

alimara

Revista de Treball Social
Època 5 / número 55 / Març 2011



Consell de
Mallorca



Núm 55

Època 5. Març 2011

Edita: Institut d'Afers Socials
Consell de Mallorca

Coordinació i redacció:
Servei de planificació i documentació.
General Riera, 67
07010 Palma

Els articles d'aquesta revista expressen únicament l'opinió
dels seus autors.

Apunts per al debat sobre els reptes actuals dels serveis socials municipals

Josep Muñoz Luque

Gerent de Serveis de Benestar Social
de l'Àrea de Benestar Social
de la Diputació de Barcelona

Introducció

Conjuntural o estructural, ningú no dubta que els serveis socials es troben en un moment de canvi. Canvi en la tipologia d'usuaris, en les necessitats socials, en les metodologies de treball i en el mateix paper que juguen els serveis socials en l'esquema de l'Estat del benestar espanyol. I tot això en un moment on conflueixen dos esdeveniments claus: el desplegament de la primera llei de serveis socials de caràcter estatal (la coneguda com a Llei de la Dependència) amb una crisi econòmica que està comportant alhora un canvi de model productiu i un qüestionament del propi model d'estat del benestar.

Fantova (2008) considera que aquest moment de canvi estratègic pot conduir cap a la millora i consolidació d'aquest sistema, però també pot accentuar el seu caràcter residual i disminuir la seva rellevància: dependrà del posicionament i estratègies dels diferents actors que els serveis socials

es consolidin com un pilar fonamental de l'Estat del benestar o quedin subordinats al sistema d'atenció a al dependència.

En aquest article volem centrar-nos en el paper dels serveis socials que presten els municipis en l'Estat espanyol¹ i destacar alguns reptes o assignatures pendents per a la consolidació d'aquest quart o sisè² (Kanh i Kamerman 1987) pilar. Les funcions i abast d'aquests serveis vénen determinats per les diferents lleis de serveis socials que cada comunitat autònoma (CA) ha vingut desenvolupant en aquests 30 anys de sistema democràtic, però malgrat aquestes diferències són més els elements comuns que les diferències del que es coneixen com a serveis socials de base, d'atenció primària o comunitaris (Pelegrí, 2007). Uns serveis que es caracteritzen per:

- La seva "joventut " (menys de 30 anys d'història), però unes arrels que arriben al segle XIX.
- Un sistema complex, amb inequitats i desigualtats, i una multiplicitat d'actors que interactuen en la seva gestió i desenvolupament.
- Un sistema basat en el factor humà, en prestacions intangibles i amb un finançament econòmic insuficient que contribueix a la seva invisibilitat social.
- Un sistema de responsabilitat pública amb una important presència del tercer sector i amb una creixent influència i posicionament del sector privat.
- Un sistema caracteritzat per atendre persones en situació d'exclusió social, el que s'ha anomenat "clients captius".

En definitiva, un sistema que arriba als 30 anys d'història i que reclama un debat sobre aspectes molt rellevants, alguns dels quals proposem en aquest article. Centrem aquesta exposició en una part d'aquests serveis, els que són competència dels municipis (en virtut de l'article 25 de la Llei 7/1985 de Règim Local) i que, com ja hem comentat, reben diferents denominacions a les diferents CA: serveis socials d'atenció primària, comunitaris, o bàsics principalment. Es tracta en tots els casos de la porta d'entrada al conjunt del sistema i són prestats directament per tots els municipis majors de 20.000 habitants de l'Estat³ amb una cartera similar que inclou la informació i orientació, i serveis d'atenció domiciliària, com l'ajut a domicili o el servei de teleassistències.

1 Els serveis socials de competència municipal reben diferents denominacions al conjunt de l'Estat: serveis socials d'atenció primària, serveis socials bàsics o serveis socials comunitaris. En aquest article utilitzarem la denominació serveis socials municipals per referir-nos a aquests serveis que esdevenen la porta d'entrada al sistema.

2 Per a Kanh i Kamerman (1987) i també per Pelegrí (2007) l'Estat del benestar té sis pilars: educació, sanitat, pensions, polítiques d'habitatge i polítiques d'ocupació.

3 En els cas dels municipis menors de 20.000 habitants, trobem una àmplia diversitat d'òrgans prestadors, des dels propis municipis a les comunitats autònomes, Diputacions Forals o Provincials, consells comarcals, ...)

En aquest article proposem sis aspectes de debat que considerem de plena actualitat:

- Universalitat contra especificitat
- Dret subjectiu contra assistencialisme
- Finançament
- Gratuïtat contra copagament
- Equitat territorial
- Coordinació amb d'altres sistemes

1. El debat sobre la universalitat o especificitat dels serveis socials municipals

La universalització de les polítiques de benestar s'inicia els anys 90 de forma generalitzada en els països de l'Europa del Sud (Moreno 2001). A Espanya, l'entrada en vigor de la Llei de pensions no contributives (1990) o la Llei General de Sanitat (1986) van significar un pas important en la universalització del nostre sistema de benestar.

Des de l'any 2003 algunes CA (Astúries, Madrid, Catalunya, País Basc, Navarra i Aragó) entren en el que es pot considerar "quarta fase de desenvolupament normatiu" (Subirats 2007) amb lleis que inclouen el principi d'universalització i contemplant el dret subjectiu a aquests serveis. Des d'aquest paradigma totes les persones són subjectes de dret del sistema públic de serveis socials sense cap discriminació o diferenciació, però a la pràctica la major part dels serveis es continuen adreçant a uns col·lectius concrets.

La universalització representa superar la visió conservadora de la beneficència o graciabilitat d'aquests serveis i segons Fantova (2008), més enllà del necessari finançament o de la seva garantia jurídica, la universalització depèn de la missió o de la necessitat que cobreixen aquests serveis. En aquest sentit és important assenyalar que malgrat que tradicionalment els serveis socials s'han adreçat a uns col·lectius concrets, la tendència actual és considerar aquestes necessitats com a socials, públiques i compartides (Fantova 2004).

El debat sobre la universalització dels serveis socials ens porta a tres qüestions de debat:

a) S'adrecen els serveis socials a tothom? Estan accedint les classes mitjanes als serveis socials?

Amb l'assumpció del principi d'universalització en les noves lleis de serveis socials i amb l'aprovació de la Llei de la Dependència es considerava que havia arribat el moment de l'accés de les classes mitjanes al sistema de serveis socials, ja que la manca d'autonomia afecta totes les classes socials. La posada en marxa del Sistema d'Atenció a les Persones amb Dependència (SAAD) ha incrementat de forma molt evident el nombre de persones usuàries del sistema, però el

context econòmic està provocant que les persones en risc d'exclusió social tornin a esdevenir els principals usuaris d'aquests serveis. D'altra banda, el SAAD s'està desenvolupant de forma diferent en les CA i en alguns casos els serveis socials estan quedant fora del sistema essent agències i altres òrgans els responsables de l'elaboració del Programa Individual d'Atenció (PIA). Per això, el debat l'hauríem de centrar en com dotem els serveis socials dels recursos necessaris perquè pugui atendre a tothom, i per tant pugui ser de facto un servei de tipus universal.

b) Estan preparats els serveis socials municipals per atendre un "públic universal?"

Segons dades del Plan Concertado, el nombre total d'usuaris dels serveis socials durant l'any 2007 va ser de 5.423.000 persones, el que suposa una cobertura del 13'07% sobre el conjunt de la població de l'Estat i un increment del 16% sobre la població atesa l'any 2006 (4.674.430 persones). Aquest increment pot ser degut a què durant el mes de maig del 2007 va iniciar-se el desplegament del SAAD.

Taula 1. Usuaris atesos pels serveis socials al conjunt de l'Estat espanyol

Any	Persones ateses	Increment (%)
2000	3.328.134	2,19
2001	3.555.349	6,83
2002	3.738.608	5,15
2003	3.969.860	6,19
2004	4.285.399	7,95
2005	4.641.446	8,31
2006	4.674.430	0,71
2007	5.423.208	16,02

Font: Memòria Plan Concertado 2007

Malgrat la inexistència de dades recents, podem estimar que durant els anys 2008, 2009 i 2010 el percentatge d'usuaris s'ha incrementat no només per la dependència (a 1 de novembre de 2010, 1.715.000 ciutadans han sol·licitat accedir al sistema dels que 1.543.000 ja disposen de dictamen) sinó també pel context de crisi social: un 19,7% de la població a tot l'Estat es troba per sota del llindar de la pobresa moderada (segons l'Informe de la inclusió social a Espanya 2009), 4.574.700 persones es troben a l'atur segons dades EPA (19'79% de la població activa) i 4.017.800 persones es troben en situació d'atur registrat.

A la Taula 2 hem volgut relacionar dues variables que ens ajudin a detectar la pressió actual dels serveis socials municipals, mitjançant una variable directa (el nombre de persones que han sol·licitat accedir al

SAAD) i una altra indirecta (el percentatge de persones en situació d'atur). Podem observar que en general, totes les comunitats estan rebent importants fluxos de població per al SAAD a més de comptar amb alts nivells d'atur, destacant significativament la situació d'Andalusia i de Castella la Manxa. A l'altre extrem només detectem la comunitat de Madrid amb un nivell de cobertura del SAAD i d'atur inferior a la mitjana estatal.

Taula 2. Percentatge d'atur i percentatge d'usuaris atesos pel SAAD per Comunitat Autònoma

Comunitat	Percentatge sol·licituts SAAD sobre total població	Percentatge població activa en atur segons EPA
ANDALUSIA	4,73	27,8
ARAGÓ	3,59	14,2
ASTÚRIES	3,04	16,4
BALEARS	2,06	19,9
CANÀRIES	1,65	29,5
CANTÀBRIA	3,74	13,9
CASTELLA-LA MANXA	4,25	21,4
CASTELLA -LLEÓ	3,11	16,3
CATALUNYA	2,99	17,7
EXTREMADURA	3,68	22,4
GALÍCIA	3,08	15,6
LA RIOJA	4,25	12,2
MADRID	1,78	16,4
MÚRCIA	3,24	21,3
C. VALENCIANA	2,01	23,8
PAÍS BASC	3,70	10,4
NAVARRA	3,17	11,0
ESTAT	3,11	20'09

Font: elaboració pròpia a partir de l'IMERSO (dades 1 novembre 2010) i Ministeri de Treball, EPA 2n trimestre 2010

Però la posada en marxa del SAAD no només ha representat un increment en el nombre d'usuaris que acudeixen als serveis socials, sinó que també s'ha incrementat la demanda de serveis inclosos en la cartera de la dependència, especialment d'atenció domiciliària i teleassistència, que són gestionats majoritàriament pels governs locals perquè formen part de la cartera de serveis socials comunitaris o de base.

Aquesta allau d'usuaris està provocant un increment substancial de les llistes d'espera per ser atesos pel sistema, les quals poden provocar que persones amb recursos per accedir al mercat privat (ajut a domicili i teleassistència) abandonin aquest sistema.

c) *Podem parlar d'universalitat i contemplar serveis específics per a col·lectius amb necessitats especials?*

És important entendre que la universalitat no exclou accions focalitzades cap a col·lectius amb necessitats especials. L'universalisme no impedeix que s'adoptin programes selectius. Per exemple, el sistema nacional de salut presta una especial atenció als parts de risc, fa una campanya de vacunació antigripal per als majors de 65 anys, etc. De la mateixa manera, els serveis socials identifiquen col·lectius amb necessitat de protecció especial, com ara les persones amb discapacitat, malaltia mental, infància en risc, persones amb drogodependències, etc., i ha de poder planificar i prestar programes específics per atendre i preveure aquestes situacions de risc.

2. El dret subjectiu contra assistencialisme

Molt lligat al debat anterior podem parlar sobre l'abast dels drets subjectius, un debat clàssic, però de gran actualitat. Astúries (Llei 1/2003, de 24 de febrer) i Madrid (Llei 11/2003, de 27 de març) van ser les primeres CA que l'any 2003 van legislar els serveis socials com a veritables drets subjectius. El principi de dret subjectiu significa una superació de les limitacions a l'accés de determinats serveis derivades de requisits d'apreciació discrecional o de l'existència de la suficient consignació pressupostària (Tornos 2008). El reconeixement del dret subjectiu té implicacions importants en l'accessibilitat als serveis des d'un concepte de dignitat i superant l'estigmatització associada a les persones usuàries dels serveis socials.

Un pas important en el concepte de dret subjectiu ha estat també la Llei de promoció i autonomia personal i atenció a la dependència que fonamenta aquest dret subjectiu en els principis d'universalitat, equitat i accessibilitat. Un element clau per garantir el dret subjectiu és la cartera de serveis socials que contempla aquelles prestacions garantides, les quals s'han de dotar de crèdits ampliables d'acord amb les necessitats i demanda, i aquelles que estan subjectes a condicions pressupostàries.

En un moment de crisi econòmica, un dels riscos que s'assenyalen és el retorn de l'orientació dels serveis socials a l'assistencialisme. El creixement de les ajudes d'urgència social i de les demandes vinculades a necessitats bàsiques porta el risc de reforçar una imatge assistencial dels serveis socials, en un context en què es reconeix el concepte de dret subjectiu. Per tant, els serveis socials municipals han de garantir l'accés a les ajudes d'urgència des de criteris transparents, clars i objectius.

Vinculat al risc de l'assistencialisme hi ha l'amenaça de debilitar l'enfocament comunitari i preventiu que és reconegut com a propi dels serveis socials municipals per les diferents legislacions. L'equilibri entre l'activitat assistencial, necessària en un context de crisi, i la preventiva i de

promoció social, important per a construir benestar des del present cap al futur, i vinculat al concepte d'apoderament, és un dels grans reptes dels serveis socials.

3. El debat sobre el finançament dels serveis socials

El correcte finançament dels serveis socials és una premissa per garantir la seva universalització. Sense una garantia de finançament no es pot desenvolupar un sistema públic de serveis socials. Per això, ens hem de preguntar si els serveis socials compten amb un correcte finançament i si existeix un equilibri en la participació dels tres nivells d'administració que hi intervenen.

Són moltes les dificultats que planteja l'anàlisi del finançament dels serveis socials a les diferents comunitats, especialment de tipus metodològic (manca de dades concretes i comparables) però també per establir estàndards de costos pels diferents serveis i prestacions. Per això centrarem el nostre debat en la segona qüestió, l'anàlisi de la participació dels tres nivells d'administració en el finançament d'aquests serveis.

La poca informació disponible ens permet observar que aquesta participació és desigual, lluny d'un hipotètic 33%: les corporacions locals en el conjunt de l'Estat són les que assumeixen la part principal de la despesa. Segons dades del propi Plan Concertado, l'any 2007 les administracions van destinar 1.001.161.889 d'euros al sistema de serveis socials bàsics, dels quals l'Estat va aportar el 9'48%, les comunitats autònomes el 30'43% i les administracions locals el 60'09%.

A nivell de l'Estat i amb la finalitat de garantir una xarxa bàsica estatal i disminuir l'equitat de l'oferta entre les diferents comunitats, l'any 1998 va impulsar-se el Plan Concertado de Servicios Sociales. El Plan s'estructura en convenis de col·laboració subscrits entre l'Estat i totes les comunitats a excepció de Navarra i el País Basc, i condiciona les comunitats a què aportin una dotació econòmica d'igual quantia. No cobreix la totalitat de la despesa destinada ni dels recursos existents i, a més, presenta importants desigualtats en la contribució que fan les diferents CA, ja que com podem observar a la taula 4, Catalunya i Balears reben en euros per habitant una quantitat molt inferior a la que reben comunitats com La Rioja o Astúries (Bayarri 2009).

Com podem observar a la taula 3, des de l'any 2000 a l'any 2010 el creixement de la quantitat destinada a aquest pla ha estat d'11 milions d'euros, un 14'20%, amb nombrosos períodes anuals de congelació de la quantia. Paral·lelament, durant aquest període la població de l'Estat ha crescut a un ritme lleugerament superior, en un 16'10%, passant de 40.499.791 habitants (1 de gener 2000) a 47.021.031 habitants (1 de gener 2010). Per tant, un esforç important per part de l'Estat però segurament insuficient ja que, com ja hem apuntat, de mitjana aquesta aportació només arriba a cobrir el 10% de la despesa total en serveis socials que tenen els municipis. D'altra banda, aquest baix creixement

indica que el Plan Concertado difícilment s'ajusta a l'evolució dels costos de les prestacions bàsiques de serveis socials (FEMP 2009).

Taula 3. Evolució de l'aportació del Plan Concertado 2000-2008

Any	Aportació de l'Estat (en milers d'euros)	Increment (%)
2000	84.036	9'44%
2001	89.022	5'93%
2002	90.802	2'00%
2003	90.802	0'00%
2004	90.802	0'00%
2005	90.802	0'00%
2006	90.799	0'00%
2007	94.892	4'51%
2008	95.092	4'73%
2009	95.974	0'92%
2010	95.974	0'00%

Font: web del Ministerio de Sanidad y Política Social

Les comunitats autònomes aporten, de mitjana, un 30% del cost dels serveis socials amb un esforç econòmic desigual. La Taula 4 ens permet observar les diferències en aquest esforç: a l'extrem inferior trobem comunitats com Múrcia (12'41 euros/habitant) i Extremadura (13'22 euros/habitant) i a l'extrem superior d'altres com les Balears (40'05 euros/habitant) i Castella Lleó (41'80 euros/habitant) que pràcticament aporten el triple.

Taula 4. Despesa per habitant en serveis socials de les CA i aportació del Pla Concertat

Comunitat	Despesa en euros habitant 2007	Aportació Pla Concertat en eur/hab 2008
ANDALUSIA	28.35	2,32
ARAGÓ	20.28	2,54
ASTÚRIES	35.53	2,77
BALEARS	40.05	1,78
CANÀRIES	25.29	2,05
CANTÀBRIA	38.79	2,56
CASTELLA - LA MANXA	23.61	2,53
CASTELLA - LLEÓ	41.80	2,86
CATALUNYA	22.26	1,87
EXTREMADURA	13.22	3,01
GALÍCIA	22.02	2,86
LA RIOJA	14.72	4,61
MADRID	19.14	1,79
MÚRCIA	12.41	2,01
C. VALENCIANA	15.66	1,93
CEUTA	12.77	7,50
MELILLA	71.97	8,27
TOTAL	24.01	

Font: Memòria Plan Concertado 2007 i Bayarri (2009)

Pel que fa a les corporacions locals, ja hem comentat que, segons dades del Plan Concertado, són les que realitzen el major esforç assumint de mitjana el 60% del cost dels serveis.

Segons dades del Mapa de Serveis Socials de Catalunya, l'any 2005 els municipis van destinar als serveis socials d'atenció primària, de mitjana, entre el 3'88% i el 4'23% del pressupost municipal. Segons dades dels Cercles de Comparació Intermunicipals de la Diputació de Barcelona per als municipis majors de 10.000h, (any 2008) aquests van destinar, de mitjana, el 3'9% dels seu pressupost en serveis socials amb diferències significatives segons la dimensió del municipi: els municipis més grans gasten més (4'5% per als municipis majors de 70.000 habitants enfront del 2'9 dels municipis menors de 10.000 habitants).

Pel que fa a la despesa per càpita en serveis socials d'atenció primària, també existeixen importants diferències entre municipis. Un exemple és el cas del País Basc, on la despesa mitjana en serveis socials en euros/habitant per als diferents municipis de cadascun dels tres territoris històrics per a l'any 2007 presenta diferències significatives: 20€/hab de mitjana en els municipis del territori d'Àlaba, 14€/hab en els de Biscaia i 17€/hab en els de Guipúscoa (SIIS 2009).

A més dels ajuntaments, és important considerar el paper que fan les altres administracions locals com les diputacions provincials, les diputacions forals (Navarra i País Basc) els consells insulars (Balears) i consells comarcals (Catalunya) que donen suport tècnic i econòmic a tots els municipis i en especial als menors de 20.000 habitants (amb la prestació dels serveis socials bàsics en aquests municipis).

No tenim dades a nivell estatal sobre la distribució de la part municipal entre aquest conjunt d'administracions, però sabem que a Catalunya i per a l'any 2002 els municipis van assumir el 85% de la despesa total en serveis socials, les diputacions l'11% i els consells comarcals el 4% (Generalitat de Catalunya 2005).

Vista l'existència d'aquestes importants diferències entre comunitats i municipis, creiem necessari considerar que per poder avançar en la millora del finançament cal també que els municipis avancin en la implementació de sistemes d'informació i de control de la gestió: el càlcul i el control i la gestió de costos són eines imprescindibles per determinar la bondat del sistema de finançament o la idoneïtat dels preus públics establerts en un sistema on el copagament ha de jugar un paper important (Serra 2008).

Per tant, aquesta breu i superficial anàlisi ens ha permès observar el desigual esforç econòmic que fan els tres nivells d'administracions responsables del manteniment de la despesa i les diferències importants entre comunitats i fins i tot entre les diferents administracions locals.

4. El debat sobre la gratuïtat contra copagament i coresponsabilitat en el finançament

Patrocínio de las Heras (2001) considera que els serveis socials, per la seva pròpia filosofia són universals, malgrat que les persones que reben els serveis puguin participar, d'acord amb els seus ingressos, en la seva aportació econòmica. La disminució dels ingressos de les administracions públiques autonòmiques i locals (tant propis com els que reben d'altres administracions) i les propostes de reducció de la pressió fiscal que defensen determinats forces polítiques, comporta una reducció o contenció pressupostària del sector públic que dificulta el manteniment i/o desplegament de serveis públics de qualitat.

Per això la coresponsabilitat o el copagament de part del cost del servei per part dels usuaris d'acord amb els seus ingressos esdevé una sortida a la sostenibilitat del sistema de serveis socials o, com afirma Serra (2009), una peça clau per recuperar el valor de la redistribució per davant de la fal·làcia de la gratuïtat i l'accés limitat als béns i serveis públics. També millora l'eficiència (estableix una relació directa entre el cost i els serveis obtinguts), raciona el seu consum i proporciona informació sobre les preferències individuals i la valoració dels usuaris dels serveis públics, a més de contribuir a la reducció de la pèrdua de benestar social associada al consum excessiu (Garcia 2009).

Establir un sistema de copagament fa necessari no només consensuar sistemes de barems que facilitin la gratuïtat per als més necessitats, sinó també avançar en l'anàlisi de costos unitaris dels serveis i dissenyar i implementar un model que faciliti una gestió operativa eficient del procés de copagament (el cobrament mensual del rebut).

La Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a la dependència possibilita la participació de l'usuari en el preu del servei segons la capacitat econòmica i el tipus de servei. Així mateix, la majoria de lleis de serveis socials de les CA reconeixen la universalitat dels serveis, però contemplant la corresponsabilitat a través del copagament.

Cal tenir en compte que hi ha serveis socials que queden exclosos del copagament per la seva pròpia naturalesa, com els serveis dirigits a persones sense recursos (menjadors socials, serveis residencials d'estada limitada...) El copagament afecta especialment els serveis d'atenció a la dependència, sobretot en un moment en què els serveis socials s'universalitzen i, per tant, hi pot accedir tota la ciutadania, independentment de les seves rendes i de manera normalitzada. El copagament pot esdevenir, doncs, una eina per garantir una universalitat efectiva en l'accés als serveis socials.

Diversos autors han assenyalat que l'avantatge principal del copagament és que pot contribuir a fer que hi hagi millores potencials de l'eficiència i un augment de la responsabilitat en la mesura que augmenta la visibilitat i la transparència sobre el cost dels serveis públics. El copagament és generalitzat en els serveis socials a Europa, fins i tot en països nòrdics, per diferenciar les prestacions pròpiament de caràcter social d'altres despeses que ha d'assumir l'usuari com l'alimentació o l'habitatge, excepte en situacions de pobresa.

La teoria econòmica prediu que quan els copagaments s'apliquen sense cap relació amb el nivell de renda, ocasionen un efecte regressiu sobre la distribució de la renda. És essencial, doncs, un bon disseny a l'hora d'establir la relació entre el copagament i el nivell de renda o la necessitat de l'individu que el sol·licita.

El 26 de novembre de 2008 el Consell Territorial del Sistema d'Autonomia Personal i Atenció a la dependència va aprovar l'acord sobre copagament. S'estableix que qui tingui una capacitat econòmica (que contempla també el patrimoni) per sota de l'IPREM (Indicador Públic de Renda d'Efectes Múltiples), no paga res. A partir d'aquí es paga un percentatge del cost total del servei que ha de fixar la comunitat autònoma, però, d'acord amb l'autonomia local, els ens locals poden decidir el règim d'aportacions del beneficiari en el seu territori en el cas dels serveis de competència local, com l'ajuda a domicili i teleassistència.

A la pràctica es tradueix en una gran diversitat de models de copagament, entre municipis i CA, des dels municipis que no tenen cap copagament, als que el tenen a partir d'un determinat llindar d'ingressos,

als que opten per un sistema per trams progressiu⁴... Aquesta diversitat pot afectar a l'equitat territorial. Per tant, cal cercar vies de consens que permetin establir models de copagament més equitatius entre persones i entre territoris.

Des de la Diputació de Barcelona hem dissenyat un model de copagament que pot ser aplicat pels municipis en els serveis d'ajut a domicili i en els serveis de teleassistència. La seva finalitat és garantir la progressivitat i l'equitat, i s'ofereix conjuntament amb un model d'ordenança per establir el preu públic, un model de memòria econòmica i també la possibilitat de poder gestionar la recaptació d'aquests imports mitjançant la xarxa d'oficines de l'Organisme de Gestió Tributària de la Diputació de Barcelona.

En definitiva, considerem que aquest és un debat clau perquè ens remet a dos altres eixos de debat: l'equitat en l'accés al sistema i la seva universalitat.

5. El debat sobre l'equitat territorial del sistema

En un Estat de Dret tots els ciutadans haurien de tenir el mateix dret d'accés i de resposta al i del sistema amb independència del lloc de residència. La realitat és ben diferent i ens mostra l'existència d'una clara inequitat, no només entre CA sinó fins i tot entre municipis d'una mateixa comunitat.

Els Serveis socials són una política que el text constitucional determinava com a competència de les CA i que va ser assumida per totes (la primera el País Basc el 1982 i la darrera Cantàbria el 1992) per la necessitat de legitimació d'aquestes i de dotar-los de visibilitat davant els seus ciutadans (Subirats 2007). El govern central va intentar infructuosament durant els anys 1983-84 introduir una llei nacional de serveis socials (Moreno 2001) e fins i tot el Tribunal Constitucional va avalar aquesta iniciativa per tal de garantir l'equitat en l'accés als serveis a les diferents comunitats. El resultat és una política clarament descentralitzada amb diversitat de models i nombroses llacunes (sentència 146/86).

Per això s'ha consolidat a nivell de l'Estat un sistema de plena competència autonòmica i de gestió majoritàriament municipal, el que significa que les comunitats autònomes regulen i els ajuntaments gestionen i a la pràctica suporten la major part del seu finançament.

El Pla Concertat neix l'any 1988 com un acord de cooperació econòmica, de gestió, informació i assistència tècnica, entre l'Administració General de l'Estat, CA i entitats locals per garantir que tots els ciutadans accedeixen a tots els serveis socials bàsics en condicions d'igualtat independentment del seu territori de residència.

⁴ Catalunya determina la participació en el copagament d'acord amb l'Indicador de Renda de Suficiència (IRSC) i no d'acord amb l'IPREM d'àmbit estatal. Es garanteix l'exempció de copagament per a ingressos de fins a 18.610 euros, gairebé el triple que el que determina l'IPREM (7.236 euros).

No obstant, l'impuls financer només va tenir lloc els primers anys. Després han anat disminuint els increments anuals, sobretot a partir de 1995. A les Jornades d'avaluació del Pla Concertat, 10 anys després (1998) es va posar de manifest l'incompliment parcial de la meitat de les seves previsions inicials de finançament i desenvolupament dels equipaments del Pla Concertat. Això ha fet que el seu impacte en termes d'equitat territorial en l'accés als serveis socials sigui dèbil.

Un segon intent important d'avançar en equitat és la Llei de Promoció de l'Autonomia Personal i atenció a les persones amb dependència, però malgrat els instruments de cooperació interadministrativa com el Consell Territorial i el finançament d'una part del sistema per part de l'Estat, les CA han impulsat un desplegament desigual dels serveis de la cartera de la Llei.

La descentralització, l'amplia diversitat de models existents i la manca de recursos econòmics provoca una important passivitat i inequitat en el sistema (Adelantado 2002) amb llacunes importants com el paper del tercer sector prestador de serveis socials, o la relació entre el sector públic i privat (Subirats 2007). A més, l'excessiva fragmentació dels municipis espanyols provoca que bona part d'ells tinguin una dimensió insuficient per gestionar de manera eficaç aquests serveis. (Adelantado y Gomà, 2000).

Aquesta situació ens porta a preguntar-nos si realment existeixen importants diferències entre les cobertures dels serveis socials bàsics a les diferents comunitats autònomes, ja que sabem que els requisits i les condicions d'accés a un servei de teleassistència o a un ajut a domicili depenen de la comunitat de residència i sovint del municipi, i per això per igual necessitat social el servei rebut es diferent en funció del lloc de residència.

La Taula 5 ens permet observar l'existència d'importantes diferències de cobertura entre CA en dos serveis comuns a la cartera de serveis socials d'atenció primària: l'ajut a domicili (SAD) i el servei de teleassistència. A l'extrem baix hi trobem comunitats com Galícia, Múrcia, València amb una cobertura inferior a la mitjana de l'Estat dels dos serveis i a l'altre extrem Madrid i Castella – La Manxa amb cobertures molt superiors a la mitjana.

També resulta interessant observar la relació entre la cobertura d'aquests dos serveis i el nombre de persones usuàries dels serveis socials d'atenció primària (en percentatge sobre el total de la població). La hipòtesi prèvia ens portaria a estimar que les comunitats amb més percentatge d'usuaris són les que tenen uns serveis d'atenció domiciliària més desenvolupats per l'existència d'una major demanda, encara que aquests dos serveis van adreçats principalment a les persones grans. Com podem veure a la mateixa taula 5, no hi ha una correlació directa entre aquestes variables i trobem totes les combinacions possibles, des de comunitats com Castella-La Manxa amb una alta cobertura a les tres variables, a Madrid, amb poca cobertura d'usuaris però un alt nivell de cobertura dels serveis d'atenció domiciliària.

També cal destacar que les diferències d'equitat no només es detecten en la cobertura sinó que també són d'intensitat, amb uns serveis que

segons l'Informe 2008 del Observatorio de Mayores tenen una mitjana estatal de 16'94 hores mensuals (4 hores setmanals per usuari). Segons aquest informe, només 4 comunitats autònomes ofereixen una intensitat superior a las 20 hores mensuals: Galícia (29 h/mes), País Basc (25 h/mes), Extremadura (22 h/mes) y Cantàbria (20'53 h/mes).

Taula 5. percentatge d'usuaris dels serveis socials, cobertura del servei d'atenció domiciliària i del servei de Teleassistència per comunitat autònoma. 2007/2008

Comunitat	Percentatge usuaris serveis socials base sobre total població 2007	Cobertura SAD 2008	Cobertura SAT 2008
ANDALUSIA	9.60	3,92	5,45
ARAGÓ	6.81	4.32	5,44
ASTÚRIES	6.99	4.55	3,81
BALEARS	8.85	3.25	3,78
CANÀRIES	13.20	3.52	1,20
CANTÀBRIA	40.47	3.56	5,81
CASTELLA - LA MANXA	37.39	7.76	8.58
CASTELLA - LLEÓ	14.59	4.84	3.54
CATALUNYA	11.84	4.77	4,96
EXTREMADURA	26.10	2.74	4,41
GALÍCIA	16.70	1.86	1,20
LA RIOJA	6.45	5.25	1.93
MADRID	4.68	7.97	11,94
MÚRCIA	8.14	2.42	3,35
C. VALENCIANA	18.63	2.74	3.63
CEUTA	8.67	9.58	6.69
MELILLA	4.13	3.87	4.42
ESTAT	13.08	4.69	4.72

Font: elaboració pròpia a partir de la memòria del Plan Concertado 2007 i de l'Informe de L'Observatorio de Personas Mayores 2008 (dades 1 gener 2008). Només recollim les comunitats autònomes que participen en el Plan Concertado i, per tant, no s'inclou País Basc i Navarra.

Un altre indicador interessant per comparar l'equitat del sistema és comparar el nombre de professionals que l'integren com indicador de l'oferta de serveis i de l'esforç que fan les diferents comunitats. Segons dades del Plan Concertado el nombre de professionals per al conjunt de l'Estat és de 6.695 Diplomats en Treball Social (DTS)⁵, el que dóna una ràtio d'un DTS per cada 5.608 habitants.

⁵ En aquest article i per disponibilitat de dades centrarem l'anàlisi en els diplomats en treball social conscient que altres perfils professionals com els/les educadors/es socials desenvolupen una tasca imprescindible en aquest sistema. Segons dades del Plan Concertado hi han un total de 2.085 educadors/es socials al conjunt de l'Estat.

El Consejo General de Trabajo Social recomana un DTS per cada 3.000 habitants (Lima 2010). A Catalunya la normativa especifica la necessitat de comptar amb 3 DTS per cada 15.000 habitants (1 per cada 5.000 habitants), però la major part de municipis encara no compleix aquesta ràtio. A Navarra, el Pla Estratègic de Serveis Socials 2008-2012 relaciona el nombre de DTS mínim en funció de la població que integren les diferents unitats bàsiques en què es divideix el territori. D'aquesta manera, el Pla prioritza les zones amb menys habitants (zones rurals d'àmplia dispersió geogràfica) determinant la necessitat de comptar amb un DTS per a les zones bàsiques menors de 5.000 habitants, 3 per a les zones que tenen entre 15.000 i 39.999 habitants i quatre per a les zones amb més de 30.000 habitants.

Pel que fa al País Basc (SIIS 2010), el 62% dels professionals consideren necessari poder disposar-ne de més (actualment compten amb 1 diplomat/da en treball social per cada 4.992 habitants). Segons aquest estudi, una ràtio òptima que permeti llistes d'espera no superiors als 7 dies hàbils seria el d'un DTS per cada 3.000 habitants, gairebé la meitat del detectat segons les dades del Plan Concertado i que coincideix amb la proposta del Consejo General que ja hem apuntat.

Segons dades dels Cercles de Comparació Intermunicipals de la Diputació de Barcelona, la mitjana d'habitants per professional per a l'any 2008 és de 6.079, amb una ràtio mitjana de 389 usuaris per professional. A Cantàbria, aquesta mitjana per a l'any 2009 era de 6.213.

La pregunta obligada és si aquests estàndards establerts i en major mesura els actuals fluxos d'usuaris al sistema, garanteixen el correcte desenvolupament del rol professional. Abans de contestar a aquesta pregunta caldria avançar en el que entenem per objecte de treball dels i de les treballadors/es socials: els professionals dels serveis socials desenvolupen activitats d'ajut o suport, fonamentalment relacional i de proximitat, activitats que s'han de poder desenvolupar tant a nivell d'atenció individual com a nivell comunitari o grupal. Però a la pràctica veiem que els professionals es troben amb problemes tradicionals com l'excessiva burocràcia derivada de les prestacions i tràmits necessaris per a l'accés a prestacions i serveis (Lima 2010). Segons l'Informe del País Basc el 15% de la jornada dels DTS es dedica a tasques que podrien desenvolupar personal administratiu. Tot això dificulta que els professionals puguin disposar del temps necessari per a la realització d'actuacions pròpies del seu perfil professional.

6. El debat sobre la coordinació amb els altres sistemes de protecció social

Promoure el desenvolupament comunitari, incrementar la cohesió social o preveure les causes de marginació o d'exclusió social són algunes de les funcions que recullen com objectius del sistema la pràctica totalitat de lleis de serveis socials autonòmiques. No obstant, aconseguir aquests objectius

no és possible si el sistema de serveis socials no actua de forma coordinada amb els altres sistemes de protecció social (Fantova 2004).

Així mateix la multidimensionalitat de les necessitats socials actuals requereix respostes integrals. El desenvolupament del model d'atenció a la dependència va portar al debat la necessària coordinació entre els sistemes de serveis socials i el sistema sanitari, i l'actual context de crisi hauria de portar la discussió sobre la necessària coordinació amb sistemes com el de les polítiques actives d'ocupació o el sistema de protecció a les situacions d'atur.

Els països nòrdics són un exemple en el desenvolupament de mecanismes de coordinació de polítiques socials. D'aquestes experiències en podem extreure alguns elements que faciliten aquesta coordinació. Un primer element fa referència a l'àmbit de la gestió i és que en aquests països els serveis socials de base i els serveis sanitaris d'atenció primària depenen de la mateixa administració, generalment els governs locals. Un segon element en l'àmbit de la regulació i planificació és que les àrees de govern dels ministeris agrupen polítiques que requereixen aquesta coordinació. En el cas de Noruega, els serveis socials bàsics depenen orgànicament del Ministeri de Treball (el que facilita la planificació de polítiques d'ocupació a persones en risc d'exclusió social) i en el cas de Suècia el Ministeri de Salut integra tots els serveis d'atenció socio sanitària.

A l'Estat espanyol i amb el desenvolupament del SAAD s'estan posant en marxa a nivell local nombroses experiències per facilitar la coordinació entre els equips socials i els equips de salut, especialment en l'àmbit de l'atenció domiciliària.

També podem destacar l'experiència que estem impulsant des de la Diputació de Barcelona per la coordinació dels equips de serveis socials amb els serveis jurídics, com els serveis d'orientació jurídica que presten els col·legis oficials d'advocats en els diferents jutjats. Aquesta coordinació permet que usuaris que arriben als centres de serveis socials amb problemes i dubtes jurídics puguin ser atesos en aquests centres per lletrats dels col·legis, els quals, si cal, poden iniciar la tramitació ordinària de la seva reclamació en l'àmbit judicial. Aquest servei esdevé un avantatge tant per als usuaris de serveis socials (rapidesa en l'atenció i tramitació i finestra única) com pels propis professionals (disminució llistes d'espera, seguretat jurídica en l'atenció, etc.).

El treball en xarxa amb participació de professionals de diferents àmbits i administracions, el desenvolupament de sistemes d'informació compartits, l'existència de circuits i espais formals i informals de coordinació, el foment de la transversalitat són algunes de les eines que poden facilitar aquesta coordinació (Subirats 2007).

Per tot això, la coordinació entre els diferents sistemes continua essent un debat obert entre responsables polítics i tècnics dels serveis socials: com garantim una resposta única i integral al ciutadà que arriba als serveis socials amb problemes de tipus relacionals i de manca d'autonomia, però també amb problemes de salut, de manca d'ingressos, de manca

d'habitatge i molt sovint amb aspectes jurídics que van més enllà de les competències professionals dels i de les treballadors/es socials.

Conclusió

La finalitat d'aquest article és aportar alguns temes de debat sobre la situació actual dels serveis socials municipals que considerem rellevants tant per la situació de canvi de cicle econòmic com per la consolidació dels serveis socials com a sistema fonamental del model actual d'estat del benestar. Ens hem volgut centrar en sis temes de debat i aportar algunes dades per il·lustrar la seva situació, però som conscients que hi han molt més temes oberts com el propi rol dels professionals, la formació dels treballadors/es socials i el futur que obren els estudis de grau, la participació de les del tercer sector social i del sector privat en el sistema, i la necessitat de transparència de les administracions (com donar comptes a la ciutadania de la tasca realitzada).

D'altra banda, en els sis temes que hem proposat en aquest article hi ha un element comú que ja hem assenyalat i és la manca d'equitat territorial en el model actual de serveis socials, no només entre comunitats autònomes sinó sovint entre municipis d'una mateixa comunitat. En aquest sentit, crec que les corporacions locals de segon nivell, com les diputacions provincials o forals o consells insulars, tenen un paper important en el treball per garantir aquesta equitat, tant en la gestió de serveis com l'ajut a domicili o les teleassistències, (facilitar economies d'escala), com en la creació i impuls de models de gestió, reglament o plecs que facilitin aquesta major igualtat i que facilitin també un principi bàsic en un estat de Dret com és que tots els ciutadans tinguin garantit l'accés al mateix nivell de recursos amb independència del seu lloc de residència.

Bibliografia

Adelantado, J. (2002): "Política de Serveis Socials" a Gallego, R. Gomà, R. Subirats, J. "Els règims autonòmics de Benestar". Barcelona, IEA, Generalitat de Catalunya.

Adelantado, J. i Gomà, R. (2000): "La reestructuración de los regímenes de bienestar europeos" a "Cambios en el Estado de bienestar. Políticas sociales y desigualdades en España", Barcelona, Icaria.

Bayarri, V. (2009): "Un dèficit històric de les transferències de l'Estat en serveis socials". Quaderns d'Acció Social i Ciutadania, núm. 4. Pàgs. 36-40.

De las Heras Pinilla, P. (2001): "Servicios sociales en atención primaria: desafíos y estrategias". CEESC. Barcelona.

Díaz, A., Herranz, R., Madrigal, A. (2010): "Servicios Sociales para personas mayores en España. 2008". Observatorio de Personas Mayores.

Diputació de Barcelona (2009): "Anàlisi de serveis municipals mitjançant indicadors de gestió. Recull de les conclusions dels serveis analitzats en els cercles de comparació intermunicipals. Resultats 2008". Barcelona.

Fantova, F. (2004): Los sistemas de servicios sociales en España: intento de caracterización. Boletín CIES. Núm. 21.

Fantova, F. (2008): La universalización de los servicios sociales desde dentro. Revista Barcelona Societat, núm.14. Pàgs. 118-127.

Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) (2009): "Propuestas para la configuración de un modelo actualizado de servicios sociales municipales". Madrid.

Fundació Caixa Catalunya (2009): "Informe de la inclusió social en España 2009".

Garcia González, A. (2009): "El copagament en els serveis socials. Criteris en la fixació de barems". Quaderns d'Acció Social i Ciutadania, núm 4. Pàgs. 59-61.

Generalitat de Catalunya (2006): Mapa de serveis socials 2004-2005. Barcelona: Departament d'Acció Social i Ciutadania.

Generalitat de Catalunya (2006): Mapa de serveis socials. Actualització de dades bàsiques. 2008 i 2009. Barcelona: Departament d'Acció Social i Ciutadania.

Gobierno de Navarra (2009): "Plan Estratégico de Servicios Sociales de Navarra 2008-2012". Pamplona.

Kahn, A. i Kamerman, S. (1987): Los servicios sociales desde una perspectiva internacional: el sexto sistema de protección social. Madrid. Siglo XXI.

Lima, A.I. (2010): "Nuevas oportunidades del trabajo social". Revista Servicios Sociales y Política Social, núm. 89. Pàgs. 9-27.

Ministerio de Sanidad y Política Social (2010): "El sistema público de servicios sociales. Plan concertado de prestaciones básicas de servicios sociales en

corporaciones locales. 2007 y 2008". Secretaria General de Política Social y Consumo. Madrid.

Moreno, L. (2001): La via media española del modelo de bienestar del Mediterraneo. Papers, núm. 63/64. Pàgs. 67-82.

Pelegri, X. (2007): "El modelo de servicios sociales en España". Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades. SOCIOTAM. Año XVII, núm. 002. Pàgs. 125-150. México.

Serra, A. (2008): "El desplegament de la Llei de la Dependència: reptes de gestió per al govern local". Revista Barcelona Societat, núm. 14. Pàgs. 99-101.

Serra, A. (2009). "El finançament dels serveis socials a Catalunya: l'estat de la qüestió". Quaderns d'Acció Social i Ciutadania, num 4. Pàgs. 19-26.

SIIS. Centro de Documentación y Estudios (2009): "VII Informe sobre la situación de los servicios sociales en la comunidad autónoma del País Vasco. Año 2007".

SIIS. Centro de Documentación y Estudios (2010): "La Situación de los servicios sociales de base en la comunidad autónoma del País Vasco": Zerbitzuan, núm. 47. Pàgs. 7-36.

Subirats, J. (dir) (2007): "Los servicios sociales de atención primaria ante el cambio social". Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Tornos Mas, J. (2008): "La configuración de las prestaciones sociales como derechos subjetivos", a Aguado, V. (ed), "El sistema de serveis socials a Catalunya". Institut d'Estudis Autonòmics. Barcelona.

L'*Alimara* amb la Serra de Tramuntana

La revista *Alimara* també s'afegeix a la campanya engegada pel Consell de Mallorca perquè la Serra de Tramuntana de Mallorca sigui declarada Patrimoni de la Humanitat per la UNESCO, sota la figura de Paisatge Cultural. Per això, ha volgut que les il·lustracions d'aquest monogràfic dedicat al municipalisme i als serveis socials presentin distints indrets d'aquests paratges amb valors paisatgístics de caràcter cultural únics al món. Les fotografies són de Marcos Molina i Toni Oliver. Per a més informació d'aquesta campanya, <http://www.serradetrabantana.net>.