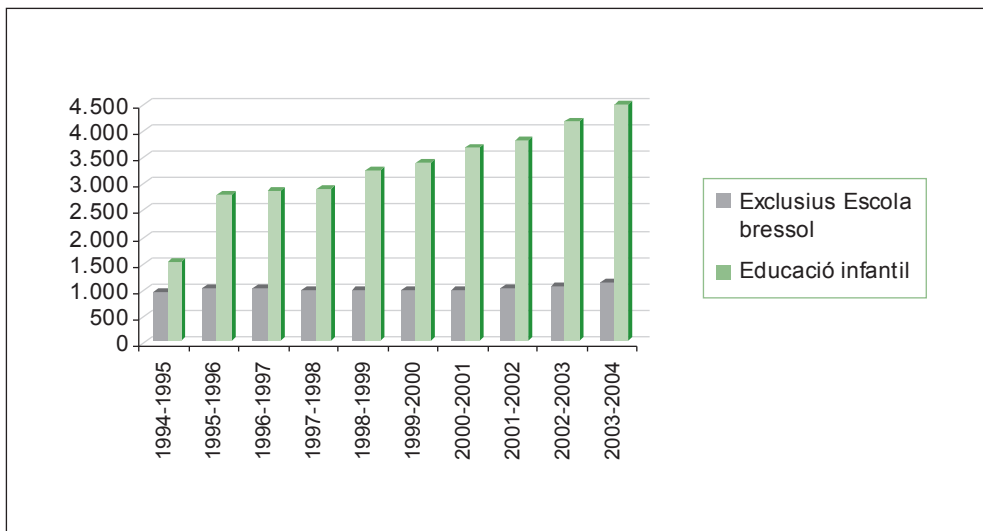
Unitats: percentatges.



Font: Mapa de llars d'infants. Catalunya (2004-2008).

Gràfic 8. Evolució del nombre de llars d'infants, 1994-2004

Unitats: nombres absoluts.

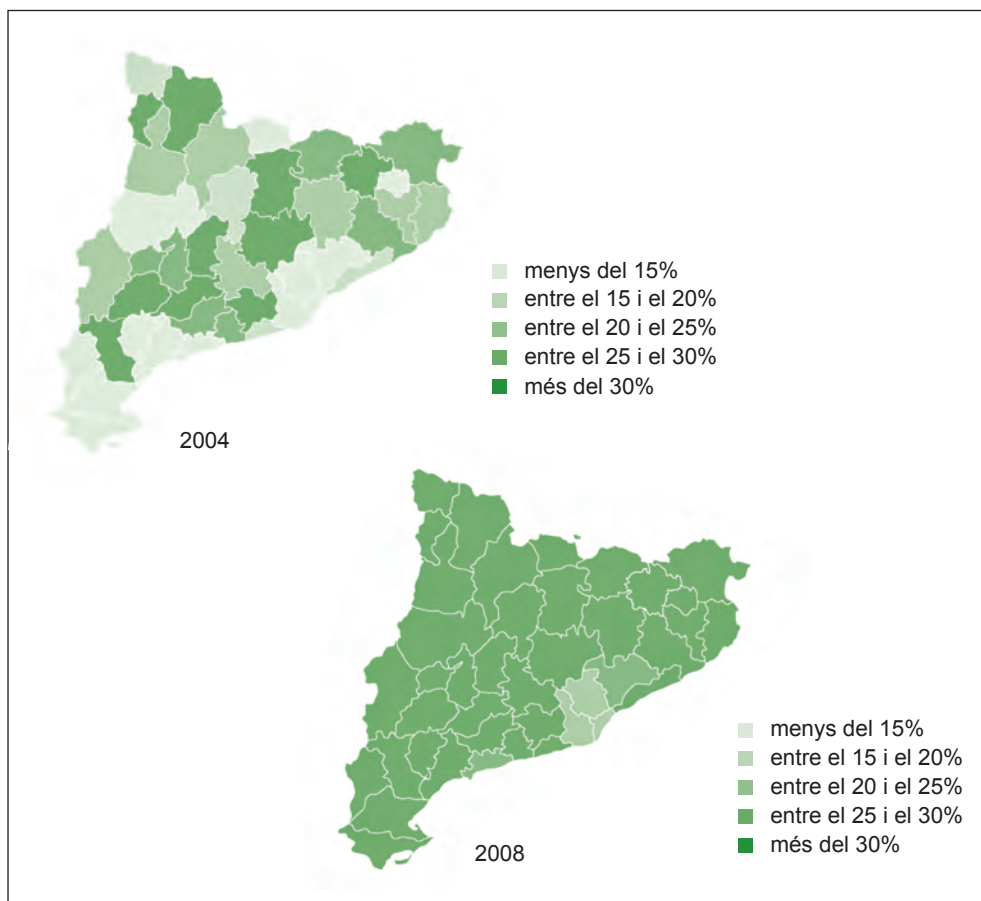


Font: Institut Cerdà.

D'altra banda, segons la Llei 5/2004, de 9 de juliol, de creació de llars d'infants de qualitat, s'espera construir 30.000 places públiques més amb l'objectiu de facilitar la igualtat laboral de la dona i amb una perspectiva educativa. **L'oferta total òptima s'hauria de situar, segons el Mapa de llars d'infants 2004-2008, al voltant del 60% d'escolarització dels nens i les nenes menors de tres anys.** Amb la construcció d'aquestes places s'arribaria a duplicar l'actual oferta pública i a augmentar al 50% el total de l'oferta (actualment, 180 ajuntaments ja han iniciat els tràmits per a la construcció de 13.227 places d'aquestes 30.000). De fet, una tercera part de l'actual oferta de places per a nens i nenes de 0 a 3 anys és de titularitat municipal, tot i que, tal com s'observa al gràfic 9, la situació és força desigual entre els diversos municipis:

Gràfic 9. Distribució de l'oferta pública, per comarques, 2004-2008

Unitats: percentatges.



Font: Mapa de llars d'infants. Generalitat de Catalunya. Catalunya (2004-2008).

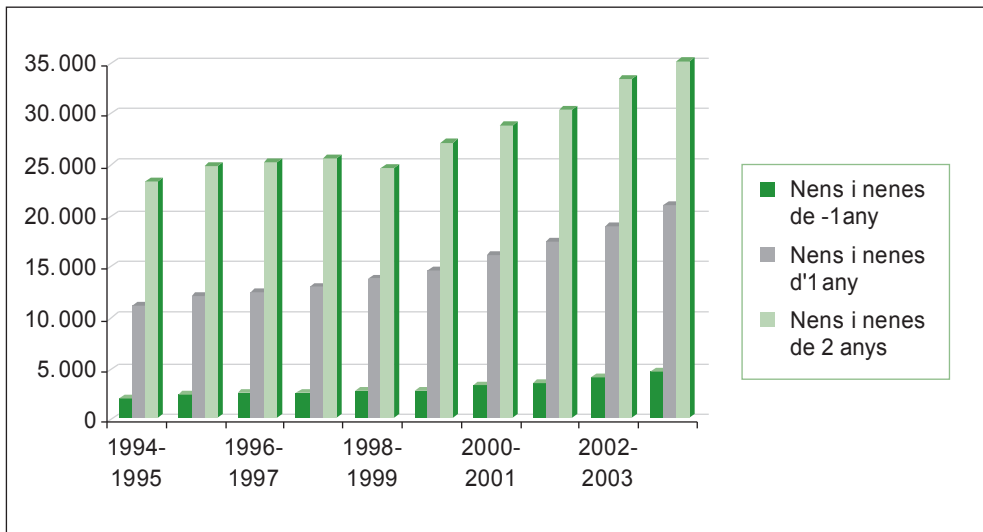
Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



A causa d'un repunt de la natalitat i pel creixement de la immigració, hi ha hagut una evolució a l'alça del nombre de nens i nenes matriculats. A més, les dades d'empadronament per al període 1999-2004 indiquen que el creixement demogràfic a Catalunya ha estat superior al de la resta de l'Estat espanyol (el 9,7% respecte del 7,4% de creixement espanyol). Així, doncs, malgrat les darreres polítiques dutes a terme, la xarxa pública de llars d'infants no cobreix la forta demanda social. Actualment, a la resta d'Espanya, la taxa d'escolarització dels nens i les nenes menors de 3 anys és del 10%. **A Catalunya, la taxa d'escolarització de nens i nenes menors de tres anys se situa actualment en el 33%, considerant l'oferta pública i privada. Al curs 2004-2005 hi havia matriculats un total de 65.650 nens i nenes, tant a llars públiques com privades.**

Gràfic 10. Evolució dels nens i nenes matriculats en escoles bressol, 1994-2004

Unitats: nombres absoluts.



Font: Institut Cerdà.

La nova assignació prevista per al 2008, que ha tingut en compte la demanda potencial i la distribució de les noves places, parteix d'una taxa mínima d'oferta pública entre el 15% i el 30% a cadascun dels municipis de Catalunya. Alhora, aquesta forquilla es divideix en tres intervals, en funció de la població del municipi:

Per als municipis de fins a 20.000 habitants, el percentatge d'oferta pública es vol situar entre el 25% i el 30%; per als municipis de 20.000 a 50.000 habitants, entre el 20% i el 25%. Finalment, per als municipis de més de 50.000 habitants, entre el 15% i el 20%. Amb aquesta distribució es vol facilitar la creació de noves places en aquells municipis que

tenen més dificultats per fer-ho (per exemple, es garanteix que les zones rurals puguin disposar d'una oferta de servei independentment dels criteris de població), mentre que s'assegura el manteniment de l'oferta privada. En valors absoluts i per comarca, de les 30.000 places previstes, destaca l'assignació de 5.985 places al Barcelonès, 3.840 al Vallès Occidental, 2.910 al Baix Llobregat i 2.370 al Vallès Oriental.

4.1.2. ANÀLISI DE LA DEMANDA DE LLARS D'INFANTS. PROJECCIONS FUTURES

Prenent com a punt de partida les diferents variables utilitzades al model elaborat per l'Institut Cerdà, la demanda futura de llars d'infants seria la següent:

Primera variable: evolució de la **Població estrangera** futura. Per a la projecció de la població estrangera s'han utilitzat les previsions realitzades per l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat), en les quals s'han fet hipòtesis per separat, a diferència de projeccions anteriors, de les entrades i sortides per edats. La inclusió de sortides cap a l'estranger permet mesurar d'una manera més acurada l'efecte de la migració sobre l'estructura demogràfica, atès que les entrades i les sortides tenen una distribució per edats diferent. Tal com es pot observar en l'evolució històrica, el saldo migratori ha estat molt baix al darrer quart del segle XX. Els darrers anys, la tendència ha canviat radicalment: segons el cens de població del 2001, s'assolia la xifra de 310.000 habitants, amb un pes del 4,9% sobre el total de la població de Catalunya. Per al model, seguint les dades de l'Idescat, s'ha suposat que a partir de l'any 2015 s'assoliran uns valors constants fins a l'any 2030. A llarg termini s'espera que, en general, el saldo sigui més baix, perquè actualment és molt alt, en comparació amb els valors que es registren en altres països i regions de la UE, i perquè, segurament, es produirà un augment de la xifra de sortides cap a l'estranger.

Actualment el saldo migratori és el resultat d'una xifra d'entrades molt alta i d'una xifra de sortides molt baixa. En l'horitzó 2015, segons les projeccions de l'Idescat, s'espera un augment de les sortides en totes les hipòtesis. Pel que fa a les entrades, s'ha suposat que disminuiran fins al 2010.

A la taula 1 es mostren els valors de població estrangera assolibles fins al 2020, en funció de l'evolució del creixement migratori per als quatre escenaris d'evolució demogràfica proposats per l'Idescat. Partint d'una població estrangera comuna per a tots els escenaris (878.111 estrangers l'any 2005 segons l'estimació de l'Institut Cerdà), s'ha estimat la població futura agregant a aquest valor de base el valor de creixement esperat en funció de cada escenari. Així, per exemple, partint d'una població estrangera de 878.111 persones, per a l'escenari de creixement baix podem esperar un total de 931.511 estrangers l'any 2010 i de 932.411 persones estrangeres l'any 2020. Aquesta darrera

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



variable (PEx del model) ha estat utilitzada per fer la previsió de demanda de serveis de llars d'infants públiques.

Taula 1. Evolució del creixement migratori segons diferents escenaris. Catalunya, 2006-2020

Unitats: nombres absoluts.

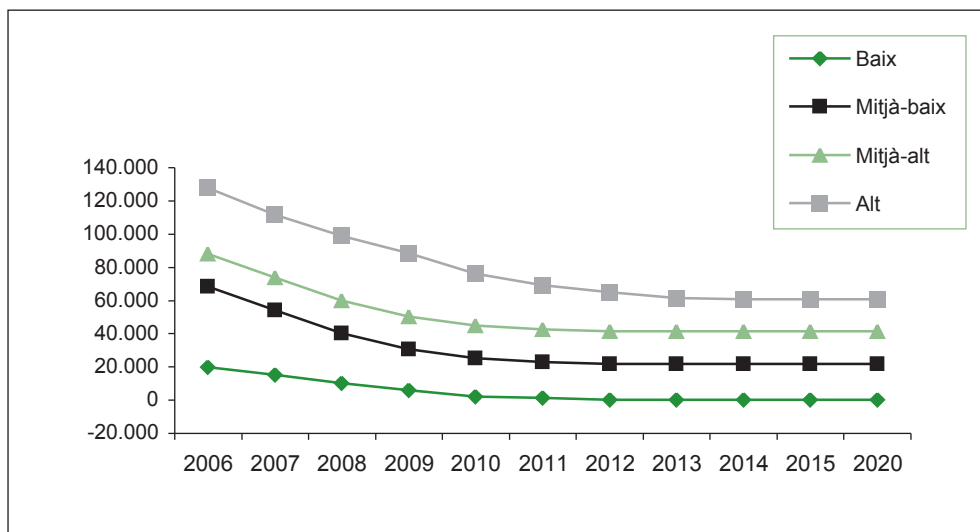
Any	Baix	Acumulat	Mitjà-Baix	Acumulat	Mitjà-alt	Acumulat	Alt	Acumulat
2005	878.811	878.811	878.811	878.811	878.811	878.811	878.811	878.811
2006	19.800	898.611	68.200	947.011	87.900	966.711	127.500	1.006.311
2007	14.900	913.511	53.900	1.000.911	73.500	1.040.211	111.600	1.117.911
2008	10.000	923.511	40.100	1.041.011	59.800	1.100.011	98.700	1.216.611
2009	6.000	929.511	30.600	1.071.611	50.300	1.150.311	88.400	1.305.011
2010	2.000	931.511	25.200	1.096.811	44.900	1.195.211	76.000	1.381.011
2011	1.100	932.611	22.700	1.119.511	42.400	1.237.611	69.000	1.450.011
2012	-100	932.511	21.700	1.141.211	41.400	1.279.011	65.000	1.515.011
2013	0	932.511	21.700	1.162.911	41.300	1.320.311	61.500	1.576.511
2014	0	932.511	21.600	1.184.511	41.300	1.361.611	60.400	1.636.911
2015	-100	932.411	21.600	1.206.111	41.300	1.402.911	60.400	1.697.311
2020	0	932.411	21.600	1.227.711	41.300	1.444.211	60.400	1.757.711

Font: projeccions de l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat).

Al gràfic següent s'ha representat l'evolució del creixement migratori. S'hi observa una tendència a l'estancament, amb independència dels escenaris, aproximadament a partir del 2010.

Gràfic 11. Evolució del creixement migratori, segons diferents escenaris. Catalunya, 2006-2020

Unitats: nombres absoluts.



Font: projeccions de l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat).

Segona variable: evolució de l'**Edat mitjana a la maternitat**. S'ha considerat que el seu valor romandrà estable els propers anys, tot seguint la tendència dels darrers vuit anys que mostra l'Idescat i que s'ha estancat en els 30,9 anys, aproximadament.

Tercera variable: nombre mitjà de **Fills i filles per dona**. S'estima que romandrà proper al dels darrers anys: aproximadament 1,45 fills o filles, segons l'Indicador conjuntural de fecunditat de l'Idescat.

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



Quarta variable: Població infantil. Per a aquesta variable s'ha optat per utilitzar les dades de l'INE, juntament amb les previsions realitzades per l'Institut Cerdà, ja que els grups d'edat utilitzats per l'Idescat a partir de l'estimació postcensal no s'ajusten als grups utilitzats pel model. Atès que s'ha considerat que les variables "Nombre mitjà de fills i filles per dona" i "Edat mitjana a la maternitat" gairebé no experimentaran canvis els propers anys, l'únic factor determinant de la població d'infants de 0 a 3 anys, segons el model, és la població total estrangera, que, com ja s'ha vist, té un impacte incremental en la demanda. És en funció d'aquesta correlació positiva que el model ajusta la població infantil futura.

Cinquena variable: nombre de Places disponibles, privades i públiques. Atès que aquesta variable depèn en gran part de les polítiques futures que es duguin a terme, aquest valor roman fix en el model.

Sisena variable: Població total, d'ambdós sexes, **de 65 a 84 anys.** Per a aquest darrer apartat, s'ha optat per utilitzar les estimacions de l'Idescat sobre el grup de 65 a 84 anys, ja que oferiria unes previsions més a llarg termini que les realitzades per l'INE. Així mateix, en tractar-se de projeccions de població futures, s'ha prosseguit amb la construcció de quatre escenaris possibles, en funció de la seva evolució. L'escenari baix parteix d'unes previsions amb una proporció més alta de població jove i una proporció més baixa de població vella, amb la menor ràtio de dependència: 30 persones de 65 anys i més per cada 100 persones de 16 a 64 anys. A l'escenari alt, per contra, es considera un creixement alt de l'esperança de vida, fet que implica una població més elevada del sector de més de 65 anys. En termes relatius, és l'escenari amb un envelliment poblacional més extrem, amb una ràtio de dependència de 43 persones de 65 i més anys per cada 100 persones de 16 a 64 anys.

Taula 2. Evolució de la població de 65 a 84 anys

Unitats: milers.

Escenari baix			
Any	De 65 a 74 anys	De 75 a 84 anys	Total
2010	593	454	1047
2015	665	432	1097
2020	711	437	1148
Escenari mitjà-baix			
Any	De 65 a 74 anys	De 75 a 84 anys	Total
2010	592	468	1060
2015	668	458	1126
2020	720	473	1193
Escenari mitjà-alt			
Any	De 65 a 74 anys	De 75 a 84 anys	Total
2010	617	471	1088
2015	700	455	1155
2020	758	468	1226
Escenari alt			
Any	De 65 a 74 anys	De 75 a 84 anys	Total
2010	612	480	1092
2015	700	476	1176
2020	763	499	1262

Font: projeccions de l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat).

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



Segons el model proposat per l'Institut Cerdà, podem fer una anàlisi de la demanda de llars d'infants prevista l'any 2020 per als quatre escenaris d'evolució establerts:

Taula 3. Model d'anàlisi de la demanda de llars d'infants. Catalunya, 2020

Unitats: nombres absoluts i percentatges.

	2005	2020			
RESULTAT DEMANDA					
TOTAL PÚBLICA	Referència*	Baix	Mitjà-baix	Mitjà-alt	Alt
Demanda de places en llars d'infants públiques	27.685	26.940	36.788	41.839	54.583
Població de nens i nenes d'ambdós sexes de 0 a 3 anys	289.601	305.774 (1)	343.277	370.773	410.587
Factors d'augment					
Nombre mitjà de fills/es per dona	1,45	1,45 (2)	1,45	1,45	1,45
Places disponibles (pública i privada) / total nens i nenes 0-3 anys (en%)	22,67	22,67 (1)	22,67	22,67	22,67
Població total ambdós sexes estrangers	878.811	932.411 (2)	1.227.711	1.444.211	1.757.711
Factors de disminució					
Total alumnes matriculats a llars d'infants privades	37.965	37.965 (1)	37.965	37.965	37.965
Edat mitjana a la maternitat	31	31 (2)	31	31	31
Població total ambdós sexes de més de 65 anys	730.338	1.262.000 (1)	1.226.000	1.193.000	1.148.000

Font: elaboració pròpia, a partir de l'eina desenvolupada per l'Institut Cerdà; dades de l'Institut Cerdà: (1); dades de l'Idescat: (2).

Cal tenir en compte, com ja s'ha vist a l'equació que determina la **demanda de llars d'infants públiques**, que aquesta demanda està determinada per **factors d'augment i de disminució**. Entre els primers hi podem trobar el nombre mitjà de fills i filles per dona, el nombre de places disponibles o la població total d'estrangers. Entre els factors de disminució hi trobem el total d'alumnat matriculat a llars d'infants privades, l'edat mitjana a la maternitat o la població total d'avis i àvies. Aquests factors, ponderats pel seu pes corresponent (és evident que cada factor impacta en la demanda total, en un grau més o menys alt) ens donen la demanda total del servei analitzat.

Així, doncs, s'observa que, a l'**escenari baix**, la **demanda per al 2020** pot arribar a ser fins i tot més baixa (**26.940 places**) que la demanda actual (27.685 places), fet que s'explica per un efecte de compensació, induït pel factor de disminució (segons el model proposat) que significa l'augment de gairebé el 75%, el 2020, del nombre d'habitants de 65 a 84 anys, una cohort que supleix en part la funció que realitzen les llars d'infants (la demanda pot arribar a augmentar fins al 15% més, si només es té en compte l'interval poblacional que va dels 65 als 74 anys).

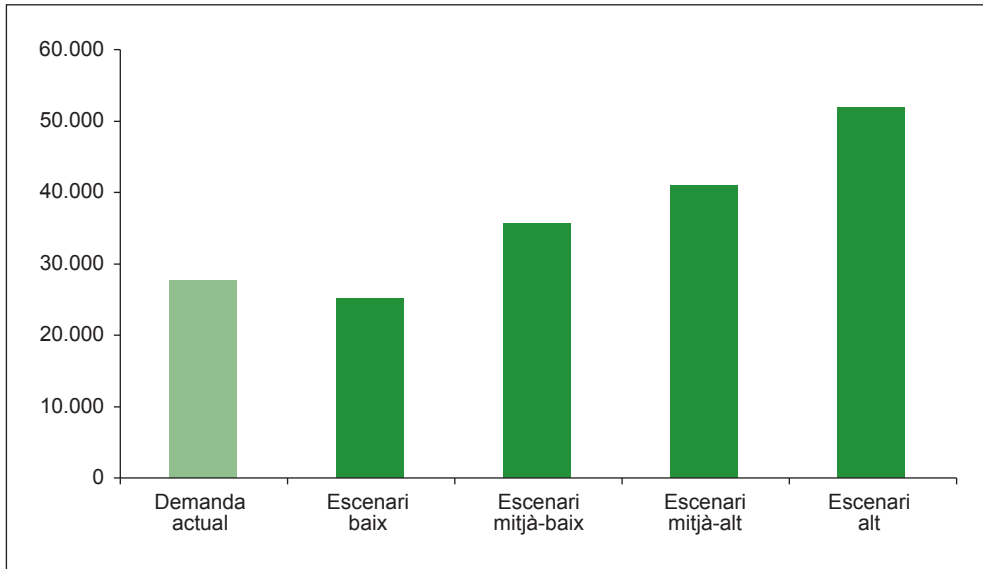
Convé fer notar que la variable "Avis" té un pes negatiu de -0,00895; és a dir, un augment d'aquesta cohort és indirectament proporcional a la demanda del servei. Cal posar de relleu, però, que malgrat que al model la població de més de 65 anys aparegui com a variable explicativa (conseqüència de la situació actual, on aquesta cohort realitza, efectivament, les funcions corresponents a les llars d'infants), aquesta situació no implica una disminució de la demanda real del servei, sinó que es tracta només d'un efecte substitució d'avis i àvies per llars d'infants. Aquesta situació, si bé es té en compte al model de projeccions futures, atès que la variable que recull la cohort de persones de més de 65 anys apareix com a significativa, no és admissible. **Les persones més grans de 65 anys poden actuar com a suport familiar puntual (com a curadors potencials), però no es poden considerar, de cara al futur, com a substituïts del servei que ofereixen les llars d'infants.**

Per a la resta d'escenaris, l'increment de la població de 65 a 84 anys ja no compensa el factor d'augment que significa la immigració, ja que aquesta creix més (vegeu la variable "Població total estrangera d'ambdós sexes" –PEX–, amb un pes de 0,03226 al model), de manera que la **demanda del servei augmenta un total de 36.788 places, a l'escenari mitjà-baix; 41.839 places, al mitjà-alt, i 54.583 places, a l'escenari alt.**



Gràfic 12. Demanda del servei de llars d'infants públiques en funció de l'escenari

Unitats: nombres absoluts



Font: elaboració pròpia, a partir de l'eina desenvolupada per l'Institut Cerdà.

4.2. ANÀLISI DEL SERVEI: MANTENIR L'ESTADA AL DOMICILI DE LES PERSONES EN SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA (ATENCIÓ SOCIOSANITÀRIA, HIGIENE I ATENCIÓ PERSONAL)

4.2.1. SITUACIÓ ACTUAL

En l'actualitat, l'eina més utilitzada i més eficaç de què es disposa per atendre les necessitats de la dependència és l'atenció sociosanitària, que consisteix en els serveis sanitaris específics per a la gent gran i els malalts crònics. Aquests serveis estan orientats a buscar l'augment de l'autonomia del malalt, alleujar les seves limitacions o sofriments i facilitar la seva reinserció social. Alhora, els serveis d'atenció sociosanitària han d'estar convenientment coordinats amb els serveis socials, per tal de garantir la continuïtat de l'atenció.

Dins l'atenció sociosanitària hi trobem cinc àmbits:

- Suport a la capacitat funcional: recuperació i manteniment d'aquesta capacitat, mitjançant la rehabilitació i l'exercici.
- Suport a la salut física: controls de salut i suport en la medicació, la higiene i l'atenció personal.
- Suport a la salut mental: suport psicològic, companyia i vincles emocionals.
- Suport a la persona que proporciona cures en un marc informal: suport psicològic, orientació en la malaltia i bones pràctiques.
- Habitatge: manteniment de les condicions d'habitabilitat i de confort de la llar.

SERVEIS ACTUALS

Actualment, el principal servei que garanteix l'estada al domicili de les persones en situació de dependència és el **servei d'ajut a domicili**.

El servei d'ajut a domicili consisteix a establir un règim de visites periòdiques perquè, de manera temporal o permanent, un/a treballador/a familiar acudeixi a casa del beneficiari o beneficiària, amb l'objectiu de proporcionar-li les cures bàsiques de caràcter personal, domèstic o social que necessiti. Les tasques que es realitzen als domicilis poden ser diverses: serveis d'ajut a la llar (neteja, ordre, alimentació, etc.), serveis d'ajut personal (ajuda psicomotriu, higiene personal, control de salut, etc.) i serveis de suport, acompanyament i integració a l'entorn, (entre els quals s'hi inclouen actuacions per a afavorir les relacions socials de la persona beneficiària i la realització de tot tipus de gestions i encàrrecs).

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



A més, el IV Pla d'actuació social preveu incrementar les cobertures públiques de serveis d'atenció domiciliaris, tant d'ajuda personal com d'ajuda al domicili, i oferir una cobertura del 100% a les persones que necessitin serveis de teleassistència. Aquesta previsió es recull com un dels objectius que cal assolir per part de la Llei 39/2006, de 14 de desembre.

Uns altres serveis d'atenció a domicili són els següents:

- **Serveis d'adaptació i accessibilitat d'habitatges.** Mitjançant el Programa per a l'adaptació o l'accessibilitat d'habitatges per a persones amb discapacitat, es fomenten les inversions per a l'adaptació o l'accessibilitat de l'habitatge habitual de persones que superen el barem de mobilitat reduïda, amb l'objectiu de facilitar-los l'autonomia personal i fer accessible i funcional l'espai on viu la persona beneficiària, mitjançant la concessió d'ajuts econòmics per adaptar o millorar l'accessibilitat de l'habitatge habitual, els canvis necessaris per a l'adaptació d'un habitatge d'obra nova o l'adaptació d'elements comuns a la comunitat de propietaris.
- **Ajudes econòmiques a les famílies cuidadores.** El programa Viure en família es dirigeix a aquelles persones en situació de dependència que requereixen una atenció permanent de llarga duració per realitzar les activitats bàsiques de la vida diària. L'objectiu és permetre que les persones que es troben en aquesta situació puguin romandre al seu entorn afectiu i social habitual. Amb la finalitat de complir aquest objectiu, el Programa estableix una prestació econòmica de suport a les persones en situació de dependència.
- **Ajudes tècniques per a l'autonomia personal.** El Programa d'ajudes d'atenció social a les persones amb discapacitat articula accions dirigides a facilitar un conjunt de mesures compensatòries que permeten millorar la qualitat de vida de les persones amb discapacitat i la seva integració social, en situacions no cobertes per altres vies o sistemes de previsió públics. El Programa preveu una sèrie de mesures, agrupades en tres blocs: ajudes per a serveis, per a mobilitat i transport i per a l'autonomia personal i la comunicació.

A part dels serveis d'ajut a domicili, també s'ha de fer esment del **Servei de Teleassistència** i de les prestacions econòmiques per a **estades a centres de dia**, per a persones en situació de dependència. En aquest cas, és adient de fer esment del Programa de suport a l'acollida diürna, creat el 1992, amb la finalitat de facilitar l'accés a l'acollida diürna de persones més grans de 65 anys que, per les seves circumstàncies personals, requereixen aquest tipus d'acollida i no poden accedir a una plaça pública. Aquest programa s'articula mitjançant el mecanisme de complementar l'aportació econòmica que realitzen les persones grans, fins a finançar el cost de la plaça del centre de dia que esculli la persona usuària, entre un conjunt de centres col·laboradors adscrits al Programa.

En total, segons dades del Departament d'Acció Social i Ciutadania, en data 1 de gener de 2006 eren **ateses al seu domicili** un total de 47.886 persones en situació de dependència, activitat que va significar un total de 5.367.642 hores d'atenció, amb una mitjana de 15,4 hores mensuals per persona usuària (vegeu la taula 4).

Taula 4. Servei d'ajuda a domicili, 2006

Unitats: nombres absoluts i percentatges.

Població > 65 anys		Contingut i qualitat	
Persones usuàries		Hores d'atenció dispensades (any)	5.367.642
Total d'usuaris/àries atesos	47.886	Intensitat horària (mitjana/mes/persona usuària)	15,4
Usuaris/àries en situació de dependència	47.886	Temps emprat en cures	73%
Índex de cobertura (persones usuàries/pobl. > 65 anys)	4,08	Temps emprat en feines domèstiques	27%
Usuaris/àries > 80 anys	34.478	Prestació econòmica per ajut en domicili	
Usuàries dones	35.436	Total de persones usuàries ateses	1.274
Usuàries dones > 80 anys	26.816	Usuaris/àries en situació de dependència	1.274
Edat mitjana persones usuàries	88	Despesa anual/persona usuària (euros/any)	1.554,71
		Nombre d'hores d'atenció subvencionades	146.539
Cost i finançament		Servei privat d'ajut a domicili	
Preu públic (euros/hora)	13,52	Entitats prestatàries	228
Preu mensual/persona usuària (euros/mes)	208,21		

Font: *Las personas mayores en España. Informe 2006*. IMSERSO.

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



En referència al servei públic de **teleassistència** es van atendre un total de 15.040 persones usuàries, de les quals una gran majoria eren dones (4.061 d'un total de 5.414 persones usuàries més grans de 80 anys).

Taula 5. Servei públic de teleassistència, 2006

Unitats: nombres absoluts i percentatges.

Població > 65 anys	
Persones usuàries	
Total de persones usuàries ateses	15.040
Usuaris/àries en situació de dependència	15.040
Índex de cobertura (persones usuàries/pobl. > 65 anys)	1,28
Usuaris/àries > 80 anys	5.414
Usuàries dones	11.731
Usuàries dones > 80 anys	4.061
Cost i finançament	
Cost anual/persona usuària (euros/any)	320,60
Contingut i qualitat: sistema utilitzat	
Teleassistència (nombre d'aparells)	13.898

Font: *Las personas mayores en España. Informe 2006*. IMSERSO.

Entre la **resta de serveis**, en destaquen: el servei públic de **menjars a domicili**, que va atendre un total de 1.779 persones usuàries en situació de dependència; es van concedir un total de 46 ajuts per a l'**adequació de l'habitatge**, que van comportar una despesa mitjana anual per cada persona usuària de 5.020 euros/any; i, per últim, a través de la **prestació econòmica per a famílies cuidadores** es van atendre un total de 42.493 persones usuàries, amb una despesa mitjana anual de 2.885 euros per cada persona usuària.

Taula 6. Altres serveis d'atenció a domicili, 2006

Unitats: nombres absoluts.

Servei públic de menjars a domicili	
Total de persones usuàries ateses	1.779
Usuaris/àries en situació de dependència	1.779
Prestació econòmica per a l'adequació de l'habitatge (Generalitat)	
Total de persones usuàries ateses (ajuts concedits)	46
Usuaris/es en situació de dependència	46
Despesa mitjana anual/persones usuàries (euros/any)	5.020
Prestació econòmica per a famílies cuidadores	
Total persones usuàries ateses	42.493
Usuaris/àries en situació de dependència	42.493
Despesa mitjana anual/persona usuària (euros/any)	2.885

Font: *Las personas mayores en España. Informe 2006*. IMSERSO.

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



Finalment, el gener de 2006 es disposava d'un total d'11.133 places a **centres de dia**, de les quals 3.279 eren de titularitat pública, 1.083 concertades i 6.771 privades, amb un total de 6.508 persones usuàries ateses.

Taula 7. Centres de dia per a persones en situació de dependència, 2006

Unitats: nombres absoluts i percentatge

Població > 65 anys		Places	
Persones usuàries		TOTAL DE PLACES	11.133
Total de persones usuàries ateses	6.508	Públiques	3.279
Índex de cobertura (persones usuàries/pobl. > 65 anys)	0,55	Concertades	1.083
		Privades	6.771
Usuaris/àries > 80 anys	4.295	PLACES PSICOGERIÀTRIQÜES	1.529
Usuàries dones	4.881	Públiques	348
Usuàries dones > 80 anys	3.384	Concertades	1.181
Edat mitjana persona usuària	83	ÍNDIX DE COBERTURA	
Cost i finançament (euros/any)		Total places	0,95
Preu públic d'una plaça	5.696,84	Públiques + concertades	0,37
Copagament (a càrrec de la persona usuària)	18%	Privades	0,58
		Prestació econòmica per a centre de dia	
Preu concertació de plaça psicogeriàtrica	10.120	Total de persones usuàries ateses	1.995
Total centres segons titularitat	646	Despesa anual/persona usuària (euros/any)	2.621,03
Titularitat pública	149		
Centres amb places psicogeriàtriques	14		
Titularitat privada	497		
Centres amb places psicogeriàtriques	48		
Centres amb places concertades	157		

Font: *Las personas mayores en España. Informe 2006*. IMSERSO.

4.2.2. ANÀLISI DE LA DEMANDA DE MANTENIMENT A LA LLAR. PROJECCIONS FUTURES

La demanda total de treballadors/es per al manteniment a la llar de persones amb alt nivell de dependència s'ha definit a partir d'un model genèric que consta, alhora, de quatre submodels en funció de la malaltia que, de manera preponderant, genera la dependència. Així, s'ha establert un primer model explicatiu per a la demanda de personal en l'àmbit **del càncer**, un segon model per a la malaltia d'**Alzheimer i la demència**, un tercer model per a **persones malaltes de sida** i, finalment, un darrer model que recull les **persones no incloses als altres grups**.

Alhora, la demanda de cada submodel ve donada, seguint la metodologia utilitzada per al servei de llars d'infants, per factors d'augment i de disminució. L'agregació d'aquestes demandes permet, finalment, establir la demanda total.

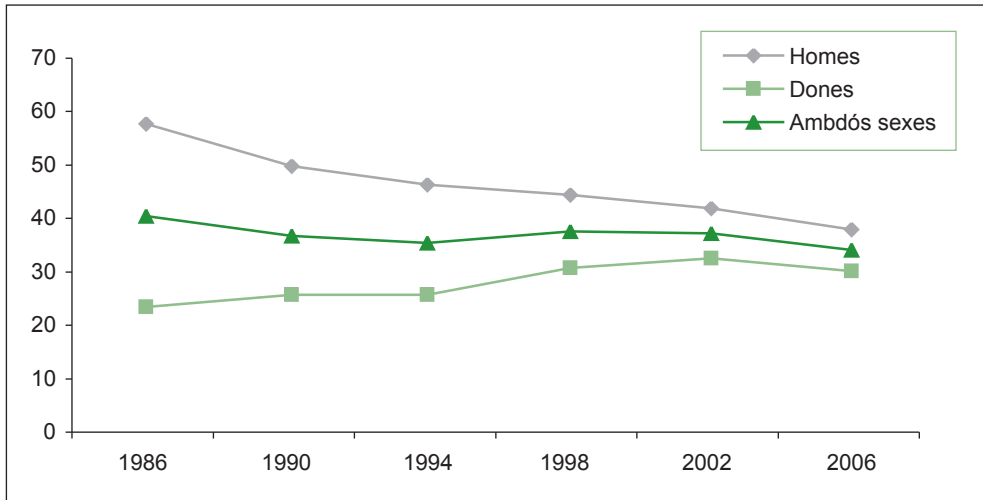
LA DEMANDA DE PERSONAL EN L'ÀMBIT DEL CÀNCER

El primer submodel explicatiu, la demanda de personal en l'àmbit del càncer, té com a primer factor d'augment el **nombre de persones fumadores**. Actualment l'hàbit de fumar, segons les dades de la darrera Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA 2006), es dona en el 37,9% dels homes i el 30,1% de les dones (amb una estimació de 2.586.477 fumadors en total). L'evolució interanual, tot i créixer en valors absoluts, en termes percentuals respecte de la població total mostra un descens generalitzat d'aquest hàbit, al llarg dels darrers vint anys, en què s'ha passat d'un 40,4% de la població fumadora l'any 1986 al 34,1% l'any 2006. Aquest percentatge seria més alt si no s'hagués produït l'augment de persones fumadores que es dona entre la població femenina. Per a la població masculina, la davallada ha estat molt més dràstica, en passar del 57,6% l'any 1986 al 37,9% l'any 2006.



Gràfic 13. Evolució del tabaquisme, per sexes, en la població de 15 a 64 anys. Catalunya, 1986-2006

Unitats: percentatges.



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2006 (ESCA 2006).

Malgrat aquest augment de l'hàbit en la població femenina, a llarg termini es pot esperar que la tendència s'inverteixi. Tenint en compte factors com el nou marc definit per la implantació de la Llei del tabac, el grau d'informació cada cop més elevat pel que fa a la nocivitat del tabaquisme, etc., es pot esperar que la població fumadora estimada l'any 2020 **disminueixi** fins a arribar, segons estimacions de l'Institut Cerdà, als dos milions de persones.

El següent factor d'augment és **l'esperança de vida**. Per a l'estudi de les tendències d'aquesta variable s'han utilitzat les projeccions de l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat), tenint en compte dos escenaris en funció d'una hipòtesi d'esperança de vida alta, en el primer cas, i una segona hipòtesi, d'una esperança de vida més baixa.

En tots els escenaris es manté una esperança de vida en néixer més alta per a les dones que per als homes. Per a l'any 2020 es pot esperar que la mitjana de vida sigui, conjuntament, de 85 anys.

Taula 8. Escenaris de l'esperança de vida en néixer

Unitats: esperança de vida en anys.

Escenari baix	Homes	Dones
2015	77,3	83,7
2020	77,5	83,8
2030	77,9	84,1
Escenari alt	Homes	Dones
2015	80,7	86,2
2020	81,9	87,0
2030	84,0	88,2

Font: projeccions de l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat).

Pel que fa als factors següents, **el percentatge del dia en què la persona malalta necessita ajuda** (el 100% del dia) i **el temps mitjà en fase terminal** (100 dies, aproximadament) s'ha considerat que es mantindran constants, atès que per les característiques de l'atenció al pacient és difícil que aquesta necessitat disminueixi. Per altra banda, els avenços mèdics dels propers anys ajudaran a allargar la vida del malalt, però la fase terminal es pot esperar que es mantingui en un interval constant.

El **consum de fruites i verdures** apareix al model com l'únic factor de disminució. Resulta beneficiós menjar entre 400 i 800 grams per dia de fruites o verdures, d'acord amb el Col·legi de Farmacèutics de Catalunya, ja que aquests components de la dieta aporten fibra i moltes vitamines, minerals i d'altres substàncies bioactives que poden ser preventives de diferents tipus de càncer. Entre els tipus més importants de càncer que poden contribuir a prevenir, es poden esmentar els de la cavitat oral i la faringe, el d'esòfag, el de pulmó, el d'estómac i el colorectal. El consum d'entre 400 i 800 grams diaris defineix un escenari de consum màxim de 292 kg/any i un mínim de 146 kg/any. Per al model s'ha optat per un valor mitjà-alt (ja que la tendència és a augmentar el consum anual) de 250 kg/any.

Tenint en compte tots els factors d'augment i disminució del submodel proposat per l'Institut Cerdà i el seu pes corresponent com a variable explicativa, es pot esperar que **la demanda de personal cuidador en l'àmbit del càncer sigui de 5.917 persones l'any 2020**.

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



DEMANDA DE PERSONAL EN L'ÀMBIT DE LA MALALTIA D'ALZHEIMER I LA DEMÈNCIA

El primer factor d'augment és la **població de 65 anys o més**. Per a aquest darrer apartat s'ha optat per utilitzar les estimacions de l'Idescat, atès que oferiria unes previsions més a llarg termini que les realitzades per l'INE. Així mateix, s'ha mantingut la construcció de quatre escenaris possibles, en funció de la seva evolució. L'escenari baix parteix d'unes previsions amb una proporció més alta de població jove i una menor proporció de població vella, amb la menor ràtio de dependència (30 persones de 65 i més per cada 100 de 16 a 64 anys). A l'escenari alt, per contra, es contempla un escenari de creixement alt de l'esperança de vida, fet que implica una població de més de 65 anys més elevada. En termes relatius és l'escenari amb un envelliment poblacional més extrem, amb una ràtio de dependència de 43 persones de 65 i més anys per cada 100 de 16 a 64 anys.

Taula 9. Evolució del grup d'edat de 65 anys i més, a llarg termini segons diferents escenaris. Catalunya, 2010-2020

Unitats: milers.

Any	Escenari baix	Escenari mitjà-baix	Escenari mitjà-alt	Escenari alt
2010	1.209	1.259	1.238	1.274
2015	1.280	1.351	1.348	1.406
2020	1.344	1.442	1.453	1.537

Font: projeccions de l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat).

Per al desenvolupament del model s'han pres les dades d'evolució per a l'any 2020, considerant un escenari de població força envellida, amb un total aproximat d'**1.500.000 persones més grans de 65 anys** (la forquilla per als escenaris mitjà-alt i alt va de les 1.453.000 persones a les 1.537.000 persones).

L'anàlisi de l'**esperança de vida** desagregada per edats correspon a les darreres dades publicades per l'Idescat l'any 2004. Podem establir, en no constar el període de 65 anys, una forquilla entre els 60 i 70 anys, tant per a la població masculina com la femenina. S'observa que, en total, als 60 anys l'esperança de vida és de 23,80 anys (21,62 en els homes i 26,02 en les dones), una dada que disminueix fins als 15,70 anys (13,80 anys en els homes i 17,21 en les dones) en arribar als 70 anys.

Taula 10. Esperança de vida a diferents edats, 2004

Unitats: esperança de vida en anys.

	50	60	70	80	90
Homes	29,7	21,3	13,8	7,6	3,7
Dones	35,3	26,0	17,2	9,5	4,4
Total	32,6	23,8	15,7	8,8	4,2

Font: Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat).

Tenint en compte les dades actuals i les previsions d'esperança de vida en néixer vistes anteriorment, s'ha estimat un valor mitjà d'esperança de vida de 17 anys als 65 anys, el 2020.

Pel que fa a la variable **de la part del dia (en percentatge) en què la persona malalta necessita ajuda**, s'ha considerat que es manté constant tant a l'escenari de referència (2005) com a l'estimat (2020), amb un pes del 50% de dedicació a l'atenció al llarg del dia.

El darrer factor incremental del submodel de la malaltia d'Alzheimer i la demència és el **temps mitjà en fase terminal**. La fase terminal d'aquesta malaltia s'estima que comprèn un període d'entre 2 i 3 anys. Si bé, al model, per a l'any 2005 s'ha pres de referència el menor dels valors (730 dies), per a l'any 2020 s'ha pres el valor superior de tres anys; així, s'espera que el període en fase terminal sigui de 1.095 dies.

Tenint en compte tots els factors del model, es pot esperar que la demanda de persones subministradores de cures en l'àmbit de la malaltia d'Alzheimer, segons el model desenvolupat, sigui de 18.216 persones l'any 2020.

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



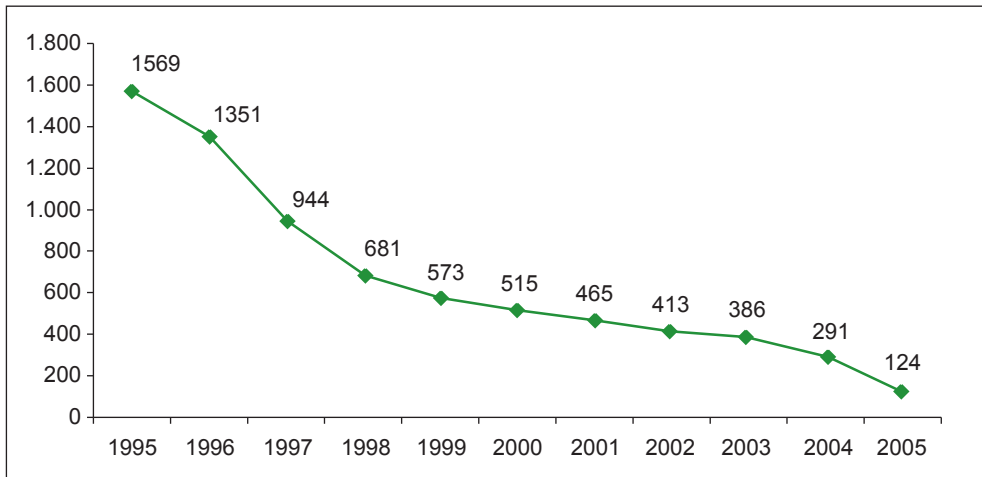
DEMANDA DE PERSONAL EN L'ÀMBIT DE LA SIDA

El submodel de persones amb sida terminal és una estimació directa de la variació interanual del **nombre de defuncions per SIDA**, atès que tant la part del dia, en percentatge, que s'estima que el malalt necessita ajuda (70% del dia) com el temps mitjà en fase terminal (180 dies) s'han mantingut constants.

Des de l'any 1981 fins al 2005 s'han declarat a Catalunya 15.126 casos de sida. D'aquests, 12.181 són homes (80,5%) i 2.945 són dones (19,5%). Segons l'informe "Sistema integrat de vigilància epidemiològica de l'HIV/SIDA a Catalunya (SIVES 2004)", es confirma que els casos nous de sida mostren una tendència a disminuir cada any, a Catalunya, i passen dels 1.569 nous casos de l'any 1995 als 124 casos de l'any 2005.

Gràfic 14. Evolució del nombre de persones diagnosticades amb sida, 1995-2005

Unitats: nombres absoluts.



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

Per al període 1981-2005, consta que han mort 9.413 persones per aquesta malaltia (el 63,2% dels casos de sida notificats). Malgrat la tendència a la baixa de les morts per sida, és difícil fer estimacions d'aquest valor per als propers 15 anys, ja que, si bé els tractaments antiretrovirals han fet disminuir la mortalitat associada als casos de sida, el contagi sexual encara és la principal via de transmissió de la infecció i cal tenir en compte l'aparició de noves poblacions vulnerables, com ara els immigrants, o l'augment detectat de les conductes de risc en determinats col·lectius, com ara els homes homosexuals. Alhora, ha augmentat

el retard en el diagnòstic del virus, fet que en dificulta el tractament posterior. Tot i així, partint de la darrera dada de defuncions per sida proposada pel model, el nombre de defuncions l'any 2020 per sida, seguint la tendència dels darrers anys, es pot estimar en 120, que determinen una **demanda de personal per cuidar persones malaltes amb sida terminal de 41 persones**.

DEMANDA DE PERSONAL PER TENIR CURA DE PERSONES AMB ALGUN GRAU DE DEPENDÈNCIA (NO INCLOSES ALS ALTRES GRUPS)

Per al càlcul del submodel de demanda de personal per tenir cura de persones amb algun grau de dependència no incloses als grups anteriors, s'han tingut en compte els factors d'augment següents:

L'índex d'envelliment de la població, entès com el quocient entre el nombre de persones de 65 anys i més i el nombre de joves menors de 15 anys, després d'haver assolit un nivell màxim l'any 2001 (índex de 126), mostra una tendència a disminuir fins a assolir un valor de 114, l'any 2005. Per al model, s'han plantejat quatre escenaris de futur, en funció de l'evolució de les poblacions que conformen l'índex d'envelliment. Com a resultat, s'han obtingut tres escenaris, que presenten una forquilla que va de 132,41, el valor més elevat, fins a 89,52, el valor més baix. Ateses les tendències de les dues cohorts que porten a un envelliment general de la població, s'ha optat per un índex proper a l'escenari mitjà-alt, amb un valor de 115.

Taula 11. Escenaris per a l'evolució de l'índex d'envelliment

Unitats: població en milers.

	Baix□	Mitjà-baix□	Mitjà-alt□	Alt□
65 anys i més	1.537□	1.453□	1.442□	1.344□
De 0 a 15 anys	1.717□	1.440□	1.354□	1.015□
Índex d'envelliment	89,52	100,90	106,50	132,41

Font: projeccions de l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat).

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



Pel que fa a l'autocura i la mobilitat, es tracta d'un índex definit per l'Institut Cerdà. El concepte d'**autocura** fa referència a la pràctica d'activitats que els individus inicien i realitzen per al manteniment de la seva vida, salut i benestar. L'autocura recull un seguit d'accions que tenen un patró i una seqüència i que contribueixen de manera específica a la integritat i al desenvolupament de la persona. És un índex semblant al de Barthel, que recull la ponderació de diferents activitats que determinen la capacitat d'una persona per dur una vida autònoma, tenint en compte el temps utilitzat i, alhora, si li ha calgut ajuda externa per realitzar-les.

Entre les activitats que s'han tingut en compte s'hi inclouen: menjar, traslladar-se entre la cadira i el llit, anar al lavabo, banyar-se/dutxar-se, pujar i baixar escales, vestir-se i desvestir-se, control de l'orina, etc.

Segons l'Institut Cerdà, l'**índex d'autocura** previst per a l'any 2020 assoleix un valor d'1,20, amb poca variació respecte del valor de base de l'any 2005 (1,17). Així mateix, l'**índex de mobilitat** va molt lligat al primer, encara que només té en compte factors que fan referència, exclusivament, a la mobilitat. Cal tenir en compte, però, que les limitacions personals que reflecteixen aquests dos indicadors no se centren només en la cohort de 65 anys i més, atès que factors com l'accidentalitat afecten a segments d'edat com el que va dels 16 als 24 anys. De fet, segons la darrera Enquesta estatal de salut d'Espanya (2006), aquest grup mostra el percentatge d'accidentalitat més alt, amb un 16,9% de joves que han tingut un accident els darrers 12 mesos, seguits de la cohort de 65 anys i més, amb l'11,24%. Tot i així, s'observa que aquesta accidentalitat no causa limitacions greus en les activitats de la vida diària en la majoria dels casos, ja que només el 0,59% del segment que va dels 16 als 24 ha tingut dificultats els darrers mesos per dur a terme les activitats de la vida diària, enfront de l'11,21% del grup de 65 i més, que declara limitacions greus.

Finalment, el percentatge mitjà d'hores diàries que la persona en situació de dependència necessita ajuda s'ha mantingut constant en aquest darrer submodel, amb una proporció aproximada del 10%. **Per a aquest darrer submodel s'ha estimat, ateses les variables esmentades, una demanda de personal d'11.616 treballadors.**

En conclusió, tenint en compte els valors agregats de la demanda estimada per a cada submodel (els diversos càncers, la sida, la malaltia d'Alzheimer, etc.), la demanda conjunta per a l'any 2020 es pot estimar en un total de 35.790 persones necessàries per al manteniment a la llar de persones amb alt nivell de dependència.

Taula 12. Demanda de personal d'atenció per a cada submodel

Unitats: nombres absoluts.

Any	2005	2020
RESULTAT DEMANDA TOTAL	Referència	Estimació
Demanda de persones per al manteniment a la llar de persones amb alt nivell de dependència	24.508	35.790
CÀNCER		
Demanda de personal en l'àmbit del càncer	5.275	5.917
Factors d'augment		
Nombre de fumadors (persones)	2.586.477	2.000.000
Esperança de vida (anys)	80,75	85
Percentatge del dia en què necessita ajuda (% mitjà per dia)	100	100
Temps mitjà en fase terminal (dies)	100	100
Factors de disminució		
Consum de fruites i verdures (milers de kg per càpita)	206	250
ALZHEIMER I DEMÈNCIA		
Demanda de personal en l'àmbit de la malaltia d'Alzheimer i la demència	7.676	18.216
Factors d'augment		
Població de 65 anys o més (persones)	1.152.493	1.500.000
Esperança de vida als 65 anys (anys)	80,18	82
Percentatge del dia en què necessita ajuda (% mitjà per dia)	50	50
Temps mitjà en fase terminal (dies)	730	1.095
PERSONES AMB SIDA TERMINAL		
Demanda de personal per cuidar persones amb sida terminal	74	41
Factors d'augment		
Defuncions per sida (any anterior)	215	120
Percentatge del dia en què necessita ajuda (% mitjà per dia)	70	70
Temps mitjà en fase terminal (dies)	180	180
PERSONES AMB DEPENDÈNCIA (no incloses als altres grups)		
Demanda de personal per tenir cura de persones amb algun grau de dependència	11.483	11.616
Factors d'augment		
Índex d'envelliment de la població	114	115
Índex d'autocura	1,17	1,2
Índex de mobilitat	1,22	1,2
Percentatge del dia en què necessita ajuda (% mitjà per dia)	10	10

Font: elaboració pròpia, a partir de l'eina desenvolupada per l'Institut Cerdà.

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



4.3. ANÀLISI DEL SERVEI: ACOLLIMENT RESIDENCIAL I HABITATGES PER A PERSONES AMB NECESSITAT DE SUPORT EXTENS

4.3.1. SITUACIÓ ACTUAL

NOMBRE DE PLACES

1) Centres d'acolliment residencial

El 2006 es disposava d'un total de 52.603 places en centres d'acolliment residencial, de les quals el 17% eren de titularitat pública (9.063 places), 12.614 eren places concertades i 30.926 eren de titularitat privada. La majoria dels centres (aproximadament el 70%) disposaven de menys de 50 places.

Taula 13. Centres d'acolliment residencial. Gener 2006

Unitats: nombres absoluts i percentatges.

Població > 65 anys		Places	
Persones usuàries		TOTAL DE PLACES	52.603
Total persones usuàries ateses	29.335	Públiques	9.063
Índex de cobertura (persones usuàries/pobl. > 65 anys)	2,5	Concertades	12.614
		Privades	30.926
Persones usuàries > 80 anys	22.001	PLACES PER A PERSONES EN SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA	46.314
Usuàries dones	22.295		
Usuàries dones > 80 anys	18.188	Públiques	8.543
Edat mitjana de la persona usuària	85	Concertades	12.614
Edat mitjana d'ingrés:	82	Privades	25.157
Homes	79	PLACES PSICOGERIÀTRIQUES	8.842
Dones	84	Públiques	2.555
Cost i finançament (euros/any)		Concertades	4.101
Preu públic d'una plaça	15.780	Privades	2.186
Copagament (a càrrec de la persona usuària)	29 %	DIMENSIONS DELS CENTRES (Titularitat Pública + Titularitat Privada)	
Preu de concertació de plaça psicogeriatríca	23.020	Centres amb menys de 50 places	847
Contingut i qualitat del servei		Centres amb 50 - 100 places	339
Total de centres segons titularitat	1.247	Centres amb 100 - 150 places	47
TITULARITAT PÚBLICA	160	Centres amb més de 150 places	18
Centres de places psicogeriatríques	17	ÍNDEX DE COBERTURA	
TITULARITAT PRIVADA	1.087	Total places	4,48
Centres de places psicogeriatríques	61	Públiques i concertades	2
Centres de places concertades	559	Privades	2,63

Font: *Las personas mayores en España. Informe 2006.* IMSERSO.

2) Habitatges tutelats

Pel que fa als habitatges tutelats, es va crear el Programa d'ajut a l'habitatge tutelat, el qual respon a la finalitat de facilitar l'accés a un habitatge tutelat a les persones més grans de 65 anys que, per les seves circumstàncies personals, requereixen aquest tipus d'acollida i no poden accedir a una plaça pública. Aquest programa s'articula mitjançant el mecanisme de complementar l'aportació econòmica que realitzen les persones grans, fins a finançar el cost de la plaça de l'habitatge tutelat que escull l'usuari o usuària, entre un conjunt de centres col·laboradors adscrits al Programa. **En data 1 de gener de 2006, es disposava d'un total de 36 habitatges, 21 de públics i 15 de privats, que significaven un total de 1.821 places.**

Taula 14. Habitatges tutelats. Gener 2006

Unitats: nombres absoluts i percentatges.

Població > 65 anys		Cost i finançament (euros/any)	
Persones usuàries		Preu públic plaça (euros/any)	3.037,19
Total de persones usuàries ateses	1.238	Copagament (a càrrec de la persona usuària)	45 %
Índex de cobertura (persones usuàries/pobl. > 65 anys)	0,11	Contingut i qualitat	
Usuaris/àries > 80 anys	173	Total d'habitatges	36
Usuàries dones	483	Públics	21
Usuàries noves > 80 anys	25	Privats	15
Edat mitjana de la persona usuària	76	Total de places (públiques i privades)	1.821

Font: *Las personas mayores en España. Informe 2006*. IMSERSO.

4.3.2. DESENVOLUPAMENT DEL MODEL DE PREVISIÓ DE DEMANDA

El model per a l'estimació de la demanda de places en centres públics d'acolliment residencial per a gent gran s'ha descompost en **tres factors d'augment: la cohort de persones, la població ocupada de dones i el nombre d'edificis (m²) a rehabilitar**. Com a factor de disminució, s'ha definit el nombre de places en centres privats d'acolliment residencial per a gent gran.

Per a l'**evolució de la població de 65 anys** o més s'ha optat per utilitzar les estimacions de l'Idescat i s'ha mantingut la construcció de quatre escenaris possibles, en funció de la seva evolució. L'escenari baix parteix d'unes previsions amb una proporció més alta de població jove i una menor proporció de població de gent gran, amb la menor ràtio de dependència (30 persones de 65 i més per cada 100 de 16 a 64 anys). A l'escenari alt, per contra, es considera un escenari de creixement alt de l'esperança de vida, fet que

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



implica una xifra més elevada de la població de més de 65 anys. En termes relatius, és l'escenari amb un envelliment poblacional més extrem, amb una ràtio de dependència de 43 persones de 65 i més anys per cada 100 de 16 a 64 anys.

Taula 15. Evolució del grup d'edat de 65 anys i més, a llarg termini i segons diferents escenaris. Catalunya, 2010-2020

Unitats: milers de persones.

Any	Escenari baix	Escenari mitjà-baix	Escenari mitjà-alt	Escenari alt
2010	1.209	1.259	1.238	1.274
2015	1.280	1.351	1.348	1.406
2020	1.344	1.442	1.453	1.537

Font: Projeccions de l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat).

Per al càlcul de la **població ocupada de dones** s'ha tingut en compte que el total de la població ocupada a Catalunya va ser de 3.418.000 persones l'any 2006, de les quals 1.977.300 eren homes (amb una taxa d'ocupació del 68,3%) i 1.441.500 eren dones (amb una taxa d'ocupació del 48,1%). Atesa l'evolució del mercat laboral actual, es pot esperar que les taxes d'ocupació masculina i femenina convergeixin els propers anys.

Taula 16. Població ocupada i taxa d'ocupació, 2006

Unitats: milers de persones i percentatges.

	Taxa d'ocupació (%)	Valor
Població ocupada total	58,1	3.418,70
Població ocupada. Homes	68,3	1.977,30
Població acupada. Dones	48,1	1.441,50

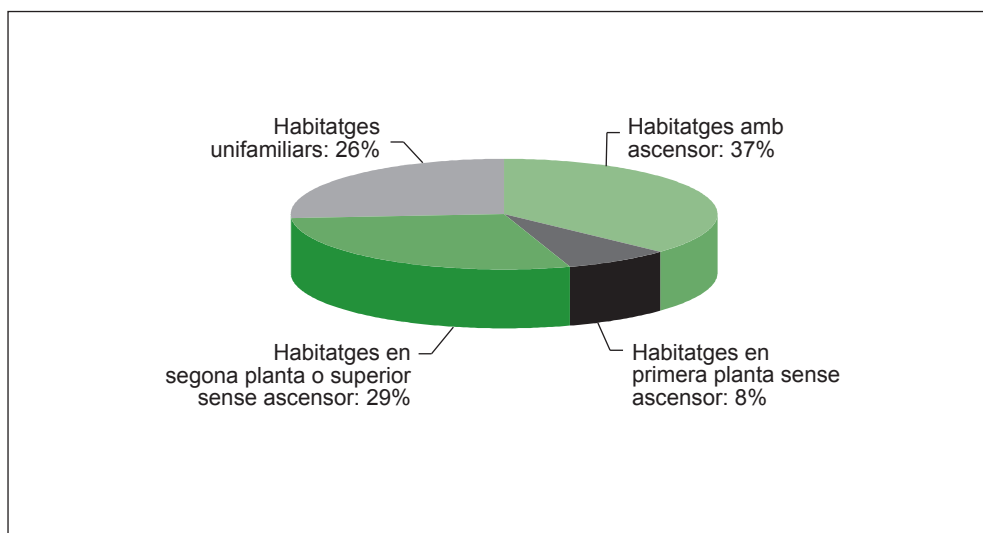
Font: Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat).

Així, doncs, i tenint en compte els diferents escenaris definits per l'Idescat (vegeu la taula 16), s'ha estimat que la població ocupada de dones assolirà, per a l'any 2020, un total aproximat de **dos milions de dones ocupades**, un valor mitjà semblant al de la població masculina actual.

El **nombre d'edificis que cal rehabilitar (en m²)** s'ha estimat a partir de l'estudi del nombre d'edificis amb ascensor (INE), els indicadors de rehabilitació de finques (INE) i l'edat mitjana de les finques (Idescat). Cal tenir present que a Catalunya, segons l'Anuari de l'Envel·liment (2004), el 29,3% de les persones grans resideixen a pisos localitzats a una segona planta o superior sense ascensor, i una tercera part d'aquestes viuen en una quarta planta o superior. Si es té en compte que, segons la darrera Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA 2006), les malalties cròniques que afecten a la població més gran de 65 anys són el mal d'esquena (lumbar, dorsal o cervical), l'artrosi i el reumatisme, aquesta darrera variable pren una rellevància important. A més, al llarg de la darrera dècada han proliferat els habitatges unifamiliars i a Catalunya el 26% de les persones grans viuen en aquest tipus d'habitatges, dels quals més de la meitat tenen de dues a tres plantes sense ascensor.

Gràfic 15. Alçada de l'habitatge i disponibilitat d'ascensor a Catalunya

Unitats: percentatges.



Font: Anuari de l'Envel·liment, Catalunya, 2004.

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



A Catalunya, segons el cens de població i habitatges de l'any 2001 (la darrera dada disponible), hi havia un total d'1.065.458 edificis destinats a habitatge, amb una edat mitjana de 38,89 anys. D'aquests, es tenia constància que un 8,5% es trobava en un estat dolent i deficient. El nombre d'edificis amb ascensor era de 76.181 (el 7,15% del total). Tenint en compte aquests factors i el nombre de metres quadrats que, segons l'Institut Nacional de Estadística (INE), cal rehabilitar actualment (33.086 l'any 2006), juntament amb les llicències d'obra concedides pels ajuntaments, l'Institut Cerdà ha estimat que per al 2020 caldrà rehabilitar un total de 25.000 m².

El nombre de centres privats d'acolliment residencial s'ha estimat a partir de l'oferta actual que consta al Mapa dels serveis socials 2004-2005. Segons el Mapa, Catalunya té actualment una població d'1.149.771 persones de 65 i més anys i un total de 38.511 places en centres privats d'acolliment residencial, que impliquen un percentatge d'aproximadament el 3,35% respecte d'aquesta població. Es tracta d'una proporció que, malgrat l'envelliment de la població els propers anys, tendirà a augmentar, atès que l'oferta pública actual es troba sobrepassada per la demanda. Si es té en compte la proporció actual per als diferents escenaris d'evolució per a la cohort de 65 anys i més (vegeu la taula 15), podem estimar, segons el model, una forquilla d'oferta de places privades que va de les 45.024 places, en la hipòtesi de creixement de la cohort més baixa, fins a les 51.489,5 places, a l'escenari més alt. Per al model, s'ha considerat, per tal de limitar el nombre d'escenaris possibles, un valor mitjà d'oferta de centres residencials privats de 48.373 places (taula 17).

Finalment, atesa l'evolució de les variables que configuren el model, podem definir un total de quatre escenaris de demanda de places en centres públics d'acolliment residencial per a gent gran (vegeu la taula 17). **Considerant una població de 1.344.000 persones més grans de 65 anys, una població ocupada de 2.000.000 de dones i un total de 25.000 m² per rehabilitar, com a factors d'augment de la demanda, i una oferta total de 48.373 places en centres privats d'acolliment residencial, com a factor de disminució, el model de demanda més baixa assoleix un valor estimat de 623.313 places, el 2020.**

En funció de la resta d'escenaris poblacionals, el model determina una **demanda futura de 671.235 places en l'escenari mitjà-baix, 676.614 places en el mitjà-alt i 717.690 en l'escenari alt**. Cal tenir present que es tracta d'una demanda teòrica potencial, atès que té en compte el total de població que podria ser usuària d'una plaça pública d'acolliment residencial. L'oferta actual és força més baixa que les xifres que mostra el model, ja que, de fet, aquest servei actualment es cobreix principalment mitjançant els familiars (el cònjuge o els fills o filles, en el 75% dels casos, aproximadament) de la persona en situació de dependència. A més, cal tenir en compte els serveis contemplats considerats al segon

model, com poden ser els serveis d'ajut a domicili o la teleassistència, que contribueixen a mantenir a la persona en situació de dependència a casa seva i que fan disminuir la demanda de centres d'acolliment residencial i d'altres centres d'assistència.

Taula 17. Anàlisi de la demanda de centres d'acolliment residencial i habitatges públics per a gent gran

Unitats: nombres absoluts.

RESULTAT DEMANDA TOTAL	2005	2020			
	Referència	Baix	Mitjà-baix	Mitjà-alt	Alt
Demanda de places en centres públics d'acolliment residencial per a gent gran	534.253	623.313	671.235	676.614	717.690
Factors d'augment					
Persones de més de 65 anys	1.150.724	1.344.000	1.442.000	1.453.000	1.537.000
Població ocupada: dones	1.289.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000
Edificis (m ²) per a rehabilitar	33.086	25.000	25.000	25.000	25.000
Factors de disminució					
Places en centres privats d'acolliment residencial per a gent gran	39.442	48.373	48.373	48.373	48.373

Font: elaboració pròpia, a partir de l'eina desenvolupada per l'Institut Cerdà.



5. IMPACTES DEL FUTUR SISTEMA ESTATAL DE PROTECCIÓ DE LA DEPENDÈNCIA EN EL MERCAT DE TREBALL

5.1. CONTEXT: DEPENDÈNCIA, DEMANDA DE SERVEIS I OCUPACIÓ

El concepte de dependència ha canviat al llarg del temps i la seva dimensió social i pública ha guanyat importància, atès que el suport a la dependència no es percep com una responsabilitat exclusivament familiar i de gènere.

A mesura que ha evolucionat el concepte de dependència, s'ha desenvolupat paral·lelament el sistema de serveis socials. De fet, els serveis socials configuren un conjunt d'ocupacions remunerades, al marge de les mèdiques, que donen suport a les persones amb un grau determinat de dependència de qualsevol edat, en una situació de necessitat d'atenció, i a aquelles persones que en tenen cura, entre d'altres.

Els professionals proporcionen un servei a la comunitat i a les llars, ja que els serveis socials van des de la satisfacció de la necessitat de neteja i compres diàries a l'atenció psicològica i d'higiene a les persones en situació de dependència.

5.1.1. CANVIS EN L'ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓ I DE LES LLARS I EL SEU IMPACTE EN L'OCUPACIÓ

Els canvis socials i culturals que s'han apuntat a la primera part d'aquest estudi han representat una de les causes de l'increment de la demanda de serveis socials i assistència sanitària.

A més, el valor numèric que posa en relació el nombre de persones grans i el de persones cuidadores potencials no ha deixat d'augmentar. Actualment la xifra és de 0,2, és a dir, de cinc cuidadors/es potencials per persona d'edat avançada. No obstant això, es preveu que l'any 2040 sigui del 0,5, la qual cosa significarà que hi haurà només dues persones d'atenció per a cada persona de 85 o més anys.

Davant aquesta realitat, es pot esperar que disminueixi l'assistència informal i també el nombre de persones cuidadores no professionals, i que paral·lelament augmenti la demanda d'assistència formal, és a dir, la de serveis públics d'atenció social.

5.1.2. DIMENSIÓ DE LES SITUACIONS DE DEPENDÈNCIA I CONFIGURACIÓ DE LA DEMANDA

La demanda de serveis públics sanitaris i assistencials i de cures augmenta durant la vellesa i amb la malaltia.²² La determinació del nombre de persones en situació de dependència no és fàcil, atès que no hi ha recerques específiques, sinó basades en estadístiques i estudis demogràfics més amplis. L'Enquesta sobre discapacitats, autonomia personal i dependència prevista per a l'any 2007 pot aportar una visió científica i objectiva, per a la determinació del nombre de persones en situació de dependència.

Tanmateix, l'*Enquesta sobre discapacitats, deficiències i estat de salut* que va fer l'Instituto Nacional de Estadística (INE), l'any 1999, reflectia que hi havia més persones discapacitades dones que homes, i segons el Llibre blanc per a la dependència (*Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco*),²³ l'any 1999 Catalunya tenia 358.837 persones amb discapacitat per fer alguna de les activitats bàsiques i instrumentals de la vida quotidiana. Les dades del Departament d'Acció Social i Ciutadania de la Generalitat de Catalunya de l'any 2006 eleven el nombre de persones amb discapacitat a la xifra de 377.527, el 5,3% de la població catalana; d'aquest nombre, prop del 42%, és a dir, 157.519 persones, té més de 65 anys.

²² Herrera, C.; Durán, M. Ángeles. "Las demandas de trabajo no monetario de los ancianos." Madrid, Política y Sociedad, núm. 19, pàg. 117-138.

²³ Diversos autors. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. IMSERSO, 2005.

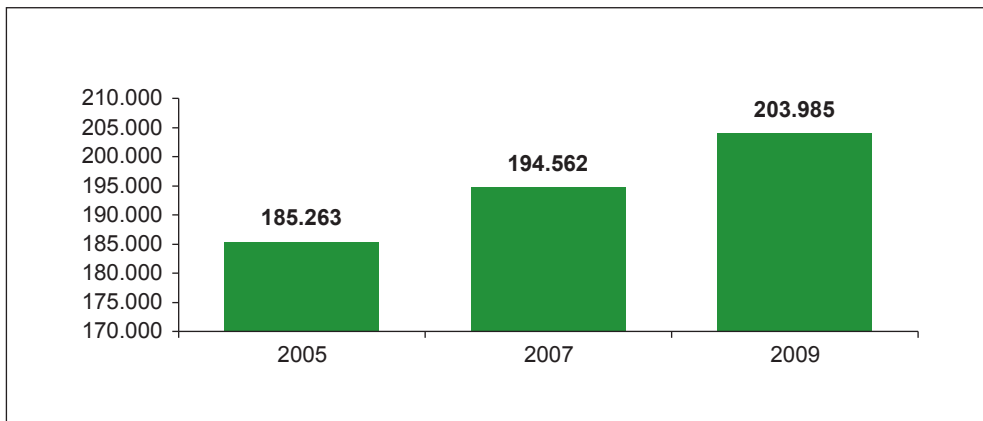
Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



Com a conseqüència de la implantació del Sistema d'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD) a l'Estat espanyol, el model de microsimulació estàtica MEDASS determina que a Catalunya la població en situació de dependència elegible per al SAAD, l'any 2007, serà de 194.562 persones, és a dir, de prop del 3% de la població catalana. Tot seguit se'n detalla l'evolució:²⁴

Gràfic 16. Evolució de la població elegible pel sistema d'autonomia i l'atenció a la dependència. Catalunya, 2005-2009

Unitats: persones.



Font: Universitat Autònoma de Barcelona. Institut de l'Envel·liment. Simulació MEDASS.

S'observa que, l'any 2007, la població de Catalunya elegible per al SAAD, amb 194.562 persones, representarà més del 16% del total de la població elegible de l'Estat espanyol. Es calcula que l'any 2007 es beneficiaran del Sistema 32.565 persones, és a dir, el 17% de la població elegible catalana, i l'any 2009 seran 67.095 persones, el 33% del total de persones elegibles.

²⁴ Diversos autors. Projeccions 2015 de la prevalença de persones en situació de dependència funcional a Catalunya. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Institut de l'Envel·liment (Programa Prodep de la Generalitat de Catalunya), 2006.

5.1.3. MODELS DE COBERTURA DE LA DEPENDÈNCIA I OCUPACIÓ

A la Unió Europea són presents diversos models que regulen la promoció de l'autonomia personal i l'atenció a la dependència: el model assistencial i de copagament del Regne Unit; el model continental alemany, austríac, francès o de Luxemburg, que integra les situacions de dependència en l'àmbit del sistema de la Seguretat Social i ofereix ajudes a la persona cuidadora, amb prestacions monetàries a la persona en situació de dependència; el model nòrdic de Suècia, Dinamarca o Finlàndia, sobre la base de la prestació de serveis, i en el qual la cobertura de les situacions de dependència és un dret social universal que beneficia la població per raons de ciutadania; finalment, el model llatí, d'Espanya, Itàlia o Portugal, que no és pròpiament un model sinó un conjunt d'intervencions públiques i privades no sistèmiques i en el qual la cobertura de les situacions de dependència descansa sobre la família.

Les experiències internacionals com l'alemanya,²⁵ sobre la base d'un sistema de protecció universal finançat mitjançant els impostos, demostren que l'elecció de les persones beneficiàries de la Llei de dependència es caracteritza per una dinàmica de reducció de les preferències pels diners i d'increment de les prestacions econòmiques vinculades als serveis residencials, i que tenen un impacte positiu en el creixement de l'oferta de serveis socials i de l'ocupació al sector.

La implantació de la Llei de dependència a Alemanya va significar que es tripliqués el nombre de proveïdors de serveis domiciliaris, que es duplicués el de serveis residencials i un augment de l'ocupació, en cinc anys, del 14%. Les altes a la Seguretat Social de persones cuidadores també van créixer. De les persones ocupades als serveis domiciliaris, el 71% ho estaven a temps parcial, i de les ocupades als serveis residencials, el 58%.

Per tant, un desenvolupament adequat i planificat del Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència pot produir uns importants retorns econòmics i socials. Els econòmics, com a conseqüència de l'estalvi en prestacions d'atur, de l'augment de les cotitzacions a la Seguretat Social i de l'increment dels impostos; els socials, com a conseqüència de transferir la càrrega que suporten les famílies, sobretot les dones, a les institucions.

De fet, el Sistema d'Autonomia i l'Atenció a la Dependència estableix una sèrie de serveis públics d'atenció social en què el component professional és molt important i prioritza la prestació de serveis per damunt de les transferències econòmiques.

²⁵ *Riviero, Toni; Salvà, Antoni; Roque, Marta; Domingo, Àlex.* Escenarios territoriales de la Ley de apoyo a las personas con dependencia en España. Horizonte 2007-2009. *Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Institut de l'Envel·liment, 2007.*

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



Així, en funció de la cobertura que es doni a la població en situació de dependència, l'impacte sobre l'ocupació serà considerable, ja que l'atenció a les situacions de dependència és molt intensiva en mà d'obra i pot representar una oportunitat de creació directa d'ocupació, en posar en pràctica els programes d'atenció domiciliària, ampliar l'atenció residencial i fer sortir a la superfície una bona part de l'economia submergida.

A Catalunya, tot i l'esforç realitzat els darrers anys, falten residències –la cobertura és de 4,6 places per cada 100 persones més grans de 65 anys i hauria de ser de 5 places o més–, centres de dia, serveis d'ajuda a domicili, d'assistència personal i de teleassistència, pisos tutelats i centres d'atenció per a persones amb discapacitat. Per desenvolupar el sistema d'atenció a les situacions de dependència i, per tant, fer front a l'augment de la demanda, caldran més recursos humans.

Tanmateix, la manca de recursos humans a l'àmbit dels serveis socials es comença a fer notar, tant a la Unió Europea com a tot l'Estat espanyol i a Catalunya. Segons la relació d'ocupacions de difícil cobertura de l'INEM, del segon trimestre de l'any 2007, i seguint la tendència d'altres trimestres, la tasca d'auxiliar d'infermeria de geriatria és una de les més difícils de cobrir a les quatre demarcacions catalanes: Barcelona, Girona, Lleida i Tarragona.

Tenint en compte que, durant els propers anys, l'envelliment de la població serà el motor principal de desenvolupament dels serveis d'atenció social, el repte de futur pel que fa als recursos humans en aquests sectors està servit.

5.1.4. DEL TREBALL INFORMAL AL TREBALL FORMAL

El canvi de l'estructura poblacional i familiar, l'augment de la demanda i la necessitat de construir un model integral de cobertura de les situacions de dependència planteja la necessitat de quantificar el treball informal, que es podria convertir en formal.

Els resultats de l'enquesta sobre discapacitats, deficiències i estat de salut feta per l'Institut Nacional de Estadística (INE) l'any 1999 reflectien que més del 29% de persones amb discapacitat eren ateses per les seves filles i prop del 23% pels seus cònjuges; les persones contractades, amigues o veïnes ocupaven el tercer lloc, amb el 16%, i en quart lloc se situaven els altres parents, amb el 12,4%.

S'observa que, quan la persona en situació de dependència és una dona, la persona que en té cura és principalment la filla, seguida d'una persona contractada, amiga o veïna, o d'altres familiars. En canvi, quan la persona en situació de dependència és un home, qui l'atén és principalment el cònjuge, i, a més distància, la filla o una de les filles. En altres

àmbits, com ara la cura dels nens i nenes malalts, també és la mare qui assumeix la funció principal de tenir cura del nen o nena.

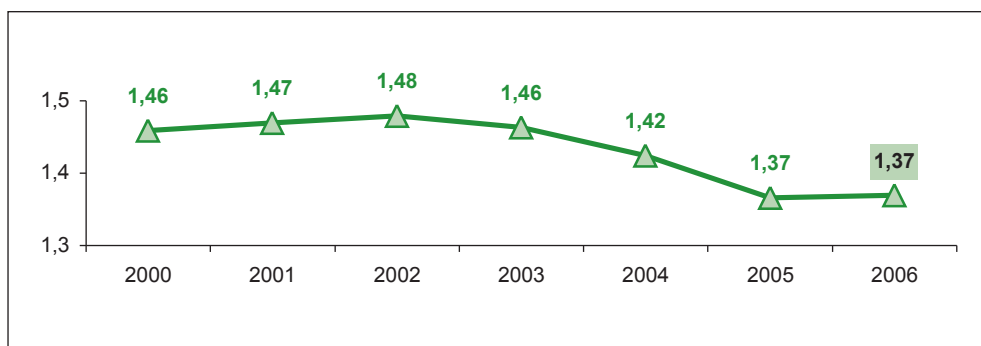
En general, els homes que fan de cuidadors ho són de persones de la mateixa generació, i les dones cuidadores ho són de la generació anterior. Els homes fan activitats esporàdiques d'acompanyament i/o gestió, i les dones fan activitats permanents d'atenció personal i manteniment de la llar.

Tal com s'ha comentat a l'apartat 2 d'aquest estudi, el perfil de la persona cuidadora a l'Estat espanyol és el d'una dona més gran de 40 anys, sense estudis o amb estudis primaris, casada, mestressa de casa, que es dedica a temps complet i per obligació moral a atendre la persona en situació de dependència amb la qual conviu i que no rep, a canvi, cap remuneració econòmica. A més, la majoria de les persones cuidadores no ha rebut cap tipus de formació per fer-se càrrec de la cura de la gent gran en situació de dependència.²⁶

No obstant això, el nombre de persones cuidadores informals disminueix. Si es compara l'indicador dels últims anys que posa en relació les persones cuidadores informals, és a dir, les dones d'entre 45 a 65 anys, i la gent gran de més de 65 anys, s'observa que disminueix. L'any 2000, l'indicador era de l'1,46, i l'any 2006 va ser de l'1,37, tal com s'observa al gràfic següent.

Gràfic 17. Evolució de la relació entre les dones de 45 i 65 anys i la gent gran de més de 65 anys. Catalunya, 2000-2006

Unitats: indicador = persones més grans de 65 anys per cada dona d'edat entre 45 i 65 anys.



Font: elaboració pròpia, a partir de les dades de l'Idescat.

²⁶ Ladero Campo, María Jesús. Apoyo informal a las personas mayores y el papel de la mujer cuidadora. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), 2000.

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



La compra de serveis d'atenció social pressuposa un punt de trobada entre l'oferta i la demanda al mercat. Tanmateix, com que el preu del treball al mercat és més alt que les pensions de les persones grans i malaltes que han de pagar aquests serveis, aquestes persones o els seus familiars acudeixen sovint a l'economia submergida, i concretament a les persones immigrades, per satisfer les seves necessitats.

El Sistema Sanitari i de Serveis Socials també pressuposa que les persones grans, la infància i les persones malaltes disposen d'una xarxa eficient de suport familiar i veïnal, que les connecta amb els centres assistencials i sanitaris, les transporta i les atén. També pressuposa que l'accés als centres d'acolliment residencial és total, quan en realitat és per sota de la demanda actual i allunyat de la demanda potencial.

És per això que sorgeix la demanda de treball informal i de treball domèstic submergit, amb la finalitat de cobrir les necessitats de les persones en situació de dependència. Els problemes de mobilitat motriu, respiratoris, circulatoris i mentals afecten les relacions amb l'exterior –desplaçar-se al centre de salut, fer les gestions sanitàries, comprar, atendre la llar, atendre la higiene personal, fer el seguiment de la medicació, preparar el menjar, fer les gestions personals– i generen tot un seguit de necessitats, que són cobertes per les persones que conviuen amb la persona en situació de dependència, i principalment per les dones. Per aquesta raó, cal que el treball no remunerat i tots els recursos productius accedeixin al mercat de treball.

És molt important que a les persones cuidadores no professionals se les consideri en una situació assimilada a l'alta a la Seguretat Social i que la seva experiència laboral es pugui acreditar.

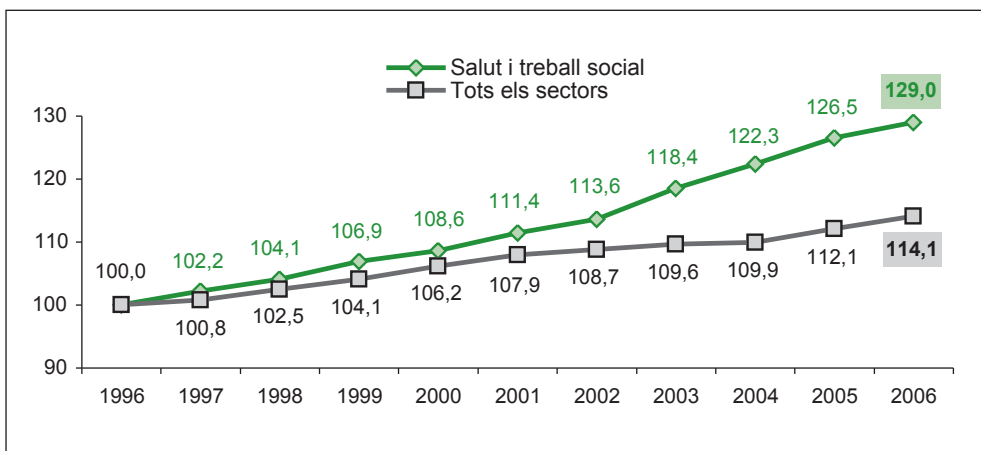
5.2. CARACTERÍSTIQUES DE L'OCUPACIÓ ALS SERVEIS SOCIALS

5.2.1. UNIÓ EUROPEA

A la Unió Europea dels 15, l'ocupació al sector de la salut i dels serveis socials ha experimentat un creixement notable a partir de l'any 2002. S'observa que la taxa de creixement acumulada de l'ocupació al sector de la salut i els serveis socials, de 129, se situa 15 punts percentuals per sobre de la del total de sectors, de 114, tal com s'observa al gràfic següent.

Gràfic 18. Evolució de l'ocupació total i a les activitats de salut i serveis socials. Unió Europea dels 15, 1996-2006

Unitats: índex 1996 = 100.



Font: Enquesta de Forces del Treball (Eurostat). Base 1996: 147.640.800 persones ocupades, a la UE dels 15, i 13.777.500 al sector de la salut i els serveis socials.

L'any 2006, a la Unió Europea dels 15 es va assolir la xifra de 17.772.400 persones ocupades en el sector de la salut i els serveis socials: és a dir, el 10,6% de les persones ocupades, a tota la UE dels 15, treballaven al sector. Si es considera l'ocupació a la Unió Europea dels 25, el nombre de persones ocupades al sector és de 19.644.100 persones, de manera que una de cada deu persones de la UE dels 25 treballa en aquest sector.

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència

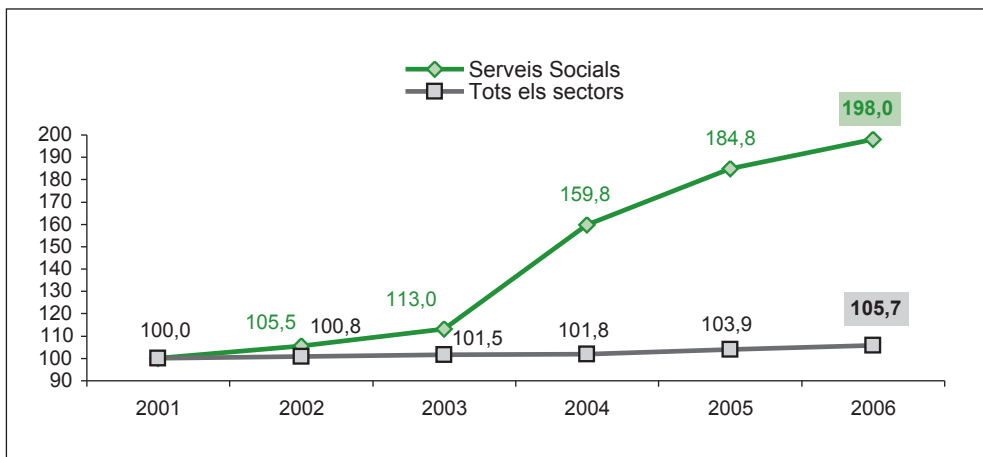


La variació interanual del nombre de persones ocupades en activitats de salut i serveis socials més alta es va produir l'any 2003. Augmenta la diferència entre la taxa de creixement acumulada del sector i la de l'ocupació en conjunt, tal com s'observa al gràfic anterior.

Si s'exclou la salut de l'anàlisi, s'observa que durant el període 2001-2006 l'ocupació als serveis socials, a la Unió Europea dels 15, gairebé es va duplicar, tal com es pot apreciar al gràfic següent.

Gràfic 19. Evolució de l'ocupació total i al sector dels serveis socials. Unió Europea dels 15, 1996-2006

Unitats: índex 1996 = 100.

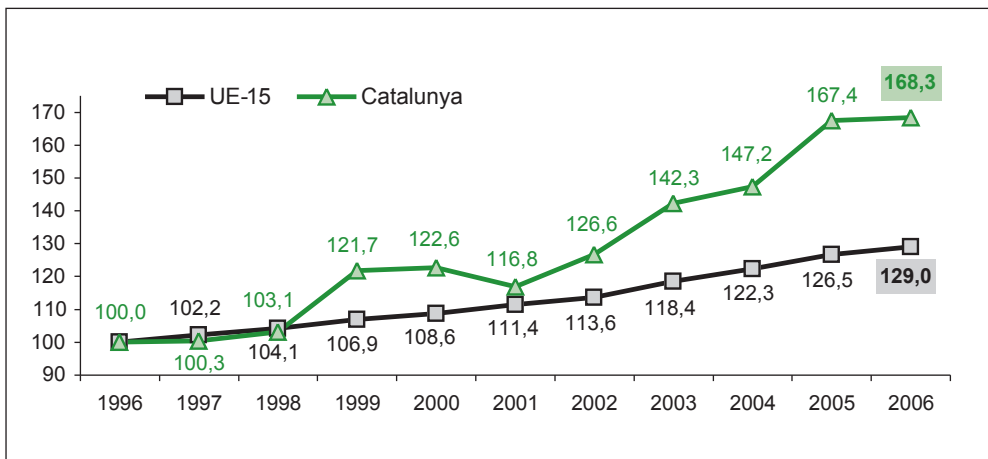


Font: Enquesta de Forces del Treball (Eurostat). Base 2001: 159.327.700 persones ocupades, a la UE dels 15, de les quals 2.614.700 al sector dels serveis socials.

El desenvolupament de les polítiques socials a Catalunya i a l'Estat espanyol ha estat lent i ha necessitat una embranzida per convergir amb el d'altres països de la Unió Europea, més destacada a partir de l'any 2002 i que s'ha reflectit en la taxa de creixement acumulada del nombre de persones ocupades en activitats de salut i serveis socials, 17.772.400 persones a la UE dels 15 l'any 2006 i 201.400 persones a Catalunya, tal com es pot observar al gràfic que ve a continuació.

Gràfic 20. Evolució de l'ocupació a les activitats de salut i serveis socials. Unió Europea dels 15 i Catalunya, 1996-2006

Unitats: índex 1996 = 100.



Font: Eurostat, Enquesta de Forces del Treball, i Instituto Nacional de Estadística (INE). Base 1996: 13.777.500 persones ocupades, a la UE dels 15, i 119.700 persones ocupades a Catalunya.

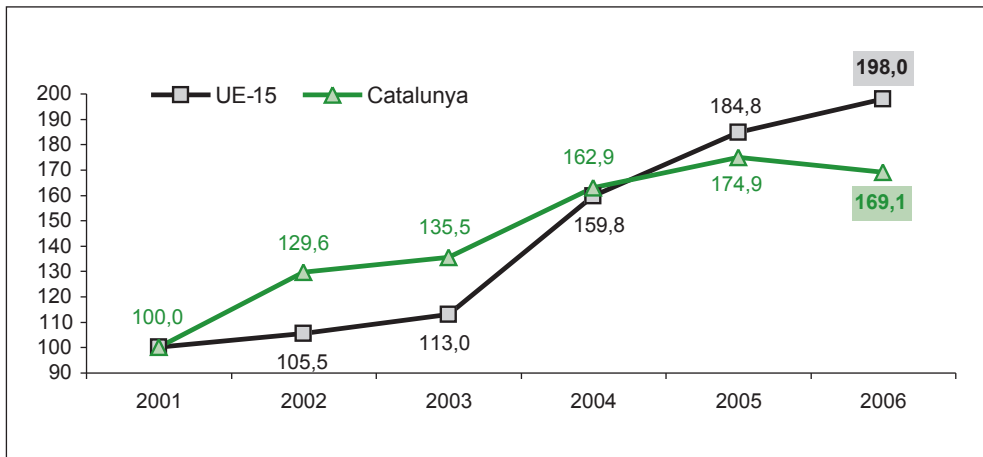
Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



L'evolució de l'ocupació als serveis socials a Catalunya, durant el període 2001-2006, sense tenir en compte la salut, va créixer per sobre de l'ocupació a la UE dels 15 fins l'any 2004. L'any 2006 va experimentar una lleugera davallada, tal com s'observa a continuació.

Gràfic 21. Evolució de l'ocupació al sector dels serveis socials. Unió Europea dels 15 i Catalunya, 2001-2006

Unitats: índex 2001 = 100.

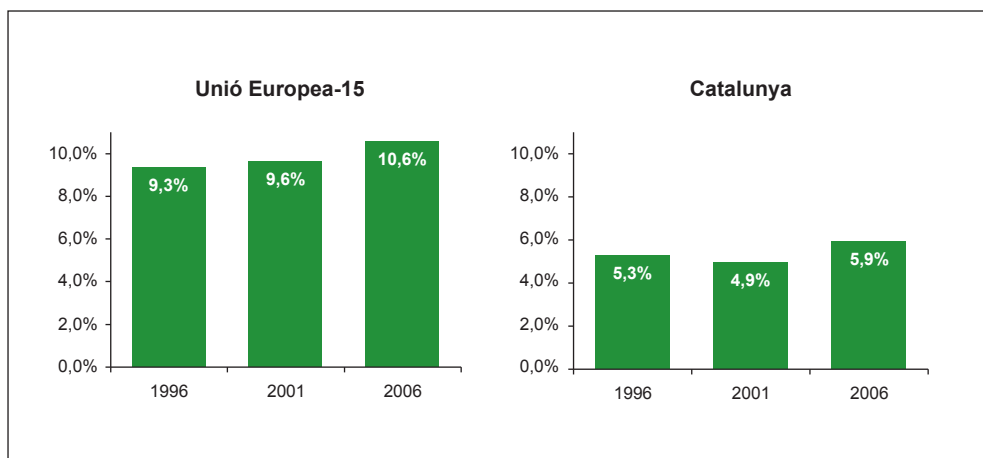


Font: Eurostat, Enquesta de Forces del Treball, i Instituto Nacional de Estadística (INE). Base 2001: 2.614.700 persones ocupades a la UE dels 15 i 30.700 a Catalunya.

Tot i l'increment del nombre de persones ocupades en activitats de salut i serveis socials a Catalunya, la participació de l'ocupació en aquest sector respecte del total queda molt per sota de la de la Unió Europea dels 15, més de quatre punts percentuals per sota, tal com es pot observar al gràfic següent.

Gràfic 22. Evolució de la participació de l'ocupació en activitats de salut i serveis socials. Unió Europea dels 15 i Catalunya, anys 1996, 2001 i 2006

Unitats: percentatge sobre el total.



Font: Eurostat, Enquesta de Forces del Treball.

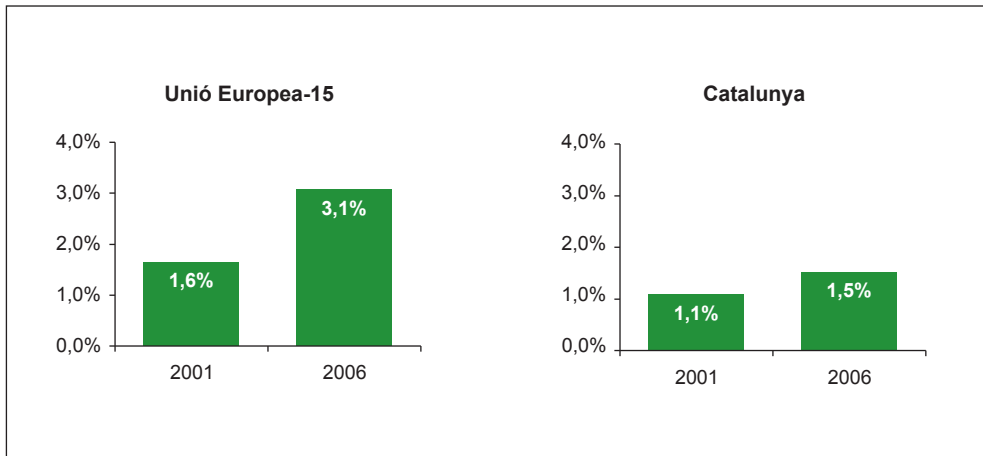
Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



Si se n'exclou la salut, s'observa que el pes de l'ocupació als serveis socials durant el període 2001-2006 ha augmentat en un 1,5% a la UE dels 15, però a Catalunya aquest augment ha estat només del 0,4%, com s'observa al gràfic següent.

Gràfic 23. Evolució de la participació de l'ocupació als serveis socials. Unió Europea dels 15 i Catalunya, 2001 i 2006

Unitats: percentatge sobre el total.



Font: Enquesta de Forces del Treball (Eurostat).

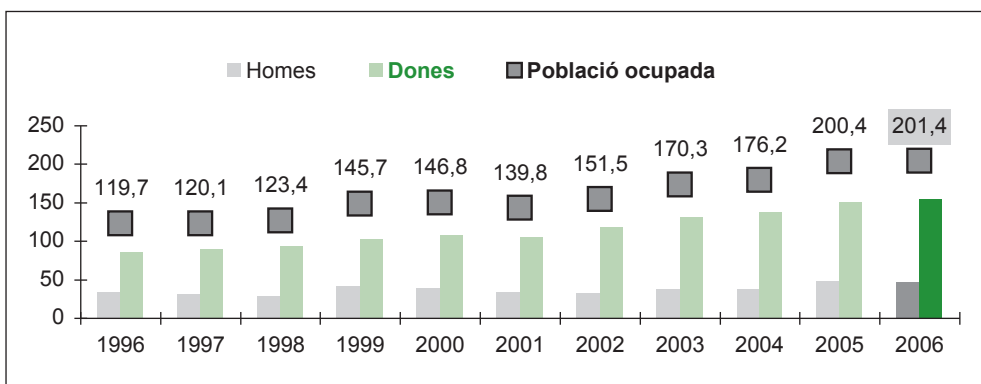
5.2.2. CATALUNYA EN EL CONTEXT DE L'ESTAT ESPANYOL

SALUT I SERVEIS SOCIALS

A Catalunya el nombre de persones ocupades en activitats de **salut i serveis socials** l'any 2006 era de 201.400 persones, 154.900 dones i 46.500 homes. En una dècada, el volum dels recursos humans ocupats al sector ha augmentat en un 68%, per sobre de l'augment de la població catalana, que ha estat del 17% entre els anys 1996 i 2006. De la població ocupada, nou de cada deu persones són assalariades, 183.900; en termes relatius, hi ha més dones assalariades que homes.

Gràfic 24. Evolució del nombre de persones ocupades al sector de la salut i els serveis socials, per sexes. Catalunya, 1996-2006

Unitats: persones, en milers.



Font: Enquesta de Població Activa (EPA). Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat).

Més de tres de cada quatre persones ocupades al sector són dones. L'any 2006, el nombre de dones ocupades al sector era de prop del 77%, enfront d'un 23% d'homes.

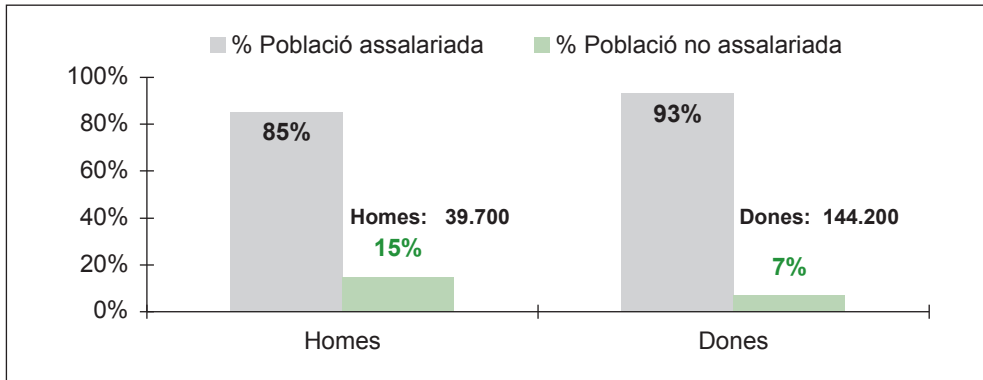
Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



Aquesta proporció de dones ocupades al sector no ha variat gaire amb els anys. D'altra banda, el 93% de les dones ocupades al sector són assalariades; en termes relatius, amb un percentatge de presència superior al dels homes, tal com s'observa al gràfic següent.

Gràfic 25. Distribució de la població ocupada, assalariada i no assalariada, per sexes. Catalunya, 2006

Unitats: percentatge sobre el total de cada sexe.

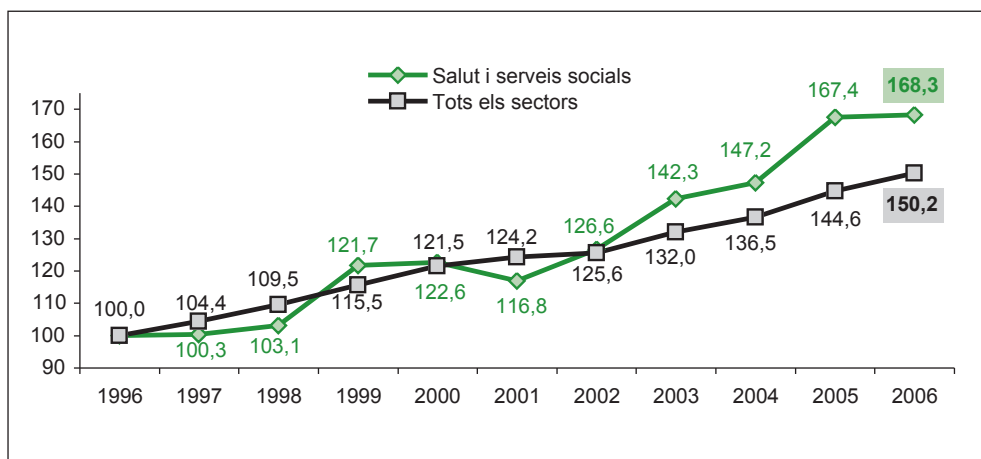


Font: Enquesta de Població Activa (EPA). Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat).

A Catalunya, l'ocupació al sector de la salut i els serveis socials també ha experimentat un creixement notable a partir de l'any 2002. L'evolució de l'ocupació al sector respecte de l'evolució del total de l'ocupació presenta un comportament diferenciats al de la UE dels 15; així, s'observa que, entre els anys 1999 i 2001, la taxa de creixement acumulada de l'ocupació al sector es va mantenir per sota de la del total dels sectors, a excepció de l'any 1999. No obstant això, a partir de l'any 2002 la tendència va canviar i la taxa de creixement acumulada de l'any 2006, al sector de la salut i dels serveis socials, va pujar als 168,3 punts percentuals, per sobre de la del total de l'ocupació, que va ser de 150,2 punts, tal com s'observa al gràfic següent.

Gràfic 26. Evolució de l'ocupació total i a les activitats de salut i serveis socials. Catalunya, 1996-2006

Unitats: índex 1996 = 100.



Font: Enquesta de Forces del Treball (Eurostat) i Instituto Nacional de Estadística (INE). Base: 2.275.400 persones ocupades al total de sectors i 119.700 al sector de la salut i serveis socials.

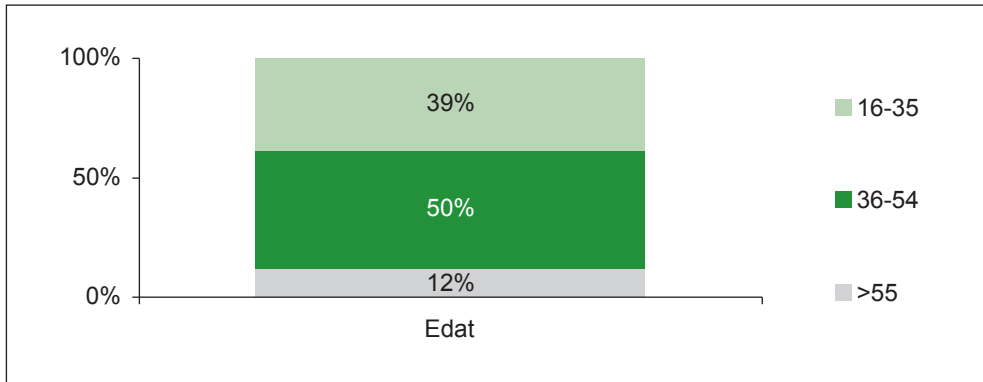
Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



La meitat de les persones que treballen al sector de la salut i els serveis socials tenen entre 36 i 54 anys. Si bé aquest percentatge s'ha mantingut, durant la dècada de 1996-2006, tanmateix el col·lectiu de persones de més de 55 anys s'ha incrementat tres punts percentuals.

Gràfic 27. Distribució de la població ocupada, per edats, al sector de la salut i els serveis socials. Catalunya, 2006

Unitats: percentatge sobre el total.

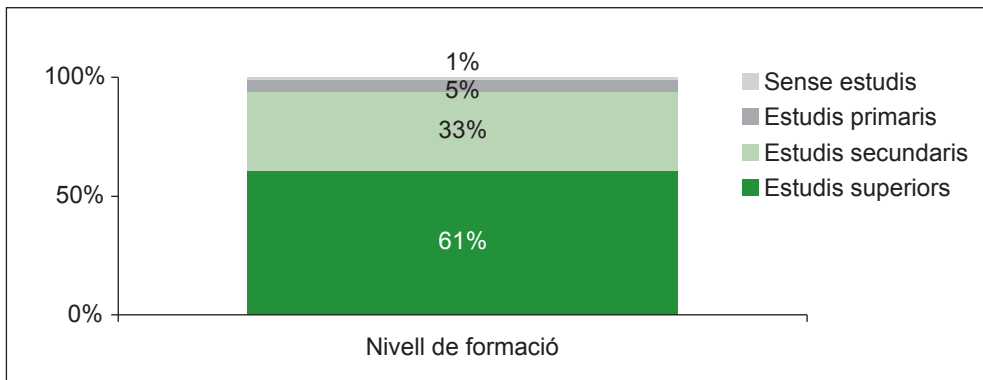


Font: elaboració pròpia, a partir de les dades de l'Institut Nacional de Estadística (INE).

Tres de cada cinc persones que treballen al sector de la salut i els serveis socials tenen estudis superiors, la qual cosa representa un percentatge de persones amb un alt nivell de formació, per sobre del percentatge registrat per a la població ocupada considerada en conjunt, que és del 32%.

Gràfic 28. Distribució de la població ocupada al sector de la salut i els serveis socials, per nivell de formació. Catalunya, 2006

Unitats: percentatge sobre el total.

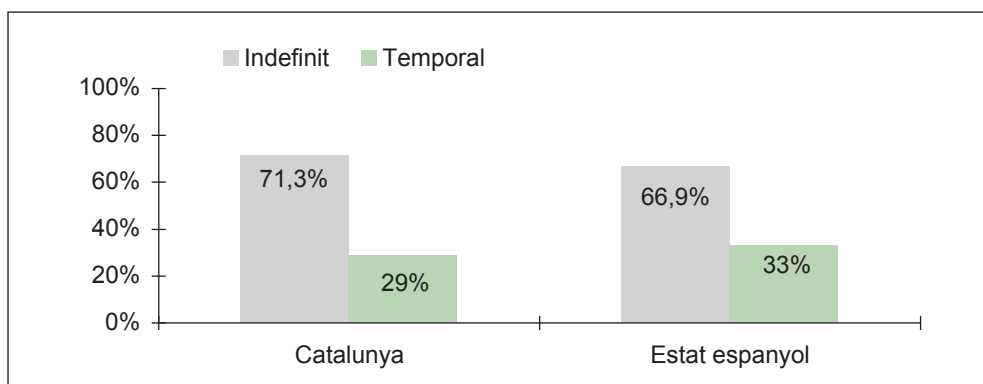


Font: elaboració pròpia, a partir de les dades de l'Institut Nacional de Estadística (INE).

D'altra banda, la taxa de temporalitat del sector de la salut i els serveis socials al nostre país és del 29% i, tot i que és quatre punts percentuals inferior a la de l'Estat espanyol, se situa tanmateix per sobre de la taxa per al total de la població ocupada catalana, que és del 26%.

Gràfic 29. Distribució de la població ocupada per tipus de contracte al sector de la salut i els serveis socials. Catalunya, 2006

Unitats: percentatge sobre el total.

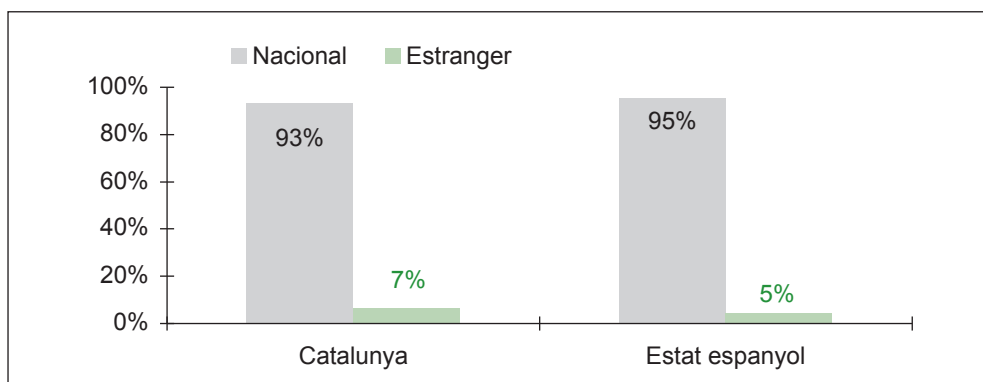


Font: elaboració pròpia, a partir de les dades de l'Institut Nacional de Estadística (INE).

El percentatge de persones ocupades d'origen estranger al sector de la salut i els serveis socials a Catalunya, l'any 2006, va ser del 6,6%, una xifra superior a la de l'Estat espanyol en conjunt. Durant la dècada de 1996-2006, el percentatge de població ocupada estrangera al sector de la salut i els serveis socials s'ha multiplicat per més de cinc.

Gràfic 30. Distribució de la població ocupada, per nacionalitats, al sector de la salut i els serveis socials. Catalunya, 2006

Unitats: percentatge sobre el total.



Font: elaboració pròpia, a partir de les dades de l'Institut Nacional de Estadística (INE).

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència

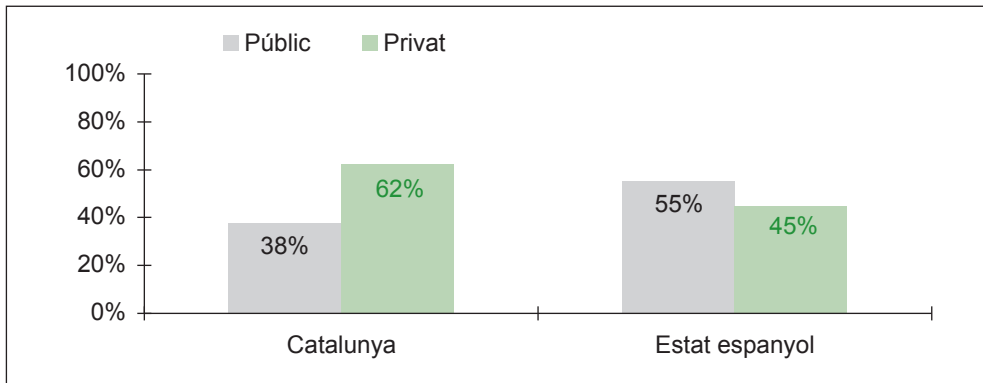


Finalment, la participació de l'ocupació relacionada amb la salut i els serveis socials al sector públic i al privat ha oscil·lat al llarg de la dècada de 1996-2006. Entre els anys 1996 i 1998, la participació de l'ocupació al sector públic era més elevada i superava el 45% del total de l'ocupació. Però el sector privat ha guanyat pes entre els anys 1996 i 2006.

Tres de cada cinc persones que treballen en l'àmbit de la salut i els serveis socials català ho fan al sector privat. L'any 2006 treballaven al sector privat 114.500 persones assalariades, més del 62%; la resta, 69.400 persones, és a dir, prop del 38%, treballaven al sector públic.

Gràfic 31. Distribució de la població ocupada a la salut i els serveis socials, per sectors: públic i privat. Catalunya, 2006

Unitats: percentatge sobre el total.

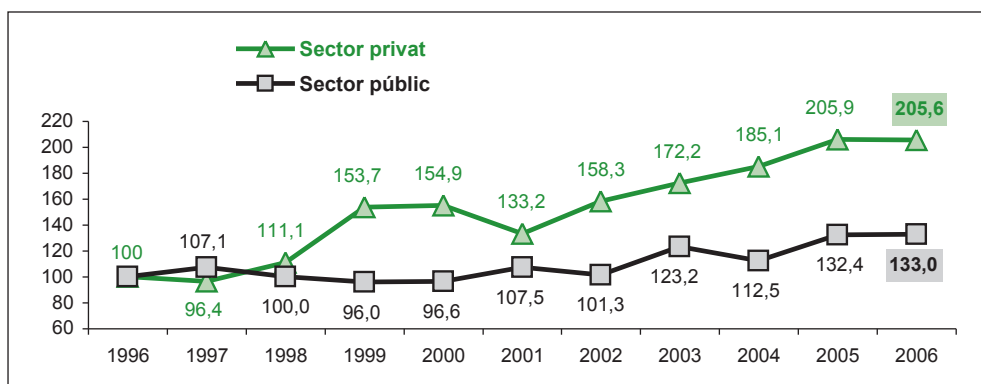


Font: elaboració pròpia, a partir de les dades de l'Instituto Nacional de Estadística (INE).

L'ocupació assalariada al sector privat de la salut i els serveis socials ha crescut per sobre de la del sector públic, com s'observa al gràfic següent.

Gràfic 32. Evolució de la població ocupada assalariada al sector de la salut i els serveis socials. Catalunya, 1996-2006

Unitats: índex 1996 = 100.



Font: Enquesta de Població Activa (EPA). Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat).

La taxa de creixement acumulada de l'ocupació al sector privat de la salut i els serveis socials s'ha duplicat a la dècada de 1996-2006: l'any 2006 va ser de prop de 206; en canvi, la del sector públic va ser de 133.

SERVEIS SOCIALS

Si s'analitza l'evolució de l'ocupació només al sector dels **serveis socials**, exclouent-ne la salut, s'observa que el sector dels serveis socials, amb 51.900 persones ocupades, representa la quarta part de l'ocupació total del sector de la salut i els serveis socials, és a dir, l'1,5% del total de persones ocupades, un percentatge que se situa per sota del de l'Estat espanyol en conjunt, que és de l'1,7%.

L'ocupació en l'àmbit dels serveis socials²⁷ ha experimentat un creixement superior al total de l'ocupació del sector;²⁸ en deu anys s'ha multiplicat per més de dos i ha passat de 23.500 persones ocupades als serveis socials l'any 1996 a 51.900 persones l'any 2006. A continuació es presenta la taxa de creixement anual acumulat de l'ocupació, en l'àmbit dels serveis socials a Catalunya.

²⁷ CNAE: grup 853.

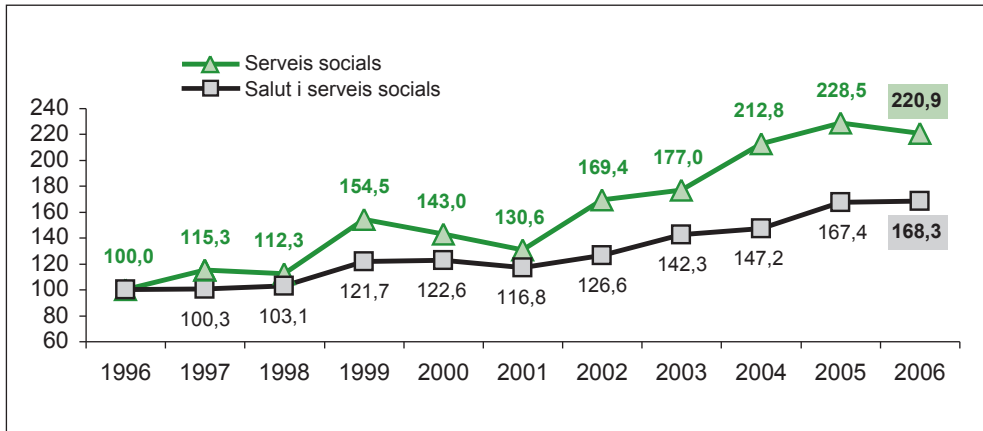
²⁸ CNAE: secció 85.

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



Gràfic 33. Evolució de la població ocupada als serveis socials i al conjunt del sector de la salut i els serveis socials. Catalunya, 1996-2006

Unitats: índex 1996 = 100.



Font: Enquesta de Població Activa (EPA). Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat).

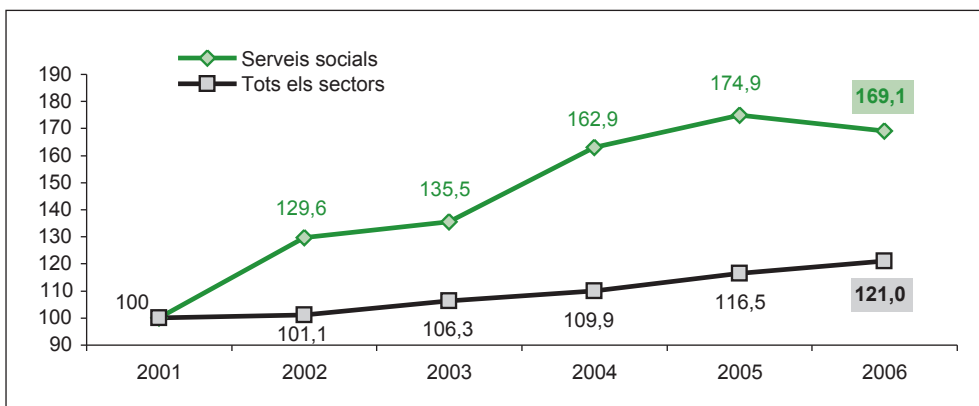
El creixement dels serveis socials ha superat el creixement conjunt del sector de la salut i els serveis socials. La taxa de creixement acumulada del sector dels serveis socials, durant el període 1996-2006, ha estat de 221, i la conjunta del sector de la salut i els serveis socials ha estat de 168.

No obstant això, entre els anys 2005 i 2006 l'ocupació als serveis socials ha disminuït en 1.800 persones, en passar de 53.700 persones ocupades l'any 2005 a 51.900 l'any 2006, mentre que l'ocupació total al conjunt del sector, salut i serveis socials, va augmentar en 1.000 persones, tot passant de 200.400 persones a 201.400. Per tant, les activitats responsables del creixement de l'ocupació han estat les relacionades amb la salut.

Al gràfic següent s'observa la taxa de creixement de l'àmbit dels serveis socials respecte del creixement del total de tots dos àmbits a Catalunya:

Gràfic 34. Evolució de la població ocupada als serveis socials i al total de sectors. Catalunya, 2001-2006

Unitats: índex 2001 = 100.



Font: Enquesta de Població Activa (EPA). Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat). Base 2001: 2.825.800 persones ocupades, 30.700 de les quals al sector dels serveis socials.

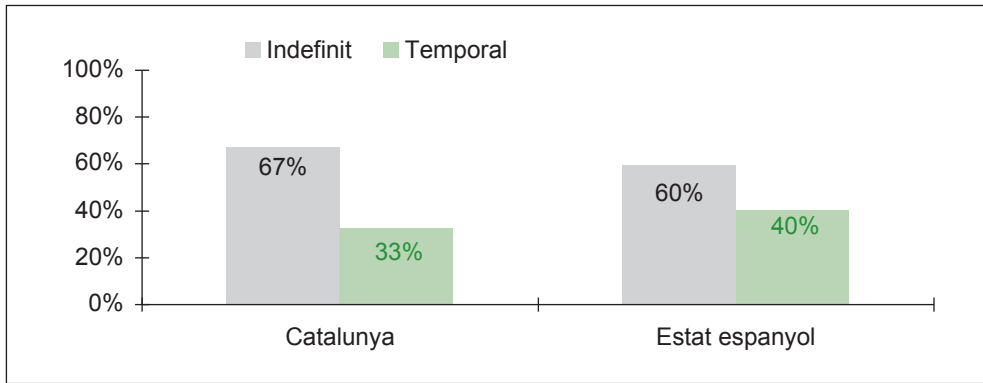
El sector dels serveis socials es caracteritza per una taxa de feminització elevada. A Catalunya, el percentatge de dones que treballen als serveis socials s'eleva quan se n'exclou la salut, així el 89% de les persones que hi treballen són dones. La taxa de feminització és superior a la de l'Estat espanyol, que és de prop del 85%. Així, la majoria de les persones que treballen al sector dels serveis socials, amb l'excepció dels llocs de treball de direcció, són dones.

D'altra banda, destaca l'alta temporalitat del sector dels serveis socials registrada a l'*Enquesta de Població Activa (EPA)* del 2006. S'hi observa que aproximadament una de cada tres persones ocupades als serveis socials té un contracte de treball temporal, molt per sobre de la taxa de temporalitat catalana, que és del 26%, dada que reflecteix un alt índex de rotació laboral en aquest àmbit. Tanmateix, la situació és millor a Catalunya que a l'Estat espanyol en conjunt.



Gràfic 35. Distribució de la població ocupada per tipus de contracte al sector dels serveis socials. Catalunya, 2006

Unitats: percentatge sobre el total.

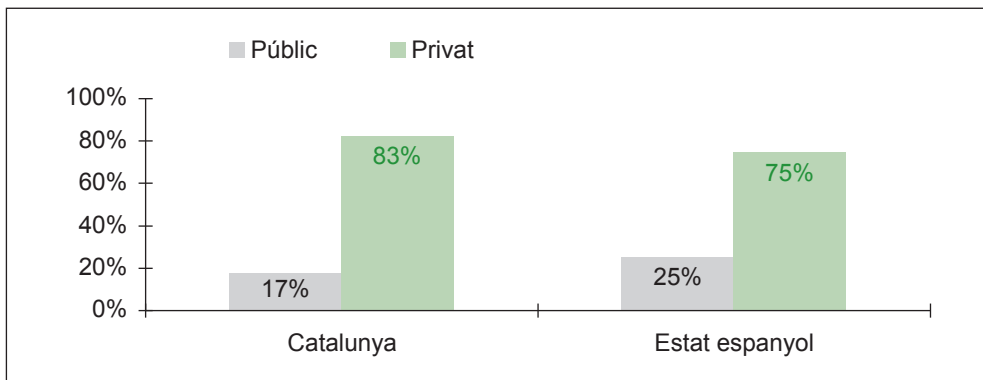


Font: elaboració pròpia, a partir de les dades de l'Instituto Nacional de Estadística (INE).

Si s'analitza la distribució de la població ocupada en l'àmbit dels serveis socials en funció del sector, públic o privat, s'observa que més de quatre de cada cinc persones ocupades al sector dels serveis socials catalans ho estan al sector privat. A Catalunya el sector públic és molt poc representatiu i té una importància relativa inferior al de l'Estat espanyol, on hi treballen una de cada quatre persones ocupades als serveis socials.

Gràfic 36. Distribució de la població ocupada als serveis socials, per sectors: públic i privat. Catalunya, 2006

Unitats: percentatge sobre el total.

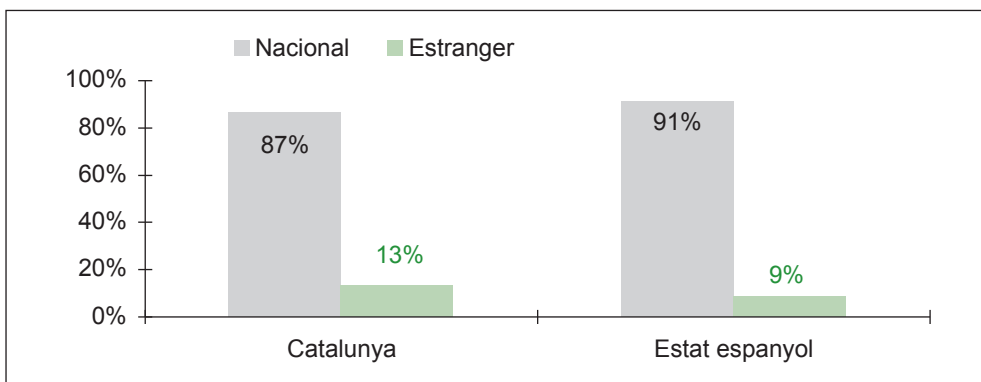


Font: elaboració pròpia, a partir de les dades de l'Instituto Nacional de Estadística (INE).

La població immigrada també contribueix, de manera important, als serveis socials, ja que moltes persones immigrants treballen per donar atenció a una persona sola, gran i en situació de dependència. A Catalunya representen el 13% de la població ocupada als serveis socials, per sobre del percentatge de l'Estat espanyol en conjunt.

Gràfic 37. Distribució de la població ocupada estrangera al sector dels serveis socials. Catalunya, 2006

Unitats: percentatge sobre el total.

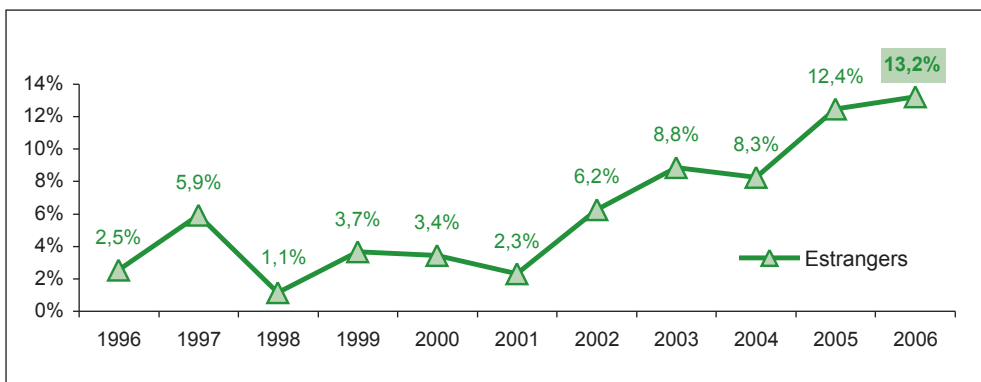


Font: elaboració pròpia, a partir de les dades de l'Institut Nacional de Estadística (INE).

A la dècada de 1996-2006, el col·lectiu de persones estrangeres que treballa al sector dels serveis socials ha passat del 2,5% al 13,2%; dit d'una altra manera: s'ha multiplicat per cinc.

Gràfic 38. Evolució de la població ocupada estrangera al sector dels serveis socials. Catalunya, 2006

Unitats: percentatge sobre el total.



Font: elaboració pròpia, a partir de les dades de l'Institut Nacional de Estadística (INE).

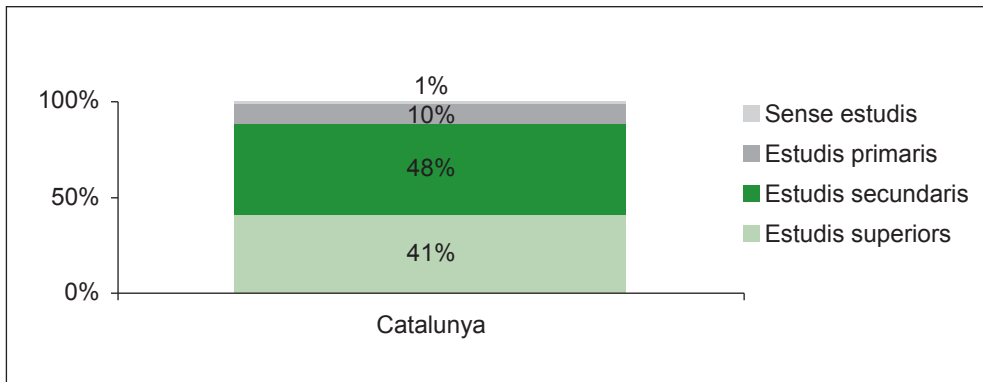
Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



Pel que fa al nivell de formació de la població ocupada al sector dels serveis socials, s'observa que gairebé la meitat tenen estudis secundaris i dos de cada cinc estudis superiors. Si s'exclou la salut del còmput del sector, disminueix el percentatge de persones ocupades amb estudis universitaris i augmenta el de persones amb estudis secundaris. Cal pal·liar la manca de formació i d'acreditació de la qualificació de les persones immigrades i de les cuidadores no professionals, integrar-les als serveis socials formals i fer que surtin de l'economia submergida.

Gràfic 39. Distribució de la població ocupada per nivell de formació al sector dels serveis socials. Catalunya, 2006

Unitats: percentatge sobre el total.

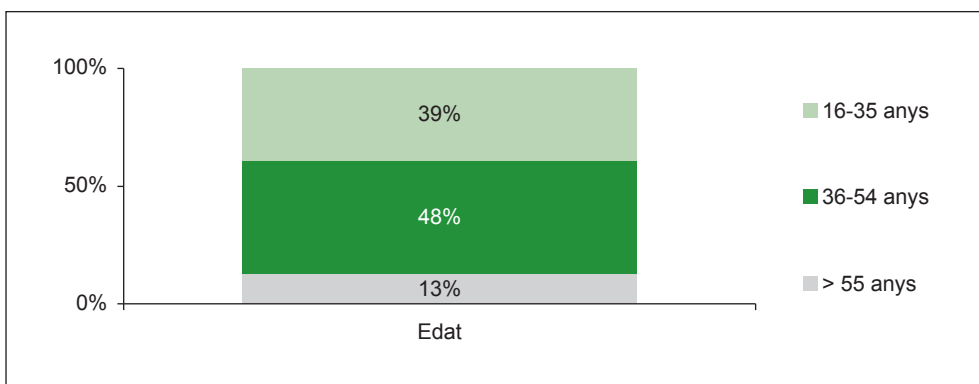


Font: elaboració pròpia, a partir de les dades de l'Instituto Nacional de Estadística (INE).

Finalment, s'observa que gairebé la meitat de les persones ocupades als serveis socials tenen edats compreses entre els 36 i els 54 anys.

Gràfic 40. Distribució de la població ocupada per edat al sector dels serveis socials. Catalunya, 2006

Unitats: percentatge sobre el total.



Font: elaboració pròpia, a partir de les dades de l'Institut Nacional de Estadística (INE).

Moltes de les persones, sobretot dones, que tenen cura dels seus familiars en situació de dependència i han abandonat les seves carreres professionals es podrien incorporar de nou al mercat laboral. El Llibre blanc de la dependència,²⁹ del Ministeri de Treball i Afers Socials, preveu que seran unes 115.000 persones cuidadores l'any 2010 a tot l'Estat. A Catalunya podrien ser 18.400 persones, atès que la població catalana representa una proporció del 16% de la de l'Estat espanyol.

Cal tenir en compte que, segons les estimacions del Llibre blanc, es podrien generar a l'Estat 450.000 llocs de treball a temps complet, l'equivalent a 72.000 llocs de treball a Catalunya, entre ocupació directa, ocupació a la construcció, ocupació indirecta, ocupació submergida que afloraria, ocupació derivada de l'extensió dels programes de teleassistència i d'ajuda a domicili i, finalment, ocupació com a conseqüència de la incorporació al mercat laboral de les persones cuidadores no professionals.

²⁹ *Diversos autors. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. IMSERSO, 2005.*



5.3. CONDICIONS LABORALS I QUALIFICACIÓ DEL PERSONAL D'ATENCIÓ A LES PERSONES

5.3.1. LA GENERACIÓ D'Ocupació DE QUALITAT

La qualitat de l'assistència socio sanitària al domicili i a les institucions és la base per a la generació d'ocupació de qualitat. La millora de la qualitat requerirà incrementar la intensitat i la freqüència de l'atenció a les persones, personalitzar-la i assignar els recursos de manera equilibrada.

Entre els punts febles del treball de cures a les persones, en destaquen els següents: l'alt índex de rotació de les ocupacions més bàsiques, la manca d'incorporació de la població jove i la maduresa d'edat de la que ja hi treballa, l'alt nivell d'estrès, la jornada de treball irregular, la baixa remuneració i el poc prestigi de l'ocupació. Aquestes condicions laborals i la manca de desenvolupament estructural i de prospecció dels serveis d'atenció social desencoratgen les noves incorporacions i en desencadenen l'abandonament prematur.

Segons l'informe sobre el futur de l'ocupació i l'atenció social a la Unió Europea de l'any 2006,³⁰ i en sintonia amb les expectatives que les persones usuàries –tant les directes com les cuidadores– tenen respecte dels serveis socials, la millora en la qualitat dels serveis es relaciona amb la millora de les condicions de treball, de la qualificació i de la formació dels professionals que hi treballen.

En aquesta línia, cal una gestió de qualitat dels recursos humans; un augment de la responsabilitat dels professionals; desenvolupar la formació, els coneixements i les habilitats dels professionals; acreditar-ne l'experiència i la qualificació; proporcionar-los una formació i una qualificació que permeti la mobilitat dels treballadors i les treballadores dels serveis socials dins de la Unió Europea, i millorar-ne la remuneració.

5.3.2. QUALIFICACIÓ I FORMACIÓ DELS RECURSOS HUMANS

El Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD) representa un procés de millora dels serveis socials al conjunt de l'Estat. La primera fase del procés és l'avaluació del grau de discapacitat, i els treballadors/es socials han de fer els primers tràmits administratius. Per iniciar aquest procés i els següents, caldrà reforçar els recursos humans i la seva formació en l'àmbit social i sanitari.

³⁰ Diversos autors. The Future for Employment in Social Care in Europe. Conference report. Hèlsinki: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2006.

És per això que a l'àmbit formatiu es planteja el repte de formar específicament les persones –cuidadors/es i professionals– en la filosofia del benestar i en la comprensió del concepte i de les circumstàncies personals i socials de la dependència, independentment del nivell formatiu o de la participació i professió, la qual cosa implica definir les funcions que configuren cada perfil professional i, allò que és més important, formar les persones cuidadores familiars no professionals.

5.3.3. OCUPACIONS I PERFILS PROFESSIONALS

A l'àmbit europeu no hi ha una harmonització d'ocupacions i qualificacions, la qual cosa dificulta l'objectiu d'assolir una força de treball sostenible.

No obstant això, al Llibre blanc de la dependència s'avança que la majoria dels nous llocs de treball es crearan a l'atenció residencial i a l'ajuda a domicili. Els perfils proposats són, per ordre d'importància, els següents:

- > cuidadors/es amb coneixements de geriatria o sobre discapacitat i auxiliars d'infermeria dedicats a la cura i atenció personal directa de les persones en situació de dependència, que configuren el perfil més nombrós;
- > personal d'hostaleria a residències i centres de dia: personal de cuina, de sala, de neteja i de bugaderia;
- > personal de manteniment, de transport, de vigilància i de consergeria;
- > personal especialitzat: metges/esses, psicòlegs/es, treballadors/es socials, fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals, personal d'infermeria i animadors/es;
- > personal de gestió i d'administració de programes i centres.

A continuació, s'exposen els perfils professionals d'una part del personal del SAAD que han estat descrits pel Comitè d'experts en formació de recursos humans a l'àmbit dels serveis socials, del Departament d'Acció Social i Ciutadania de la Generalitat de Catalunya.

ELS PERFILS PROFESSIONALS DEL PERSONAL DE L'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA

A Catalunya, els models d'atenció domiciliària tenen per objectiu mantenir les persones al seu entorn habitual i endarrerir-ne l'ingrés en un centre residencial.

En aquest model hi intervenen diferents professionals; a l'àmbit de **l'atenció social primària**, en destaquen els següents:

Les persones diplomades en treball social i les diplomades en educació social que componen els serveis bàsics del Sistema Català de Serveis Socials i que reben i analitzen les demandes

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



relacionades amb les situacions de dependència, informen; orienten i assessoren; gestionen els Serveis d'Atenció Domiciliària; tramiten i fan el seguiment dels programes i de les prestacions corresponents, i també les derivacions als Serveis d'Atenció Especialitzada.

Els treballadors/es familiars dels Serveis d'Atenció Domiciliària, que, en el context d'un equip multiprofessional, ajuden a realitzar les tasques més immediates d'atenció personal i domèstica necessàries per al desenvolupament normal de la vida quotidiana; eduquen per a l'adquisició i millora dels hàbits domèstics i personals que facilitin que la família o la persona que viu sola mantingui un grau d'autonomia prou acceptable per continuar residint a la seva llar, i en faciliten la reincorporació, en situacions posteriors a un accident que hagi deixat efectes secundaris importants.

Finalment, hi intervenen les persones que exerceixen com a treballadores socials, educadores socials, pedagogues, psicòlogues i llicenciades en dret que componen els Serveis d'Assessorament Tècnic de l'atenció social primària i que s'encarreguen de la programació, realització i organització dels serveis socials, a més de la formació dels professionals.

Com a models d'atenció domiciliària, en destaquen el de la ciutat de Barcelona, el de la Diputació de Barcelona i el d'àmbit comarcal de les Garrigues.³¹

La valuosa experiència domèstica i familiar de les persones cuidadores familiars s'ha de complementar amb d'altres coneixements professionals de l'àmbit social, psicològic i ètic que en potenciïn la qualificació, atès que, en general, el sector de l'ajuda domiciliària sota la forma associativa està poc professionalitzat.

Com es dedueix de les dades d'ocupació, el col·lectiu de les persones que treballen al sector de l'atenció a la gent gran, especialment el de les persones que presten ajuda domiciliària, no té reconeixement i està poc format.

La formació de les persones cuidadores és cada cop més necessària, sobretot si creix el nombre de serveis d'ajuda a domicili que es deleguen a tercers i a entitats prestadores de serveis. D'altra banda, el model de formació no es pot construir sobre la base exclusiva de la preparació tècnica, sinó que ha de tenir un enfocament relacional, amb una base cultural i de coneixements professionals especialitzats.

³¹ Cervera, Montserrat; Dia, Oscar; Laporta, Elia. Modelo de futuro del servicio de atención a domicilio. Madrid: Edad y Vida, 2007.

Un altre punt que cal considerar és el descans o respir familiar de les persones cuidadores, sobre la base de poder disposar d'estades o llits temporals per a les persones a les quals atenen, complementades amb centres de dia, guardes nocturnes o períodes de formació, que els permetin descansar i/o adquirir coneixements.

EL PERFIL PROFESSIONAL DEL PERSONAL DELS CENTRES RESIDENCIALS PER A GENT GRAN I PER A PERSONES AMB DISCAPACITAT

En l'àmbit dels serveis socials d'atenció a la gent gran hi estan inclosos els serveis de centres residencials següents:

- Servei de llar residència.
- Servei de residència assistida per a persones grans amb dependències.
- Serveis d'acolliment diürn de centres de dia per a gent gran.

Els perfils professionals dels **centres residencials** són els següents:

- > Director/a assistencial o director/a de servei d'acolliment diürn, amb una titulació mínima de diplomad/a universitari/ària en l'àmbit de les ciències humanes i socials i formació complementària especialitzada en l'àmbit de la gent gran, que desenvolupa funcions de direcció.
- > Personal auxiliar de gerontologia, amb una titulació mínima de graduat/ada en educació secundària (ESO o equivalent) que desenvolupa funcions en l'àmbit assistencial, tasques d'hostaleria i funcions educatives i preventives amb les persones ateses.
- > Personal diplomad en infermeria, amb titulació universitària de diplomad/ada en infermeria i formació complementària específica en el camp de la geriatria, que desenvolupa, entre d'altres, funcions relacionades amb el procés d'acolliment, estada i comiat de la persona usuària atesa.
- > Personal responsable higienicosanitari, diplomad en infermeria, llicenciat en medicina o similar, que es responsabilitza de l'accés de les persones usuàries als recursos públics, de l'administració de medicaments, de la supervisió de menús, de les condicions higièniques, de l'actualització de dades i de l'elaboració de protocols.
- > Personal diplomad en fisioteràpia i formació complementària específica en el camp de la gerontologia, amb funcions relacionades amb la prevenció, promoció, manteniment i recuperació de la funcionalitat de la persona atesa.
- > Personal diplomad en teràpia ocupacional i formació específica en el camp de la gerontologia, amb funcions relacionades amb el desenvolupament, la recuperació, l'enfortiment i la prevenció de la pèrdua d'hàbits, habilitats, tasques, rutines i rols ocupacionals.

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



- > Personal diplomad en treball social i formació complementària específica en el camp de la gerontologia que vetlla pels drets i deures de la persona atesa i per coordinar els programes d'intervenció, i que és el referent de la persona atesa i de la seva família al llarg de tot el procés d'acollida, d'estada i de comiat.
- > Personal diplomad en educació social o llicenciat en pedagogia, amb formació complementària específica en l'àmbit de la gerontologia que té per funcions elaborar, coordinar i avaluar els programes anuals d'activitats socioculturals i educatives.
- > Personal llicenciat en medicina i cirurgia, amb formació complementària en gerontologia i funcions relacionades amb el coneixement de l'estat de salut i el nivell de dependència de les persones ateses, la definició dels objectius de l'atenció mèdica, la prescripció de tractaments específics i el seguiment i l'elaboració d'informes mèdics, entre d'altres.
- > Personal llicenciat en psicologia i amb formació complementària específica en el camp de la gerontologia, que té per funcions, entre d'altres, l'avaluació psicològica cognitiva, afectiva i neuropsicologia i la intervenció preventiva i terapèutica individual i de grup.

Davant la preferència de moltes persones grans de restar al seu domicili, els centres residencials acaben acollint les persones més fràgils, afectades per demències i en situació de gran dependència. A més, ocupar-se de persones d'edat avançada en situació de dependència requereix menys activitats tècniques i més activitats relacionals, de prevenció i d'acompanyament. En aquest sentit, els centres tenen uns índexs baixos de dotació de professionals i la sobrecàrrega a què estan sotmesos és elevada, la qual cosa frena la implicació de la joventut llicenciada. Per aquest motiu, els centres residencials acaben gestionant la precarietat laboral i només poden contractar persones amb dificultats professionals.³²

Pel que fa a les persones discapacitades, els perfils professionals dels **centres de dia** d'atenció especialitzada i dels centres residencials per a persones amb discapacitat són els següents:

- > Director/a, amb una diplomatura o llicenciatura universitària, preferentment en l'àmbit de les ciències socials i de la salut, que desenvolupa funcions de planificació i organització del centre, legals, d'atenció a les persones amb discapacitat i a les seves famílies, de gestió d'infraestructures, de serveis externs i interns i de relació externa del centre.

³² Grup del Projecte GESTE: Dautreline, Sébastien; Lenoir, Daniel (2007). "La atención a las personas mayores en situación de dependencia en su último período de vida. Retos y apuntes para una reflexión del Estado." Madrid, Boletín sobre envejecimiento: Perfiles y tendencias, núm. 28, pàg. 8-28.

- > Responsable higienicosanitari/a, diplomat/ada en infermeria, llicenciat/ada en medicina o similar que es responsabilitza de l'accés de les persones usuàries als recursos públics, de l'administració de medicaments, de la supervisió de menús, de les condicions higièniques, de l'actualització de dades i de l'elaboració de protocols.
- > Personal cuidador amb una titulació mínima de formació professional de grau mitjà que té per funcions, entre d'altres, donar l'ajut necessari per realitzar les tasques de la vida quotidiana, facilitar el hàbits, administrar medicaments, registrar incidències i complimentar documentació.

En general, als centres residencials manquen persones professionals qualificades, la qual cosa perjudica la qualitat de l'atenció i de l'ajuda oferta. L'acompanyament de persones grans afectades de múltiples patologies queda a càrrec de personal poc qualificat. Cal donar relleu a la formació i l'acreditació del personal contractat als centres residencials, a més del suport per part dels professionals de la psicologia a les persones cuidadores i a les actuacions destinades a les persones residents.

5.4. TENDÈNCIES DE L'OCUPACIÓ EN L'ÀMBIT DELS SERVEIS SOCIALS I REPTES DE FUTUR

El sector amb més potencial de creixement els propers anys a l'Estat espanyol serà el dels serveis, sobretot els serveis públics de caràcter comunitari que satisfacin la demanda de serveis socials i les noves necessitats socials, atès que l'Estat espanyol queda per sota de la mitjana de la Unió Europea pel que fa a la prestació d'aquests serveis. A més, ja fa anys que el Consell de la Unió Europea, en el marc de l'estratègia europea d'ocupació, recomana millorar l'oferta de serveis de cura de nens i nenes i d'altres persones en situació de dependència.³³

El futur de l'Estat del benestar passa per proporcionar serveis i atenció personalitzada a les persones en situació de dependència de totes les edats. Els serveis socials contribueixen positivament a la cohesió social i a l'economia, atès que és una part essencial de les polítiques i dels programes de cohesió social i contribueix de manera significativa a la creació d'ocupació. Els serveis socials són intensius en treball i es consoliden com un dels jaciments d'ocupació més importants. Els retorns econòmics i socials que es deriven de la posada en marxa d'un sistema estatal d'atenció a la dependència estan garantits, en augmentar les cotitzacions socials, els ingressos fiscals i l'estalvi en prestacions d'atur.

³³ *Diversos autors. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. IMSERSO, 2005.*

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



D'altra banda, l'atenció a la dependència requereix molts recursos humans, és intensiva en mà d'obra i de ben segur que tindrà un impacte en la creació de llocs de treball públics i privats. El Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD) alliberarà persones, sobretot dones, que actualment romanen a casa i estan dedicades de manera exclusiva a la cura de persones en situació de dependència i les incorporarà com a població activa al mercat laboral. El SAAD també pot fer aflorar les ocupacions que avui dia es fan a l'àmbit de l'economia submergida o irregular, si possibilita que aquestes persones cuidadores no professionals contribueixin a la Seguretat Social.

5.4.1. LA UNIÓ EUROPEA

El sector social i de la salut ha crescut a la UE dels 15 durant el període 2000-2005 i s'han creat nous llocs de treball.³⁴ Tanmateix, preocupa el desequilibri entre l'oferta i la demanda i el seu cost social i econòmic. Per afrontar el desequilibri entre l'oferta i la demanda de serveis socials, caldrà emprendre mesures destinades a millorar la conciliació de la vida laboral i familiar dels treballadors/es socials, mitjançant la contractació a temps parcial, i millorar-ne les condicions salarials i laborals en general.

A la Unió Europea, l'any 2006 es van fer paleses tres preocupacions:

- la demanda de serveis socials sobrepassava l'oferta;
- el sector era poc atractiu per als treballadors/es;
- el sector és intensiu en mà d'obra.³⁵

5.4.2. CATALUNYA EN EL CONTEXT DE L'ESTAT ESPANYOL

Catalunya se situa molt per sota de la mitjana de la Unió Europea pel que fa a l'ocupació en l'àmbit sociosanitari. Hi ha una diferència de més de quatre punts percentuals, com s'ha observat anteriorment. A Catalunya s'haurien de crear més de cent cinquanta mil llocs de treball al sector, per assolir els nivells mitjans de la Unió Europea.

La Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, fa palesa la necessitat de recursos humans a l'àmbit dels serveis d'atenció social i, per tant, la necessitat de planificar-ne la selecció i la formació. La manca de personal de l'àmbit del treball social pot frenar el desplegament de la Llei.

³⁴ Diversos autors. The Future for Employment in Social Care in Europe. Conference report. *Hèlsinki: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2006.*

³⁵ Diversos autors. The Future for Employment in Social Care in Europe. Conference report. *Hèlsinki: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2006.*

El Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD) és un instrument de millora dels serveis d'atenció social a l'Estat i, a mesura que es consolidi, haurà d'ampliar els recursos humans. Es preveia que es generarien a tot l'Estat entre 211.764 i 262.735 nous llocs de treball durant el període 2005-2010. A Catalunya, tenint en compte el pes de la seva població en el conjunt de l'Estat, del 16%, es poden generar entre 33.882 i 42.036 nous llocs de treball, amb el consegüent impacte positiu en l'activitat econòmica.³⁶

L'ocupació a Catalunya es crearà com a conseqüència de la intensificació del nombre d'hores d'atenció setmanal a les persones en situació de dependència, de la diversificació dels recursos disponibles (residències, centres de dia, habitatges tutelats, ajuda domiciliària), en incrementar la qualificació i la qualitat de l'ocupació dels recursos humans (selecció, formació i condicions de treball) i en possibilitar l'acreditació de les persones cuidadores no professionals.

Es calcula que el nombre de persones en situació de dependència usuària serà, l'any 2009, de 206.122 persones, i l'any 2015, de 233.958, tal com s'observa a la taula següent.

Taula 18. Població en situació de dependència. Catalunya, hipòtesis 2009 i 2015

Unitats: persones i percentatges.

Hipòtesi: població usuària en situació de dependència				
	2009		2015	
Graus	Xifres absolutes	Percentatge	Xifres absolutes	Percentatge
Grau III	32.312	15,7%	37.743	16,1%
Grau II	64.065	31,1%	73.890	31,6%
Grau I	109.745	53,2%	122.326	52,3%
Total	206.122	100,0%	233.958	100,0%

Font: Programa per a l'impuls i l'ordenació de la promoció de l'autonomia personal i l'atenció de les persones en situació de dependència.

Tanmateix, cal tenir en compte que l'any 2006 ja hi havia 377.527 persones amb discapacitat a Catalunya.

Els recursos que més han augmentat durant el període 1997-2006 han estat els habitatges tutelats, que s'han multiplicat per set, i els centres de dia, que s'han duplicat. Els centres d'acolliment residencial i els centres ocupacionals han crescut, però en menor proporció.

³⁶ *Diversos autors. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. IMSERSO, 2005.*

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



Seguint el Llibre blanc i el Programa per a l'impuls de la promoció de l'autonomia personal i l'atenció de les persones amb dependències, i tenint en compte que la població catalana representava l'any 2006 el 16% de la població de l'Estat espanyol, el nombre de persones en situació de dependència cobertes pel SAAD a Catalunya l'any 2010 serà, aproximadament, de més de 200.000, i el de persones amb discapacitat moderada o que necessitaran ajuda per realitzar alguna activitat quotidiana pot superar les 300.000.

Taula 19. Assignació de recursos necessària per cobrir la població en situació de dependència. Catalunya, hipòtesi 2010

Unitats: persones i percentatge.

Hipòtesi: població usuària en situació de dependència (2010)		
Recursos	Persones	Percentatge
Recursos formals	146.347	71%
Centres d'acolliment residencial	55.653	27%
Centre de dia	14.429	7%
Ajuda domiciliària	74.204	36%
Assistent personal per a l'autonomia	2.061	1%
Atenció informal	59.775	29%
Total	206.122	100%

Font: *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco*. IMSERSO, 2005.

Una altra hipòtesi és la de la generació de llocs de treball a temps complet. Si es tenen en compte les dades del Llibre blanc per a la dependència, per a l'any 2010, i el pes de la població catalana sobre el total de l'Estat, la generació de llocs de treball a temps complet –segons les ràtios del nombre de professionals per persona usuària atesa i recurs– és la següent:

Taula 20. Ràtios (nombre de treballadors/es per persona usuària atesa) de generació de llocs de treball a temps complet. Catalunya, hipòtesi 2010

Unitats: treballadors/es per persona atesa i llocs de treball.

Hipòtesi: generació de llocs de treball a l'Estat (2010)		
Recursos formals	Ràtio (professional/usuari/a)	Llocs de treball a temps complet
Centres d'acolliment residencial	0,5 / 0,6 *	27.539
Centre de dia	0,35	4.946
Ajuda domiciliària		20.724
Gran dependència	0,70	
Dependència severa	0,51	
Dependència moderada	0,21	
Assistent personal per a l'autonomia	0,70	1.698
Teleassistència	1 per cada 100 persones usuàries	1.450
Total		56.358

Font: elaboració pròpia, a partir de les ràtios del Llibre blanc de l'Estat espanyol.

(*) Persones grans: 0,5; persones amb discapacitat greu: 0,6.

Aquesta hipòtesi d'assignació de recursos té en compte la reducció progressiva de l'atenció informal i l'increment de l'atenció formal. A l'àmbit dels serveis d'atenció social, el treball remunerat ha de competir amb el treball informal i el familiar.

Al Llibre blanc per a la dependència es preveia generar l'any 2010 el total de l'ocupació. Segons l'extrapolació feta, a Catalunya li correspondrien 56.358 llocs de treball, i l'any 2007 el 45%, és a dir, uns 25.361 llocs de treball.

Cal preveure que, com a conseqüència del desplegament del SAAD, es generi ocupació relacionada amb el desenvolupament de la xarxa de recursos, és a dir, amb la construcció i l'adequació de residències, centres de dia i habitatges tutelats; i, per tant, l'ocupació corresponent a la construcció. D'altra banda, la necessitat de proveïment de productes d'alimentació, material fungible i altres, com a conseqüència de les activitats d'hostaleria i de manteniment, generarà ocupació indirecta.

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència

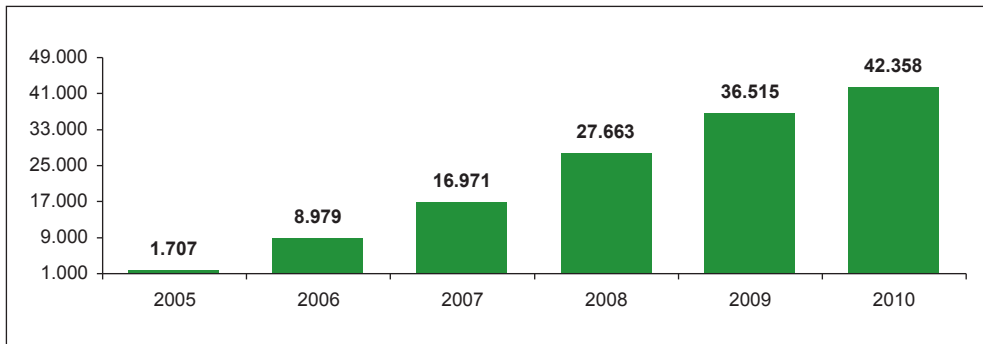


La manca de professionals socials que experimenten molts països de la UE s'agreujarà els propers anys; per tant, caldrà millorar les condicions de treball i la formació dels professionals dels serveis socials.

El Llibre blanc per a la dependència no formula cap ràtio d'ocupació per a l'atenció informal. Tenint en compte que l'any 2005 es va fer una estimació dels llocs de treball que hi havia a l'Estat espanyol, relacionats amb la dependència, de 88.500 llocs –dels quals uns 14.000 correspondrien a Catalunya, considerant el pes de la seva població–, l'estimació potencial de generació neta d'ocupació del SAAD per a l'any 2010, un cop descomptats els de l'any 2005, és de 42.358 llocs de treball. Al gràfic següent es detalla la generació d'ocupació a l'àmbit dels serveis socials extrapolada per a Catalunya, sobre la base de la proposta del Llibre blanc per al conjunt de l'Estat espanyol.

Gràfic 41. Evolució de la creació d'ocupació als serveis socials, segons el llibre blanc. Catalunya, 2005-2010

Unitats: persones.



Font: Llibre blanc sobre l'atenció a les persones en situació de dependència a Espanya i elaboració pròpia.

El desenvolupament d'una nova oferta de serveis requereix temps, contractació i formació dels recursos humans, i construcció i adequació de les instal·lacions. Al Llibre blanc es preveia generar el total de l'ocupació l'any 2010, i l'any 2006 el 21%, que a Catalunya suposarien aproximadament 8.979 llocs de treball. Les xifres de l'*Enquesta de Població Activa (EPA)* indiquen que durant el període 2005-2006 s'han generat 1.000 nous llocs de treball a Catalunya; en canvi, a l'Estat s'han generat 46.100 llocs de treball en un any. El nombre de persones ocupades a l'àmbit sociosanitari entre els anys 2005 i 2006 va créixer només en 1.000 persones, el 0,5%, molt per sota de les previsions fetes.

No obstant això, d'altres estudis sobre el Sistema estatal d'atenció a la dependència i el seu efecte sobre l'ocupació ³⁷ utilitzen models diferents que el del Llibre blanc per efectuar estimacions de generació d'ocupació.

El Llibre blanc aplica coeficients d'ocupació específics per persona en situació de dependència, segons el grau de dependència i el recurs. En canvi, d'altres simulacions es basen en escenaris de serveis i infraestructures i n'avaluen la creació d'ocupació a tots dos àmbits, no exclusivament al dels serveis.

Així, les estimacions fetes sobre la base de simulacions diferents de la del Llibre blanc, ³⁸ que tenen en compte la despesa corrent (serveis) i la despesa de capital (infraestructures) en diversos escenaris, situen l'ocupació generada l'any 2010 per sota de les previsions del Llibre blanc, de 42.358 llocs de treball.

Cal esmentar que aquestes estimacions se situen entre el 24% i el 39% per sota de les del Llibre blanc i no són tan optimistes pel que fa a la incorporació de les persones familiars cuidadores a l'activitat, atès que són persones inactives laboralment i amb una escassa probabilitat d'accedir al mercat de treball. A més, el suport des de la llar a les persones en situació de dependència es fa mitjançant les persones empleades a la llar. Per tant, les previsions pel que fa als avantatges de l'alliberament del potencial laboral que romandria en les persones cuidadores informals són menys optimistes.

5.5. EXEMPLIFICACIÓ DE LES NECESSITATS FUTURES DE RECURSOS HUMANS, SOBRE LA BASE DE TRES MODELS DE SERVEIS

La prestació de serveis a la dependència té un impacte al mercat de treball. A continuació s'exposa el nombre de llocs de treball i els perfils professionals que es deriven dels tres models desenvolupats en aquest estudi.

³⁷ Herce, José A.; Labeaga, José M.; Sosvilla Rivero, Simón; Ortega, Carolina (2006). "El Sistema Nacional de Dependencia. Evaluación de sus efectos sobre el empleo." Madrid, Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, núm. 60, pàg. 167-195, 2006.

³⁸ Herce, José A.; Labeaga, José M.; Sosvilla Rivero, Simón; Ortega, Carolina. "El Sistema Nacional de Dependencia. Evaluación de sus efectos sobre el empleo." Madrid, Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, núm. 60, pàg. 167-195, 2006. Taula d'input / output de l'economia espanyola per a l'any 2000 de l'Institut Nacional de Estadística (INE), model macroeconòmic HERMIN-Espanya de FEDEA i anàlisi microeconòmica.

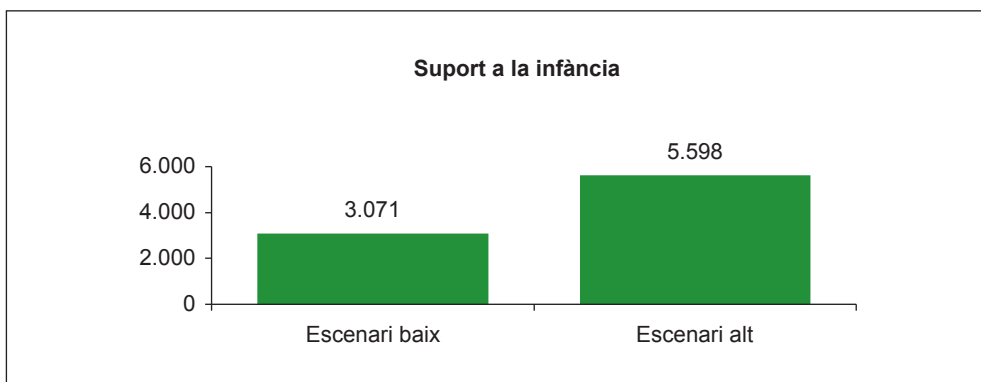


5.5.1. SUPORT A LA INFÀNCIA

L'anàlisi de la demanda de llars d'infants públiques, segons el model de l'Institut Cerdà desenvolupat a l'apartat 3, es concreta en una estimació per a l'any 2020 que pot anar de les 29.940 places de l'escenari baix a les 54.583 places de l'escenari alt, i en la necessitat de disposar de recursos humans relacionats amb els perfils següents: cangurs, mainaderes o cuidadores, personal de llars d'infants –puericultores–, mestres de suport, personal d'activitats esportives, extraescolars i ludoteques i personal d'educació especial. Sobre la base del Reial decret 282/2066, de 4 de juliol, pel qual es regulen el primer cicle de l'educació infantil i els requisits dels centres, s'ha fet un càlcul aproximat de creació de llocs de treball, l'any 2020, que pot oscil·lar entre els 3.071 llocs de treball de l'escenari baix i els 5.598 de l'escenari alt.

Gràfic 42. Servei de suport a la infància. Previsió de llocs de treball que es crearan. Catalunya, 2020

Unitats: llocs de treball.



Font: elaboració pròpia, a partir del model desenvolupat per l'Institut Cerdà.

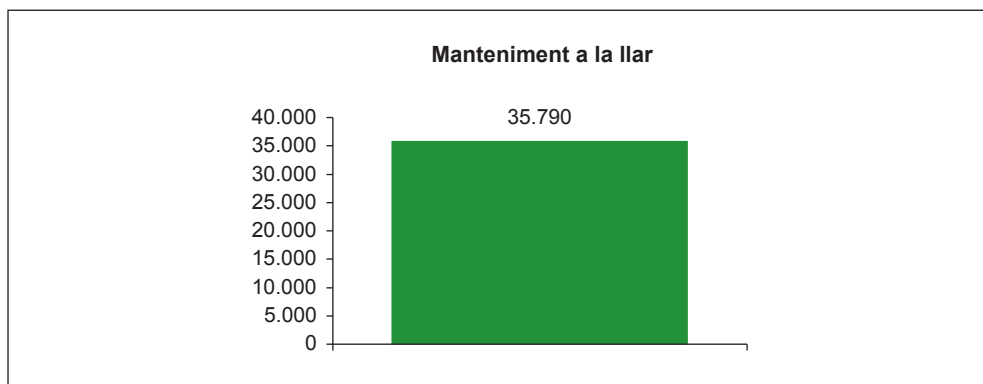
5.5.2. MANTENIMENT DE LA PERSONA EN SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA A LA LLAR

En aquest model, la demanda de personal d'atenció domiciliària que ha de tenir cura de les persones en situació de dependència estimada per l'any 2020 es concreta en 35.790 persones cuidadores, distribuïdes de la manera següent: en l'àmbit del càncer, 5.275; en el de la malaltia d'Alzheimer i la demència, 7.676; en el de les persones amb SIDA terminal, 74, i, finalment, en l'àmbit de les persones en situació de dependència no incloses als grups anteriors, 11.616 persones cuidadores.

Els perfils professionals necessaris seran els relacionats amb l'atenció sociosanitària (medicina, infermeria, auxiliar de clínica i gerontologia), cuidadors/es responsables de l'atenció i la higiene personal, personal d'assistència a la llar (neteja, bugaderia, compres, reparacions), personal d'acompanyament i personal dels serveis de teleassistència.

Gràfic 43. Servei de manteniment de la persona en situació de dependència a la llar. Previsió de llocs de treball que es crearan. Catalunya, 2020

Unitats: llocs de treball.



Font: elaboració pròpia, a partir del model desenvolupat per l'Institut Cerdà.

5.5.3. CENTRES D'ACOLLIMENT RESIDENCIAL I HABITATGES PER A PERSONES AMB NECESSITAT DE SUPORT EXTENS

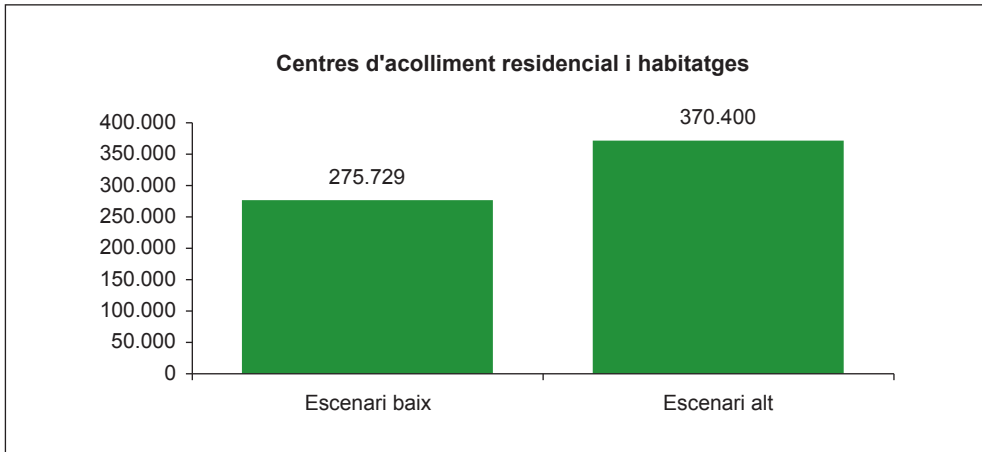
Pel que fa a la demanda de centres d'acolliment residencial i habitatges públics per a la gent gran projectada per a l'any 2020, s'estima que pot anar des de les 623.313 places de l'escenari baix a les 717.690 places de l'escenari alt, la qual cosa, traduïda en el nombre de persones ocupades –si es tenen en compte les ràtios aplicades al Llibre blanc per a la dependència³⁹ i la proporció de persones en situació de dependència en funció del grau, projectada per a l'any 2015 per a Catalunya–, representa una xifra estimada per l'any 2020 que pot anar des de les 275.729 fins a les 370.400 persones ocupades. Els perfils professionals necessaris seran els relacionats amb l'atenció sociosanitària i les persones cuidadores responsables de l'atenció directa a residències, habitatges tutelats i centres de dia.

³⁹ *Diversos autors. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. IMSERSO, 2005.*



Gràfic 44. Servei de centres d'acolliment residencial i habitatges per a persones amb necessitat de suport extens. Previsió de llocs de treball que es crearan. Catalunya, 2020

Unitats: llocs de treball.



Font: elaboració pròpia, a partir del model desenvolupat per l'Institut Cerdà.

6. CONCLUSIONS

SITUACIÓ ACTUAL I DEMANDA FUTURA DE SERVEIS

En les nostres societats, a banda del treball de mercat, hi ha tota una sèrie d'activitats que es desenvolupen al marge d'aquest però sense les quals no podria existir. La més destacada és el treball domèstic i el de cures directes a les persones.

El treball domèstic i el de cura a les persones ha estat i continua essent un factor clau en el desenvolupament de la societat: l'assumpció per part d'un determinat sector social –majoritàriament, dones– de les tasques que constitueixen aquest tipus de treball ha permès a d'altres membres del cos social dedicar la seva disponibilitat temporal al treball anomenat productiu.

El treball que es realitza dins de l'àmbit domèstic no s'acostuma a comptabilitzar ni a rebre cap tipus de reconeixement, ja que se'l considera un fet quotidià i habitual. En canvi, el treball anomenat "productiu", el corresponent a l'esfera pública, sí que és objecte de mesura mitjançant diversos indicadors, com ara el producte interior brut o la taxa d'activitat.

El primer que es dedueix quan s'analitza el temps que es destina al treball familiar domèstic és la diferència entre sexes pel que fa al temps de dedicació. Així, les dones dediquen una mitjana de 4 hores i 14 minuts diaris a aquestes tasques, mentre que els homes hi destinen una mitjana d'1 hora i 39 minuts.

Entre les activitats que conformen l'anomenat treball familiar domèstic es troba la cura dels infants i adults, que és una activitat bàsicament feminitzada, atès que les dones hi dediquen el doble de temps que els homes.

Un dels aspectes que figura al centre del debat social, per la seva relació amb la necessitat de cures, és el procés d'envelliment de la població, que s'explica per un descens de la fecunditat i un augment de l'esperança de vida.

A més, l'augment de les taxes de supervivència de determinades malalties cròniques i alteracions congènites incideix igualment en l'increment de les necessitats d'atenció per manca d'autonomia.

Per determinar quines són les necessitats de cures lligades a la promoció de l'autonomia personal i a les situacions de dependència no només s'han de tenir en compte la quantitat d'anys que pot viure una persona, sinó quina és la qualitat o la situació en què viu. És a dir, el que s'anomena **esperança de vida lliure de discapacitat** o **esperança de vida en salut**.

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



Pel que fa a les necessitats lligades a la infància, el nou dret universal d'atenció i cures a les persones en situació de dependència, que garanteix la Llei 39/2006, s'hauria d'ampliar a les necessitats associades al suport de la infància no estrictament relacionades amb situacions de discapacitat física, sensorial, mental o intel·lectual, en relació amb les definicions recollides a l'article 2 de l'esmentada Llei.

La gran majoria de les cures que necessiten les persones amb manca d'autonomia i en situació de dependència han estat assumides per persones cuidadores informals, en l'àmbit de la família. El perfil de la persona cuidadora és el d'una dona més gran de 40 anys (amb una mitjana d'edat al voltant dels 53 anys), sense estudis o amb estudis primaris, casada, mestressa de casa, que es dedica a temps complet i per obligació moral a atendre la persona en situació de dependència amb la qual conviu i que no rep cap remuneració econòmica.

Actualment, aquest model d'atenció informal és en crisi com a conseqüència dels canvis socials: la incorporació de la dona al mercat de treball, els canvis en el model de família i en l'estructura i les dimensions de les llars.

El concepte de dependència ha canviat al llarg del temps i la seva dimensió social i pública ha guanyat importància, atès que el suport a la dependència no es percep com una responsabilitat exclusivament familiar i de gènere.

A mesura que ha evolucionat el concepte de dependència s'ha desenvolupat, en paral·lel, el sistema de serveis socials. De fet, els serveis socials configuren un conjunt d'ocupacions remunerades, al marge de les mèdiques, que donen suport a les persones de qualsevol edat amb dependència i en situació de necessitat d'atenció i, al seu torn, a aquelles persones que en tenen cura.

El model informal de cures té causes i repercussions, culturals i econòmiques en la societat i en les persones, però també ens trobem davant la realitat que l'atenció institucional a la promoció de l'autonomia personal i a les situacions de dependència no cobreix ni les necessitats socials ni la demanda existents.

Per tal de resoldre aquesta situació, es requereixen polítiques públiques que ampliïn l'oferta de serveis públics de cures.

En aquest sentit, de l'anàlisi de la demanda futura dels serveis corresponents a les llars d'infants, el manteniment de l'estada en domicili i les places d'acolliment residencial per a gent gran, se'n poden extreure les conclusions següents:

1. Tenint en compte que la cura de les filles i els fills continua essent la principal barrera per a la igualtat d'oportunitats entre homes i dones, la inversió en escoles bressol pot ajudar a fer compatibles les responsabilitats laborals o socials amb les familiars, ja que els canvis en els models de família produïts en els últims anys han fet palesa la necessitat de serveis que permetin aquesta conciliació.

Es preveu que l'increment de la natalitat i de la immigració tindrà com a conseqüència que la població en edat escolar (de 0 a 15 anys) sigui molt més nombrosa que l'actual, amb un màxim entre els anys 2015 i 2020.

S'haurien d'incrementar les places de la xarxa pública de llars d'infants, atès que l'oferta actual no cobreix la forta demanda en aquest àmbit, ni garanteix la lliure elecció. Una inversió més gran en llars d'infants és la que ajudarà a compatibilitzar les responsabilitats laborals amb les familiars i facilitarà la participació de les dones en el mercat de treball. Alhora, afavorirà la igualtat d'oportunitats de les nenes i els nens, d'acord amb els avenços en el camp de la psicologia i de la pedagogia, que posen de relleu la importància de l'atenció educativa precoç com una manera d'afavorir significativament el desenvolupament integral de la infància.

L'estudi recull que l'oferta total òptima s'hauria de situar, segons el Mapa de llars d'infants 2004-2008, al voltant del 60% d'escolarització de nenes i nens menors de tres anys. Amb la construcció d'aquestes places s'arribaria a duplicar l'actual oferta pública i a augmentar en un 50% el total de l'oferta actual.

La demanda d'escoles bressol públiques ve determinada per factors d'augment i de disminució segons el model desenvolupat per l'Institut Cerdà. Entre els primers es troben el nombre mitjà de filles i fills per dona, el nombre de places disponibles (públiques i privades) o la població total de persones estrangeres. Entre els factors de disminució es troben el nombre total d'alumnes matriculades i matriculats a escoles bressol privades, l'edat mitjana a la maternitat o la població total d'àvies i avis.

Aquesta darrera variable ja es va utilitzar en el model de simulació com a factor de disminució de la demanda, pel fet que trasllada a les àvies i els avis la responsabilitat que assumien les mares. Es posa de relleu que la manca d'oferta de titularitat pública o concertada no possibilita la lliure elecció i manté aquesta responsabilitat en l'àmbit familiar i informal, i no pas en el àmbit professional i de responsabilitat pública.

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



La manca de dades no ha permès prendre en consideració, a l'estudi, l'atenció i cura de les nenes i els nens dins els horaris no coberts per les escoles, tot i que la cobertura d'aquestes necessitats per part de les famílies es fa, cada vegada més, a través de l'ocupació informal de persones cuidadores.

2. Pel que fa al manteniment de l'estada al domicili de les persones en situació de dependència, actualment el principal servei que garanteix aquest objectiu és el servei d'ajut a domicili, el qual consisteix a establir un règim de visites periòdiques per tal que, de manera temporal o permanent, una treballadora o treballador familiar acudeixi a la casa de la persona beneficiària amb l'objectiu de proporcionar-li les cures bàsiques de caràcter personal, domèstic o social que necessiti.

En relació amb l'objectiu de la Llei 39/2006, que estableix que es facilitarà una existència autònoma en el mitjà habitual de les persones, s'ha de potenciar, mitjançant els diferents serveis de promoció de l'autonomia personal i d'atenció a la dependència, que la persona romangui al seu entorn habitual, per a la qual cosa cal augmentar la cobertura pública d'aquests serveis (serveis d'atenció a domicili, servei de teleassistència i centres de dia) i també incrementar la intensitat i la freqüència d'atenció a les persones, personalitzar-la i assignar-hi els recursos de manera coordinada, integral i equilibrada en relació amb la necessitat d'atenció.

Pel que fa al servei d'ajut a domicili, la mitjana d'hores mensuals, 15,4 hores per persona usuària, posa de relleu una baixa intensitat d'atenció, especialment en el cas d'aquelles persones amb graus més alts de dependència.

Tenint en compte que a Catalunya, segons el Departament d'Acció Social i Ciutadania, hi ha un total d'1.200.000 persones més grans de 65 anys i que el 43% té alguna discapacitat reconeguda, l'actual índex de cobertura del servei d'ajut a domicili del 4,08, que afecta majoritàriament persones amb una mitjana d'edat de 88 anys, es manifesta francament insuficient.

Tant la intensitat del servei com l'índex de cobertura es manifesten allunyats dels objectius pactats a l'Acord estratègic del 2005-2007, en el qual s'establia l'objectiu d'assolir un total de 9.700.000 hores d'atenció. Al final del 2006, la cobertura d'hores totals se situava en el 55% dels objectius de l'Acord.

Un altre dels serveis que garanteix l'estada en domicili són els centres de dia. En aquest sentit, el nombre de places d'aquest servei posa de relleu que les places de titularitat privada doblen el nombre de places públiques, això sense tenir en compte les de titularitat concertada: l'1 de gener del 2006 es disposava d'un total d'11.133

places a centres de dia, de les quals 3.279 eren de titularitat pública, 1.083 concertades i 6.771 privades, amb un total de 6.508 persones usuàries ateses.

Aquesta situació posa de manifest un pes més gran del sector privat i una oferta insuficient del sector públic, pel que fa a les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència.

Pel que fa al servei de teleassistència, les dades de l'estudi reflecteixen, d'acord amb l'Informe 2006 de l'IMSERSO, que l'índex de cobertura en relació amb la població més gran de 65 anys és d'una persona per cada 100 habitants. Un servei que encara és testimonial en relació amb l'índex de discapacitat registrat en la població més gran de 65 anys. Alhora, tenint en compte allò pactat en l'Acord estratègic per a l'any 2005 (l'assignació de 6 milions d'euros de pressupost a la teleassistència), al 2006, i segons les dades reflectides a l'estudi, encara mancava el 20% de la quantia acordada per a l'any 2005.

En conclusió, tenint en compte els valors agregats de la demanda estimada per a cada submodel (càncer, sida, malaltia d'Alzheimer, etc.), pel que fa a la demanda conjunta per a l'any 2020 es pot estimar en 35.790 persones el nombre de treballadores i treballadors necessari per al manteniment a la llar de persones amb un alt nivell de dependència, segons el model desenvolupat per l'Institut Cerdà.

3. Respecte del servei públic d'acolliment residencial per a gent gran i habitatges tutelats, se n'hauria d'augmentar la cobertura, com a conseqüència del procés d'envelliment de la població, l'increment de l'esperança de vida i tenint en compte que, actualment, existeix un índex de cobertura molt baix en aquest àmbit.

A l'àmbit dels centres residencials, l'estudi posa de relleu que les places de titularitat privada superen en un 71% les places públiques; això, sense tenir en compte les de titularitat concertada.

La suma del nombre de places disponibles, 52.603 (de les quals 30.926 són privades), i el total de persones usuàries ateses, 29.335, amb una edat mitjana d'ingrés de 82 anys, indica que l'oferta supera la demanda atesa en un 44% i que el total de places públiques disponibles cobreix només l'1,8% de la demanda estimada per a l'any 2005, a l'estudi fet per l'Institut Cerdà, que se situa en 534.253 places.

Pel que fa a la demanda de futur estimada al mateix estudi, tot considerant una població de 1.344.000 persones més grans de 65 anys, una població ocupada d'aproximadament dos milions de dones i un total de 25.000 edificis per rehabilitar, com a factors d'augment

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



de la demanda, i una oferta total de 48.373 de places en residències privades, com a factor de disminució, el model de demanda més baixa de places d'acolliment residencial públic assoleix un valor estimat de 623.313 places per al 2020.

Aquestes dades posen en evidència la necessitat urgent d'incrementar les places d'acolliment residencial de titularitat pública i en règim de concert, tal com s'estableix al preàmbul de la Llei 12/2007, de serveis socials.

L'índex de cobertura d'habitatges tutelats, d'un 0,11, fa palès que aquest servei encara és molt testimonial i amb un índex de copagament mitjà del 42% del cost del servei.

EL MODEL

Els països de la UE que han signat la Carta de drets socials tenen majoritàriament un model integrat en el sistema de la Seguretat Social i en el dret individual de ciutadania.

El futur de l'Estat del benestar ha de passar per proporcionar serveis i atenció personalitzada i integral a les persones amb manca d'autonomia i en situació de dependència de totes les edats, tot prioritant aquelles actuacions destinades al manteniment de l'estada al domicili propi.

A Catalunya s'hauria de dissenyar un model sistèmic i integral de promoció de l'autonomia i atenció a les persones en situació de dependència, lluny d'intervencions puntuals, professionalitzat, que no recolzés exclusivament en la família i que promogué el reconeixement social i laboral dels professionals del sector, l'emergència de l'economia submergida, la lliure elecció d'ocupació de les dones i la normalització i homologació dels coneixements adquirits i dels professionals que es necessitin als serveis.

El model hauria de ser proactiu i considerar la diversificació de recursos i del tipus de professionals necessaris, a més d'establir ràtios per a cada perfil professional i nivells de dependència de les persones ateses, en relació amb tots els àmbits i tipus de serveis.

S'haurien de preveure mecanismes de previsió, coordinació i cooperació entre les diferents administracions implicades en la prestació de serveis d'atenció a la dependència i de promoció de l'autonomia personal, amb la finalitat de garantir l'equitat i la igualtat en la resposta del sistema a les necessitats individuals de cada persona, per tal que l'atenció a aquestes necessitats no estigui fonamentalment i permanentment condicionada a l'oferta existent i de manera que es garanteixi, així, un grau més alt de capacitat de lliure elecció.

En aquest sentit, cal destacar els dos acords signats entre l'Ajuntament de Barcelona i la Generalitat de Catalunya, atesa la importància que té la coordinació de totes dues administracions per tal de planificar, programar i gestionar els serveis socials a l'àmbit territorial de Barcelona. En concret, aquests acords són l'acord de constitució del Consorci de Serveis Socials de Barcelona i l'acord d'equipaments d'atenció social especialitzada de Barcelona.

A través del Reial decret 113/2006, de 25 d'abril,⁴⁰ es constitueix el Consorci de Serveis Socials de Barcelona, que es defineix com un ens associatiu entre la Generalitat de Catalunya i l'Ajuntament de Barcelona, per a la planificació general de la Xarxa de Serveis Socials a l'àmbit del municipi de Barcelona i per a la gestió conjunta de les funcions en aquesta matèria.

Tenint en compte la demanda futura de serveis socials, i atès que a Catalunya molts proveïdors de serveis socials són privats (més de quatre de cada cinc persones treballen al sector privat dels serveis socials; el sector públic representa només el 17% de l'ocupació), es constata la necessitat d'incrementar el pes del sector públic, amb la repercussió positiva que pot tenir en la creació d'ocupació. Cal tenir present que, al conjunt de l'Estat, el pes del sector públic representa el 25% del total dels serveis socials (segons dades del 2006). A Catalunya encara hi ha marge de creixement del sector públic, en aquest àmbit.

Atès que el sector privat té un pes important en el sector dels serveis socials, a Catalunya, caldria establir els mecanismes necessaris per tal d'assegurar que la prestació del servei d'atenció a la dependència garanteixi un tracte equitatiu i igualitari en l'atenció a les necessitats individuals de cada persona, a més de la qualitat del servei, tal com ja s'està requerint al sector públic en aquest àmbit.

S'haurien d'establir mecanismes de coordinació estable entre els serveis socials i els sanitaris, amb la finalitat tant de detectar casos de dependència com de proporcionar una atenció integral a les persones en aquesta situació. Igualment, caldria establir mecanismes que garantissin la informació a les persones en situació de dependència o més susceptibles de trobar-s'hi, l'accessibilitat als diferents serveis del sistema d'atenció a la dependència, com a garantia d'una atenció efectiva, i un finançament públic que sigui suficient i estable en el temps per tal de garantir el ple desenvolupament del Sistema d'Autonomia i Atenció a la Dependència i la dotació de la totalitat de serveis i prestacions previstos a la Llei 39/2006, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, i a la Llei 12/2007 del Parlament de Catalunya, de serveis socials, per tal de tendir a la gratuïtat del servei, tenint en compte el caràcter subjectiu i universal d'aquest dret.

⁴⁰ DOGC núm. 4622, de 27 d'abril de 2006.

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



L'OCUPACIÓ

Tot i l'increment del nombre de persones ocupades en activitats de salut i serveis socials a Catalunya, la participació de l'ocupació en aquest sector respecte del total encara és molt per sota de la Unió Europea dels 15. En aquest sentit, a Catalunya s'han de crear 150.000 llocs de treball l'any 2012, si es volen assolir els nivells mitjans d'ocupació al sector de la salut i els serveis socials de la UE dels 15 de l'any 2006, és a dir, una mitjana de 25.500 llocs de treball per any des del 2006.

Pel que fa a les ràtios de dotació de personal, s'haurien d'assolir com a mínim les següents: 0,5 persones cuidadores/persona usuària, als serveis d'acolliment residencial; 0,35, als centres de dia; entre 0,21 i 0,70, a l'ajuda domiciliària –en funció del grau de dependència–; 0,70, als serveis d'assistència personal, i 1/100, al servei de teleassistència. En alguns casos, com en el d'auxiliars de clínica, aquesta ràtio és inferior.

Si es té en compte només l'àmbit dels serveis socials a Catalunya, i en relació amb la UE dels 15, l'ocupació al sector ha de recuperar la pèrdua de convergència que experimenta a partir de l'any 2004. Així, la taxa de creixement acumulada de l'ocupació catalana als serveis socials, durant el període 2001-2006, és un 29% inferior a la de la UE dels 15. Aquesta pèrdua de convergència també queda reflectida en l'evolució del pes de l'ocupació en l'àmbit dels serveis socials respecte del total dels sectors. A la Unió Europea, aquest pes relatiu de l'ocupació en l'àmbit dels serveis socials s'ha incrementat un 1,5% al període 2001-2006, mentre que a Catalunya només ha crescut el 0,4%.

Així, en funció de la cobertura que es doni a la població en situació de dependència, l'impacte sobre l'ocupació serà considerable, ja que l'atenció a les situacions de dependència és molt intensiva en mà d'obra i pot representar una oportunitat de creació directa d'ocupació i riquesa, en posar pràctica els programes integrals d'atenció domiciliària, en ampliar l'atenció residencial i en fer emergir una bona part de l'economia submergida.

Moltes de les persones, sobretot dones, que tenen cura dels seus familiars amb dependència i han abandonat les seves carreres professionals podrien gaudir de la lliure elecció d'incorporar-se novament al mercat laboral.

D'altra banda, la taxa de temporalitat del sector de la salut i els serveis socials, del 29%, tot i que és quatre punts percentuals inferior a la de l'Estat espanyol, se situa per sobre de la taxa per al total de la població ocupada catalana, que és del 26%. La qual cosa reflecteix un alt índex de rotació laboral en el sector.

Tres de cada cinc persones que treballen al sector de la salut i els serveis socials a Catalunya són al sector privat. L'any 2006, treballaven al sector privat 114.500 persones assalariades, més del 62%. La resta, 69.400 persones, és a dir, prop del 38%, treballaven al sector públic.

El creixement al sector dels serveis socials ha superat el creixement conjunt al sector de la salut i els serveis socials. La taxa acumulada de creixement del sector dels serveis socials ha estat del 121% i la conjunta del sector de la salut i els Serveis socials del 68%.

CONDICIONS DE TREBALL I PRESTIGI SOCIAL

Per poder fer una anàlisi més detallada de les condicions de treball al sector dels Serveis socials, seria recomanable que hi hagués una mostra suficientment representativa en aquest sector.

Entre els punts febles del treball de cures a les persones, en destaquen els següents: l'alt índex de rotació de les ocupacions més bàsiques; la manca d'incorporació de la població jove i la maduresa de la que ja hi treballa actualment; l'alt nivell d'estrès; les càrregues de treball, tant físiques com psíquiques; la irregularitat de la jornada de treball; la baixa remuneració, i el poc prestigi de l'ocupació. Aquestes condicions laborals desencoratgen les noves incorporacions i en desencadenen l'abandonament prematur.

En aquest sentit, cal posar de manifest la dificultat actual de trobar personal qualificat que estigui disposat a treballar al sector de l'atenció a les persones amb les actuals condicions laborals. Així, algunes professions de l'àmbit dels serveis socials, com ara les d'auxiliar d'infermeria i de geriatria, es troben entre les de difícil cobertura, a les quatre demarcacions catalanes, d'acord amb les dades del Catàleg d'ocupacions de difícil cobertura de l'INEM del segon trimestre de 2007.

Seria convenient reduir l'excessiva rotació de professionals del sector d'atenció a les persones, atès que aquesta situació afecta les persones ateses. Caldria, d'una banda, millorar les condicions de treball del sector per tal de fidelitzar les persones ocupades i evitar les "fugides" cap a d'altres sectors amb millors condicions, i, de l'altra, reduir la taxa de temporalitat del sector dels serveis socials al nivell estructuralment imprescindible.

Caldria pal·liar la manca de formació de la població ocupada al sector dels serveis socials i, en aquest sentit, s'haurien d'emprendre programes de formació i inserció laboral destinats a persones en atur i amb un perfil personal i professional adient en l'àmbit de l'atenció i la cura directa de persones en situació de dependència: auxiliars d'infermeria i treballadors/es familiars, amb l'objectiu de satisfer la demanda d'ajuda a domicili i atenció residencial.

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



Per una altra banda, s'ha de resoldre la manca d'acreditació de la qualificació i de l'experiència de les persones que ja han treballat a l'àmbit de l'atenció de les persones en situació de dependència, tant formalment com a l'economia submergida o informal, incloent-hi especialment les dones d'entre 45 i 65 anys i les persones immigrades, que ja representen el 13% de les persones que treballen al sector dels serveis socials.

Cal valorar positivament que el Reial decret 615/2007, d'11 de maig, prevegi que les persones cuidadores no professionals se les consideri en situació assimilada a l'alta a la Seguretat Social.

El sector dels serveis socials es caracteritza per una taxa de feminització elevada. A Catalunya, el percentatge de dones que treballen als serveis socials s'eleva quan se n'exclou la salut; així, el 89% de les persones que hi treballen són dones.

Cal introduir elements de promoció professional i de reconeixement social de les persones ocupades al sector dels serveis socials per fer-lo atractiu a tot tipus de professionals.

Per tal d'atreure la població jove cap a aquest sector, s'haurien de dur a terme campanyes de màrqueting social, per tal que els joves que cerquen la primera feina se sentin atrets pels serveis socials i es pugui assolir, a mig termini, una participació dels joves d'entre 16 i 35 anys, al sector dels serveis socials, de més del 45% (l'any 2006 era del 39%).

També seria bo poder disposar d'una xarxa de suport i assessorament tècnic i psicològic que atengués les necessitats de les persones cuidadores, tant professionals com no professionals, ja que les activitats relacionals, de prevenció i d'acompanyament són les més importants.

En conclusió, i per tal de poder millorar la qualitat dels serveis, cal incrementar els recursos que s'hi destinen, juntament amb la professionalització i l'estabilitat del sector, d'acord amb els nous reptes d'atenció; cal millorar les condicions de treball, la qualificació, la formació i la promoció dels professionals que hi treballen. Cal, també, dignificar les professions relacionades amb l'atenció a les persones.

7. ANNEXOS

ANNEX I

Les previsions de demanda futura dels tres serveis que s'exposen en aquest estudi utilitzen les projeccions de població de Catalunya desenvolupades per l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat) per tal d'estudiar l'evolució de les variables que intervenen en la construcció dels corresponents models estadístics. És per això que tot seguit s'exposa la metodologia que utilitza l'Idescat per al desenvolupament de les projeccions poblacionals, la desenvolupada per l'Institut Cerdà als tres models de previsió de demanda futura de serveis a les persones.

PROJECCIONS DE POBLACIÓ DE CATALUNYA

Les projeccions desenvolupades per l'Idescat preveuen quatre escenaris d'evolució de la població: baix, mitjà baix, mitjà alt i alt.

La piràmide de partida de les projeccions és la població estimada el 31 de desembre del 2002, calculada a partir de les dades del cens de població de l'any 2001. L'horitzó temporal de les projeccions de Catalunya és el 2030, però es fa èmfasi en els resultats a curt i mitjà termini, en particular fins al 2015. La data de referència de les projeccions és el 31 de desembre de cada any.

Per elaborar les projeccions de població s'utilitza el mètode dels components, que consisteix a afegir anualment a la piràmide de partida els components del creixement demogràfic: els fluxos de creixement natural (naixements i defuncions) i els fluxos de migració (immigració i emigració). Es consideren tres hipòtesis per a la fecunditat (alta, mitjana i baixa) i dues hipòtesis per a l'esperança de vida (alta i baixa). La migració de Catalunya s'ha considerat en relació amb dos territoris: amb la resta d'Espanya (amb dues hipòtesis: alta i baixa) i amb l'estranger (amb tres hipòtesis: alta, mitjana i baixa).

L'Idescat ha elaborat quatre escenaris (o forma de combinar les hipòtesis) que permeten estudiar l'evolució de l'estructura demogràfica i, en particular, els nivells d'envelliment mínim i màxim que la piràmide de Catalunya podria presentar en el futur.

L'escenari mitjà alt (o tendencial) suposa una combinació de fecunditat mitjana, esperança de vida alta i migració alta. Aquest escenari pretén reflectir l'evolució que es considera més probable del creixement i l'estructura demogràfica a Catalunya, d'acord amb les dades recents. L'escenari mitjà baix suposa una esperança de vida alta i un saldo migratori mitjà. Els resultats són un creixement menor que l'escenari mitjà alt i una estructura demogràfica

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



menys envellida. A l'escenari alt (o jove) es combinen una fecunditat alta i una esperança de vida baixa amb una migració molt alta. Aquest escenari reflecteix el nivell mínim d'envelliment que es pot reflectir de la piràmide catalana. Finalment, l'escenari baix (o vell) inclou una migració baixa i una esperança de vida alta. Aquest escenari reflecteix l'envelliment màxim que pot presentar l'estructura demogràfica catalana en el futur.

S'analitzen els diferents escenaris a partir de les projeccions de població per al 2015, ja que la incertesa en les xifres de població és molt alta quan les projeccions es fan a llarg termini. Les projeccions conclouen que són els escenaris mitjà baix i mitjà alt els que defineixen el ventall de població més probable.

PREVISIONS DE DEMANDA FUTURA DE SERVEIS A LES PERSONES

A. SERVEI DE LLAR D'INFANTS

INTRODUCCIÓ

El model estadístic de previsió de demanda està basat en l'anàlisi de la variació de la demanda de places a les llars d'infants públiques, en funció d'unes variables sociodemogràfiques que es poden dividir en tres blocs:

Derivades de l'entorn

- L'esperança de vida
- Tipus de municipi en què viu el nen o la nena
- Disponibilitat de centre al mateix municipi, bé sigui públic o privat

Derivades del mateix nen o nena

- Esperança de vida en néixer
- Taxa de natalitat
- Taxa de mortalitat
- Taxa de fecunditat
- Nombre de nens i nenes
- Prevalença de trastorns que impedeixin l'entrada a una llar d'infants:
 - ceguesa
 - sordesa
 - paràlisi cerebral
 - autisme

Derivades de la família

- Tipus de llar
- Nombre de nens i nenes en situació de dependència en una mateixa llar
- Convivència d'altres tipus de persones en situació de dependència a la mateixa llar
- Nivell d'ingressos de la llar
- Situació laboral dels pares i les mares
- Capacitat d'arribar a final de mes
- Dedicació del temps lliure
- Origen
- Situació de legalitat
- Existència d'avis o àvies
- Existència de germans o germanes sense fills o filles

El procés seguit s'ha basat en una anàlisi de l'evolució històrica de les variables, tot identificant-ne aquelles que tenen un pes específic més important i, com a conseqüència, tenen més influència en el resultat final.

En aquest sentit, és important tenir present que el desenvolupament del model ha tingut en compte les consideracions següents:

- > Si alguna variable no inclosa impactés al model social futur de demanda d'aquest servei, el model s'hauria de recalculer (per exemple, una emigració massiva de catalans a l'estranger).
- > Les variables de l'evolució de les quals no es disposa d'un seguiment històric no s'han pogut incloure al model, ja que d'aquesta manera no és possible de conèixer el seu impacte en la demanda. Un canvi significatiu en l'evolució d'aquestes variables faria que el model s'hagués de recalculer. Les variables no considerades han estat les següents:
 - Prevalença de trastorns (ceguesa, sordesa, autisme, paràlisi cerebral)
 - Dedicació del temps lliure
 - Elements territorials (per exemple, el tipus de municipi)
 - Sector d'ocupació de la família
- > Les variables que no figuren al model següent i tampoc no són part de les indicades als dos paràgrafs anteriors s'han descartat, en no tenir influència en el resultat objectiu o perquè estan molt correlacionades amb alguna de les variables que ja formen part del model.

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



DESENVOLUPAMENT DEL MODEL

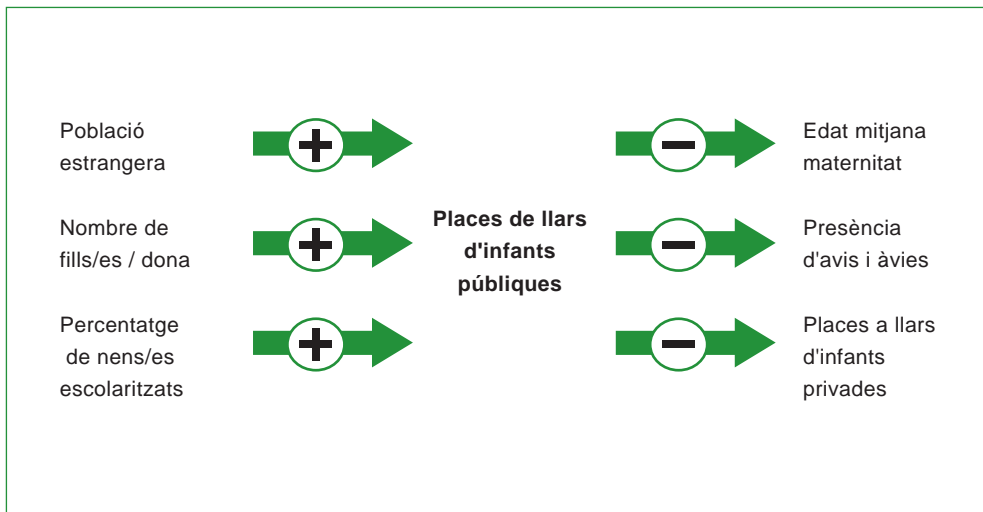
El model ha estat desenvolupat en tres fases:

- > Fase 1: Desenvolupament del model d'estimació de la població de 0 a 3 anys en funció de les variables sociodemogràfiques de la població. Per al càlcul del model s'han tingut en compte dades històriques des del 1975 fins al 2005.
- > Fase 2: Desenvolupament del model d'estimació de demanda de places de llar d'infants públiques en funció de les variables sociodemogràfiques i econòmiques que l'afecten. Per al càlcul del model, s'han tingut en compte dades històriques des del 1995 fins al 2005.
- > Fase 3: Combinació dels models anteriors.

Entre els diferents models estadístics possibles obtinguts, s'han desenvolupat i, finalment, s'han escollit els models que tenen una forta base d'explicació sociològica.

MODEL DEFINITIU

El model obtingut de forma combinada es pot interpretar en funció de l'esquema següent:



El model matemàtic associat és el següent:

$$PLL_{Publ} = 252081 + 0,03226 PEx - 9285 EMMat + 21071 FxD + 2699 ExT - 1,26 PLLPriv - 0,00895 Avis$$

On:

Resultat buscat

PLLPubl: Demanda de places de llar d'infants pública (en nombre de places)

Factors d'augment de la demanda

PEx: Població estrangera de qualsevol edat i d'ambdós sexes (en nombre de persones)

ExT: Ràtio entre els nens i nenes escolaritzats i la població total (en percentatge)

FxD: Nombre mitjà de fills o filles per dona (en fills o filles per dona)

Factors de disminució de la demanda

EMMat: Edat mitjana de la dona a la maternitat (en anys)

PLLPPriv: Total d'alumnat matriculat a les llars d'infants privades (en nombre de places)

Avis: Població de 70 a 84 anys d'ambdós sexes (en nombre de persones)

El model suposa una aproximació molt bona, ja que té una R^2 superior al 90%.

A continuació, per tal de posar de relleu la sensibilitat del model als canvis dels factors que el constitueixen, es fa una anàlisi de l'impacte de cada variable als darrers 10 anys, en la demanda de llars d'infants:

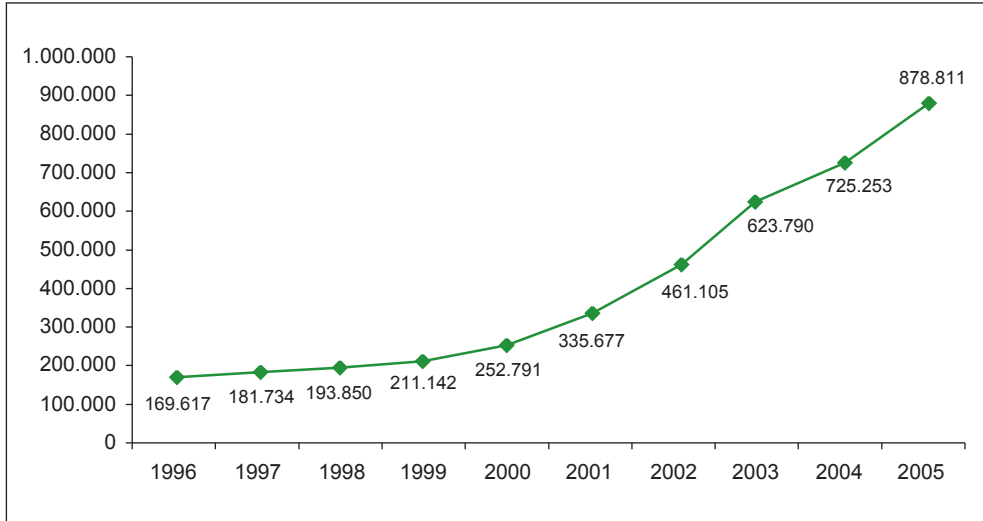


Població total ambdós sexes d'Estrangers (PEx en el model)

L'evolució de la variable ha estat la següent:

Gràfic 45. Població estrangera total d'ambdós sexes (PEx)

Unitats: nombres absoluts.



Font: Institut Cerdà.

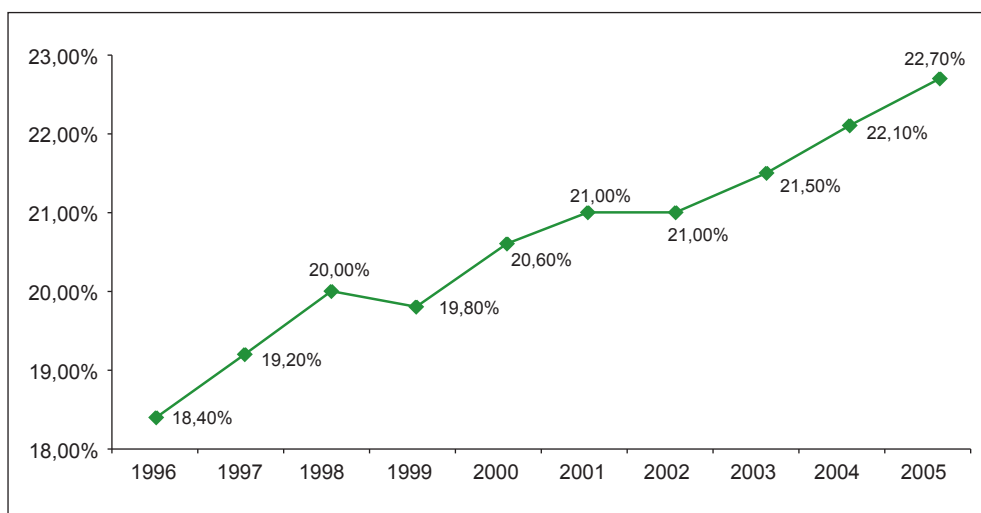
Segons el model proposat, l'augment de nombre de persones estrangeres a Catalunya als darrers 10 anys, en passar de 169.617 el 1996 fins a les 878.811 el 2005, ha suposat un increment de 22.911 places, pel que fa a la necessitat de places disponibles a les llars d'infants públiques.

Places disponibles (sectors públic i privat) / total nens i nenes 0-3 anys (ExT en el model)

L'evolució de la variable ha estat la següent:

Gràfic 46. Places disponibles (sectors públic i privat) / total nens i nenes 0-3 anys (ExT)

Unitats: percentatges.



Font: Institut Cerdà.

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



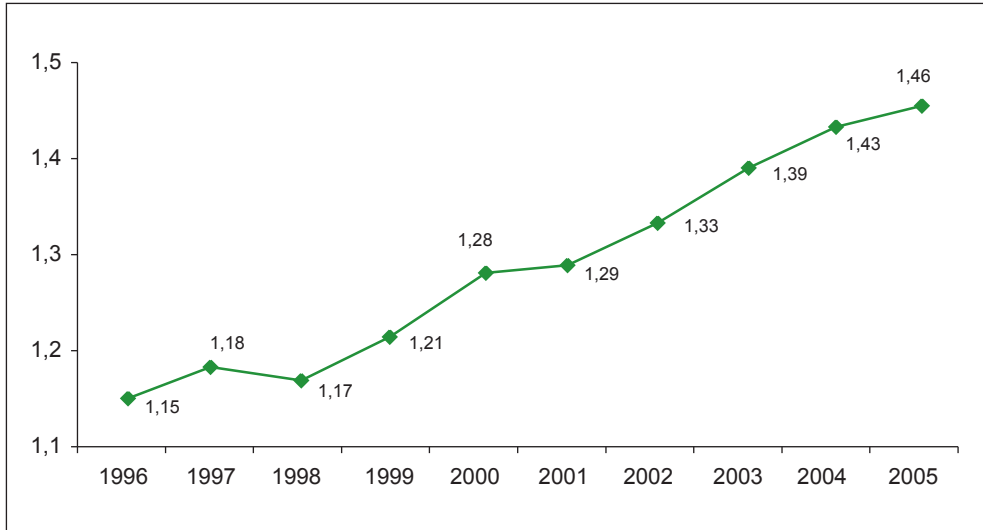
La variació d'aquest percentatge, que ha passat del 18,4% el 1996 al 22,7% l'any 2005, ha suposat un increment d'11.606 places necessàries més, a les llars d'infants públiques.

Nombre mitjà de fills o filles per dona (FxD en el model)

L'evolució de la variable ha estat la següent:

Gràfic 47. Nombre mitjà de fills o filles per dona (FxD)

Unitats: nombre mitjà de fills o filles per dona.



Font: Institut Cerdà.

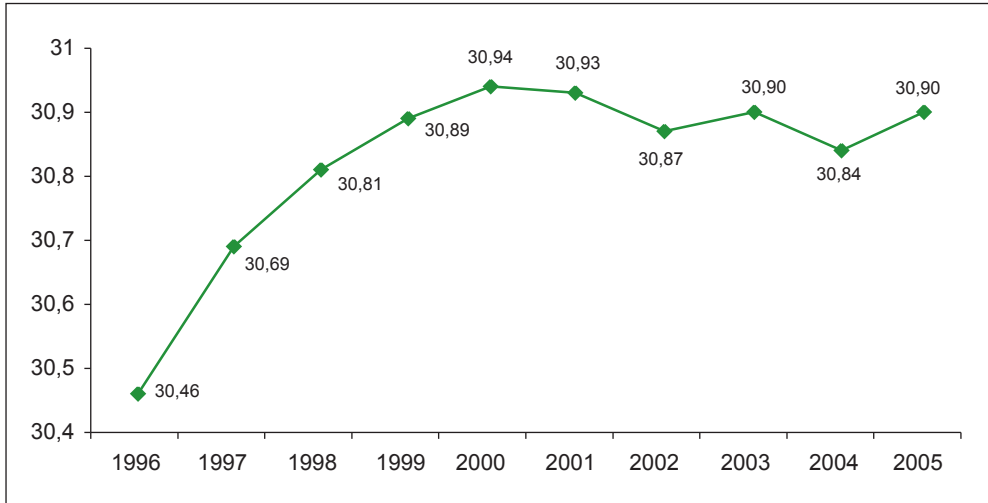
L'augment del nombre mitjà de fills o filles per dona dels darrers 10 anys, que ha passat de l'1,15 de l'any 1996 fins a l'1,455 del 2005, ha suposat un increment de 6.427 places en la necessitat de places disponibles a les llars d'infants públiques.

Edat mitjana de la dona a la maternitat (EMMat en el model)

L'evolució de la variable ha estat la següent:

Gràfic 48. Edat mitjana de la dona a la maternitat

Unitats: edat mitjana a la maternitat, en anys.



Font: Institut Cerdà.

L'augment de l'edat mitjana de la dona a la maternitat dels darrers 10 anys, que ha passat de 30,46 anys el 1996 fins als 30,90 anys el 2005, ha suposat una disminució de 4.085 places en la necessitat de places disponibles a les llars d'infants públiques.

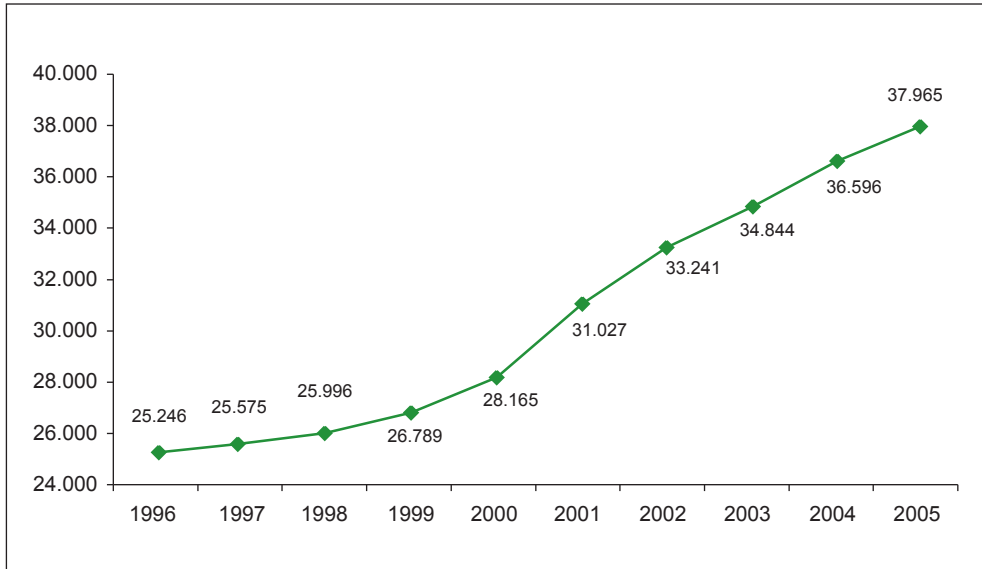


Alumnes matriculats a les llars d'infants privades (PLLPriv en el model)

L'evolució de la variable ha estat la següent:

Gràfic 49. Total alumnat matriculat a llars d'infants privades

Unitats: nombres absoluts.



Font: Institut Cerdà.

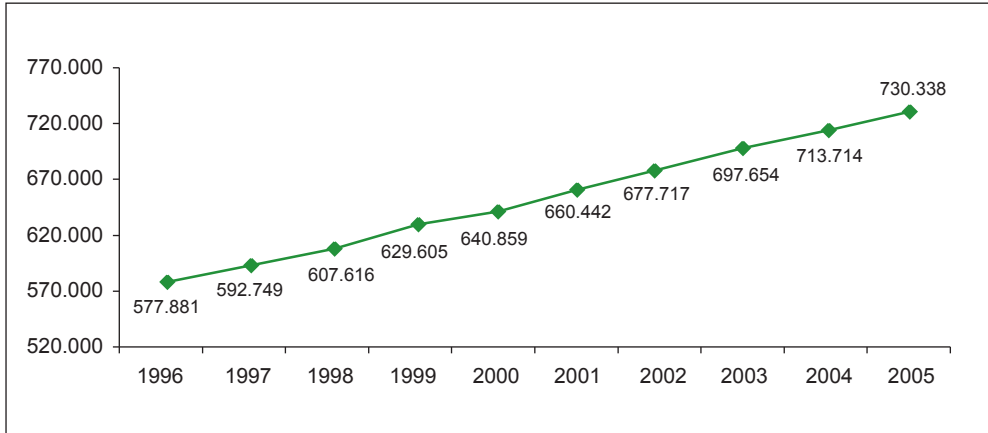
L'alumnat matriculat a les llars privades dels darrers 10 anys ha augmentat dels 25.246 alumnes el 1996 fins als 37.965 alumnes el 2005, la qual cosa ha suposat una disminució de 16.026 places en la necessitat de places disponibles a les llars d'infants públiques.

Població de 70 a 84 anys (Avis, en el model)

L'evolució de la variable ha estat la següent:

Gràfic 50. Població total d'ambdós sexes, de 70 a 84 anys

Unitats: nombres absoluts.



Font: Institut Cerdà.

L'augment del nombre de persones de 70 a 84 anys que s'ha esdevingut els darrers 10 anys, en passar de 577.881 persones el 1996 fins a 730.338 el 2005, ha suposat una disminució de 1.364 places en la necessitat de places disponibles a les llars d'infants públiques.



B. SERVEI DE MANTENIMENT DE L'ESTADA AL DOMICILI DE LES PERSONES EN SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA

PERFILS DE LES PERSONES USUÀRIES

Es diferencien cinc tipologies de persones usuàries potencials del servei:

1. Persones amb malalties terminals amb necessitat de cures pal·liatives, com ara les oncològiques i d'altres malalties inguaribles.
2. Persones amb la malaltia d'Alzheimer i d'altres demències.
3. Persones amb malalties neurodegeneratives i dany cerebral.
4. Persones malaltes de sida.
5. Persones més grans de 65 anys (població geriàtrica) no incloses als anteriors grups i amb malalties cròniques i/o que necessiten alguna ajuda en alguna de les activitats diàries (vestir-se, fer-se el dinar, netejar la casa, mantenir la higiene personal, etc.).

VARIABLES SOCIOECONÒMIQUES ASSOCIADES

Associades al perfil 1:

- Nombre de persones amb càncer
- Nombre de persones amb malalties terminals
- Nombre de persones fumadores
- Alimentació; consum de fruites i hortalisses
- Hores de treball al dia
- Ús del temps lliure

Associades al perfil 2:

- Esperança de vida als 65 anys
- Persones més grans de 75 anys
- Prevalença de la malaltia d'Alzheimer
- Prevalença de demències
- Índex d'analfabetisme
- Alimentació; consum de productes enllaunats

Associades al perfil 3:

- Accidents de cotxe
- Accidents traumàtics
- Nombre de persones amb malalties neurodegeneratives

Associades al perfil 4:

- Nombre de persones malaltes de sida
- Nombre de persones malaltes de sida i contagiades per l'ús de drogues per venopunció
- Nombre de persones malaltes de sida i contagiades en relacions de bisexualitat o d'homosexualitat
- Promiscuïtat
- Ús del preservatiu

Associades al perfil 5:

- Nombre de persones més grans de 50 anys
- Esperança de vida als 40 anys
- Nombre de persones amb discapacitats
- Nombre de persones amb malalties cròniques
- Nombre de persones d'altres perfils
- Índex d'envelliment
- Índex de mortalitat

De l'entorn:

- Nombre de cuidadors/es formals
- Nombre de cuidadors/es informals
- Nombre de centres de dia
- Nombre de treballadors/es de l'ICASS
- Empreses que es dediquen a l'atenció sociosanitària

EL MODEL ESTADÍSTIC DE PREVISIÓ DE DEMANDA

El model estadístic de previsió de demanda està basat en l'anàlisi de l'evolució de la mortalitat per causes com ara el càncer, la malaltia d'Alzheimer o malalties neurodegeneratives, combinada amb els índexs de la capacitat de la persona per valer-se d'ella mateixa publicats pel Ministeri de Sanitat.

El procés seguit s'ha basat en una anàlisi de l'evolució històrica de les variables indicades, tot identificant-ne aquelles que tenen un pes específic més important i que, per tant, tenen més influència en el resultat final.

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



En aquest sentit, és important tenir present que el desenvolupament del model ha tingut en compte les consideracions següents:

- > Si alguna variable no inclosa impactés al model social futur de demanda d'aquest servei, el model s'hauria de recalculer (per exemple, si s'identifiqués la causa principal de desenvolupament de la malaltia d'Alzheimer).
- > Les variables de les quals no es disposa d'un historial prou significatiu d'evolució no s'han pogut incloure al model, ja que no és possible de conèixer-ne l'impacte en la demanda. Un canvi significatiu en l'evolució d'aquestes variables faria que calgués recalculer el model.
- > Les variables que no figuren al model següent i no són part de les indicades als dos paràgrafs anteriors s'han descartat, en no tenir prou influència en el resultat objectiu o perquè estan molt correlacionades amb alguna de les variables que ja formen part del model.
- > No ha estat possible desenvolupar un model per al perfil 3. La demanda de persones per donar suport a aquest perfil quedarà inclosa indirectament al perfil 5.
- > El model matemàtic per al càlcul de la demanda potencial de persones de suport als malalts terminals de sida és teòric, en no disposar de dades històriques. Això no obstant, no té un efecte gaire rellevant en el model final.

DESENVOLUPAMENT DEL MODEL

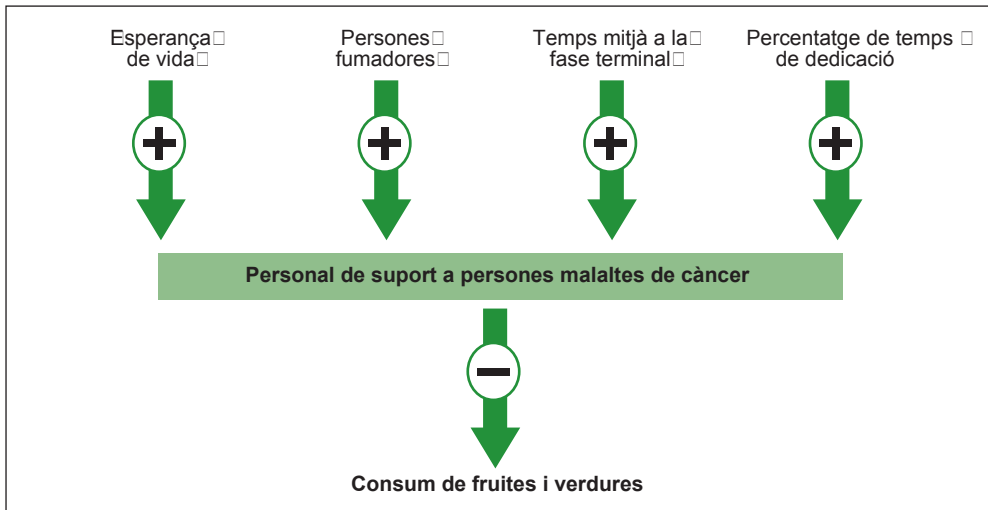
- > Fase 1: Desenvolupament del model d'estimació de la mortalitat per causa de les diferents malalties indicades i del nombre de persones amb un grau mitjà o alt de dependència. Per al càlcul del model, s'han tingut en compte les dades històriques des del 1975 fins al 2005, per a les variables demogràfiques, i del període 1980-2005, per a les d'incidència del tabaquisme.
- > Fase 2: Introducció de variables sense evolució històrica: durada de la fase terminal i percentatge de temps del dia amb necessitat d'atenció.
- > Fase 3: Combinació dels models anteriors.

Entre els diferents models estadístics possibles obtinguts, s'ha avançat i, finalment, s'han escollit els models que tenen una forta base d'explicació sociològica.

MODELS DEFINITIUS

Els models obtinguts es poden interpretar en funció dels esquemes següents:

MODEL 1: Persones de suport a persones malaltes de càncer



El model matemàtic associat és el següent:

$$\text{Càncer} = (-48264 + 0,00159 \text{ fumadores} + 790 \text{ Esp.Vida} - 1,88 \text{ FiH}) * \text{Tmit} * \text{Necess}/36500$$

On:

Resultat buscat

Càncer: Demanda potencial de persones per tenir cura de malalts/es terminals de càncer.

Factors d'augment de la demanda

Fumadors: Nombre de persones fumadores d'ambdós sexes, l'any d'estudi.

Esp. Vida: Esperança de vida total (en anys).

Tmit: Temps mitjà en fase terminal (en dies).

Necess: Percentatge del dia en què la persona malalta necessita atenció.

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència

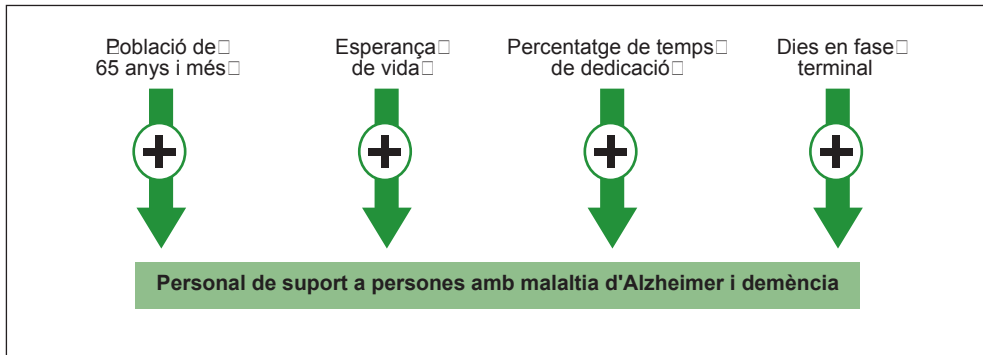


Factors de disminució de la demanda

FiH: Consum de fruites i hortalisses per càpita (en kg)

El model suposa una aproximació molt bona, ja que presenta un R^2 del 90,9%.

MODEL 2: Personal de suport a persones malaltes d'Alzheimer i altres demències



El model matemàtic associat és el següent:

$$Alz = (-110571 + 0,00555 P65 + 1395 \text{ Esp.Vida}) * Tmit * \text{Necess}/36500$$

On:

Resultat buscat

Alz: Demanda potencial de persones per tenir cura de persones malaltes d'Alzheimer i d'altres demències.

Factors d'augment de la demanda

P65: Població de 65 anys i més (en nombre de persones).

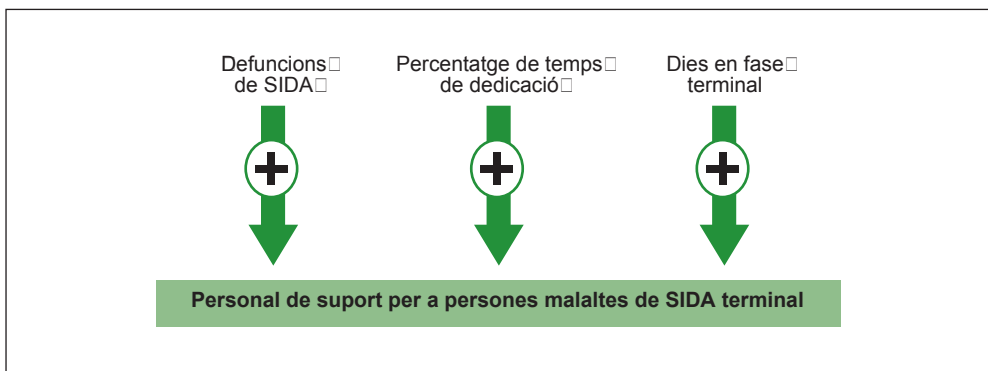
Esp. Vida: Esperança de vida total (en anys).

Tmit: Temps mitjà en fase terminal (en dies).

Necess: Percentatge del dia en què la persona malalta necessita atenció.

El model suposa una aproximació molt bona, ja que té un R^2 del 90,7%.

MODEL 3: Persones amb sida terminal



El model matemàtic associat és el següent:

$$\text{SIDA} = \text{SIDA1} * \text{Tmit} * \text{Necess}/36500$$

On:

Resultat buscat

Sida: Demanda potencial de persones per tenir cura de persones malaltes terminals de sida.

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



Factors d'augment de la demanda

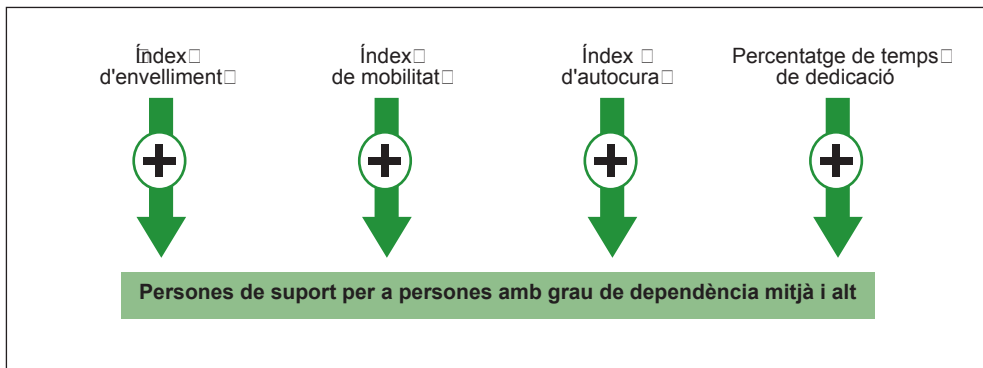
Sida1: Defuncions de sida el darrer any.

Tmit: Temps mitjà en fase terminal (en dies).

Necess: Percentatge del dia en què la persona malalta necessita atenció.

Aquest model no comporta el càlcul de l'R².

MODEL 4: Persones en situació de dependència no incloses als altres grups



El model matemàtic associat és el següent:

$$\begin{aligned} \text{Dependència} = & (-918850 + 968 \text{ IEnv} + 460665 \text{ Autocura} + 337290 \text{ Mobilitat} - \text{Sida1} \\ & - (-110571 + 0,00555 \text{ P65} + 1395 \text{ Esp.Vida}) \\ & - (-48264 + 0,00159 \text{ fumadors} + 790 \text{ Esp.Vida} - 1,88 \text{ FiH}) * \text{Necess} \end{aligned}$$

On:

Resultat buscat

Dependència: Demanda potencial de personal per ajudar persones en situació de dependència mitjana o alta.

Factors d'augment de la demanda

Sida1: Defuncions de sida el darrer any.

IEnv: Índex d'envelliment.

Autocura: Índex d'autocura (Enquesta de Salut del Ministeri de Sanitat).

Mobilitat: Índex de mobilitat (Enquesta de Salut del Ministeri de Sanitat).

Necess: Percentatge del dia en què la persona malalta necessita atenció.

El model suposa una aproximació molt bona, ja que té un R^2 del 99,5%.

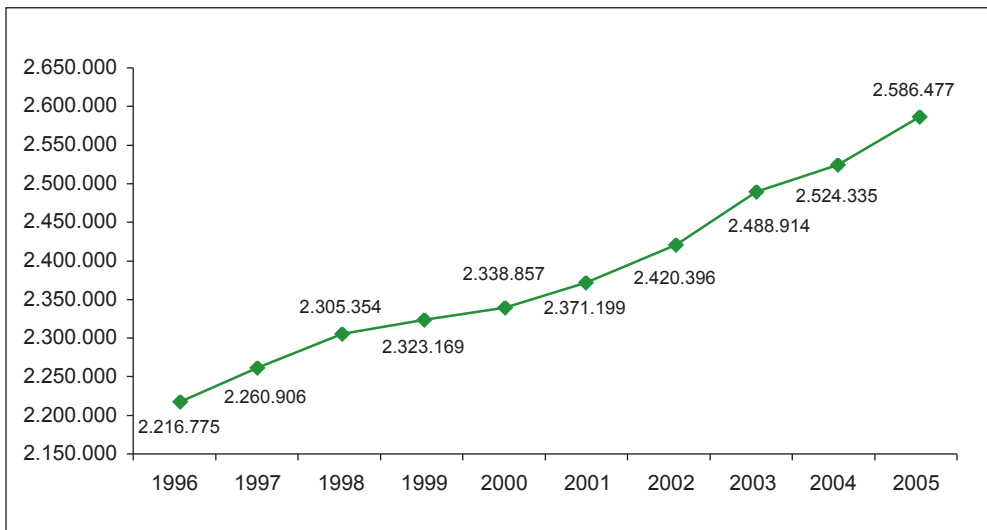
A continuació es fa una anàlisi de l'impacte de cada variable en el model, al llarg dels darrers 10 anys.

Nombre de persones fumadores a Catalunya

L'evolució de la variable ha estat la següent:

Gràfic 51. Nombre de persones fumadores

Unitats: nombres absoluts.



Font: Institut Cerdà.

Segons el model proposat, l'augment del nombre de persones que fumen a Catalunya, els darrers 10 anys, ha passat de 2.216.775 persones el 1996 fins a 2.586.477 persones el 2005, cosa que ha suposat un increment de 166 persones addicionals, pel que fa a la necessitat de personal d'atenció i cura.

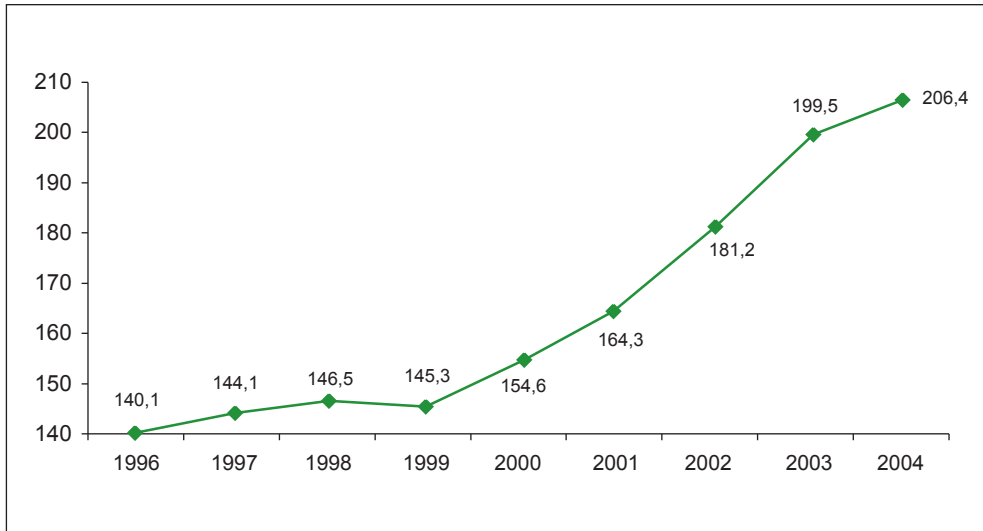


Consum de fruites i hortalisses

L'evolució de la variable ha estat la següent:

Gràfic 52. Consum de fruites i hortalisses

Unitats: nombres absoluts.



Font: Institut Cerdà.

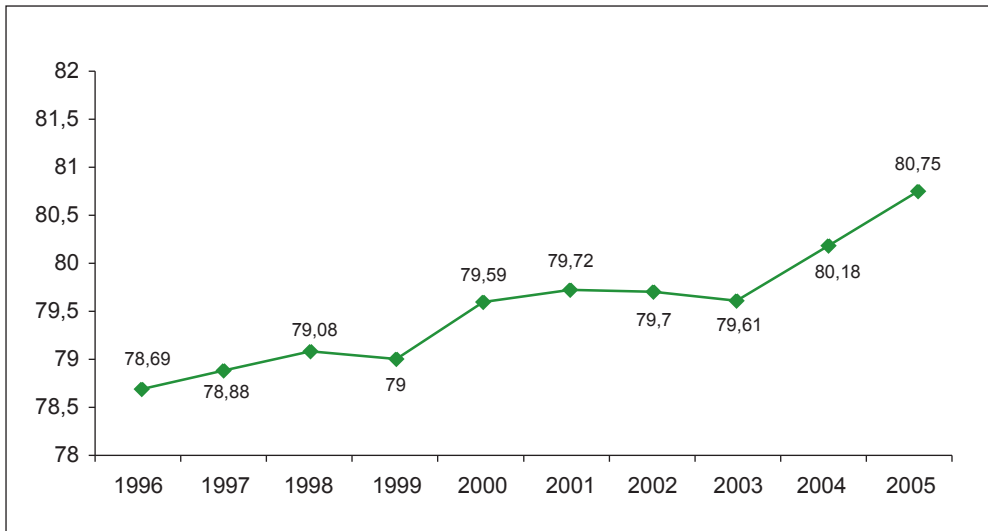
L'augment del consum de fruites i hortalisses, des dels 140,1 kg per càpita el 1996 fins als 206,4 kg per càpita el 2004, ha suposat una disminució de 34 persones cuidadores en les necessitats de cures per a persones malaltes terminals de càncer.

Esperança de vida

L'evolució de la variable ha estat la següent:

Gràfic 53. Esperança de vida

Unitats: esperança de vida en anys.



Font: Institut Cerdà.

Els darrers 10 anys, a Catalunya, l'augment de l'esperança de vida en néixer ha passat dels 78,69 anys del 1996 fins als 80,75 anys del 2005. Aquest canvi ha suposat un increment de 446 persones cuidadores addicionals en les necessitats de personal d'atenció a les persones malaltes terminals de càncer, però alhora ha suposat un increment de la demanda de 2.873 cuidadors/es de persones malaltes d'Alzheimer o d'altres demències.

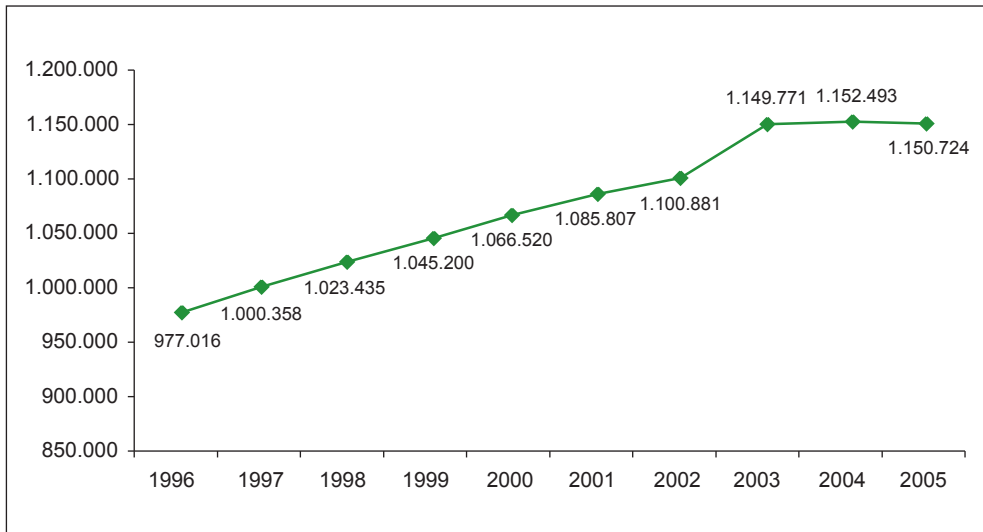


Població de 65 anys i més

L'evolució de la variable ha estat la següent:

Gràfic 54. Població de 65 anys i més

Unitats: nombres absoluts.



Font: Institut Cerdà.

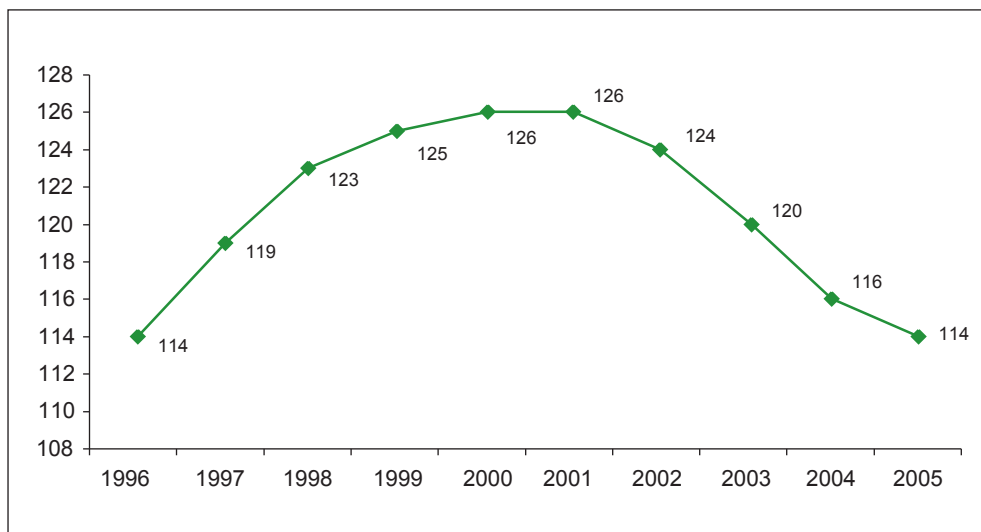
L'augment de 977.015 persones el 1996 fins a 1.150.724 persones el 2005 ha suposat un increment de 964 cuidadors/es addicionals per cobrir les necessitats d'atenció de persones malaltes d'Alzheimer i d'altres demències.

Índex d'envelliment de la població

L'evolució de la variable ha estat la següent:

Gràfic 55. Índex d'envelliment de la població

Unitats: índex d'envelliment de la població.



Font: Institut Cerdà.

L'absència de variació entre els anys 1996 i 2005 fa que no hi hagi hagut cap increment de la necessitat de cuidadors/es addicionals per a persones amb un grau mitjà o alt de dependència, pel que fa a aquesta variable.

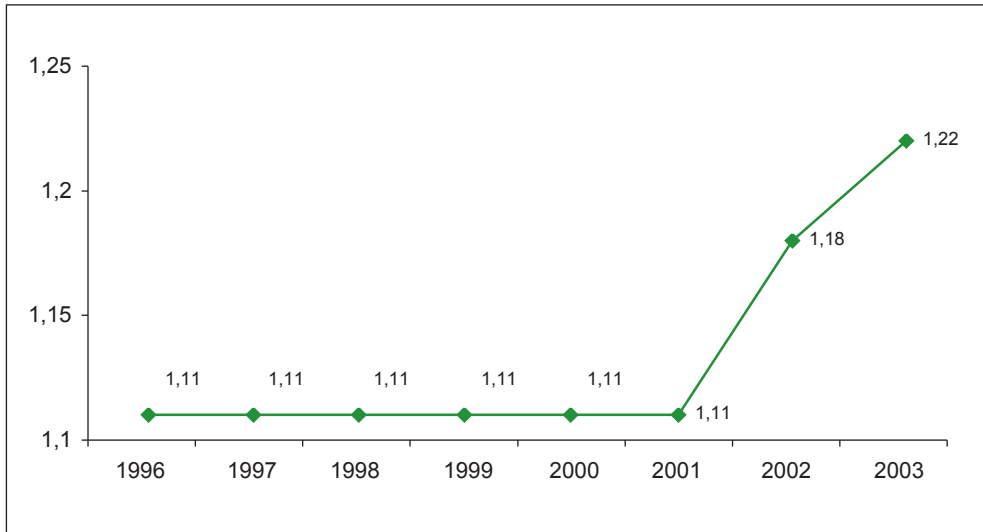


Índex de mobilitat

L'evolució de la variable ha estat la següent:

Gràfic 56. Índex de mobilitat

Unitats: índex de mobilitat.



Font: Institut Cerdà.

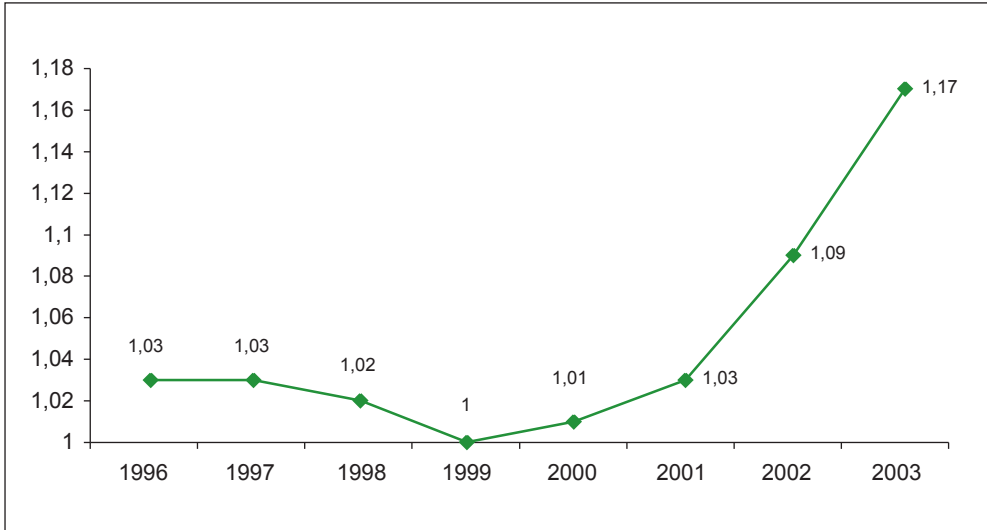
L'augment de l'índex de mobilitat, de l'1,11 el 1996 fins al 1,22 el 2003, ha suposat un increment de la necessitat de 3.710 cuidadors/es addicionals per a persones amb un grau mitjà o alt de dependència.

Índex d'autocura

L'evolució de la variable ha estat la següent:

Gràfic 57. Índex d'autocura

Unitats: índex d'autocura.



Font: Institut Cerdà.

Finalment, la variació de l'índex d'autocura, que ha passat de l'1,03, l'any 1996, fins a l'1,17, el 2003, ha suposat una necessitat de 6.449 cuidadors addicionals per a persones amb un grau mitjà o alt de dependència.



C. SERVEI D'ACOLLIMENT RESIDENCIAL I HABITATGES PER A PERSONES AMB NECESSITAT DE SUPORT EXTENS

PERFIL DE LES PERSONES USUÀRIES

Actualment hi ha sis tipus d'habitatges tutelats o serveis d'acolliment residencial diferents, que s'organitzen segons el perfil de les persones usuàries. A primera vista se'n distingeixen tres blocs, segons les persones usuàries:

Gent gran

PERFIL 1: Persones de més de 65 anys amb carències d'habitatge o amb habitatge que tingui dificultats d'accessibilitat i d'habitabilitat, amb un grau d'autonomia funcional no inferior al 33%.

PERFIL 2: Persones de més de 65 anys que tinguin al seu càrrec fills o filles amb discapacitat.

> Servei de residència assistida: Són serveis d'acolliment residencial, amb caràcter permanent o temporal, i d'assistència integral a les activitats de persones grans que no tenen un grau d'autonomia suficient per realitzar les activitats de la vida diària, que necessiten supervisió constant i que tenen una situació sociofamiliar que requereix la substitució de la llar. Els objectius del servei són els següents: facilitar un entorn substitutiu de la llar, adequat i adaptat a les necessitats d'assistència, i afavorir la recuperació i el manteniment del màxim grau d'autonomia personal i social.

Està destinat a persones grans que no tenen un grau d'autonomia suficient per realitzar les activitats de la vida diària, que necessiten atenció i supervisió constants i amb unes circumstàncies sociofamiliars que requereixen la substitució de la llar.

> Habitatges tutelats per a gent gran: Són establiments que es componen d'un conjunt d'habitatges, reduïts o complets, en nombre variable i amb estances d'ús comú. Ofereixen un servei d'acolliment continu a persones grans autònomes, les circumstàncies socials de les quals no els permeten romandre a la seva llar. Constitueixen el domicili habitual de les persones usuàries, afavoreixen la màxima independència personal i afavoreixen també la vida comunitària i la integració social.

Estan destinats a persones més grans de 65 anys, mentre siguin capaces de participar en el manteniment i la cura de la llar, i també poden acollir el seu cònjuge o parella o bé la persona o persones que en depenguin, amb la qualificació corresponent de persona amb discapacitat.

Persones amb discapacitats físiques, psíquiques o intel·lectuals, com ara la síndrome de Down, o bé amb malalties neurodegeneratives

PERFIL 3: Persones amb discapacitats psíquiques o intel·lectuals greus o discapacitats físiques greus.

- > Serveis d'acolliment residencial per a persones amb discapacitat psíquica i física: serveis d'acolliment residencial de caràcter temporal o permanent que tenen una funció substitutòria de la llar, adequats per acollir persones amb un alt grau d'afectació. Els objectius d'aquest servei són substituir la llar i donar una atenció integral per tal de garantir una bona qualitat de vida.

Les funcions són establir i aplicar un programa de suport personal i social per tal de cobrir les necessitats personals i globals de la persona amb discapacitat.

Aquests centres residencials disposen d'un personal tècnic i d'atenció directa suficient per donar resposta a les necessitats globals de les persones ateses.

Hi poden accedir les persones amb greus discapacitats que, per causa del seu alt grau d'afectació, necessiten atenció i suport per a les activitats de la vida diària i que, per raons familiars, socials o de localització geogràfica, no poden viure a casa seva, de manera que n'és indispensable l'ingrés temporal o permanent en un centre d'aquestes característiques.

- > Serveis de llar residència per a persones amb discapacitat psíquica o física: són serveis d'acolliment residencial de caràcter temporal o permanent substituïtoris de la llar, que es realitzen en un establiment, adreçats a persones amb discapacitat i que necessiten una llar quan ha esdevingut impossible o desaconsellable viure a casa seva, com a conseqüència de problemes derivats de la mateixa discapacitat, o bé per manca de família o pel fet de no disposar de condicions sociofamiliars i assistencials adequades.

L'objectiu del servei és l'atenció global a les persones ateses i amb la funció de construir el domicili habitual, crear relacions interpersonals i integració social, que les persones residents adquireixin hàbits d'autonomia i que tinguin descans i lleure.

Els centres que presten aquest servei disposen de personal necessari per al funcionament de la llar i l'atenció de les necessitats personals dels i les usuàries. Poden accedir a aquest servei les persones amb discapacitat que necessiten, de manera permanent o temporal, supervisió i ajuda per a les activitats de la vida diària.



Persones amb malaltia mental, toxicomanies i addiccions

PERFIL 4: Persones amb malalties mentals que tinguin reduïda la seva capacitat de relacionar-se amb l'entorn i persones amb lleugers retards que, de la mateixa manera, tenen reduïda la seva capacitat de relacionar-se amb el medi circumdant (esquizofrènies controlades, trastorn límit de la personalitat, trastorn bipolar i d'altres malalties).

> Llars residència: es tracta d'establiments on les persones poden viure les 24 hores del dia, amb l'ajut d'un equip de persones professionals de caràcter multidisciplinari que té l'objectiu de la integració i la normalització social.

> Llars amb suport: són habitatges, generalment pisos integrats en comunitats de veïns estàndard, on les persones amb malaltia mental que tenen un grau d'autonomia elevat viuen sota la supervisió i el suport d'un equip de professionals que treballa per la seva plena integració social.

VARIABLES SOCIODEMOGRÀFIQUES ASSOCIADES

Perfil 1:

- Població de més de 60 anys
- Nombre de titulars de pensions no contributives
- Nombre de titulars de pensions assistencials de vellesa
- Quantia de les pensions
- Preu lloguers
- Persones propietàries d'un pis
- Persones de més de 60 anys amb discapacitat

Perfil 2:

- Edat del primer fill o filla
- Dones amb fills o filles després dels 45 anys
- Nombre de persones discapacitades
- Persones amb fills o filles en situació de dependència al seu càrrec

Perfil 3:

- Nombre de persones amb una discapacitat superior al 75%
- Nombre de víctimes per accidents
- Nombre de defuncions per malalties neurodegeneratives
- Nombre de defuncions per caigudes i efectes adversos

Variables comunes dels perfils 1 i 2:

- Edificis amb ascensor
- Edat mitjana de les finques
- Grau de pobresa
- Indicadors sobre rehabilitació de les finques

Perfil 4:

- Nombre de persones amb discapacitat psíquica
- Nombre de persones amb una discapacitat inferior al 65%
- Nombre de defuncions per drogodependència
- Nombre de persones amb malalties mentals socialment incapacitants
- Nombre de persones desocupades
- Població de nivell socioeconòmic baix

Variables de l'entorn:

- Nombre de places en centres d'acolliment residencial
- Nombre de places en habitatges tutelats i establiments socials
- Nombre de places en llars residència per a persones discapacitades
- Nombre de places en centres d'acolliment residencial per a persones discapacitades
- Nombre de centres d'acolliment residencial per a persones amb toxicomanies

MODEL DE PREVISIÓ DE LA DEMANDA

El model estadístic de previsió de demanda està basat en l'anàlisi de l'evolució de l'envelliment de la població i la de les persones amb discapacitat.

El procés seguit s'ha basat en una anàlisi de l'evolució històrica de les variables indicades, tot identificant-ne aquelles que tenen un pes específic més important i que, per tant, tenen més influència en el resultat final.

En aquest sentit, és important tenir present, igual que els models anteriors, que el desenvolupament del model ha tingut en compte les consideracions següents:

- > Si alguna variable no considerada o bé actualment no rellevant impactés en el model social futur de demanda d'aquest servei, caldria recalcular el model.

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



- > Les variables de les quals no es disposa d'un historial d'evolució no s'han pogut incloure al model, ja que no hi ha la possibilitat de conèixer-ne l'impacte en la demanda. Un canvi significatiu en l'evolució d'aquestes variables faria que calgués recalcular el model.
- > Les variables que no apareixen al model següent i no són part de les indicades als dos paràgrafs anteriors s'han descartat, en no tenir influència en el resultat objectiu o bé perquè estan molt correlacionades amb alguna de les variables que ja formen part del model.
- > Algunes variables que, de bon principi, poden semblar aleatòries s'han adjuntat al model, per la seva importància directa en la problemàtica diària de la gent gran o amb discapacitats. En ocasions, la precarietat o l'obsolescència dels edificis comporta una dificultat de mobilitat d'aquest col·lectiu; en conseqüència, s'origina una demanda més avançada del servei d'acolliment residencial, no pas pel deteriorament físic de la persona, sinó per la impossibilitat que li imposa el medi. Parlem de variables com ara l'absència d'ascensor o d'altres impediments, que resumim en la variable "Edificis per rehabilitar", ja que, a causa de la gran correlació entre les mateixes variables, únicament se'n pot mostrar una al model.

DESENVOLUPAMENT DEL MODEL

El model ha estat desenvolupat en tres fases:

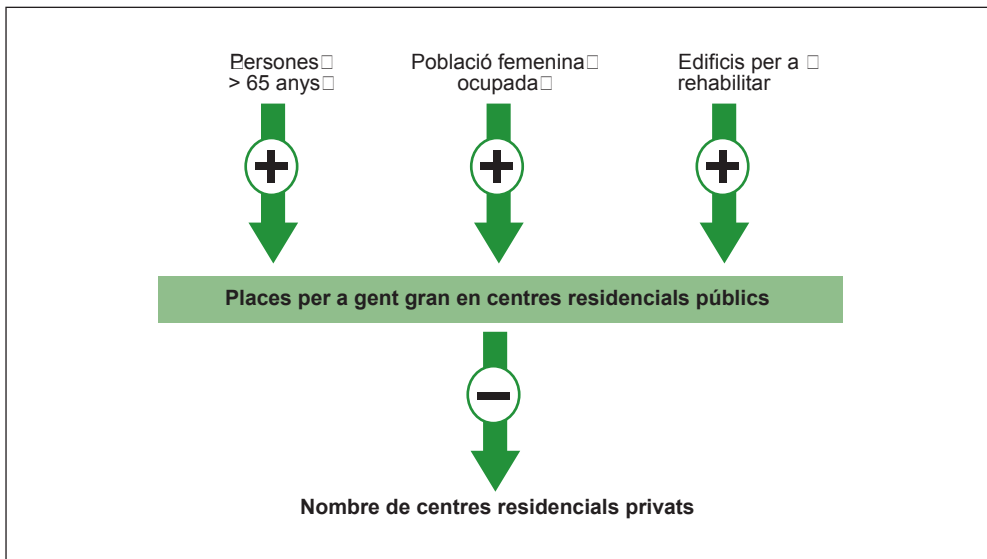
- > Fase 1: Desenvolupament del model d'estimació de la demanda per causa de les diferents situacions indicades i d'estimació del nombre de persones amb un grau mitjà o alt de dependència. Per al càlcul del model, s'han tingut en compte les dades històriques des del 1975 fins el 2005, per a les variables demogràfiques.
- > Fase 2: Introducció de variables de les quals no es disposa d'evolució històrica.
- > Fase 3: Combinació dels models anteriors.

Entre els diferents models estadístics possibles obtinguts, s'ha avançat i, finalment, s'ha escollit els models que tenen una forta base d'explicació sociològica.

MODELS DEFINITIUS

Els models obtinguts es poden interpretar en funció de l'esquema següent:

MODEL: Places per a gent gran a centres públics d'acolliment residencial



El model matemàtic associat és el següent:

$$PLGP = -30630 + 0,0489 P_{>65} + 13,3 P_{OCD} + 0,074ER_{rehab} - R_{Priv}$$

On:

Resultat buscat

PLGP: Nombre de places públiques per a gent gran.

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



Factors d'augment de la demanda

P > 65: Població de menys de 65 anys (en nombre de persones).

POcD: Població de dones laboralment actives, en milers de persones.

ERehab: Edificis sense adaptació per a la mobilitat.

RPriv: Nombre de places a centres privats d'acolliment residencial per a gent gran.

El model suposa una aproximació molt bona, ja que té un R^2 del 94%.

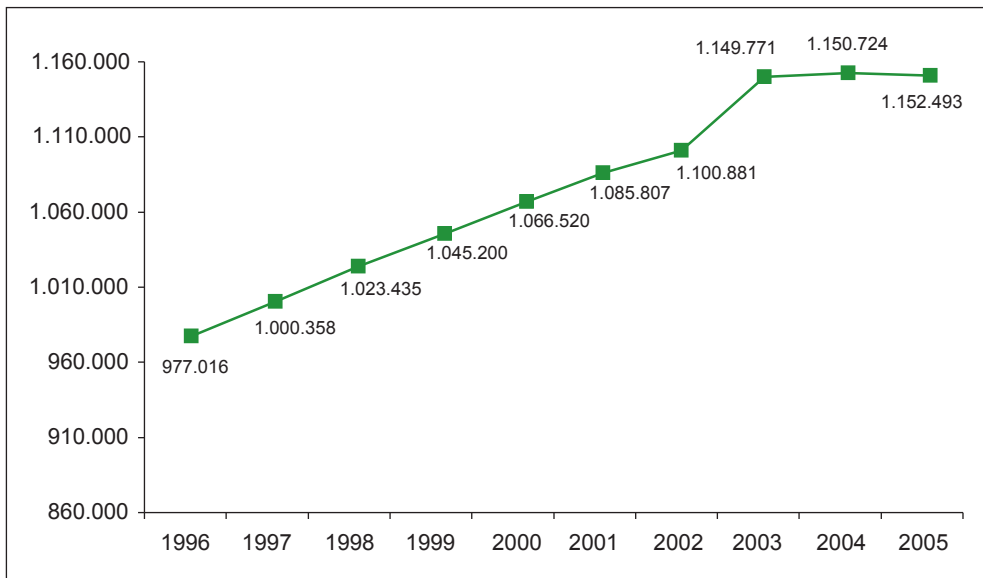
A continuació, es fa una anàlisi de l'impacte de cada variable, els darrers 10 anys.

Població total de persones de més de 65 anys (variable P > 65 en el model)

L'evolució de la variable ha estat la següent:

Gràfic 58. Persones de més de 65 anys

Unitats: nombres absoluts.



Font: Institut Cerdà.

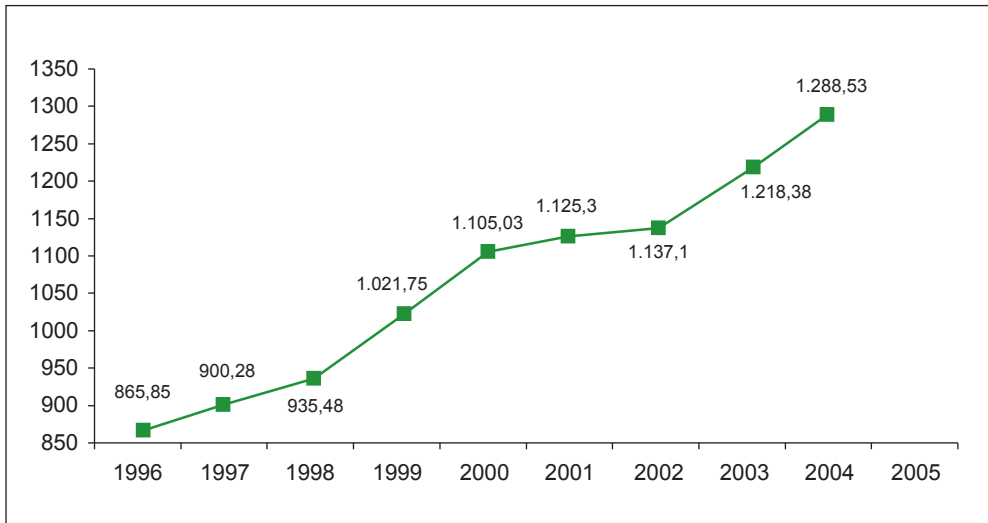
Segons el model proposat, a Catalunya l'augment del nombre de persones més grans de 65 anys els darrers 10 anys, en passar de 977.016 persones el 1996 fins a les 1.152.493 el 2005, ha suposat un increment de gairebé 8.500 places pel que fa a la necessitat de places disponibles de centres residencials per a gent gran.

Població total de dones ocupades (variable POcD en el model)

L'evolució de la variable ha estat la següent:

Gràfic 59. Població ocupada de dones

Unitats: milers.



Font: Institut Cerdà.

El nombre de dones ocupades a Catalunya els darrers 10 anys ha passat de les 865.000 dones que treballaven, el 1996, fins a les 1.288.000 dones laboralment actives, el 2005, cosa que ha suposat un increment de gairebé 5.625 places de les necessitats de places disponibles a centres residencials per a la gent gran.

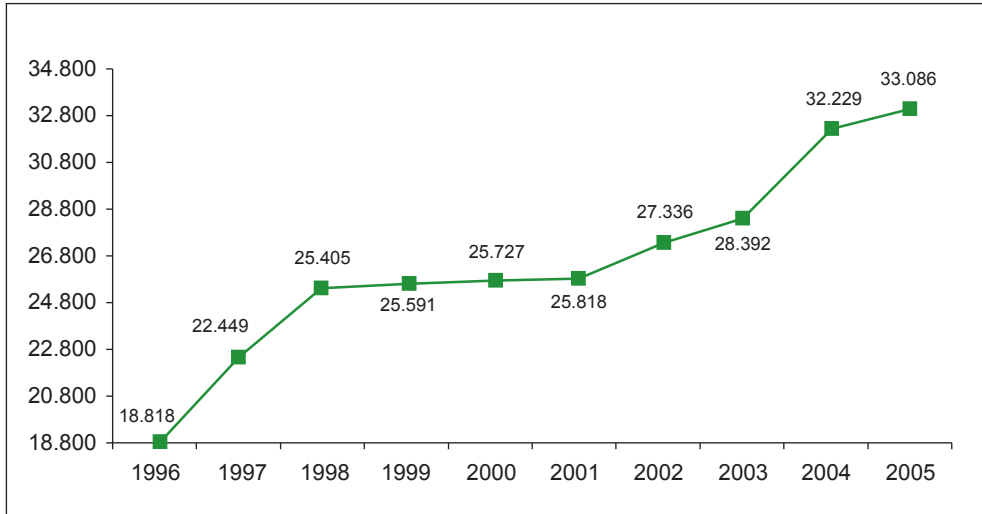


Edificis que cal rehabilitar, en m² (variable ERehab en el model)

L'evolució de la variable ha estat la següent:

Gràfic 60. Edificis per rehabilitar (en m²)

Unitats: nombres absoluts.



Font: Institut Cerdà.

L'augment del nombre d'edificis per rehabilitar a Catalunya els darrers 10 anys, que ha passat de 10.010 m² el 1996 fins a 33.000 m² el 2005, ha suposat un increment de gairebé 1.700 places en el nombre de places necessàries.

ANNEX 2

Cal entendre la normativa exposada al present estudi atenent l'evolució que aquesta ha sofert en el decurs dels anys. És per aquest motiu que en aquest annex se situen els antecedents normatius en matèria de serveis socials a Catalunya.

Així, doncs, el Reial decret legislatiu 17/1994, de 16 de novembre,⁴¹ té per objecte ordenar, estructurar, promoure i garantir el dret a un sistema de serveis socials de responsabilitat pública en l'àmbit territorial de Catalunya. Aquest decret habilita el Govern per dur a terme el desplegament reglamentari de molts dels seus preceptes. Com a conseqüència d'això, el Reial decret 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del Sistema Català de Serveis Socials,⁴² ordena el Sistema Català de Serveis Socials, alhora que actualitza les condicions funcionals i la tipologia dels serveis i establiments socials. Aquest decret se centra principalment en la Xarxa Bàsica de Responsabilitat Pública com a eix de la nova regulació. A més, ordena el règim jurídic i administratiu de les entitats, els serveis i els establiments, i també del seu funcionament, especialment les seves obligacions, i el seu registre.

Cal destacar, així mateix, la Llei 16/1996, de 27 de novembre, la qual regula les actuacions inspectores i de control de les entitats,⁴³ els serveis i els establiments de serveis socials, per tal de contribuir a la millora permanent del Sistema Català de Serveis Socials.

En virtut de l'aprovació del Reial decret 27/2003, de 21 de gener, de l'atenció social primària,⁴⁴ es defineix un model d'atenció primària i s'estableix l'escenari de mínims per tal que, en funció de les seves competències, les corporacions locals responsables duiguin a terme la programació dels serveis als seus territoris respectius, atenent les característiques i necessitats dels seus ciutadans, i garanteixin, pel que fa a la Xarxa Bàsica de Serveis Socials de Responsabilitat Pública, un nivell d'equitat, qualitat i equilibri territorial.

Pel que fa a les iniciatives públiques en matèria de Serveis Socials, cal destacar que els plans d'actuació social constitueixen els instruments generals de planificació de la política de serveis socials a Catalunya. Des de l'any 1988 s'han dut a terme quatre plans d'actuació.

Partint dels objectius assolits pels anteriors plans, el IV Pla d'Actuació Social 2003-2006 estableix unes línies estratègiques que constitueixen les bases per donar resposta

⁴¹ DOGC núm. 1997, de 13 de gener de 1995.

⁴² DOGC núm. 2237, de 31 de juliol de 1996.

⁴³ DOGC núm. 2290, de 9 de desembre de 1996.

⁴⁴ DOGC núm. 3815, de 5 de febrer de 2003.

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



a les necessitats que té plantejades actualment Catalunya en l'àmbit social, les quals són, al mateix temps, els reptes més significatius que afecten el conjunt de la política social europea.

El IV Pla d'Acció Social es basa en tres idees:

- > Situar els serveis socials i de benestar de Catalunya en la línia de les recomanacions de les instàncies de la Unió Europea, quant a polítiques socials.
- > Posar els serveis socials a l'abast de tots els ciutadans de Catalunya, tot superant la clàssica associació entre serveis socials i persones en situació més desfavorida.
- > Potenciar els serveis socials com a motor de les polítiques socials i potenciar també l'acció territorial del Sistema Català de Serveis Socials.

El IV Pla d'Acció Social preveu incrementar les cobertures públiques de serveis d'atenció domiciliària, tant d'ajuda personal com d'ajuda al domicili, i oferir una cobertura del 100% a les persones que necessiten serveis de teleassistència. Tanmateix, preveu impulsar la investigació sobre l'envelliment de la població en general i l'envelliment de col·lectius específics.

8. BIBLIOGRAFIA

- Álvarez, M. *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles*, Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, 2005 (Col·lecció Estudis: sèrie Dependència).
- Antares Consulting. *Modelo de futuro del servicio de atención a domicilio*. Madrid: Fundación Edad y Vida, 2007.
- Campo Ladero, M. Jesús. *Apoyo informal a las personas mayores y el papel de la mujer cuidadora*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), 2000.
- Campuzano, Carles *et al.* *Llei de dependència: una LOAPA social?* Barcelona: Fundació Ramon Trias Fargas, 2006 (col·lecció Papers de Fundació Ramon Trias Fargas).
- Carrasco Bengoa, Cristina; Domínguez Amorós, Màrius; Mayordomo Rico, Maribel. *El treball de les dones a Catalunya. Cap a una igualació creixent*. Barcelona, Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya (CTESC), 2005 (col·lecció Estudis, núm. 10).
- Casado, D; López i Casanovas, G. *Vellesa, dependència i atencions de llarga durada. Situació actual i perspectives de futur*. Barcelona: Fundació "la Caixa", 2001 (col·lecció Estudis Socials, núm. 6).
- Casado, David. *Efectos y abordajes de la dependencia: un anàlisis econòmic*, Barcelona: Masson, 2006.
- Centro de Investigaciones Científicas. *Encuesta sobre fecundidad y valores en la España del siglo XXI, abril-junio 2006*.
<http://www.cis.es/cis/export/sites/default/es/8_prensa/noticias/2007.03.15.fecundidad_y_valores.pdf> [consulta: juny de 2007]
- Centro Nacional de Epidemiología. *La situación del cáncer en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Salud Carlos III, 2005.
- Cervera, Montserrat; Dia, Oscar; Laporta, Elia. *Modelo de futuro del servicio de atención a domicilio*. Madrid: Fundación Edad y Vida, 2007.
- Comissió Europea. *El futur demogràfic d'Europa: transformar un repte en una oportunitat*. Brusel·les: la Comissió, 2006 (Comunicació de la Comissió Europea, 12.10.2006 COM(2006) 571 final).

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



- Consejo Económico y Social. *Dictamen sobre el anteproyecto de Ley de la Autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Madrid: CES, 2006.
- Consejo Económico y Social. *La protección social de las mujeres*. Madrid: CES, 2000 (col·lecció Informes, núm. 4/2000).
- Consorci Institut d'Infància i Món Urbà. *Informe 2004. Infància, famílies i canvi social a Catalunya*. Barcelona: CIIMU, 2005.
- Consorci Institut d'Infància i Món Urbà. *Panell d'infància i famílies de Catalunya*. Barcelona: CIIMU, 2006-
<http://www.ciimu.org/controller.php?p_action=show_page&pagina_id=6&inst_id=11804>
[consulta: juliol de 2007].
- Departament d'Acció Social i Ciutadania. *I Pla d'actuació social (1988-1991)*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Departament d'Acció Social i Ciutadania. *II Pla d'actuació social (1992-1995)*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Departament d'Acció Social i Ciutadania. *III Pla d'actuació social (1997-2001)*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Departament d'Acció Social i Ciutadania. *IV Pla d'actuació social (2003-2006)*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Departament d'Acció Social i Ciutadania. *Mapa dels serveis socials*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, el Departament, 2005.
- Departament d'Acció Social i Ciutadania. *Programa "Prodep" (Programa per a l'impuls i l'ordenació de la promoció de l'autonomia personal i l'atenció a les persones amb dependència)*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, el Departament.
- Departament d'Educació. *Mapa de llars d'infants (2004-2008)*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, el Departament, 2004.
- Departament de Benestar Social. *Llibre blanc de la gent gran amb dependència*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, el Departament, 2002.
- Departament de Salut. *Informe "Sistema Integrat de vigilància epidemiològica de l'HIV a Catalunya" (SIVES)*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, el Departament, 2004.

- Departament de Salut. *Pla d'actuacions prioritàries de l'atenció primària de salut per al períodes 2003-2005*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Servei Català de la Salut, 2003.
- Departament de Salut. *Pla director d'oncologia a Catalunya 2001-2004*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, el Departament, 2006.
- Departament de Treball. *Primera enquesta de condicions de treball de Catalunya*, Barcelona: Generalitat de Catalunya, el Departament, 2007.
<http://www.gencat.cat/treball/doc/doc_90435967_1.pdf> [consulta: juliol de 2007]
- Doutreligne, Sébastien; Lenoir, Daniel (Grup del Projecte GESTE). "La atención a las personas mayores en situación de dependencia en su último período de vida. Retos y apuntes para una reflexión del Estado". *Boletín sobre envejecimiento. perfiles y tendencias*. Madrid, núm. 28 (2007).
- Esping-Andersen, Gösta. "A child-centered social investment strategy". Dins: Esping-Andersen, Gösta; Gallie, Duncan; Hemerijck, Anton; Myles, John. *Why we need a new welfare state*. Oxford University Press: Oxford University Press, 2002, pàg. 26-27.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. *The future for employment in social care in Europe. Conference report*. Hèlsinki: the Foundation, 2006.
- Flaquer, Ll., et al. *Monoparentalitat i infància*. Barcelona: Fundació "la Caixa", 2006.
- Fundació Institut Català de l'Envelliment. *Projeccions 2015 de la prevalença de persones en situació de dependència funcional a Catalunya*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, la Fundació, 2006 (Programa Prodep de la Generalitat de Catalunya).
- Generalitat de Catalunya. *Acord Estratègic per a la internacionalització, la qualitat de l'ocupació i la competitivitat de l'economia catalana*. Barcelona: la Generalitat, 16 de febrer de 2005.
- Herce, José A.; Labeaga, José M^a; Sosvilla Rivero, Simón; Ortega, Carolina. "El Sistema Nacional de Dependencia. Evaluación de sus efectos sobre el empleo". *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*. Madrid: el Ministerio, núm. 60 (2006).
- Herrera, C.; Durán, M. Ángeles. "Las demandas de trabajo no monetario de los ancianos". *Política y sociedad*. Madrid, núm. 19 (1995).
- IMSERSO. *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005.

Informe sobre les necessitats de cura i atenció a les persones en situació de dependència



- Institut Cerdà. *Eina de simulació de demanda futura de serveis a les persones*. Barcelona: l'Institut, 2006.
- Institut d'Estadística de Catalunya. *Projeccions de població de Catalunya. Principals resultats en els horitzons 2006, 2015, 2030*. Barcelona: Idescat, desembre de 2004.
- Institut d'Estadística de Catalunya. *Projeccions de població en edat escolar 2003-2015*. Barcelona: Idescat, 2006.
- José María i Sánchez, Francesc. *Comentaris de la futura llei de dependència*, Consorci Hospitalari de Catalunya. Barcelona: Col·legi d'advocats de Barcelona, març 2004. <<http://www.chc.es/aut/atach/D19,1.pdf>> [consulta: gener de 2008]
- López Casasnovas, Guillem *et al.* *Envel·liment i dependència. Situació actual i reptes de futur*. Barcelona: Caixa Catalunya, 2005 (Estudis Caixa Catalunya).
- Palacios Ramos, E.; Abellán García, A. "Diferentes estimaciones de la discapacidad y la dependencia en España". *Portal Mayores*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), núm. 56 (2006) (Informes).
- Riviero, Toni; Salvà, Antoni; Roque, Marta; Domingo, Àlex. *Escenarios territoriales de la Ley de apoyo a las personas con dependencia en España. Horizonte 2007-2009*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, Fundació Institut Català de l'Envel·liment, 2007.
- Salvà, Antoni (dir.). *Anuari de l'envelliment. Catalunya 2004*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, Fundació Institut Català de l'Envel·liment, 2004.
- Sancho Castiello, M. (coord.) *Las personas mayores en España. Informe 2006*, Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, 2006.
- Vila, Toni. "Las propuestas de las personas mayores ante situaciones de dependencia. Estudio comparado entre las propuestas de la Confederación Espanyola de Organizaciones de Mayores (CEOMA) y la Ley de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia y las familias". *Revista Agathos. Atención sociosanitaria y bienestar*. Barcelona: Institut de Serveis Sanitaris i Socials (ISIS), any 7, núm. 1 (2007), pàg. 4-19.



ÚLTIMES PUBLICACIONS EDITADES

Col·lecció Estudis i Informes del CTESC

16. Competitivitat de l'economia catalana 2000-2006.

17. Immigració i mercat de treball a Catalunya.

Col·lecció Llibres del CTESC

11. La inspecció de treball. 100 anys al servei de les polítiques socials.

Col·lecció Tesis doctorals

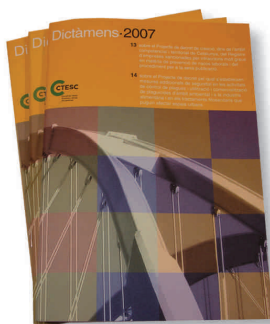
Les caixes d'estalvis i la protecció social a Catalunya. Santiago Riera Olivé

El problema de l'habitatge en la vellesa a Catalunya. Jordi Bosch Meda

Memòria socioeconòmica i laboral de Catalunya 2006

Informe de gestió 2006

Col·lecció Dictàmens



Punts de venda a les llibreries de la Generalitat:

Barcelona - Rambles, 118	93 302 64 62
Barcelona - Rocafort, 120	93 292 54 17
Girona	972 22 72 67
Lleida	973 28 19 30
Madrid - (Blanquerna Llibreria Catalana)	91 431 00 22

