

**Adequació del tercer sector als nous  
reptes de la promoció de  
l'autonomia personal  
i prevenció i atenció a la  
dependència**

Premi Pere Mascaró 2010

Autores:  
Encarna García Illán  
Maria Antònia Gomila Grau  
Ruth Muñoz Florit



# COL·LABORADORS I AGRAÏMENTS

Aquest estudi s'ha realitzat gràcies a l'ajuda i col·laboració de moltes persones i entitats. Volem donar les gràcies molt especialment a:

## **Coautors:**

Joan Sastre Llodrà. Capítol Dependència i atenció a persones amb malaltia mental  
Irene Ortega Ribas. Capítol La gent gran i les persones amb discapacitat a l'illa de Mallorca

## **Col·laboradors en el treball de camp:**

Miquel Far Ferrer.  
Aroa Guerra Pedrosa.

## **Persones de les entitats:**

Andreas Ais. Creu Roja  
Aina Arrom. Patronat residència Miquel Mir  
Isabel Comas. Inspeccions i autoritzacions IMAS  
Guillem Febrer. Estel de Llevant  
Maria Florit. Ajuntament de Campanet  
Catalina Juan. Ajuntament de Palma  
M<sup>a</sup> Carmen Medina. Fundació Deixalles. Calvià  
Hjassirtg Ojeda. AFAM  
Antònia Pérez. Prevenció de la dependència IMAS  
Coloma Poquet. Dependència IMAS  
Pere Quetgues. Fundació Es Garrover  
Araceli Ramírez. Creu Roja  
José Ángel Rubiño. Fundació Marià Aguilera  
Trinidad Sanchez. INTRESS  
Iria Sanz. Associació Gira-sol  
Apolònia Vanrell. Valoració discapacitat IMAS  
Colau Terrassa. Gerent ABDEM  
Sonia Castro. Gerent FEAPS i FOQUA  
Aurora Bonet. Gerent Coordinadora  
Maria Magdalena Rosselló  
Joana Maria Timoner  
Cati Amer (Coordinadora)  
Aina Moll(Coordinadora)  
Mente  
PREDIF  
ABDEM  
FEAPS-FOQUA  
COORDINADORA  
MATER

# ÍNDEX

1. INTRODUCCIÓ.....	6
2. METODOLOGIA.....	7
2.1 OBJECTIUS I HIPÒTESIS.....	7
2.2 OBJECTE D'ESTUDI.....	7
2.3 ESTRUCTURA.....	7
2.4 METODOLOGIA.....	8
2.5 TÈCNiques.....	8
2.5.1 TÈCNiques DE RECOLLIDA I ELABORACIÓ D'INFORMACIÓ DEL PARADIGMA QUALITATIU.....	8
2.5.2 TÈCNiques DE RECOLLIDA I ELABORACIÓ D'INFORMACIÓ DEL PARADIGMA DISTRIBUTIU.....	8
2.5.3 TRIANGULACIÓ DELS RESULTATS I DIMENSIÓ PROPOSITIVA.....	9
2.6 DELIMITACIÓ DE LES ENTITATS OBJECTE D'ESTUDI.....	9
3. EL ROL DEL TERCER SECTOR SOCIAL EN EL SISTEMA D'ATENCIÓ A LA DEPENDÈNCIA.....	11
3.1 ALGUNES CONSIDERACIONS EN TORN AL TERCER SECTOR.....	11
3.1.1 EL TERCER SECTOR SOCIAL.....	12
3.2 ELS DIFERENTS MODELS DE BENESTAR EN LA PROMOCIÓ DE L'AUTONOMIA PERSONAL I L'ATENCIÓ A LA DEPENDÈNCIA.....	13
3.2.1 DIFERENTS MODELS DE BENESTAR.....	13
3.2.2 ELS DIFERENTS MODELS EUROPEUS D'ATENCIÓ A LA DEPENDÈNCIA.....	14
3.2.3 EL ROL DEL TERCER SECTOR D'ACCIÓ SOCIAL EN ELS MODELS DE BENESTAR SOCIAL I EN L'ATENCIÓ A LA DEPENDÈNCIA.....	17
4. LA GENT GRAN I LES PERSONES AMB DISCAPACITAT A L'ILLA DE MALLORCA.....	22
4.1 DADES POBLACIONALS.....	22
4.1.1 EVOLUCIÓ DE LA POBLACIÓ.....	22
4.1.2 ESTRUCTURA DEMOGRÀFICA.....	23
4.2 POBLACIÓ TERCERA EDAT A L'ILLA DE MALLORCA.....	26
4.2.1 CARACTERÍSTIQUES GENERALS.....	26
4.2.2 ESPERANÇA DE VIDA I MORTALITAT DE LES PERSONES DE 65 ANYS I MÉS.....	30
4.2.3 DISTRIBUCIÓ TERRITORIAL DE LA POBLACIÓ MAJOR A L'ILLA DE MALLORCA.....	34
4.3 POBLACIÓ AMD DISCAPACITAT A L'ILLA DE MALLORCA.....	35
4.3.1 DADES GENERALS.....	35
4.3.2 DISTRIBUCIÓ TERRITORIAL DE LA POBLACIÓ AMB DISCAPACITAT RECONEGUDA A L'ILLA DE MALLORCA.....	36
5. LES PERSONES EN SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA A L'ILLA DE MALLORCA.....	39

5.1 SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA .....	39
5.1.1 SOL·LICITUDS I PERSONES BENEFICIÀRIES .....	39
5.1.2 PRESTACIONS .....	46
5.1.3 DISTRIBUCIÓ TERRITORIAL DE LA POBLACIÓ DEPENDENT A L'ILLA DE MALLORCA.....	46
5.1.4 TAULA RESUM.....	47
5.2 EL MODEL ASSISTENCIAL A LES ILLES BALEARS .....	48
6. EL TSAS DE LES PERSONES AMB DISCAPACITAT I LA GESTIÓ DE LA LPAPAD.....	54
6.1 EL TERME DISCAPACITAT I LA PROPOSTA DE LA DIVERSITAT FUNCIONAL A L'ÀMBIT DE LA TEORIA SOCIOLÒGICA .....	54
6.2 EL SECTOR DE LES PERSONES AMB DISCAPACITAT DINS EL TERCER SECTOR D'ACCIÓ SOCIAL A LES ILLES BALEARS.....	57
6.3 EL SISTEMA DE GESTIÓ DE L'ATENCIÓ A LA DISCAPACITAT A MALLORCA.....	60
6.3.1 CENTRES D' ATENCIÓ A PERSONES AMB DISCAPACITAT.....	60
6.3.2 TIPOLOGIES DE SERVEIS .....	63
6.3.3 DISTRIBUCIÓ TERRITORIAL DELS SERVEIS .....	64
6.3.4 SOL·LICITUDS D'INGRESSOS A CENTRES DE LA XARXA D'ATENCIÓ A PERSONES AMB DISCAPACITAT DE L'IMAS .....	68
6.3.5 ALTRES SERVEIS, PROGRAMES I PRESTACIONS .....	68
6.3.6 AJUDES ECONÒMIQUES INDIVIDUALS .....	71
7. LES RESPOSTES DEL TSAS DE PERSONES AMB DISCAPACITAT A MALLORCA FRONT ELS REPTES DE LA LPAPAD.....	72
7.1 ORGANITZACIÓ INTERNA I RELACIÓ AMB ALTRES ENTITATS DEL TSAS .....	72
7.2 ANÀLISI DEL ROL DEL TSAS EN LA CREACIÓ DE LA XARXA DEL SAAD PER A L'ATENCIÓ DE LES PERSONES AMB DISCAPACITAT .....	74
7.2.1 ADEQUACIÓ ALS REQUISITS EN ELS SERVEIS QUE ESTIPULA LA LPAPAD.....	74
7.2.2 EL CENTRE OCUPACIONAL ÀGUILA.....	75
7.2.3 ENTITATS AMB UN FORT PES D'ATENCIÓ RESIDENCIAL: FEAPS- FOQUA .....	77
7.2.4 ELS PROGRAMES COMUNITARIS I ALTRES SERVEIS .....	78
7.3 EL PROCÉS DE VALORACIÓ DE LA DISCAPACITAT I LA DEPENDÈNCIA .....	79
7.4 EL MODEL DE FINANÇAMENT.....	81
7.5 ELS SISTEMES DE QUALITAT.....	83
7.5 QUIN MODEL DE BENESTAR S'ESTÀ IMPLANTANT AMB EL DESPLEGAMENT DE LA LPAPAD? CONSEQÜÈNCIES DE LA SEVA IMPLEMENTACIÓ EN EL TSAS DE PERSONES AMB DISCAPACITAT.....	84
8. DEPENDÈNCIA I ATENCIÓ A PERSONES AMB MALALTIA MENTAL.....	87
8.1 INTRODUCCIÓ.....	87

8.2 DESCRIPCIÓ DE POBLACIÓ DE SALUT MENTAL EN EL CONTEXT DE MALLORCA.....	89
8.3 EL PAPER DE LES ASSOCIACIONS DEL TERCER SECTOR QUE ATENEN A PERSONES AMB MALALTIA MENTAL I LES SEVES NECESSITATS.....	91
9. L'ATENCIÓ A LA TERCERA EDAT.....	93
9.1 CENTRES I PLACES PER A PERSONES MAJORS .....	93
9.2 EL PAPER DEL TERCER SECTOR .....	95
9.3 RESIDÈNCIES I CENTRES D'ESTADES DIÛRNES .....	98
9.4 SAD I ALTRES SERVEIS COMPLEMENTARIS D'ATENCIÓ A DOMICILI (TELEASSISTÈNCIA, MENJAR A DOMICILI, SIMAD...)	99
9.5 ELS PROGRAMES COMUNITARIS DE PREVENCIÓ DE LA DEPENDÈNCIA, PROMOCIÓ DE L'AUTONOMIA I SUPORT A FAMILIARS CUIDADORS I CUIDADORS NO PROFESSIONALS .....	100
9.6 ANÀLISIS DE LA GESTIÓ I PROBLEMÀTICA DEL TERCER SECTOR EN L'ATENCIÓ A LA TERCERA EDAT DEPENDENT .....	102
9.6.1 EL FINANÇAMENT .....	102
9.6.2 ELS RECURSOS HUMANS .....	104
9.6.3 VOLUNTARIAT .....	106
9.6.4 FORMACIÓ .....	107
9.6.5 SISTEMES DE QUALITAT .....	107
9.7 CONCLUSIONS .....	107
10. DAFO I PROPOSTES DE MILLORA .....	109
11. CONCLUSIONS .....	121
11.1 GENT GRAN, DISCAPACITAT I DEPENDÈNCIA A LES ILLES BALEARS I MALLORCA .....	121
11.2 EL ROL DEL TSAS A LA LPAPAD I LA LLEI 4/2009 .....	122
11.3 EL MODEL ASSISTENCIAL A LES ILLES BALEARS.....	123
11.4 EL ROL DEL TSAS DINS EL SISTEMA DE BENESTAR SOCIAL.....	124
11.4.1.LA REALITAT DEL SECTOR DE LES PERSONES AMB DISCAPACITAT .....	124
11.4.2 LA GESTIÓ DE LA DISCAPACITAT A MALLORCA i EL TSAS DE DISCAPACITAT .....	125
11.4.3 EL SISTEMA DE VALORACIÓ DE LA DISCAPACITAT I LA DEPENDÈNCIA .....	126
11.4.4 FINANÇAMENT .....	126
11.5 MALALTIA MENTAL.....	127
11.6 TERCERA EDAT .....	128
TAULES I ESQUEMES ANNEXES.....	132
BIBLIOGRAFIA .....	137

# 1. INTRODUCCIÓ

La cogestió de serveis entre el tercer sector social i les entitats públiques que es dediquen a donar atenció a les persones és una realitat que respon a la necessitat de donar serveis de proximitat a la ciutadania que siguin flexibles i s'adaptin als canvis socials. A la nova llei balear 4/09 de serveis socials, es reconeix el pes del tercer sector, cabdal en la prestació de serveis a les persones necessitades i s'hi estableix l'accés universal de les persones als serveis socials bàsics així com les seves diferents formes de finançament (art. 73).

La posada en funcionament de la Llei 39/2006 de Promoció de la Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència demandarà una major participació de les entitats del tercer sector social per fer front als nous requeriments que contempla. De fet, tot i la gran diversitat -tant en les seves funcions com en les formes de funcionament i objectius-, el tercer sector social juga un paper molt important en l'acció orientada a l'atenció a la dependència suplint determinats buits i limitacions de gestió inherents a l'acció pública directa.

Però la importància d'aquest sector en aquest àmbit d'intervenció social no solament radica en la seva funcionalitat, sinó també en què aporten tot un conjunt de valors -creació de xarxes socials, foment del voluntariat i la ciutadania, flexibilitat en la prestació dels serveis, capacitat d'innovació, etc.- que contribueixen a reduir el risc d'exclusió social dels sectors de població amb els què es treballa. Així, les entitats del tercer sector social han reclamat sovint el reconeixement de la seva participació en les polítiques de protecció social. De fet, la nova Llei 4/2009 d'11 de juny de serveis socials de les Illes Balears, en el Capítol I, Art.10, reconeix les entitats del tercer sector com a part integrant del sistema públic de serveis socials.

Donada la important dimensió que adopta el tercer sector social en aquest context, resulta imprescindible conèixer de primera mà la seva situació en l'actual model de gestió dins el sistema de Serveis Socials a Mallorca de cara a afrontar de manera adequada els nous reptes que es plantegen. Cal, doncs, aprofundir en les debilitats de l'actual sistema de serveis socials per a aclarir les relacions que en aquest moment s'estableixen entre l'administració pública i el tercer sector social. Actualment la iniciativa social i la privada estan cobrint de manera subsidiària una franja molt important d'atenció a necessitats bàsiques que es plantegen a la legislació com a drets de la ciutadania i de responsabilitat pública. El seu desplegament de fet amb aquest caràcter universalista, però, presenta moltes dificultats.

L'aparició de la nova llei 4/09 de serveis socials i del desplegament de la llei nacional de dependència configuren un nou i complex sistema en el que es redefineix el sistema públic de serveis socials alhora que es generen molts d'interrogants sobre la seva consolidació i rearticulació. En aquest context, analitzar quin el rol que juga el tercer sector social en aquest model de gestió a l'àmbit de la illa de Mallorca i les dificultats i nous reptes que cal afrontar per a poder desplegar de manera adequada el que d'ell s'espera és una de les principals motivacions d'aquest projecte.

## 2. METODOLOGIA

### 2.1 OBJECTIUS I HIPÒTESIS

---

L'objectiu empíric de la investigació consisteix en analitzar el rol de les entitats de persones amb discapacitat i de persones majors en la nova configuració del sistema de serveis socials a l'àmbit insular de Mallorca, tot tenint en compte les seves estructures d'organització, les seves relacions amb l'Estat i el mercat i identificant-ne el model de benestar que es promou en aquesta interacció.

La hipòtesi de partida és que les entitats del tercer sector d'acció social (TSAS) de persones amb discapacitat i de persones majors han jugat, juguen i jugaran en el futur un rol ben diferenciat en la seva relació amb l'estat i el mercat en l'entramat de la provisió i producció de serveis socials de responsabilitat pública i que aquesta relació té la seva imprompta en el model de benestar resultant.

Aquest objectiu porta implícita la necessitat de dur a terme una aproximació al marc jurídic que emmarca aquesta relació en el sistema de serveis socials que configuren la confluència de la Llei 4/2009 de serveis socials i la Llei 39/2006 de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a Persones en Situació de Dependència (LPAPAD), així com l'anàlisi succint de la gènesi dels diferents models explicatius de la relació entre el tercer sector d'acció social i l'Estat en els diferents sistemes de serveis socials.

### 2.2 OBJECTE D'ESTUDI

---

L'objecte d'estudi d'aquest treball d'investigació requereix una atenció interdisciplinària que porta implícita la dificultat de tractar amb rigor científic les aportacions de les diferents disciplines. Les teories de les diferents disciplines que es contempen en aquest estudi no es prenen com a punt de partida per a l'anàlisi sinó que només pretenen configurar un joc de cops de llanterna que s'entrecruen en un mateix punt: **l'encreuada de les entitats del TSAS davant els nous reptes que suposa la universalització dels serveis socials i de l'atenció a la dependència.** Així, el risc de que aquestes disciplines siguin tractades només de forma parcial s'assumeix com a punt de partida i com a condició de possibilitat de la comprensió de l'objecte d'estudi.

Les unitats d'anàlisi de l'estudi són les entitats de persones amb discapacitat i de gent gran de Mallorca, focalitzat en l'anàlisi de les estructures d'organització interna, de gestió i de prestació i producció de serveis socials, i les relacions que estableixen entre elles mateixes i entre les entitats i l'administració pública: ajuntaments, Consell i Govern.

### 2.3 ESTRUCTURA

---

El treball s'estructura a partir de tres sectors dins l'atenció a persones dependents ben diferenciats: la tercera edat, discapacitat i malaltia mental. El sector d'intervenció constitueix l'element clau de diferenciació entre les múltiples entitats del TSAS, amb característiques, condicions i relacions molt diferents. Hem cregut oportú aportar dades introductòries que permeten conceptualitzar i categoritzar les poblacions que són objecte d'intervenció tant en el cas de discapacitat com en el de malaltia mental. En el cas de la tercera edat existeix un ample consens sobre el terme, característiques i condicions que impliquen la seva entrada en una situació de dependència i per tant, amb dret a prestació dins la LPAPAD. Per aquest motiu no hem considerat adient tornar a centrar-nos en aquest aspecte concret i en canvi, posar el centre de l'anàlisi en el marc de relacions que està generant el desenvolupament de la LPAPAD.

Cada una de les anàlisi sectorials s'estructura a partir de:

- el seu paper i pes dins l'àmbit i sector específic (tercera edat, discapacitat, malaltia mental)
- els elements que defineixen el funcionament i organització de les entitats que s'hi dediquen
- anàlisi de les necessitats i la problemàtica amb que han de fer front en les distintes àrees de gestió en funció del tipus de relació que mantenen amb l'administració.

Els DAFO, tant específics com global, acaben de definir el futur de les entitats del TSAS i posen de relleu les mancances i dificultats que actualment presenta el procés de desenvolupament de la llei.

Finalment, es recullen tot un seguit de propostes concretes que marquen un poc l'itinerari a seguir no sols per a mantenir o incrementar el pes del Tercer Sector en l'àmbit de l'acció social, sinó també per prevenir i millorar el desenvolupament del procés.

## 2.4 METODOLOGIA

---

Difícilment aquest estudi pot donar aportacions noves en l'àmbit de l'atenció a la dependència a Mallorca, doncs en aquest camp, l'Institut Mallorquí d'Afers Socials és el referent. Donada aquesta circumstància, tot i que s'inclouen força dades quantitatives per situar l'objecte d'estudi, la principal aportació d'aquest estudi es centra en la informació qualitativa. Aquesta ha estat recabada a partir d'entrevistes amb persones centrals del tercer sector que atenen a població dependent dintre del marc de la Llei de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència. D'aquesta manera s'ha volgut fer participants de la seva anàlisi a les persones que el protagonitzen.

La informació obtinguda a partir de les entrevistes en profunditat als responsables i coordinadors tant de les entitats del TSAS com de l'administració amb la que es vincula, s'ha homogeneïtzat a partir d'una estructura comú, que permetés establir comparacions entre les formes de funcionament de les diferents entitats en relació a l'àmbit d'intervenció.

## 2.5 TÈCNIQUES

---

### 2.5.1 TÈCNIQUES DE RECOLLIDA I ELABORACIÓ D'INFORMACIÓ DEL PARADIGMA QUALITATIU

- Entrevistes en profunditat en base a qüestionaris semi-estructurats.
- Anàlisi documental de publicacions i documents públics i de les pròpies entitats.
- Anàlisi de les fonts legals: lleis, reglaments, convenis i decrets vigents a la Comunitat Autònoma de les Illes Balears.
- Transcripció de les entrevistes i anàlisi qualitativa del discurs. Sistematització de les dades obtingudes en categories en base a la classificació de l'entitat (associació-fundació-federació) i del càrrec que ocupa la persona entrevistada (gerent, soci o sòcia o treballador/a)

### 2.5.2 TÈCNIQUES DE RECOLLIDA I ELABORACIÓ D'INFORMACIÓ DEL PARADIGMA DISTRIBUTIU



- Qüestionaris de recollida de dades de gestió i organització de les diferents entitats.
- Anàlisi estadística i reelaboració de les dades provinents de les fonts oficials (SISAAD, INE, Memoria i Pla estratègic de l'IMAS, etc....)

### 2.5.3 TRIANGULACIÓ DELS RESULTATS I DIMENSIÓ PROPOSITIVA

Validació dels resultats a partir de la posada en comú de l'anàlisi DAFO a la que s'hi han volcat les principals conclusions de l'estudi en una perspectiva dinàmica que facilita la identificació de propostes de millora per al futur.

## 2.6 DELIMITACIÓ DE LES ENTITATS OBJECTE D'ESTUDI

---

A l'hora d'identificar quines entitats oferien serveis inclosos en la xarxa d'atenció a les persones amb dependència, vàrem procedir a un primer buidatge de la base de dades del registre d'associacions de la CAIB. En aquesta fase vàrem comprovar la falta d'univocitat en els criteris de classificació de les entitats i la manca d'actualització en el registre, que incloïa entitats que, si bé mai s'han donat de baixa, potser estan inactives.

Així, vàrem optar per prendre com a referència, les entitats contemplades en el mapa de serveis de la memòria de l'IMAS 2009, obtenint com a resultat que les entitats del TSAS de persones amb discapacitat que presten serveis són les següents: ABDEM, AMADIBA, APNAP, APROP, APROSCOM, ASANIDESO, ASNIMO, ASPACE, ASPROM, Coordinadora, Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal de les Illes Balears, INTRESS, La Puríssima, Mater, Patronat d'Inca, PRODIS, REHACER i SILOÉ. Les entitats del TSAS de persones majors que presten serveis són: INTRESS, Creu Roja, diverses fundacions relacionades amb l'Església, Càritas, Fundació Marian Aguilera, AFAM. Les entitats del TSAS de malalties mentals són: Associació Estel de Llevant, Associació Gira-sol, Fundació Deixalles i Fundació Es Garrover.

A continuació, vàrem procedir a contactar amb aquestes entitats per a concertar les entrevistes semi-estructurades i passar uns qüestionaris de recollida de dades bàsiques sobre la pròpia entitat, els serveis que presta i el sistema de gestió. El nivell de resposta ha estat variat i la limitació del temps per a dur a terme el treball de camp ha condicionat en gran mesura l'accés a les entitats.

Hem intentat concertar les entrevistes amb les persones gerents de les diferents entitats. La majoria ens han remès a la persona gerent de la federació a la que s'integren o coordinador de l'àrea, de manera que finalment, les persones a les que hem entrevistat han estat:

- Per la part de discapacitat: les gerents de les diferents federacions d'entitats (Coordinadora, FEAPS i FOQUA), a més a més d'ABDEM, tret de la UNAC amb qui s'ha establert contacte telefònicament en múltiples ocasions, arribant a parlar amb el gerent però sense obtenir una resposta col·laboradora de la seva part.
- Per la part de tercera edat: els coordinadors de dependència i tercera edat de Creu Roja i INTRESS.
- Per la part de malaltia mental: els gerents de l'Associació Estel de Llevant, Fundació Deixalles i Fundació Es Garrover i la directora del centre de dia de l'Associació Girasol.

Així mateix, hi ha hagut gerents d'altres entitats més petites que han accedit a mantenir entrevistes personals, la qual cosa ens ha permès d'integrar la dimensió comparativa d'entitats petites i entitats més grans. Així per exemple, pel sector de tercera edat, s'han realitzat entrevistes personals al gerent de AFAM, els gerent del centre d'estades diürnes s'Estel,

gestionat per Creu Roja, Verge de Núria, gestionat per la Fundació Marian Aguilera, el coordinador de Mente1, el director del centre residencial i d'estades diürnes Miquel Mir d'Inca, gestionat per un patronat.

D'altres ens han remès a entrevistar professionals de l'atenció social, que si bé no disposaven d'una visió "estratègica" i de gestió, ens han aportat dades molt valuoses sobre la quotidianitat de les entitats.

Paral·lelament s'han realitzat entrevistes a diferents departaments tècnics tant de l'IMAS com d'alguns ajuntaments (Palma, Inca, Campanet), per tal de conèixer la relació amb les entitats del TSAS des de la seva perspectiva, així com per poder comprendre millor de quina manera s'estructuren els serveis d'atenció a la dependència. En aquest darrer cas, la selecció s'ha fet en funció de la disponibilitat i facilitat d'accés. Així, s'ha entrevistat els responsables de les següents àrees:

- Dependència IMAS
- Projectes comunitaris IMAS
- Valoració de discapacitat IMAS
- Inspecció i autoritzacions de residències i centres de dia IMAS
- Dependència Ajuntament de Palma

## 3. EL ROL DEL TERCER SECTOR SOCIAL EN EL SISTEMA D'ATENCIÓ A LA DEPENDÈNCIA

### 3.1 ALGUNES CONSIDERACIONS EN TORN AL TERCER SECTOR

El terme Tercer Sector engloba un conjunt de significats molt heterogenis i fa referència a un espai multiforme que ha rebut múltiples denominacions. Aquesta manca de precisió en la definició del terme rau en el propi moment en que fou acunyat pel sociòleg dels Estats Units d'Amèrica T. Levitt (1973)<sup>1</sup>, per fer referència al conjunt d'organitzacions que desenvolupen tasques importants, sobretot en el camp del benestar social, que no són ni l'estat ni el mercat. Fa servir el terme "Tercer Sector" per fer referència a "tota la resta" (everything else). Posteriorment, el terme es legitima a l'informe de la Comissió Filer (1975), on es reconeix el pes específic d'aquest sector, diferent del públic i el privat i es proposa la creació d'una organització privada (Independent Sector) per a representar els interessos del Tercer Sector.

Des d'aleshores, segons les diferents tradicions de govern, cada sistema ha emprat una definició del tercer sector que s'ha readaptat a la seva pròpia realitat, necessitats i model de gestió. La seva anàlisi i consideració, sobrepassa l'actual propòsit de donar definicions que ens permetin acotar l'objecte d'estudi. Tot i així, considerarem algunes definicions que ens ajudin a operacionalitzar els conceptes.

La majoria d'estudis de base empírica que giren en torn a l'anomenat Tercer Sector Social o Tercer Sector Social fan referència a la caracterització "estructural-operativa" de Salamon i Anheier (1992). Segons aquests autors una organització que pertanyi al tercer sector ha de reunir "tots i cada un dels següents requisits":

- Ser organitzacions formals: han de tenir un cert grau d'institucionalització i un cert ànim de continuïtat (exclou les formes més bàsiques d'ajuda: familiars, veïnatge, de grups d'iguals o les reunions puntuals).
- Tenir caràcter privat: institucionalment separades del govern, jurídicament separades de l'administració pública i per tant, no regides pel Dret Administratiu, sinó pel Dret Privat.
- Ser autogovernades: han d'estar capacitades per a prendre les seves pròpies decisions i controlar les seves pròpies activitats, han de tenir òrgans de govern propis i no han d'estar controlades per organitzacions externes.
- No lucratives: els membres d'aquestes entitats no s'han de distribuir beneficis procedents de la venda de béns i serveis del Mercat, però això no implica que l'organització no pugui obtenir beneficis, sinó que en cas de que aquests existeixin s'han d'emprar amb la "màxima utilitat social".
- Amb un important component de voluntariat: han de tenir un input voluntari, ja sigui en termes de treball, ja de donacions monetàries.

Considerant que la construcció del concepte Tercer Sector no està totalment tancada i que de moment és un "calaix de sastre", des del punt de vista d'aquesta recerca, la definició de

---

<sup>1</sup> Citat per ASCOLI, U. (1987) "Estado de Bienestar y acción Voluntaria", a *REIS*, nº 38.

Salamon i Anheier aporta els elements suficients per a una delimitació clara, operativa i útil per a la investigació en l'àmbit de l'acció social.

### 3.1.1 EL TERCER SECTOR SOCIAL

La definició del Tercer Sector d'Acció Social que trobem al *Libro Blanco sobre el Tercer Sector de Acción Social en España (2000)* delimita l'anterior definició i la circumscriu a l'àmbit de l'acció social: "l'àrea d'acció social comprèn les activitats que tenen per objecte reduir les desigualtats socioeconòmiques i evitar l'exclusió social, i exclou les dedicades primordialment a la sanitat, educació, treball, pensions, habitatge o cultura, així com les organitzacions d'autoajuda dissenyades per a segments socials sense risc d'exclusió."

Tot i així, i seguint a Casado (2003:116) s'ha d'interpretar aquesta acotació en un sentit més ample; és a dir que es refereix a l'exclusió de la dedicació primordial a altres branques, però que podria incloure les entitats que dedicades a activitats d'acció social incorporen també amb caràcter complementari aportacions sanitàries, educatives, laborals, d'habitatge.

*"El ámbito formado por entidades privadas de carácter voluntario y sin ánimo de lucro que, surgidas de la libre iniciativa ciudadana, funcionan de manera autónoma y solidaria tratando, por medio de acciones de interés general, de impulsar el reconocimiento y el ejercicio de los derechos sociales, de lograr la cohesión y la inclusión social en todas sus dimensiones y de evitar que determinados colectivos sociales queden excluidos de unos niveles suficientes de bienestar".*  
(Plataforma de ONG de Acción Social, 2006: 13)

El Tercer Sector d'Acció Social, que és una part substantiva del Tercer Sector, depèn, també, en gran manera de les tradicions històriques, de la delimitació de la seva diversitat interna i de la concepció, àmplia o restringida, de les funcions socials. Com assenyala Casado (2003), es tracta d'entitats que acostumen a ser polivalents, amb variades posicions estratègiques i amb forts nexes amb els moviments socials dels quals es nodreixen en els processos de renovació.

Rodríguez Cabrero (2005) exposa alguns dels valors afegits de les organitzacions del Tercer Sector d'Acció Social que les diferencia de la resta d'organitzacions del Tercer Sector. El primer consisteix en el desenvolupament integrat de tres objectius:

- 1) l'orientació preferent de l'acció social cap a grups vulnerables i exclosos de la societat;
- 2) la gestió de programes i serveis en què es promouen la participació social dels afectats, del voluntariat i, en general, del conjunt de la societat, i
- 3) la promoció de valors en la societat com la solidaritat i la ciutadania cívica.

El segon, l'articulació de funcions organitzatives cada vegada més complexes, planteja la necessitat de desenvolupar una cultura organitzativa que sigui capaç alhora de promoure la participació interna, el treball en xarxa i un equilibri entre les reivindicacions de drets i la prestació de serveis per a la societat i els grups de risc.

## 3.2 ELS DIFERENTS MODELS DE BENESTAR EN LA PROMOCIÓ DE L'AUTONOMIA PERSONAL I L'ATENCIÓ A LA DEPENDÈNCIA

---

### 3.2.1 DIFERENTS MODELS DE BENESTAR

Al llarg dels anys '90 es dugueren a terme anàlisis comparatius i tipològics que pretenien classificar els diversos estats de benestar a les societats avançades. El model més estès és el del danès Esping-Andersen (1993), que, des de l'escola comparativa de la sociologia del benestar, va recuperar la idea de Titmus (1956), segons la qual en el seu procés de diferenciació funcional, en alguns casos, l'estat només va desenvolupar polítiques socials marginals allà on fallaven la família o el mercat i en altres casos, l'estat va desenvolupar un subsistema institucional especialitzat en l'imperatiu de cohesió i benestar social, articulat sobre el concepte de desmercantilització. Aquest darrer possibilitaria l'emergència del concepte de ciutadania social (proposta de TH Marshall l'any 1949, desenvolupant les idees d'Alfred Marshall i Karl Polanyi). Esping-Andersen diferencia tres model d'estat de benestar en funció del joc que es dona entre les tres institucions que configuren el triangle de provisió de serveis a qualsevol societat: Estat, mercat i família.

Esping Andersen es pregunta de quina manera l'Estat, el mercat i la família es reparteixen el risc individual, entès aquest com el factor que, a la societat industrial, després de la retirada de les institucions tradicionals, genera la demanda de béns i serveis per part de la població. En funció dels diferents tipus i diferents nivells de solidaritats de classe que existeixen a una societat, es donarà una repartició del risc individual diferent entre aquestes institucions. L'Estat de Benestar seria, per a Esping-Andersen, un sistema d'estratificació i un mecanisme que intervé en l'estructura de la desigualtat. La consolidació de l'Estat de Benestar després de la Segona Guerra Mundial, va dependre, segons el model explicatiu, de les aliances polítiques de les classes mitjanes que naixeren després de la guerra.

Així, hi hauria diferents estats de benestar que cobririen la demanda de serveis socials amb jocs diferents entre les tres institucions de les quals sorgeixen el règim de benestar liberal, el Conservador-corporativista i el socialdemòcrata: El règim liberal, accepta els resultats del mercat i intenta corregir les seves errades més greus; el règim conservador-corporativista es caracteritzaria per un intent de l'estat per mantenir les diferències de classe social i d'estatus i per reforçar els vincles familiars; i l'estat de benestar "socialdemòcrata", apostaria per la desmercantilització, per la universalització dels drets socials i per obrir el camí cap a la ciutadania social, tot socialitzant els costos del manteniment familiar i seguint un model de reciprocitat col·lectiva en el que "tothom rep prestacions i tothom es sent amb l'obligació de pagar".

Tot i que ha rebut moltes crítiques per les seves diverses limitacions, aquest model explicatiu s'ha convertit, des de llavors, en la taxonomia d'ús gairebé universal per a l'anàlisi d'aquest tipus de polítiques i institucions.

Una de les línies crítiques, revisa aquest model per la seva "ceguera de gènere" i pel seu caràcter excessivament familista (crítica que el propi Esping-Andersen incorporarà posteriorment al seu anàlisi), ja que quan parla de la institució "família", amaga les tasques de cura no remunerades desenvolupades per les dones en el si de les famílies. De la mateixa manera, quan parla de mercat, ho fa pensant en el model de l'home que porta el pa a la casa "bread-winner" (Lewis, 1998) i es passa per alt el fet de que l'assignació de rols diferenciats en funció del sexe es tracta d'una convenció cultural. Aquesta línia crítica s'ha desenvolupat força en els estudis de gènere, "care" i la seva organització social, que lliguen l'estudi dels rols diferenciats de dones i homes en el mercat de treball amb l'estudi de les polítiques social i col·loquen tot allò relacionat amb la gestió de la "cura" de les persones com el nucli dur de les polítiques del benestar i de les polítiques públiques.

D'altra banda, en el model d'Esping-Andersen, i en els diferents anàlisis sociològics i de l'economia política dels models de benestar que es desenvoluparen fins els anys '90 s'havia obviat bastant el pes del tercer sector d'acció social dins el sistema de benestar. (Casado, 2007). És al llarg de la dècada dels anys '90 que es comença a plantejar quin ha de ser el rol que ha de jugar el Tercer Sector a l'Estat de Benestar (Salamon i Anheier, 1998; Kendall, 2001). El model que proposen Salamon i Anheier adapta la classificació dels tres models d'Esping-Andersen a l'àmbit de les entitats no-lucratives. i permet analitzar els diferents perfils i el grau d'institucionalització del tercer sector social als diferents països europeus. Es basa en l'anàlisi de les relacions del Tercer Sector en funció de les seves relacions amb les classes socials dominants i diferencia quatre models de desenvolupament del tercer sector, en funció de les seves relacions amb la classes socials dominants: estatalista (Japó), liberal (Regne Unit), socialdemòcrata (Suècia) i corporativista (Alemanya, França). Ara bé, com el model d'Esping-Andersen, la seva rigidesa explicativa presenta certes limitacions, per la falta adaptabilitat als canvis que es puguin produir (donada la seva naturalesa dinàmica) dins el tercer sector d'acció social i aquesta classificació no pot explicar determinats models de Tercer Sector. Per exemple, el cas d'estats, com l'espanyol, en el qual les classes socials que haguessin pogut pressionar per al desenvolupament del TS han romàs oprimides per un règim dictatorial fins als anys 80.

Tant el model d'Esping-Andersen, com el de Salamon i Anheier exclouen dels seus models explicatius els països de l'Europa del sud (Itàlia, Espanya, Grècia i Portugal). La tardana industrialització d'aquests països seria la clau explicativa, per alguns, del baix nivell de despesa social per alguns (Castel, 1995) que consideren que el sistema de benestar social en aquests països del sud es trobaria, encara, en un estat embrionari. D'altres, però defensen que el model del Sud té unes característiques pròpies que no desapareixerien en la seva evolució. Gallego, Gomà i Subirats (2002) defineixen l'estat de benestar llatínomediterrani:

- Els processos de construcció i reestructuració del pacte social-keynesià es duen a l'hora. El desenvolupament del model es produeix en un context de canvis estructurals de fons (entre 1975 i 1985)
- Sistema de Seguretat Social centralista, contributiu i de repartiment. Forta fragmentació de les diferents categories de persones beneficiàries, amb diferents intensitats de protecció, centrades en grups reduïts de treballadors i capes socials molt amples que queden excloses.
- Els sistemes de salut i educació segueixen models universals, i es financen per la via impositiva. Conviven amb sectors privats més amplis que a la resta de la Unió Europea. Els nivells de despesa per càpita es situen per davall de la mitjana europea.
- L'esquema familista d'assistència es manté. Els rols públics dèbils en el camp de l'exclusió social són dèbils, tot i els intents d'engegar xarxes públiques de serveis socials i programes de rendes mínimes.
- Els aparells administratius continuen seguint una lògica burocràtica i els models de lideratge polític es mostren propers a la idea patrimonial de l'Estat. Es mantenen mecanismes clientelistes en la distribució pública del benestar.

### 3.2.2 ELS DIFERENTS MODELS EUROPEUS D'ATENCIÓ A LA DEPENDÈNCIA

Tot desenvolupant la proposta d'Esping-Andersen i, incorporant els països del sud, Djamil Kahale Carrillo<sup>2</sup> ha definit un model de classificació dels estats de benestar europeus en funció del seu model d'atenció a la dependència. Si bé no existeix un únic model europeu per atendre les persones en situació de dependència, sí que es poden establir un conjunt de trets comuns a diferents sistemes de protecció social que ens poden servir per a ubicar el model d'atenció a la dependència que es dona a l'estat espanyol:

- Model Liberal. És el model propi de Gran Bretanya i Irlanda. La seva naturalesa és eminentment assistencial. L'usuari participa en el cost. La responsabilitat de les cures de llarga durada corre a càrrec de les administracions locals. Es finança a través de la recaptació d'impostos. La seva cobertura és limitada. La tasca de les entitats no lucratives té un pes específic. Els principals problemes que planteja: la classe mitja queda exclosa, ja que els requisits per a l'accés els deixa fora degut a la renda de que disposen i tampoc disposen de recursos suficients com per poder accedir a la cobertura privada. Els drets socials, tenen per tant una extensió limitada.
- Model continental de seguretat social. És el model propi d'Alemanya, Àustria, França, Bèlgica i Luxemburg. La protecció social es vincula a la seguretat social. Es dona la cobertura de l'atenció a la dependència de la mateixa manera que es donen les pensions, prestacions d'atur, etc. La dependència s'avalua en funció de diferents graus, segons els quals s'atorguen prestacions monetàries o serveis de suport a les famílies cuidadores. El seu finançament és mixt: a través de les cotitzacions socials i els impostos. La protecció de la dependència és, com les pensions no contributives, un dret subjectiu, independent de les situacions econòmiques de les persones. Cobreix les necessitats de les persones en el moment que ho necessiten. El nivell de dependència es mesura amb graus, en funció dels quals se'n desprenen prestacions monetàries diferenciades o serveis de diferent intensitat i durada. També es dona molt de suport a les persones cuidadores: excedències, cobertura de cotitzacions, es duen a terme serveis de suport i de respir.
- Model nòrdic: És el propi de Suècia, Dinamarca, Noruega, Holanda i Finlàndia. Es basa en la premissa de que l'estat ha de donar cobertura a la dependència com a garant de l'exercici d'un dret de ciutadania. En aquest model, les cures informals tenen menys presència, ja que la protecció a la dependència neix de la naturalesa de la cobertura social universal. Es finança a través dels impostos generals i locals i amb el sistema de copagament en funció de les rendes del subjecte que requereix atenció i del seu Grau de dependència. Els municipis són els responsables de la prestació de serveis i de les prestacions monetàries per l'ajuda informal. Els serveis comunitaris juguen un paper molt important.
- Model "llatí-mediterrani", o dels països del sud: És el model de països com Itàlia, Portugal, Grècia, Xipre i Malta. La cobertura de la dependència depèn de la família. El sistema públic que cobreix les cures de llarga durada ho fa des d'una òptica assistencial i resulta molt car. Es finança de manera heterogènia, en part a través dels impostos, en part a través de les quotes de la seguretat social i en part a través del copagament. Té una cobertura limitada, ja que es dirigeix a persones en situació de dependència amb baixos recursos econòmics, amb la qual cosa, un cop més les classes mitges queden a fora.
- Model heterogeni: és el propi de les economies de transició, com els països de l'Europa central i oriental. No presenten una uniformitat. Es finança a través dels pressupostos estatals, dels impostos i del finançament mixt. Protegeix els subjectes a través de prestacions inespecífiques d'invalidesa i vellesa i s'assumeix des dels serveis socials i els serveis sanitaris.

---

<sup>2</sup> Kahale Carrillo, D.T. (2009) *La cobertura de la situación de dependencia*. Madrid, Fundación Alternativas





### 3.2.3 EL ROL DEL TERCER SECTOR D'ACCIÓ SOCIAL EN ELS MODELS DE BENESTAR SOCIAL I EN L'ATENCIÓ A LA DEPENDÈNCIA.

#### Entre la universalització i l'assistencialisme

El dret subjectiu als serveis socials, o la possibilitat d'acudir a la justícia per a exigir que un dret sigui reconegut, no apareix especificat d'una manera clara a la Constitució espanyola de 1978 ni a la legislació autonòmica de serveis socials. Les competències en serveis socials són exclusives de les comunitats autònomes i fins fa poc no s'havien articulat els mecanismes reals que permetessin fer aquest dret efectiu, de manera que l'exercici d'aquest dret depenia de la disponibilitat pressupostària. Amb l'entrada en vigor de la Llei 4/2009 de serveis socials, es produeix un canvi substancial a la política de serveis socials a la Comunitat Autònoma de les Illes Balears, que integra en un sistema unificat la filosofia i els dispositius d'atenció establerts, a nivell estatal per la Llei 39/2006 de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.

Si s'analitza la col·laboració del Tercer Sector amb l'estat de Benestar en termes d'economia política, es podria considerar com una via conciliadora entre les posicions keynesianes i les més neoliberals, com una nova forma de provisió privada de la cosa pública que causa poc perjudici per a la igualtat i la universalitat en l'accés als programes de benestar social. (Casado, 2006). Ara bé, aquesta nova forma de col·laboració pot no contentar a cap de les dues: les primeres poden veure aquesta col·laboració com una forma d'assistencialització encoberta de cert aspectes de la política social en detriment dels pilars de l'Estat del Benestar i les segones, poden veure que el Tercer Sector d'Acció Social possibilita la continuïtat de la dependència financera amb l'estat, com una extensió seva.

Des de la lògica del pragmatisme, el TSAS ha anat suplint i complementant l'Estat de Benestar en la provisió de determinats serveis socials en àmbits que resulta més fàcil delegar en el TSAS que universalitzar l'atenció. La definició de Tercer Sector del Pla Estratègic del Tercer Sector d'Acció Social (Plataforma de ONGs de Acció Social, 2006:13) acusa aquest marcat pragmatisme: "l'àmbit format per entitats privades de caràcter voluntari i sense afany de lucre que, sorgides de la lliure iniciativa ciutadana, funcionen de manera autònoma i solidària, intentant, mitjançant accions d'interès general, impulsar el reconeixement i l'exercici dels drets socials, assolir la cohesió i la inclusió social en totes les seves dimensions i evitar que determinats col·lectius socials quedin exclosos d'uns nivells suficients de benestar". Com vegem, el tercer sector social s'atribueix com a funcions "evitar que determinats col·lectius quedin exclosos d'uns nivells suficients de benestar".

Amb aquesta fórmula es corre el risc de que es cronifiqui l'òptica assistencial dels serveis socials. Si l'Estat continua delegant en el TSAS la provisió dels serveis socials i si les entitats es mostren cada cop aquestes més eficaces, es planteja l'interrogant de si aquesta delegació de l'Estat en el TSAS respecta els principis de no exclusió i d'igualtat per a tots els ciutadans i ciutadanes, sense perjudici d'aquells i aquelles que no integren el TSAS.

#### EL TSAS a la LAPAPAD i la Llei 4/2009 de Serveis Socials

Si bé el principi de la universalització estava al rerefons de la creació dels sistemes de protecció social, l'accés a la majoria dels recursos socials ha estat condicionada pel nivell de renda de renda de les persones beneficiàries i la disponibilitat de recursos públics. La Llei 4/2009 i la LAPAPAD promouen la universalització dels serveis socials vinculats a l'atenció a la dependència, entesos com un dret social subjectiu. La concreció i progressiva posada en marxa del catàleg de serveis que contempla la LAPAPAD, posa de relleu quin tipus de model és el que actualment es promou des del sistema de serveis socials i quins són els serveis als quals es té dret des d'aquest

plantejament de ciutadania social. Aquesta universalitat, però, no implica gratuïtat i pot implicar el copagament de les persones usuàries en funció del seu nivell d'ingressos.

Amb l'entrada en vigor de la nova llei de Promoció de l'Autonomia Personal i Prevenció i Atenció a la Dependència, l'atenció a la dependència esdevé un dret subjectiu i universal. El desplegament d'aquesta llei coincideix amb l'entrada en vigor i desplegament de la recentment aprovada llei 4/2009 de serveis socials que porta, com a mascaró de proa, el principi de la universalització dels serveis socials, és a dir, la seva consideració com a dret subjectiu i universal. L'element clau rau, però, en la definició de la cartera de serveis socials que, a partir de l'estudi de la realitat social i territorial, la previsió i la planificació i fixarà les prestacions del sistema públic de serveis socials que es fixarà amb criteris de sostenibilitat que poden requerir de les persones usuàries en el pagament de serveis. La definició de la Cartera de Serveis és la que establirà els mecanismes que poden garantir aquest dret i aquest pas d'un sistema assistencial a un sistema garant de drets socials. Així mateix, la Cartera establirà la diferència entre aquelles prestacions que seran exigibles com a dret subjectiu i aquelles que ho seran segons les disponibilitats pressupostàries i en funció dels principis de concurrència i prelación, que poden posar en perill la seva universalitat.

El principi d'universalitat només pot ésser efectiu si es poden finançar les seves prestacions, de manera que calen estudis econòmics que garanteixin la sostenibilitat del conjunt de prestacions del sistema i atendre a tota la demanda. Si aquestes no es poden garantir, el sistema continuarà debilitat i dependent de les disponibilitats pressupostàries.

Tant la llei 4/2009 de serveis socials com la LPAPAD fan referència al rol que ha de jugar el TSAS en el sistema de serveis socials, si bé en cap de les dues aquest queda del tot definit. Si bé la LPAPAD reconeix l'aportació específica del TSAS, la llei 4/2009, si bé també ho fa, ho fa en termes d' "entitat d'iniciativa social" i li atorga els mateixos rols en la provisió de serveis del sistema de serveis socials que a les entitats d'iniciativa privada o mercantil, basant-se en els principis d'igualtat de la constitució i en el de lliure competència del tractat de la Unió Europea.

En les disposicions generals, la llei 4/2009 de serveis socials parla de "participació cívica" i ho fa, tot reconeixent la importància de les entitats socials representatives dels diferents col·lectius als quals s'adreça la llei que convergeixen en la provisió de serveis a l'hora de transmetre les necessitats socials.

Si bé reconeix la importància de la coparticipació de les entitats d'iniciativa social en la satisfacció de les necessitats de la població, assenyala que per tot allò establert en el principi constitucional d'igualtat i no discriminació i en el de lliure competència establert en el tractat de la Comunitat Europea, el text de la norma preveu mesures que no vulnerin aquests principis, és a dir, que no afavoreixin les entitats d'iniciativa social.

L'article 3 estipula com un dels objectius de les polítiques de serveis socials la participació de les entitats representatives dels col·lectius desfavorits en la resolució de les necessitats socials, posant aquesta participació al nivell de la participació comunitària, i estableix que els poders públics han de promoure i garantir la participació de les persones, els grups i les entitats en el funcionament del sistema.

La definició del sistema públic de serveis socials, a l'article 10, integra al sistema, entre d'altres els recursos que l'administració contracti amb les entitats d'iniciativa social, mercantil o civil.

L'article 17, estipula la prestació de serveis socials especialitzats per mitjà d'entitats, centres, serveis i programes adreçats a persones i col·lectius que requereixen una atenció particularitzada i l'article 18 estipula com una de les seves funcions, la de coordinar els serveis socials comunitaris amb les entitats associatives i les que actuen a l'àmbit dels serveis socials especialitzats.

L'article 51 estableix els canals i òrgans de participació i la forma habitual de participar-hi, a través d'entitats associatives. A la composició dels òrgans s'hi ha d'assegurar la presència de les

entitats socials més representatives i de les entitats d'iniciativa social i mercantil del sector dels serveis socials. També preveu la participació de les entitats als consells de serveis socials insulars i municipals a fi d'assegurar el debat ciutadà i el seu accés a la informació necessària per a complir les seves funcions

L'article 60 recull que les administracions públiques han de promoure i fomentar la participació de la ciutadania a través d'entitats públiques o d'iniciativa social.

Els articles 75 i 76 defineixen les entitats d'iniciativa privada de serveis socials. L'única diferència que estableix entre les mercantils i les socials es l'afany de lucre de les primers i equipara el rol que poden jugar, com a prestadores de serveis socials així com els requisits que han de complir.

A l'exposició de motius, la llei LPAPAD reconeix "la col·laboració especial" del tercer sector amb les comunitats autònomes en el desenvolupament del quart pilar del sistema de benestar, l'atenció a les situacions de dependència:

*Es un fet indubtable que les entitats del **tercer sector d'acció social** participen des de fa anys en l'atenció a les persones en situació de dependència i donen suport a l'esforç de les famílies i de les corporacions locals en aquest àmbit. Aquestes entitats constitueixen una important xarxa social que preveu els riscos d'exclusió de les persones afectades.*

Així mateix, a l'article 2, defineix el tercer sector com les *organitzacions de caràcter privat sorgides de la iniciativa ciutadana o social, sota diferents modalitats que responen a criteris de solidaritat, amb fins d'interès general i absència d'ànim de lucre, que impulsen el reconeixement i l'exercici dels drets socials.*

L'article 3, que recull els principis de la llei preveu la participació de les persones en situació de dependència i de les seves famílies i entitats que les representin, la participació de la iniciativa privada en els serveis i prestacions de promoció de l'autonomia personal i atenció a la situació de dependència i la **participació del tercer sector** en els serveis i prestacions de promoció de l'autonomia personal i atenció a la situació de dependència.

L'article 16 parla de la composició de la xarxa de serveis del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència i recull que s'ha de tenir en compte "de manera especial" la incorporació a la xarxa dels centres privats concertats corresponents al tercer sector, si bé no especifica de quina manera. També recull el deure dels poders públics de promoure la col·laboració solidària dels ciutadans i ciutadanes amb les persones en situació de dependència a través de la participació de les organitzacions de voluntaris i de les entitats del tercer sector.

L'article 36 estableix el deure de l'estat d'atendre a la formació bàsica i permanent dels professionals cuidadors que tinguin cura de les persones en situació de dependència. Un cop més, i per garantir la qualitat del sistema, s'estableix l'obligació de les administracions públiques competents de col·laborar amb el tercer sector, entre d'altres agents socials (sindicats, universitats, societats científiques, patronals i organitzacions professionals).

### **Quin rol ha de jugar el TSAS en el desplegament de la LPAPAD?**

En aquest procés de concreció de la universalització dels serveis socials, no s'ha definit de manera clara el rol que juga el Tercer Sector d'Acció Social. El TSAS aglutina entitats que tal vegada no responen estrictament a la representació dels seus col·lectius, sinó que respon més a organitzacions empresarials d'economia social. A més a més, en aquesta interrelació entre el TSAS i les administracions, en la que les entitats estan instrumentalitzades per l'administració per abaratir el cost de la prestació dels serveis, corren el perill de ser assimilades a les entitats privades d'iniciativa mercantil i de perdre el seu caràcter de denúncia, pressió i innovació en els serveis.

Les entitats de persones majors i de persones amb discapacitat han col·laborat en la universalització de les prestacions incloses a la llei LPAPAD tant des del seu rol de lobby de pressió, com des de que iniciaren el seu rol com a prestadores principals de serveis disponibles per aquests col·lectius, sobretot en el cas de les persones amb discapacitat. En la universalització d'aquest tipus d'atenció, aquestes entitats poden esdevenir "proveïdores" de les tasques que venien desenvolupant, a un col·lectiu més ampli. Es corre el risc de que no tots els col·lectius precaritzats rebin la mateixa atenció universal.

En l'escenari d'entrada, tant les entitats de tercera edat com les entitats persones amb discapacitat, en tant que col·lectius on és preferent la universalització de l'atenció, són potencials "socis preferents" de l'Estat de Benestar, en un possible detriment de les entitats d'altres col·lectius.

Front a aquestes possibilitats, el Tercer Sector d'Acció Social podria actuar cohesionat en defensa d'una universalització extensiva, i no selectiva, dels serveis socials, tot assegurant-se la seva presència. L'estat hauria de garantir, però, la provisió universal dels serveis, però no prestar-los tots directament. És més, l'estat és bastant probable que prefereixi mantenir el tercer sector com a "proveïdor privat d'allò públic" (Giner i Montagut, 2005), sobre tot en un entorn marcat per la provisió a la baixa. Amb aquest model, l'estat s'estalvia diners, els costos de transacció de serveis i de creació d'estructura. Resulta més barat i flexible i menys burocràtic col·laborar amb les entitats del tercer sector. I a més a més, l'estat pot aprofitar la seva proximitat, la seva multisectorialitat i la seva tradició en la provisió de serveis en aquest àmbit.

El paper del tercer sector a l'àmbit de la dependència ve marcat per una relació de col·laboració i coordinació amb l'estat. Aquesta col·laboració s'ha vist reflectida en l'elaboració i la tramitació de la recentment aprovada llei de la Promoció de l'Autonomia Personal i Prevenció i Atenció a la Dependència. Les organitzacions del TSAS, de manera conjunta amb altres agents socials i els sindicats, varen tenir un paper decisiu en aspectes com la pròpia denominació de la llei, que va passar d'anomenar-se llei per a l'Atenció a la Dependència llei de la Promoció de l'Autonomia Personal i Prevenció i Atenció a la Dependència, o amb la denominació del sistema, que va passar d'anomenar-se Sistema Nacional de Dependència a Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència. També varen influir en caràcter decisius respecte de com es posicionen determinats col·lectius dins el SAAD: Varen lluitar per a que es reconeguessin com a diferenciades dues situacions: l'autonomia personal i la dependència. Les necessitats de suport a l'autonomia personal es reflecteixen a la llei mitjançant la regulació del servei per a la promoció de l'autonomia personal, el reconeixement de la figura de l'assistent personal i de la prestació econòmica orientada a pagar l'assistent personal. Aquestes entitats també han pressionat per a que la llei precisés amb més claredat els criteris establerts per al copagament, en funció de diferents tipus de serveis (a l'article 33.3).

Pel que fa als diferents sectors de població inclosa a la llei, el TSAS ha tingut un paper decisiu en diferents aspectes: donar cobertura a menors de tres anys amb discapacitats greus (Disposició addicional 13a ), que s'incloués de ple dret a les persones amb discapacitat intel·lectual i malaltia mental i el foment de l'ocupació de les persones amb discapacitat. (Disposició addicional 14a).

Pel que fa a la representativitat i el posicionament del Tercer Sector, aquest finalment ha aconseguit que la llei el reconegui de manera especial a la xarxa de serveis del sistema (art. 16.2) i com a òrgan consultiu, a través del Consell Estatal de Persones Majors, el Consell Nacional de la Discapacitat i el Consell Estatal d'ONG d'Acció Social, amb les "funcions d'informar, assessorar i formular propostes sobre matèries que resultin d'especial interès per al funcionament del sistema (art. 41).

Tot i aquest reconeixement del TSAS a la llei LPAPAD, i la seva activa participació en la definició del SAAD, encara queden per resoldre qüestions importants referents al funcionament del sistema: Cal, sobretot, que s'especifiqui, en el desenvolupament reglamentari de la llei quin és el rol que s'espera de les entitats no lucratives, el mercat i l'Estat.



## 4. LA GENT GRAN I LES PERSONES AMB DISCAPACITAT A L'ILLA DE MALLORCA

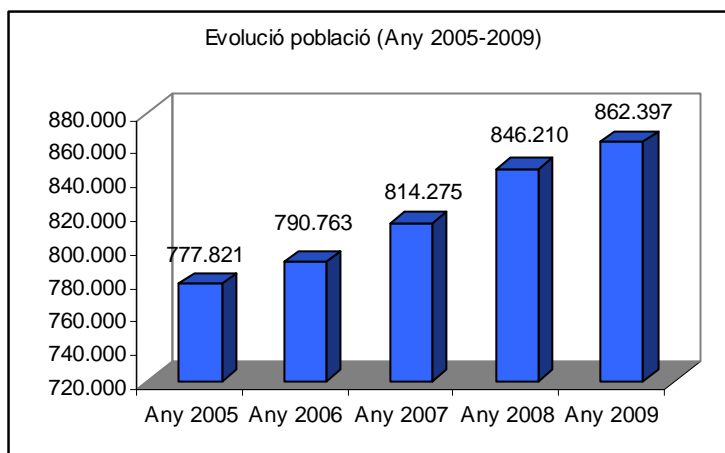
### 4.1 DADES POBLACIONALS

#### 4.1.1 EVOLUCIÓ DE LA POBLACIÓ

Segons les dades de l'INE, l'1 de gener de 2009 residien a l'illa de Mallorca 862.397 persones, xifra que representa un augment de la població d'un 1,91% en l'últim any, la menor taxa d'increment dels últims anys, en els quals s'havia experimentat un creixement més o menys constant.

Aquest creixement és degut en part al creixement vegetatiu,<sup>3</sup> però molt especialment a causa dels moviments migratoris, especialment forts a partir del 2006. Així, l'increment social a Mallorca entre 2005 i 2009 (és a dir, l'augment de la població menys el creixement natural), ha estat molt alt en els darrers anys. En concret, i segons dades de l'IBESTAT, les immigracions<sup>4</sup> han aportat des de 2005 entre 53.000 i 68.000 persones a l'illa de forma anual. Fruit d'aquesta aportació, a 2009 les persones amb nacionalitat estrangera representen el 21,4%.

Aquesta especificitat és important en tant que apunten cap a un creixement de la xifra total de persones dependents que es veurà alleugerida en termes relatius, donat que els nous naixements pertanyen a un grup d'edat amb menors taxes de dependència. Efectivament, la taxa bruta de mortalitat al 2008 a Mallorca es va situar en el 7,34‰, molt per davall dels 12,16 naixements per 1.000 habitants.



Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'IBESTAT

Variació en la població per illes i any					
	Any 2005	Any 2006	Any 2007	Any 2008	Any 2009
Mallorca	777.821	790.763	814.275	846.210	862.397
Menorca	86.697	88.434	90.235	92.434	93.915
Eivissa	111.107	113.908	117.698	125.053	129.562
Formentera	7.506	7.957	8.442	9.147	9.552
Total Illes Balears	983.131	1.001.062	1.030.650	1.072.844	1.095.426
Variació absoluta Mallorca	18.999	12.942	23.512	31.935	16.187
Variació relativa Mallorca	2,50	1,66	2,97	3,92	1,91

<sup>3</sup> Creixement vegetatiu: diferència entre naixements i defuncions

<sup>4</sup> Aquesta xifra inclou les immigracions nacionals i estrangeres.

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Institut Nacional d'Estadística

Resum dels components demogràfics per anys. Illa de Mallorca 2009					
	2005	2006	2007	2008	2009
Població	777821	790763	814275	846210	862397
Nascuts vius	8587	9327	9357	10180	..
Matrimonis	3441	3393	3543	3394	..
Defuncions	6062	5958	5976	6149	..
Immigracions	53163	62790	68050	58460	51700
Emigracions	34729	39751	46571	41809	45584

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'IBESTAT  
 ..: sense dades actualitzades

Taxa bruta de natalitat i mortalitat per any Illa de Mallorca				
	2005	2006	2007	2008
Taxa bruta de natalitat	11,14	11,77	11,47	12,16
Taxa bruta de mortalitat	7,87	7,52	7,33	7,34

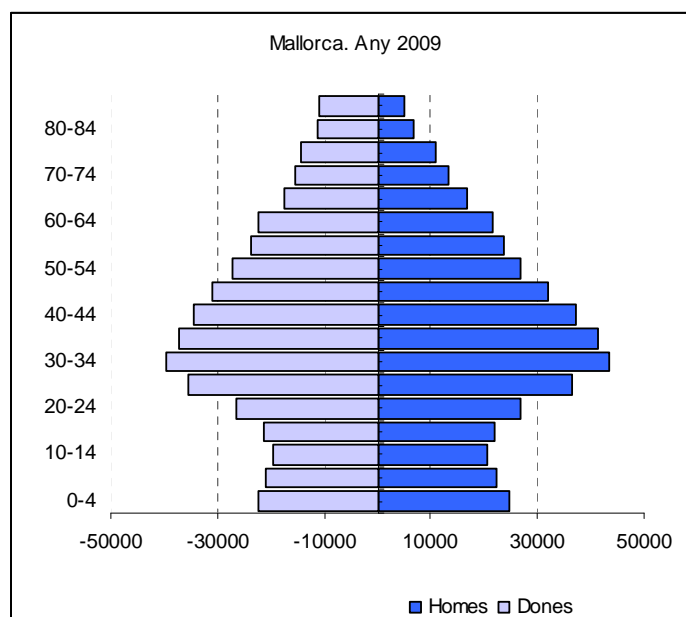
Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'IBESTAT

#### 4.1.2 ESTRUCTURA DEMOGRÀFICA

A Mallorca existeix un equilibri entre el nombre d'homes i dones en xifres totals (50,1% d'homes i 49,9% de dones), tot i que cada grup d'edat segueix les pautes demogràfiques dels països occidentals: tot i que neixen més nins, en arribar l'edat adulta els percentatges s'equilibren, per donar-se un nou desajust passada l'edat laboral a favor de les dones.

- Dintre del grup de 0 a 15 anys (16,1% de la població total al 2009), el 51,7 % són nins i el 48,3 %, nines.
- La població potencialment activa (de 16 a 64 anys), que representa el 69,8% de la població, és el grup amb major paritat de gènere: el 51,1% són homes i el 48,9% dones.
- Les dones són majoria entre el grup de persones majors de 65 anys (el 14,2% de la població): elles són el 56,8%, davant el 43,2% d'homes. Aquest desajust és degut a la major esperança de vida de les dones, fet que tindrà repercussió en una major presència de dones dintre del grup de persones amb dependència.

El següent gràfic ens permet veure les dades comentades en forma de piràmide de població: quasi equilibri a les bases i asimetria al cim.



Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'IBESTAT

Estructura per grans grups d'edat i sexe. Illa de Mallorca 2009			
	Total	Homes	Dones
Menys de 16 anys	138.787	71.731	67.056
De 16-64 anys	601.546	307.203	294.343
De 65 i més anys	122.064	52.733	69.331
<b>Total</b>	<b>862.397</b>	<b>431.667</b>	<b>430.730</b>

Font: Institut d'Estadística de les Illes Balears

Per aprofundir en l'estructura per edat i sexe s'exposen a continuació els següents indicadors.

Indicadors d'estructura demogràfica. Illa de Mallorca 2009	
Ràtio de masculinitat $[(\text{homes}/\text{dones}) \cdot 100]$	100,22
Proporció de joves $[(\text{població menys de 15 anys}/\text{població total}) \cdot 100]$	15,16
Proporció d'estrangers $[(\text{població nacionalitat estrangers}/\text{població total}) \cdot 100]$	21,43
Proporció de gent gran $[(\text{població 65 i més anys}/\text{població total}) \cdot 100]$	14,15
Índex d'envelliment $[(\text{població 65 i més anys}/\text{població menys de 15 anys}) \cdot 100]$	93,39
Índex de sobreenvelliment $[(\text{població 75 i més anys}/\text{població 65 i més}) \cdot 100] =$	48,20
Índex de dependència global $[(\text{població menys de 15 anys} + \text{població 65 anys i més})/\text{població 15-64 anys}) \cdot 100]$	41,46
Índex de dependència juvenil $[(\text{població menys de 15 anys})/\text{població 15-64 anys}) \cdot 100]$	21,44
Índex de dependència senil $[(\text{població 65 i més anys})/\text{població 15-64 anys}) \cdot 100]$	20,02
Índex de recanvi població en edats actives $[(\text{població 60-64 anys}/\text{població 15-19 anys}) \cdot 100]$	101,64

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Institut Mallorquí de Afers Socials (IMAS)

La proporció de persones de 65 i més anys és del 14,15% a Mallorca. La proporció de majors de 75 anys sobre la població de 65 i més anys (índex de sobreenvelliment) és d'un 48,2%.

L'índex de dependència relaciona la població en edat inactiva (menys de 15 anys o major de 64) respecte a la població potencialment activa (entre 15 i 64 anys). A 2009 es situava a Mallorca amb un valor de 41,46%. Així, de cada 100 persones residents en edat de treballar, 41 es troben pràcticament fora del mercat de treball.

Per altra banda, l'índex de recanvi de la població activa, que relaciona els grups en edat d'incorporar-se al mercat laboral (15-19 anys) amb aquells en què es produeix la sortida (60-64 anys), indica que per cada 100 habitants de 15 a 19 anys hi ha 102 de 60 a 64 anys. A la taula següent es pot veure l'evolució dels citats indicadors:



Evolució indicadors d'estructura demogràfica. Illa de Mallorca 2001-2009									
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ràtio de masculinitat [[homes/dones]*100]	98,41	99,21	99,49	99,36	99,47	99,62	99,90	100,51	100,22
Proporció de joves [[població menys de 15 anys/població total]*100]	15,07	15,01	15,03	15,16	15,08	15,04	15,04	15,01	15,16
Proporció d'estrangers [[població nacionalitat estrangers/població total]*100]	8,07	10,54	13,02	13,49	15,49	16,36	18,20	20,56	21,43
Proporció de gent gran [[població 65 i més anys/població total]*100]	15,06	14,74	14,52	14,33	14,16	14,29	14,13	14,03	14,15
Índex d'envelliment [[població 65 i més anys/població menys de 15 anys]*100]	99,96	98,21	96,65	94,47	93,88	94,98	94,00	93,42	93,39
Índex de sobreenvelliment [[població 75 i més anys/població 65 i més]*100]	45,28	45,67	46,14	46,80	47,45	47,68	47,94	48,08	48,20
Índex de dependència global [[població menys de 15 anys+població 65 anys i més]/població 15-64 anys]*100]	43,12	42,34	41,95	41,82	41,32	41,50	41,18	40,92	41,46
Índex de dependència juvenil [[població menys de 15 anys]/població 15-64 anys]*100]	21,56	21,36	21,33	21,51	21,31	21,29	21,23	21,26	21,44
Índex de dependència senil [[població 65 i més anys]/població 15-64 anys]*100]	21,55	20,98	20,62	20,32	20,01	20,22	19,95	19,76	20,02
Índex de recanvi població en edats actives [[població 60-64 anys/població 15-19 anys]*100]	71,80	72,56	76,00	81,68	89,19	90,31	93,69	97,73	101,64

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Institut Mallorquí de Afers Socials (IMAS)

L'evolució dels indicadors dels darrers anys apunten cap a una estructura d'edats més jove: la proporció de gent gran minva en quasi un punt percentual, l'índex de dependència senil també disminueix un punt i mig, i l'índex d'envelliment ho fa en 6,6. L'única dada que apunta cap a una major pes de població depenent és l'índex de sobreenvelliment: d'un 45,28 a l'inici del període estudiat passa a un 48,20 al final d'aquest. Una dada que cal no perdre de vista en la lectura de la dependència.

Aquesta evolució és deguda al principal canvi demogràfic viscut a l'illa de Mallorca durant la dècada anterior: l'arribada de població estrangera, que passa de ser un 8,07% a 2001 a un 14,15% a 2009.

Entre 2004 i 2009 nombre de residents censats a Mallorca amb nacionalitat estrangera ha augmentat en 64.271 persones, al passar de 120.5222 a 184.793, mentre que la població espanyola tot just ha augmentat en 20.305 persones.

A efectes d'aquest estudi, aquesta dada resulta important donat que l'estructura per edats de la població estrangera se diferencia de forma important de l'estructura d'edats de la població mallorquina i espanyola.

Població per nacionalitat i sexe. Illa de Mallorca 2009			
	Total	Homes	Dones
Nacionalitat espanyola	677.604	336.228	341.376
Nacionalitat estrangera	184.793	95.439	89.354
Total	862.397	431.667	430.730

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'IBESTAT

- La població menor de 16 anys de nacionalitat estrangera representa un percentatge lleugerament inferior al conjunt de la població infantil espanyola resident a Mallorca (14,2% front 16,6% de l'espanyola).

- Els i les majors de 64 anys tot just suposen el 7,6%, quan entre la població espanyola representen el 15,9%.
- Així, la major part de les persones estrangeres estan en edat de treballar (78,2% davant el 67,5%).

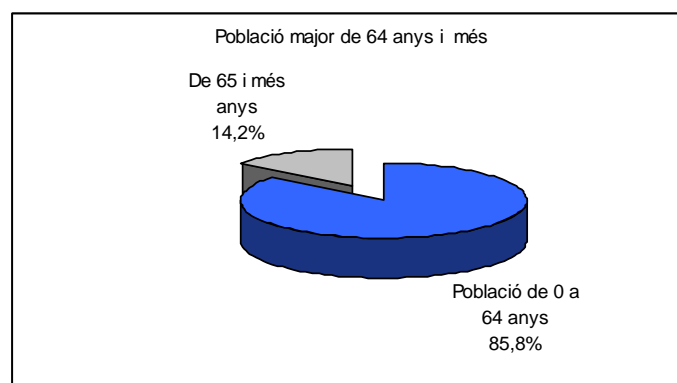
Població per nacionalitat, sexe i edat. Illa de Mallorca 2009									
	Menys de 16 anys			16-64 anys			Més de 64 anys		
	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones
Espanyola	112.513	58.164	54.349	457.073	232.427	224.646	108.018	45.637	62.381
Estrangera	26.274	13.567	12.707	144.473	74.776	69.697	14.046	7.096	6.950
<b>Total</b>	<b>138.787</b>	<b>71.731</b>	<b>67.056</b>	<b>601.546</b>	<b>307.203</b>	<b>294.343</b>	<b>122.064</b>	<b>52.733</b>	<b>69.331</b>

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'IBESTAT

## 4.2 POBLACIÓ TERCERA EDAT A L'ILLA DE MALLORCA

### 4.2.1 CARACTERÍSTIQUES GENERALS

La població de 65 anys i més, a Mallorca a 2009, és de 122.064, un 14,2% sobre el total, dels quals 52.733 (43,2%) són homes i 69.331 (56,8%) són dones.



Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'IBESTAT

Població resident per grup d'edat, i sexe . Illa de Mallorca 2009			
	Total	Homes	Dones
0-4	47.051	24.677	22.374
5-9	43.351	22.253	21.098
10-14	40.301	20.737	19.564
15-19	43.222	22.015	21.207
20-24	53.031	26.670	26.361
25-29	72.213	36.650	35.563
30-34	83.164	43.568	39.596
35-39	78.490	41.184	37.306
40-44	71.696	37.129	34.567
45-49	62.709	31.868	30.841
50-54	53.927	26.891	27.036
55-59	47.246	23.589	23.657
60-64	43.932	21.703	22.229
65-69	34.286	16.875	17.411
70-74	28.939	13.395	15.544
75-79	25.190	10.764	14.426

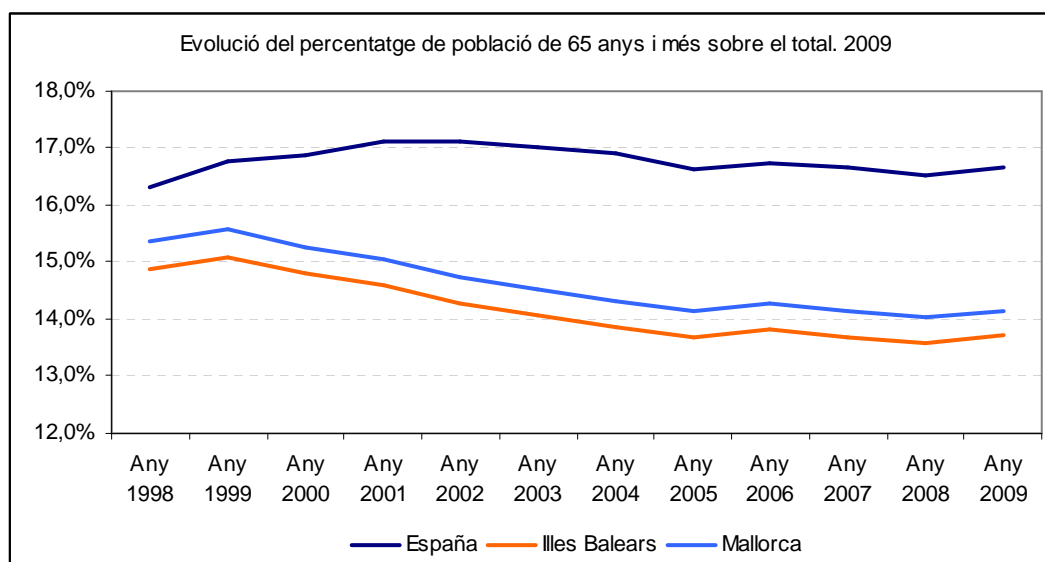
80-84	18.034	6.817	11.217
85 o més	15.615	4.882	10.733
Total	862.397	431.667	430.730

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'IBESTAT

L'evolució d'aquesta dimensió en els darrers 10 anys revela una tendència al descens en termes relatius a causa de l'aportació poblacional de la població estrangera, com ja s'ha comentat.

Evolució del percentatge de població amb 65 i més anys sobre el total						
Any	Espanya	Illes Balears	Mallorca	Menorca	Eivissa	Formentera
Any 1998	16,3%	14,9%	15,4%	14,5%	11,6%	13,7%
Any 1999	16,8%	15,1%	15,6%	14,6%	11,9%	13,8%
Any 2000	16,9%	14,8%	15,3%	14,3%	11,8%	13,9%
Any 2001	17,1%	14,6%	15,1%	13,9%	11,7%	13,9%
Any 2002	17,1%	14,3%	14,7%	13,7%	11,5%	13,7%
Any 2003	17,0%	14,1%	14,5%	13,6%	11,2%	13,9%
Any 2004	16,9%	13,9%	14,3%	13,4%	11,0%	12,7%
Any 2005	16,6%	13,7%	14,2%	13,3%	10,9%	12,6%
Any 2006	16,7%	13,8%	14,3%	13,5%	11,1%	12,6%
Any 2007	16,7%	13,7%	14,1%	13,4%	10,9%	12,8%
Any 2008	16,5%	13,6%	14,0%	13,5%	10,7%	12,7%
Any 2009	16,6%	13,7%	14,2%	13,7%	10,8%	12,8%

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'IBESTAT



Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'IBESTAT

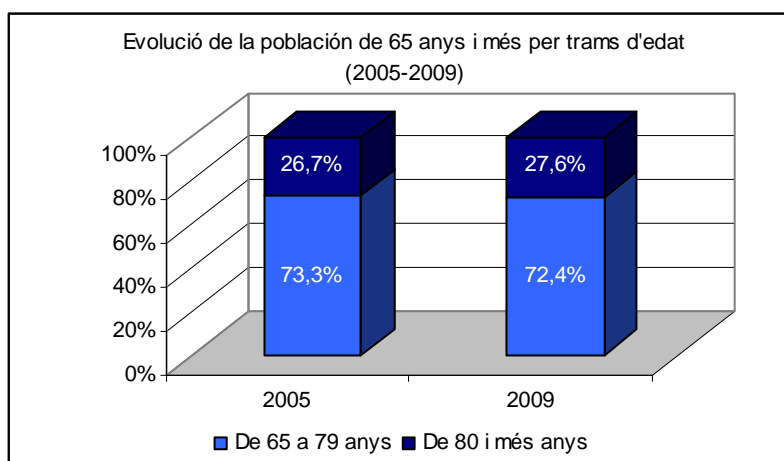
En relació amb el conjunt de l'Estat espanyol, Mallorca té una població més jove, doncs es registren 2,4 punts percentuals menys de població major.

A la següent taula i gràfic, en el que es diferencien per trams d'edat entre els majors i menors de 80 anys, s'observa que la proporció de persones de més edat augmenta el seu pes en el total dels últims cinc anys, incrementant-se quasi en un punt de diferència a causa de l'increment de l'esperança de vida.

Població resident per grup d'edat, sexe i any. Illa de Mallorca 2009									
	Total			Homes			Dones		
	2005	2009	Var 09/05	2005	2009	Var 09/05	2005	2009	Var 09/05
65-69	29.339	34.286	16,9%	13.946	16.875	21,0%	15.393	17.411	13,1%
70-74	28.529	28.939	1,4%	12.976	13.395	3,2%	15.553	15.544	-0,1%
75-79	22.807	25.190	10,4%	9.450	10.764	13,9%	13.357	14.426	8,0%
80-84	16.472	18.034	9,5%	6.107	6.817	11,6%	10.365	11.217	8,2%
85 o més	12.973	15.615	20,4%	4.034	4.882	21,0%	8.939	10.733	20,1%
Total	777.821	862.397	10,9%	387.877	431.667	11,3%	389.944	430.730	10,5%

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'IBESTAT

Així, en els darrers cinc anys la població de 65 i més anys ha augmentat en un 10,9%. Aquest augment ha estat desigual per als diferents grups d'edat quinquennals: entre les persones de 65 a 69 anys es dona un creixement del 16,9%. Al grup d'edat següent, el creixement tot just és de l'1,4%,<sup>5</sup> per tornar a augmentar fins al voltant del 10% entre les persones de 75 i 84 anys. On es dona precisament un augment percentual més elevat és en les persones que superen els 85 anys (20,4%)



Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'IBESTAT

Referent a la nacionalitat, el nombre de persones de nacionalitat espanyola de 65 o més anys és 108.018, i el de persones de nacionalitat estrangera, 14.046, el 11,5%.

<sup>5</sup> Aquest grup d'edat inclou a les persones nascudes durant els anys de la Guerra Civil Espanyola, uns anys en els quals va disminuir de forma dràstica la taxa de natalitat.

Població resident per grup d'edat, tipus de nacionalitat i sexe. Illa Mallorca 2009			
	Total	Homes	Dones
<b>Edat 65-69</b>	<b>34.286</b>	<b>16.875</b>	<b>17.411</b>
Espanyola	28.127	13.670	14.457
Estrangera	6.159	3.205	2.954
<b>Edat 70-74</b>	<b>28.939</b>	<b>13.395</b>	<b>15.544</b>
Espanyola	25.185	11.428	13.757
Estrangera	3.754	1.967	1.787
<b>Edat 75-79</b>	<b>25.190</b>	<b>10.764</b>	<b>14.426</b>
Espanyola	23.225	9.788	13.437
Estrangera	1.965	976	989
<b>Edat 80-84</b>	<b>18.034</b>	<b>6.817</b>	<b>11.217</b>
Espanyola	16.855	6.265	10.590
Estrangera	1.179	552	627
<b>Edat 85 o més</b>	<b>15.615</b>	<b>4.882</b>	<b>10.733</b>
Espanyola	14.626	4.486	10.140
Estrangera	989	396	593
<b>Total 65 i més anys</b>	<b>122.064</b>	<b>52.733</b>	<b>69.331</b>
Espanyola	108.018	45.637	62.381
Estrangera	14.046	7.096	6.950

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'IBESTAT

#### 4.2.2 ESPERANÇA DE VIDA I MORTALITAT DE LES PERSONES DE 65 ANYS I MÉS

La principal clau del creixement numèric de la població major de 64 anys es troba en la reducció de la mortalitat a causa de l'augment de l'esperança de vida a partir dels 65 anys, amb el conseqüent envelliment de la població.

L'esperança de vida de la població de 85 anys i més a Mallorca augmenta en quasi dos punts en un període de 17 anys, al passar d'una mitjana de 5,21 anys a 1991 a una taxa aproximada de 6,65 anys a 2008.

Taxa específica de mortalitat i esperança de vida de la població major de 85 i mes anys per any, sexe i grup d'edat. Illa de Mallorca (1991-2009)			
	Total	Homes	Dones
<b>2008</b>			
Taxa específica de mortalitat	150,271	163,618	143,848
Esperança de vida	6,65	6,11	6,95
<b>2005</b>			
Taxa específica de mortalitat	156,726	174,087	148,425
Esperança de vida	6,38	5,74	6,74
<b>2001</b>			
Taxa específica de mortalitat	159,67	171,142	154,263
Esperança de vida	6,26	5,84	6,48
<b>2000</b>			
Taxa específica de mortalitat	176,856	187,151	172,022
Esperança de vida	5,65	5,34	5,81
<b>1995</b>			
Taxa específica de mortalitat	174,428	191,618	166,593
Esperança de vida	5,73	5,22	6
<b>1991</b>			
Taxa específica de mortalitat	191,898	196,102	189,998
Esperança de vida	5,21	5,1	5,26

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'IBESTAT

El 81,4% de totes les defuncions es produeixen a partir dels 65 anys.<sup>6</sup> A l'any 2009, Mallorca va registrar un total de 5.006 defuncions de persones majors de 64 anys. Així, la taxa específica de mortalitat de les persones majors de 65 anys és la següent:

<sup>6</sup> Dada per a 2008. Font: IBESTAT.

Taules de mortalitat de la població major per anys. Illa de Mallorca 2008			
	Total	Homes	Dones
<b>65 anys</b>			
Taxa específica de mortalitat	9,75	14,057	5,703
Risc de mort	47,557	67,806	28,115
Supervivents	89101	85021	93324
Defuncions teòriques	4237	5765	2624
Població estacionària	434.627	410.100	460.097
Esperança de vida	20,17	18,15	21,96
<b>70 anys</b>			
Taxa específica de mortalitat	18,274	26,582	11,257
Risc de mort	87,176	124,463	54,572
Supervivents	84.864	79.256	90.700
Defuncions teòriques	7398	9864	4950
Població estacionària	404.850	371.093	439.701
Esperança de vida	16,05	14,29	17,52
<b>75 anys</b>			
Taxa específica de mortalitat	33,159	47,297	22,576
Risc de mort	152,962	211,828	106,533
Supervivents	77.466	69.392	85.750
Defuncions teòriques	11.849	14.699	9.135
Població estacionària	357.346	310.782	404.643
Esperança de vida	12,36	10,98	13,4
<b>80 anys</b>			
Taxa específica de mortalitat	63,593	80,201	53,458
Risc de mort	274,57	335,601	235,381
Supervivents	65.617	54.692	76.615
Defuncions teòriques	18.016	18.355	18.034
Població estacionària	283.308	228.860	337.346
Esperança de vida	9,15	8,25	9,72
<b>85 anys</b>			
Taxa específica de mortalitat	150,271	163,618	143,848
Risc de mort	1.000	1000	1000
Supervivents	47.600	36.338	58.581
Defuncions teòriques	47.600	36.338	58.581
Població estacionària	316.762	222.089	407.246
Esperança de vida	6,65	6,11	6,95

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'IBESTAT

La mortalitat s'accelera a mesura que s'avança en anys de vida. A partir dels 65 anys d'edat, les taxes de mortalitat se dupliquen amb cada grup quinquennal successiu, tant en els homes com en les dones. A cada grup d'edat, les taxes de mortalitat dels homes són superiors al de les dones.

La causa principal de les morts foren malalties relacionades amb l'aparell circulatori (36,4%). En segon lloc en ordre d'importància, el 24,0%, foren produïdes per tumors. El tercer motiu més freqüent de mort el suposen les malalties relacionades amb l'aparell respiratori, que foren responsables del 10,9% de les defuncions a 2008. En total, el 71,3% de les persones de la tercera edat moriren per alguna d'aquestes causes.

Defuncions per gran grup de malaltia de la població major de 64 any segons sexe. Illa de Mallorca 2008			
	Total	Homes	Dones
I Enf. Infeccioses i Parasitàries	66	26	40
II Tumors	1.200	733	467



Iii Enf. de la Sang/Órg. Hematopoyético/Trast.Immunitat	17	6	11
Iv Enf. Endocrina, Nutricional i Metabòlica	182	66	116
V Trastorn Mental i del Comportament	222	73	149
Vi-Viii Enf. Sistema Nerviós i Òrgans dels Sentits	260	76	184
Ix Malalties del Sistema Circulatori	1.824	779	1.045
X Malalties del Sistema Respiratori	544	307	237
Xi Malalties del Sistema Digestiu	235	108	127
Xii Malalties de la Pell i del Teixit Subcutani	9	4	5
Xiii Enf. Sist. Osteomuscular i del Teixit Conjuntiu	53	16	37
Xiv Enf. del Sistema Genitourinari	189	104	85
Xv Embaràs, Part i Puerperi	0	0	0
Xvi Afeccions Perinatals	0	0	0
Xvii Malformació Congènita i Anomalia Cromosòmica	1	0	1
Xviii Síntomes, no Classificats en una altra part	114	42	72
Xx Causes Externes de Mortalitat	90	48	42
Totes les causes	5.006	2.388	2.618

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'IBESTAT

D'altra banda, una de les conseqüències de la diferent esperança de vida de dones i homes és les diferències en l'estat civil de les persones difuntes: mentre que un 74,8% dels difunts casats són homes, el 74,2% de les persones vídues que moriren eren dones. De forma anàloga, els homes que es troben en situació de dependència per complicacions derivades de la seva edat tenen majors probabilitats de viure en parella que les dones, que tenen majors probabilitats de trobar-se vídues en aquesta situació.

	Total	Homes	Dones
Solter/a	520	232	288
Casat/a	1.962	1.468	494
Vidu/a	2.428	627	1.801
Divorciat/a o separat/a	96	61	35
Total	5.006	2.388	2.618

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'IBESTAT

#### 4.2.3 DISTRIBUCIÓ TERRITORIAL DE LA POBLACIÓ MAJOR A L'ILLA DE MALLORCA

La població de 65 anys i més es distribueix de forma irregular al territori insular. Pot observar-se com a mesura que disminueix el tamany del municipi la proporció de població de 65 anys augmenta.

Se constata que Ariany, Petra i Maria de la Salut presenten majors proporcions de població major, mentre que els municipis de Marratxí, Alcúdia, Calvià, Capdepera i Consell mostren les proporcions menors, molt per davall de la mitjana.

A l'annex s'ofereixen també dades detallades de la distribució de la població major de 65 anys en els diferents municipis. Pot observar-se la diferència en la proporció de majors existent entre aquests municipis, que van des del 44,2% al municipi de Palma fins al 0,1% de Banyalbufar, Deià, Estellencs i Fornalutx, que mostren la importància del territori per a la detecció de les necessitats de la població major de 64 anys.

A continuació presentem les dades per àrees dels serveis socials de Mallorca, doncs són el marc territorial dels serveis socials especialitzats i representa un referent per la ubicació i organització dels programes, centres i serveis dels tres nivells d'atenció (comunitaris, bàsics i específics, i especialitzats).

A continuació es contemplen 6 àrees geogràfiques a Mallorca i es proporcionen dades sobre la població total i major de 65 anys.

*Distribució de les Àrees per l'atenció dels SS de Mallorca*



Font: IMAS

Àrea per l'Atenció dels SS de Mallorca	Municipis
Àrea 1: Palma	Palma
Àrea 2: Tramuntana	Andratx, Banyalbufar, Bunyola, Calvià, Deià, Escorca, Esporles, Estellencs, Fornalutx, Puigpunyent, Sóller, Valldemossa
Àrea 3: Raiguer	Alaró, Binissalem, Búger, Campanet, Consell, Inca, Lloseta, Mancor de la Vall, Marratxí, Santa Maria del Camí, Selva
Àrea 4: Pla i Nord	Alcúdia, Algaida, Costitx, Lloret de Vistalegre, Llubi, Maria de la Salut, Montuïri, Muro, Petra, Pollença, Porreres, Pobla (Sa), Sencelles, Sant Joan, Santa Eugènia, Santa Margalida, Sineu, Vilafranca de Bonany, Ariany
Àrea 5: Llevant	Artà, Capdepera, Manacor, Sant Llorenç des Cardassar, Son Servera
Àrea 6: Migjorn	Campos, Felanitx, Llucmajor, Santanyi, Salines (Ses)

Distribució territorial de la població per àrees de serveis socials de Mallorca. Mallorca 2009			
Total Població	Homes	Dones	Percentatge població

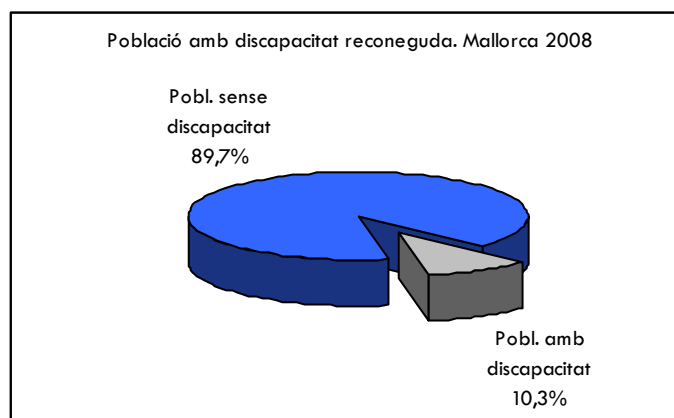
							major	
	Total	65 i més	Total	65 i més	Total	65 i més	% sobre total Mallorca	% sobre el total població al municipi
Palma	401.270	53.995	197.436	21.933	203.834	32.062	44,2%	13,5%
Tramuntana	94.884	12.601	47.846	5.825	47.038	6.776	10,3%	13,3%
Raiguer	98.821	12.849	50.024	5.614	48.797	7.235	10,5%	13,0%
Pla i Nord	104.767	17.832	53.573	7.998	51.194	9.834	14,6%	17,0%
Llevant	80.772	12.575	40.901	5.797	39.871	6.778	10,3%	15,6%
Migjorn	81.883	12.212	41.887	5.566	39.996	6.646	10,0%	14,9%
<b>Total general</b>	<b>862.397</b>	<b>122.064</b>	<b>431.667</b>	<b>52.733</b>	<b>430.730</b>	<b>69.331</b>	<b>100,0%</b>	<b>14,2%</b>

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'IBESTAT

## 4.3 POBLACIO AMD DISCAPACITAT A L'ILLA DE MALLORCA

### 4.3.1 DADES GENERALS

Les persones amb discapacitat reconeguda a l'illa de Mallorca a l'any 2008, segons l'Institut Mallorquí d'Afers (IMAS)<sup>7</sup> arriba a 87.532, el que suposa el 10,3% del total de la població insular.



Font: elaboració pròpia a partir de dades de Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS)

L'Enquesta sobre Discapacitat, Autonomia Personal i Situacions de Dependència (EDAD), realitzada per l'Institut Nacional d'Estadística al 2008 dona una taxa de població amb discapacitat a la comunitat autònoma de les Illes Balears de 70,99 per cada 1.000 habitants majors de 5 anys. Els menors d'aquesta edat amb alguna limitació suposarien el 21,5‰.

Estimació de la població amb discapacitat a les Illes Balears			
Població total			
Menors de 6	56.061	21,5‰	1.205
De 6 i més anys	806.336	70,99%	57.242
<b>Total</b>	<b>862.397</b>	-	<b>58.447</b>

Font: elaboració pròpia a partir de dades de EDAD

De la comparació d'ambdues fonts s'observa que difereixen en unes 29.085 persones a favor de l'IMAS. No obstant per a l'anàlisi de població amb discapacitat a Mallorca utilitzarem la font de l'IMAS, pel fet de tractar-se de dades més recents i més precises, i d'estar elaborades específicament per al territori de Mallorca i no ser una estimació realitzada per enquesta.

Tenint en compte que les dades analitzades per l'IMAS corresponen a les persones reconegudes amb un grau de discapacitat igual o superior al 33%,<sup>8</sup> es diferencien tres grups

<sup>7</sup> Pla Estratègic de Serveis Socials de Mallorca (Període 2010 – 2013)

- Moderat: persones amb un grau de discapacitat entre el 33% i el 64% (ambdós inclosos).
- Greu: persones amb un grau de discapacitat entre el 65% i el 74%, ambdós inclosos.
- Molt greu: persones amb un grau de discapacitat igual o superior al 75%.

La població amb una discapacitat moderada reconeguda en l'any 2008 és superior que la resta dels grups, amb 47.645 (54,4%) La població amb discapacitat greu en aquest any és de 21.503 (24,6%) i la molt greu de 18.384 (21,0%). És a dir, hi ha un 49,6% de persones amb discapacitat que superen el 65%, destacant el 21,0% de persones amb 75% i més.

Població amb discapacitat reconeguda segons grau de discapacitat, taxa per cada 100 habitants i distribució percentual segons grau de discapacitat, Mallorca 2008			
Grau de discapacitat	Població	Taxa per cada 100 habitants	Distribució percentual
Del 33% al 64%	47.645	5,6	54,4%
Del 65% al 74%	21.503	2,5	24,6%
Del 75% o més	18.384	2,2	21,0%
Total	87.532	10,3	100,0%

Font: elaboració pròpia a partir de dades de Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS)

#### 4.3.2 DISTRIBUCIÓ TERRITORIAL DE LA POBLACIÓ AMB DISCAPACITAT RECONEGUDA A L'ILLA DE MALLORCA

La població amb discapacitat reconeguda de Mallorca en 2008, es distribueix per àrees de serveis socials de la següent forma: Palma representa un 60,8%, el que significa que més de la meitat de la població amb discapacitat es troba en la ciutat, l'àrea del Raiguer suposa un 11,1%, l'àrea del Pla i Nord un 8,8% i les altres àrees mostren xifres similars.

La població reconeguda amb discapacitat a Palma és de 53.237 persones, xifra que representa el 13,4% de la població del municipi, i el 60,8% del total de població amb discapacitat reconeguda de la illa de Mallorca, 3,1 punts percentuals superior a la mitjana global de Mallorca. D'aquestes persones, el 45,3% té un grau de discapacitat superior al 65%.

A l'any 2008 la població reconeguda amb discapacitat en l'àrea de Tramuntana és de 5.573 persones, xifra que representa el 6,0% de la població de la zona (4,3 punts percentuals inferior a la del global de l'illa), i el 6,4% del total de població amb discapacitat reconeguda. D'elles el 42,6% presenten una discapacitat greu o molt greu.

Respecte a l'àrea del Raiguer, el 10% de la població (9.711 persones) té reconeguda una discapacitat, percentatge similar al del total de la illa, i un 11,1% del total de població amb discapacitat. D'aquestes persones, el 45,4% té un grau de discapacitat superior al 65%.

La població reconeguda amb discapacitat en el Pla i Nord de Mallorca és de 7.703 persones, xifra que representa el 7,6% de la població de la zona (2,7 punts inferiors al del total de Mallorca), i el 8,8% del total de població amb discapacitat. Tenint en compte el grau de discapacitat, el 47,9% de la població amb discapacitat reconeguda presenta una discapacitat greu o molt greu. També és la zona que presenta un percentatge major de població amb discapacitat molt greu (22,7%).

La població amb discapacitat a Llevant és de 5.568 persones, el 7,1% de la població de l'àrea,

<sup>8</sup> Oficialment, la discapacitat es reconeix a partir del 33%. Del 33% al 64%: persones que tenen un nivell d'autonomia personal bastant important com per inserir-se social i laboralment; del 65% al 74%: a partir d'aquest grau es pot cobrar una pensió d'invalidesa, doncs es considera que són persones amb més dificultats per aconseguir plena integració; del 75 % o més: persones molt afectades que són susceptibles de requerir instruments altament especialitzats per a la seva integració social.

i el 6,4% del total de població amb discapacitat reconeguda. Del total de població reconeguda amb discapacitat en l'àrea de Llevant, 2.654 tenen una discapacitat greu o molt greu, el 47,6% de tota la població amb discapacitat reconeguda de l'àrea.

Finalment, a l'àrea de Migjorn, 5.740 persones tenen reconeguda una discapacitat (7,2%), percentatge inferior en 3,1 punts al del total de Mallorca. D'aquestes persones, el 46,0% té un grau de discapacitat superior al 65%.

Percentatge de població amb discapacitat reconeguda, distribució i taxa per cada 100 habitants, Mallorca i Àrees de Serveis Socials, 2008			
Àrea	Població amb discapacitat reconeguda	%	Taxa per cada 100 habitants
Àrea Palma	53.237	60,8	13,4
Àrea Tramuntana	5.573	6,4	6,0
Àrea Raiguer	9.711	11,1	10,0
Àrea Pla i Nord	7.703	8,8	7,6
Àrea Llevant	5.568	6,4	7,1
Àrea Migjorn	5.740	6,6	7,2
Total Mallorca	87.532	100,0	10,3

Font: elaboració pròpia a partir de dades de Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS)

Població amb discapacitat reconeguda segons grau de discapacitat, Mallorca i per Àrees de Serveis Socials, 2008			
Àrea	Del 33% al 64%	Del 65% al 74%	Del 75% o més
Àrea Palma	29.120	13.062	11.055
Àrea Tramuntana	3.200	1.255	1.118
Àrea Raiguer	5.307	2.378	2.026
Àrea Pla i Nord	4.009	1.943	1.751
Àrea Llevant	2.914	1.439	1.215
Àrea Migjorn	3.095	1.426	1.219
Total Mallorca	47.645	21.503	18.384

Font: elaboració pròpia a partir de dades de Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS)

Percentatge de població amb discapacitat reconeguda segons grau de discapacitat, Mallorca i per Àrees de Serveis Socials, 2008 (Percentatge horitzontal)				
Àrea	Del 33% al 64%	Del 65% al 74%	Del 75% o més	Total
Àrea Palma	54,7%	24,5%	20,8%	100,0%
Àrea Tramuntana	57,4%	22,5%	20,1%	100,0%
Àrea Raiguer	54,6%	24,5%	20,9%	100,0%
Àrea Pla i Nord	52,0%	25,2%	22,7%	100,0%
Àrea Llevant	52,3%	25,8%	21,8%	100,0%
Àrea Migjorn	53,9%	24,8%	21,2%	100,0%
Total Mallorca	54,4%	24,6%	21,0%	100,0%

Font: elaboració pròpia a partir de dades de Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS)

## 5. LES PERSONES EN SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA A L'ILLA DE MALLORCA

### 5.1 SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA

#### 5.1.1 SOL·LICITUDS I PERSONES BENEFICIÀRIES

A 30 de setembre de 2010 s'havien presentat a les Illes Balears 28.353 sol·licituds de valoració de dependència (històrica acumulada), de les quals 23.345 corresponen a persones residents en la illa de Mallorca (82,3%).

De les sol·licituds presentades a Mallorca, el 60,48% (14.118) són persones beneficiàries amb dret a prestació. I el percentatge de PIA<sup>9</sup> (Programa individual d'atenció) sobre les persones beneficiàries amb dret a prestació és de 79,76% (11.260).

Situació de dependència. Informació històrica acumulada. Data: 30 de setembre de 2010				
Illa	Sol·licituds	Dictàmens	Persones beneficiàries amb dret a prestació	PIAS
Mallorca	23.345	18.923	14.118	11.260
Total Illes Balears	28.353	23.230	17.606	13.750

Font: elaboració pròpia a partir de dades de Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració.

Quant a la demanda de valoració de la situació de dependència actual, el nombre de sol·licituds rebudes a Mallorca, a 30 de setembre de 2010, és de 17.966 (81,5% del total balear). El pes d'aquest nombre sobre el total de la seva respectiva població és de 2,08 (Població illa de Mallorca 2009: 862.397 habitants).

De les sol·licituds presentades a Mallorca, el 60,26% (10.827) són persones beneficiàries amb dret a prestació. I el percentatge de PIA sobre les persones beneficiàries amb dret a prestació és de 83,99% (9.094).

A 30 de setembre el nombre de dictàmens realitzats a la població demandant a Mallorca és de 15.347, el que suposa un percentatge de 85,42% del total de sol·licituds. Un 70,55% d'aquells dictàmens tenen dret a alguna prestació.

El percentatge d'expedients en tramitació sobre persones beneficiàries amb dret a prestació és de 16,01%

Situació de Dependència. Informació a 30 de setembre de 2010					
Illa	Sol·licituds	Dictàmens	Persones beneficiàries amb dret a prestació	PIAS	En Tràmit
Mallorca	17.966	15.347	10.827	9.094	1.733
Total Illes Balears	22.031	18.942	13.652	11.176	2.476

Font: elaboració pròpia a partir de dades de Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració.

Relació entre població i sol·licituds. Illa de Mallorca. Data: 30 de setembre de 2010			
Illa	Població	Sol·licituds	%

<sup>9</sup> Realitzat el procés de reconeixement de la situació de dependència de la persona sol·licitant, el PIA determinarà les modalitats d'intervenció més adequades a les seves necessitats d'entre els serveis i prestacions econòmiques previstes a la resolució per al seu grau i nivell. El sol·licitant o, en el seu cas, la seva família o entitat tutelar que el/la representi, podrà elegir entre les modalitats d'intervenció més adequades a les seves necessitats d'entre els serveis i prestacions econòmiques previstos en la resolució per al seu grau i nivell.

Mallorca	862.397	17.966	2,08%
Total Illes Balears	1.095.426	22.031	2,01%

Font: elaboració pròpia a partir de dades de Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració.

Segons el perfil del sol·licitant, s'observa la diferència de valoracions entre homes i dones, un 36,1% de les quals es refereixen a homes i el 63,9% es realitzen a dones. Per tant analitzant les dades generals, s'observa una major prevalença de dependència de les dones enfront dels homes.

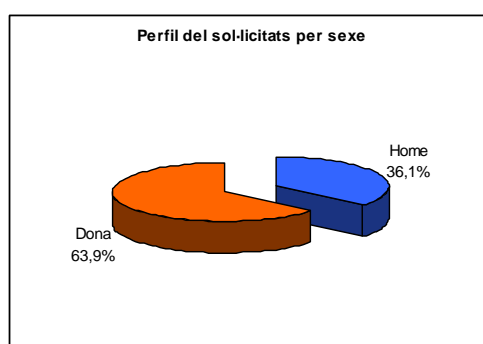
Igualment, la distribució percentual de valoracions per intervals d'edat és la següent, el 76,8% de les persones valorades tenen 65 o més anys d'edat.

Si es comparen les diferències per sexe dividides per grans grups d'edat, es pot apreciar que fins als 64 anys es manté el predomini dels barons, però en l'interval de 65 i més anys d'edat s'observa l'increment de les dones, fonamentalment en l'interval de majors (80 i més anys d'edat). En aquest grup d'edat es troben les diferències més importants entre sexes, doncs el 73,6% de les persones són dones.

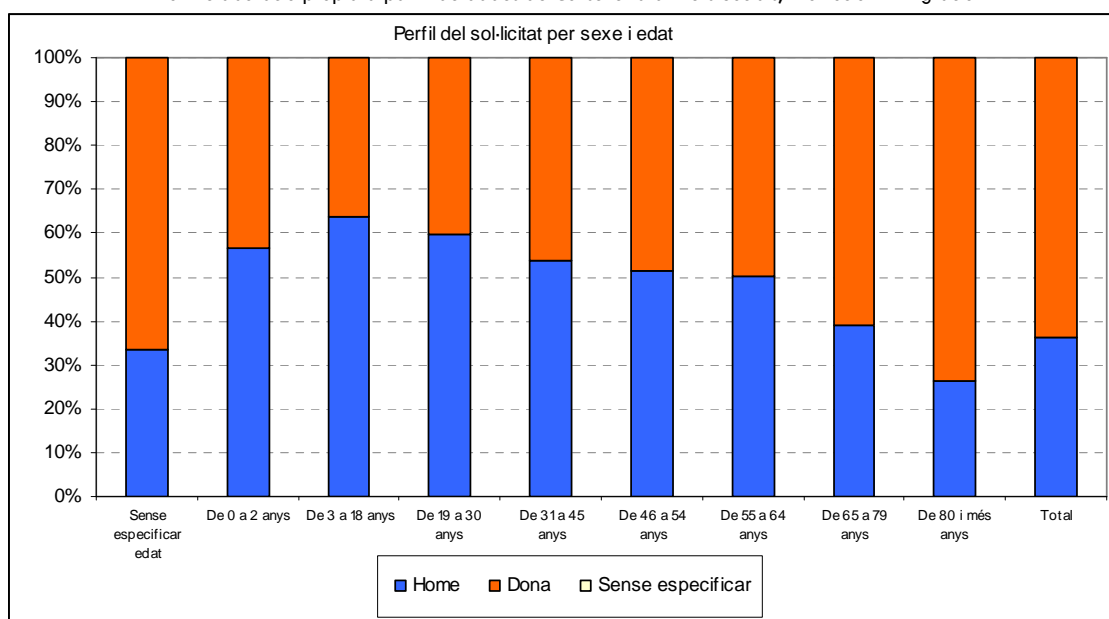


Perfil del sol·licitant situació de dependència. Illa de Mallorca				
Data: 30 de setembre de 2010				
Illa	Home	Dona	Sense especificar	Total sol·licituds
Sense especificar edat	5	10	-	15
De 0 a 2 anys	84	64	-	148
De 3 a 18 anys	367	206	1	574
De 19 a 30 anys	316	213	-	529
De 31 a 45 anys	548	469	-	1.017
De 46 a 54 anys	401	382	-	783
De 55 a 64 anys	548	546	-	1.094
De 65 a 79 anys	1.750	2.711	-	4.461
De 80 i més anys	2.464	6.879	2	9.345
<b>Total Sol·licituds</b>	<b>6.483</b>	<b>11.480</b>	<b>3</b>	<b>17.966</b>

Font: elaboració pròpia a partir de dades de Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració

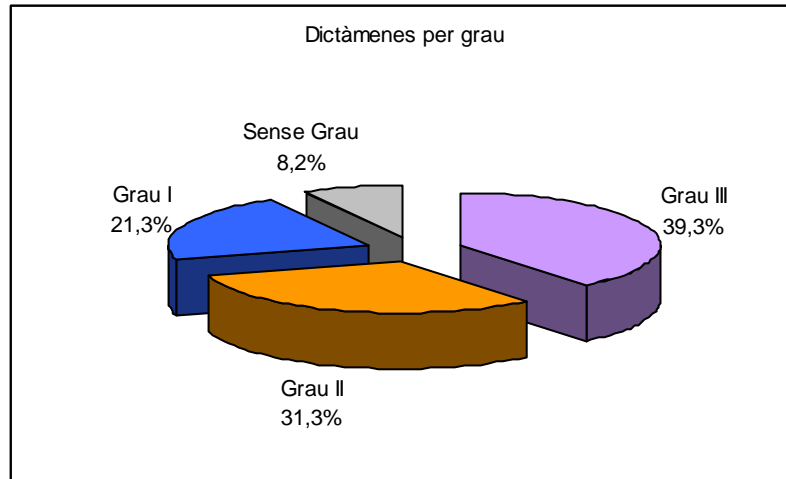


Font: elaboració pròpia a partir de dades de Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració



Font: elaboració pròpia a partir de dades de Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració

La distribució en percentatges dels dictàmens efectuats a Mallorca segons el grau de dependència és la qual es mostra en la taula i gràfic següent, i reflecteixen que del total de dictàmens efectuats a Mallorca (15.347), el grau de gran dependència (Grau III) és el que presenta una major incidència entre la població analitzada (39,3%). Li segueixen les persones reconegudes en situació de dependència severa (Grau II) amb el 31,3% del total, mentre que la dependència moderada (Grau I) representa el 21,3%. La resta (8,2%) correspon a persones valorades però sense puntuació suficient per a tenir dret a ajudes a la dependència.



Font: elaboració pròpia a partir de dades de Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració

Actualment, la Llei reconeix el dret a la protecció a les persones que tenen el Grau II i el Grau III, de manera que la xifra total de persones beneficiàries amb dret a prestació a Mallorca és de 10.827 persones. Aquestes representen l'1,26% de la població.

	Grau III		Grau II		Grau I		Sense Grau	Total persones beneficiàries amb dret a prestació GIII+GII
	N1	N2	N1	N2	N1	N2		
Mallorca	2.145	3.882	2.022	2.778	1.596	1.672	1.252	10.827

Font: elaboració pròpia a partir de dades de Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració

Illa	Població	Persones beneficiàries amb dret a prestació	%
Mallorca	862.397	10.827	1,26%
Total Illes Balears	1.095.426	13.652	1,25%

Font: elaboració pròpia a partir de dades de Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració

Quan s'estudia el total de persones beneficiàries per sexe, es pot apreciar que se segueixen mantenint, independentment del seu grau de dependència, una distribució en torn a les dues terceres parts per a les dones (65,2%) i una tercera part per als homes (34,8%).

Les persones majors de 64 anys són gairebé la totalitat del conjunt de persones dependents amb dret a prestació (79,4%), i dintre d'aquest interval d'edat, existeixen més dones (70,9%) que homes (29,1%), a causa de les diferències demogràfiques ja comentades.

Grup d'edat	Home	Dona	Sense especificar	Total persones beneficiàries
De 0 a 2 anys	47	39	0	86
De 3 a 18 anys	256	135	1	392
De 19 a 30 anys	208	131	0	339
De 31 a 45 anys	296	236	0	532
De 46 a 54 anys	197	162	0	359
De 55 a 64 anys	266	259	0	525
De 65 a 79 anys	980	1.348	0	2.328
De 80 i més anys	1.516	4.748	1	6.265
<b>Total persones beneficiàries</b>	<b>3.766</b>	<b>7.058</b>	<b>2</b>	<b>10.826</b>

Font: elaboració pròpia a partir de dades de Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració

El perfil de beneficiaris i beneficiàries per cada grau de dependència i nivell queda reflectit a les següents taules:

Perfil de la persona beneficiària de grau III.. Illa de Mallorca.				
Data: 30 de setembre de 2010.				
Grup d'edat	Home	Dona	Sense especificar	Total persones beneficiàries
De 0 a 2 anys	27	18	0	45
De 3 a 18 anys	145	86	0	231
De 19 a 30 anys	108	69	0	177
De 31 a 45 anys	148	107	0	255
De 46 a 54 anys	92	72	0	164
De 55 a 64 anys	148	101	0	249
De 65 a 79 anys	506	667	0	1.173
De 80 i més anys	860	2.871	1	3.732
<b>Total persones beneficiàries</b>	<b>2.034</b>	<b>3.991</b>	<b>1</b>	<b>6.026</b>

Font: elaboració pròpia a partir de dades de Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració

Perfil de la persona beneficiària de grau III nivell 2. Illa de Mallorca				
Data: 30 de setembre de 2010.				
Grup d'edat	Home	Dona	Sense especificar	Total persones beneficiàries
De 0 a 2 anys	27	18	-	45
De 3 a 18 anys	73	57	-	130
De 19 a 30 anys	48	32	-	80
De 31 a 45 anys	70	51	-	121
De 46 a 54 anys	36	33	-	69
De 55 a 64 anys	51	35	-	86
De 65 a 79 anys	168	187	-	355
De 80 i més anys	273	984	1	1.258
<b>Total persones beneficiàries</b>	<b>746</b>	<b>1.397</b>	<b>1</b>	<b>2.144</b>

Font: elaboració pròpia a partir de dades de Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració

Perfil de la persona beneficiària de grau III Nivell 1. Illa de Mallorca				
Data: 30 de setembre de 2010.				
Grup d'edat	Home	Dona	Sense especificar	Total persones beneficiàries
De 0 a 2 anys	0	0	0	0
De 3 a 18 anys	72	29	0	101
De 19 a 30 anys	60	37	0	97
De 31 a 45 anys	78	56	0	134
De 46 a 54 anys	56	39	0	95
De 55 a 64 anys	97	66	0	163
De 65 a 79 anys	338	480	0	818
De 80 i més anys	587	1.887	0	2.474
<b>Total persones beneficiàries</b>	<b>1.288</b>	<b>2.594</b>	<b>0</b>	<b>3.882</b>

Font: elaboració pròpia a partir de dades de Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració

Perfil de la persona beneficiària de grau II (Global). Illa de Mallorca. Data: 30 de setembre de 2010.				
Grup d'edat	Home	Dona	Sense especificar	Total persones beneficiàries
De 0 a 2 anys	20	21	0	41
De 3 a 18 anys	111	49	1	161
De 19 a 30 anys	100	62	0	162
De 31 a 45 anys	148	129	0	277
De 46 a 54 anys	105	90	0	195
De 55 a 64 anys	118	158	0	276
De 65 a 79 anys	474	681	0	1.155
De 80 i més anys	656	1.877	0	2.533
<b>Total persones beneficiàries</b>	<b>1.732</b>	<b>3.067</b>	<b>1</b>	<b>4.800</b>

Font: elaboració pròpia a partir de dades de Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració

Perfil Data: 30 de setembre de 2010. II Nivell 2. Illa de Mallorca				
Data: 30 de setembre de 2010.				
Grup d'edat	Home	Dona	Sense especificar	Total persones beneficiàries
De 0 a 2 anys	20	21	0	41
De 3 a 18 anys	65	24	0	89
De 19 a 30 anys	43	21	0	64
De 31 a 45 anys	62	55	0	117
De 46 a 54 anys	43	31	0	74
De 55 a 64 anys	43	52	0	95
De 65 a 79 anys	206	253	0	459
De 80 i més anys	277	806	0	1.083
<b>Total persones beneficiàries</b>	<b>759</b>	<b>1.263</b>	<b>0</b>	<b>2.022</b>

Font: elaboració pròpia a partir de dades de Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració

Perfil Data: 30 de setembre de 2010. II Nivell 1. Illa de Mallorca				
Data: 30 de setembre de 2010.				
Grup d'edat	Home	Dona	Sense especificar	Total persones beneficiàries
De 0 a 2 anys	0	0	0	0
De 3 a 18 anys	46	25	1	72
De 19 a 30 anys	57	41	0	98
De 31 a 45 anys	86	74	0	160
De 46 a 54 anys	62	59	0	121
De 55 a 64 anys	75	106	0	181
De 65 a 79 anys	268	428	0	696
De 80 i més anys	379	1.071	0	1.450
<b>Total persones beneficiàries</b>	<b>973</b>	<b>1.804</b>	<b>1</b>	<b>2.778</b>

Font: elaboració pròpia a partir de dades de Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració

## 5.1.2 PRESTACIONS

De les 10.827 persones que tenen reconeguda la seva situació de dependència a Mallorca, 7.743 (el 71,5%) tenen dret a rebre una prestació. La resta, 3.084, són també persones dependents reconegudes per Llei però, no obstant això, no els correspon encara una prestació.

La prestació econòmica per a la cura dintre de l'entorn familiar suposa el 72,3% del total de prestacions. A 30 de setembre de 2010 el nombre d'usuaris que va utilitzar el servei d'atenció residencial va ser de 1.386, el que suposa un, 17,9% de les prestacions. La resta tenen percentatges menys significatius.

El percentatge de persones beneficiàries sobre el total de població de la illa és del 0,88%.

Prestacions. Illa de Mallorca Data: 30 de setembre de 2010					
Illa	Servei d'atenció residencial	Centres de dia i nit	Prestacions econòmiques vinculades al servei	Prestació econòmica per a cures d l'entorn familiar	Total prestacions
Mallorca	1.386	444	315	5.598	7.743
Total Illes Balears	1.702	509	376	6.676	9.263

Font: elaboració pròpia a partir de dades de Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració

Percentatge de persones beneficiàries sobre el total de població. Illa de Mallorca. Data: 30 de setembre de 2010				
Illa	Població	Persones beneficiàries	Percentatge beneficiaris sobre població	
Mallorca	862.397	7.583	0,88%	
Total Illes Balears	1.095.426	9.028	0,82%	

Font: elaboració pròpia a partir de dades de Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració

## 5.1.3 DISTRIBUCIÓ TERRITORIAL DE LA POBLACIÓ DEPENDENT A L'ILLA DE MALLORCA

A Palma s'han presentat 8.211 sol·licituds d'ajuda en el marc de la LPAPAD, el 45,7% del total de demandes de la illa. La taxa de sol·licituds cada 100 habitants és del 2,05% similar a la del global de Mallorca (2,08%).

A l'àrea de Tramuntana s'han presentat 1.307 sol·licituds, que representen una taxa del 1,38%, la més baixa de totes les àrees. D'altra banda, a l'àrea del Raiguer s'han presentat 2.324 sol·licituds, xifra que representa una taxa de sol·licituds del 2,35%, 0,27 punts més elevada que la mitjana de Mallorca.

La taxa de sol·licituds per cada 100 habitants de l'àrea Pla i Nord és la més elevada de totes les àrees de Mallorca, del 2,71%, corresponent a 2.835 sol·licituds. L'Àrea de Llevant presenta el 8,4% del total de sol·licituds amb una taxa del 1,87% (1.509).

La taxa de sol·licituds de l'àrea de Migjorn (2,17%), és 0,09 punts superior a la del total de Mallorca.

D'altra banda, segons es pot observar a la taula següent, l'àrea que registra major nombre de persones beneficiàries amb dret a prestació en nombres absoluts és l'Àrea de Palma, però la que presenta una major taxa de persones beneficiàries és l'Àrea del Pla i Nord de la illa de Mallorca, mentre la que registra la taxa més baixa és l'àrea de Tramuntana.

Situació de Dependència. Dades a 30 de setembre de 2010 Mallorca i Àrees de Serveis Socials							
Àrea	Població	Sol·licituds	% Sol·licituds sobre població	Dictàmens	Persones beneficiàries amb dret a prestació (GIII+GII)	% persones beneficiàries sobre població	En Tràmit

Àrea Palma	401.270	8.211	2,05%	6.910	4.688	1,17%	3.911	777
Àrea Tramuntana	94.884	1.307	1,38%	1.081	731	0,77%	605	126
Àrea Raiguer	98.821	2.324	2,35%	2.048	1.629	1,65%	1.393	236
Àrea Pla i Nord	104.767	2.835	2,71%	2.459	1.818	1,74%	1.485	333
Àrea Llevant	80.772	1.509	1,87%	1.281	885	1,10%	787	98
Àrea Migjorn	81.883	1.780	2,17%	1.568	1.076	1,31%	913	163
Mallorca	862.397	17.966	2,08%	15.347	10.827	1,26%	9.094	1.733

Font: elaboració pròpia a partir de dades de Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració

A continuació presentem l'anàlisi dels indicadors de prestació per cada àrea de serveis socials, comparant el valor de l'indicador de cada àrea de serveis socials en relació al valor de l'indicador per al total de l'illa de Mallorca.

Prestacions per a la dependència a 30 de setembre de 2010 segons àrees de serveis socials						
Illa	Servei d'atenció residencial	Centres de dia i nit	Prestacions econòmiques vinculades al servei	Prestació econòmica per a cures d l'entorn familiar	Total prestacions	
Àrea Palma	736	201	202	2.331	3.470	
Àrea Tramuntana	94	26	18	335	473	
Àrea Raiguer	153	71	24	915	1.163	
Àrea Pla i Nord	163	70	32	928	1.193	
Àrea Llevant	125	46	9	479	659	
Àrea Migjorn	115	30	30	610	785	
Mallorca	1.386	444	315	5.598	7.743	

Font: elaboració pròpia a partir de dades de Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració

En relació a la taxa de persones beneficiàries, trobem que les més destacades són les àrees del Raiguer (1,16%) i la del Pla i Nord (1,12%).

Beneficiaris de dependència a 30 de setembre de 2010 segons àrees de serveis socials				
Illa	Població	Persones beneficiàries	Percentatge beneficiaris sobre població	
Àrea Palma	401.270	3.383	0,84%	
Àrea Tramuntana	94.884	464	0,49%	
Àrea Raiguer	98.821	1.148	1,16%	
Àrea Pla i Nord	104.767	1.177	1,12%	
Àrea Llevant	80.772	644	0,80%	
Àrea Migjorn	81.883	767	0,94%	
Mallorca	862.397	7.583	0,88%	

Font: elaboració pròpia a partir de dades de Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració

#### 5.1.4 TAULA RESUM

Finalment presentem una taula resum per a comparar les sol·licituds i persones beneficiàries amb dret a prestació amb la població major de 64 anys i població amb discapacitat. A causa de la correlació existent entre població envellida i dependència és d'esperar que el percentatge de sol·licituds i beneficiaris en cada àrea de serveis socials fos major en aquelles àrees més envellides, i viceversa. La taxa de sol·licituds i el percentatge de persones beneficiàries guarda relació amb el nivell d'envelliment. Tal com s'observa en la taula adjunta, l'àrea més envellida (Pla i Nord) ) ocupa el primer lloc quant a la taxa de sol·licituds, persones beneficiàries i població envellida. Per altra banda, l'Àrea de Tramuntana presenta el cas oposat, doncs ocupa el penúltim i últim lloc respectivament en taxa d'envelliment, taxa de sol·licituds i percentatge de persones beneficiàries amb dret a prestació.

Àrea	Població	65 i més		Població amb discapacitat reconeguda		Sol·licituds		Persones beneficiàries amb dret a prestació (GIII+GII)	
		65 i més	% sobre el total	Població amb discapacitat reconeguda	% sobre el total	Sol·licituds	% Sol·licituds sobre població	Persones beneficiàries amb dret a prestació (GIII+GII)	% persones beneficiàries sobre població
Àrea Palma	401.270	53.995	13,5%	53.237	13,4	8.211	2,05%	4.688	1,17%
Àrea Tramuntana	94.884	12.601	13,3%	5.573	6,0	1.307	1,38%	731	0,77%
Àrea Raiguer	98.821	12.849	13,0%	9.711	10,0	2.324	2,35%	1.629	1,65%
Àrea Pla i Nord	104.767	17.832	17,0%	7.703	7,6	2.835	2,71%	1.818	1,74%
Àrea Llevant	80.772	12.575	15,6%	5.568	7,1	1.509	1,87%	885	1,10%
Àrea Migjorn	81.883	12.212	14,9%	5.740	7,2	1.780	2,17%	1.076	1,31%
Mallorca	862.397	122.064	14,2%	87.532	10,3	17.966	2,08%	10.827	1,26%

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'IMAS

## 5.2 EL MODEL ASSISTENCIAL A LES ILLES BALEARS

La Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i d'atenció a les persones en situació de dependència (referida com a LPAPAD) no ha suposat una gran transformació pel que fa a nou serveis, respecte dels ja existents abans de la seva promulgació, però sí ha suposat una reordenació d'aquests. L'assistència de les persones dependents fora de l'àmbit domèstic familiar estava fins el moment gestionada per entitats autonòmiques i Ajuntaments, amb la participació de l'administració estatal, a través de varis plans d'acció (Plan Concertado de Prestaciones Básicas, Planes de Acción para las Personas Mayores con Discapacidad y para Personas Mayores, més les competències de la Seguretat Social). La diferència respecte al sistema anterior està tant en la part conceptual com en la part de gestió dels serveis. Per la part conceptual, la LPAPAD suposa una nova concepció de l'atenció a la dependència que permet la consolidació dels serveis socials com a quart pilar de l'Estat del Benestar. Per la part de gestió, és l'estat qui reconeix el dret i garanteix legalment l'atenció pública i universalitzada a les persones dependent a través una xarxa pública (SAAD) que inclou tant l'administració com l'empresa privada i el tercer sector<sup>10</sup>. En les Illes Balears, la LPAPAD es canalitza a través de la Direcció General d'atenció a la dependència del Govern, a través de la [Llei 4/2009, d'11 de juny de serveis socials de les Illes Balears](#) i la normativa desplegada en els decrets 83/2010, 84/2010, 85/2010 i 86/2010<sup>11</sup>.

La gestió de la dependència, que havia de ser transferida al Consells, ha quedat en una comanda de gestió del Govern al Consell de manera que la gestió ha quedat dividida. El Consell és l'encarregat de les valoracions dels usuaris i el Govern du els concert de places i d'estades diürnes de titularitat privada i la gestió de les prestacions econòmiques d'atenció a la dependència. El PIA (programa individual d'atenció) i la gestió (autorització, control i gestió) dels centres residencials i d'estades diürnes públiques és responsabilitat del Consell. Els serveis a domicili, que encara no estan implementats dins la LPAPAD, es gestionen des de les administracions locals, coordinats i cofinançats pel Consell a través de convenis. L'aplicació de la LPAPAD, en aquest sentit, ha representat certs avantatges econòmics als Ajuntaments, que han pogut alleugerar gran part del pes que pels seus pressupostos tenia el cost de les places residencials<sup>12</sup>.

Els Consells són també els encarregats d'alguns dels programes comunitaris de prevenció de la dependència, i d'atenció als cuidadors familiars. Però són les entitats del Tercer Sector i empreses privades les que tenen un major pes en els programes de suport a l'autonomia, que

<sup>10</sup> Fundación Alares, 2010 p15

<sup>11</sup> <http://www.caib.es/sacmicrofront/contenido.do?mkey=M10012209485614741511&lang=CA&cont=16197>

<sup>12</sup> *Tres anys d'afers socials*. Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració (2010)  
<http://www.caib.es/govern/archivo.do?id=669490>



s'ofereixen a persones que ha han entrat en una situació de dependència, i sobre tot, en els programes orientats a familiars i cuidadors no professionals.

El poc pes de l'administració en els programes comunitaris i de SAD indica que ens trobaríem amb un model d'atenció a la dependència més pal·liatiu que preventiu, molt orientat en la residència (21% de les prestacions han anat a atenció residencial<sup>13</sup>). D'altra banda, tot i que la mateixa LPAPAD privilegia l'assistència de persones dependents en el propi domicili, l'aplicació efectiva de la llei s'està fent des d'un model que polaritza l'assistència en la família -per part de cuidadors familiars- i en l'atenció residencial<sup>14</sup>.

Les 9.028 persones beneficiàries de prestacions d'Illes Balears a 1-10-10 suposen l'1,44% de les del conjunt de l'Estat espanyol. Donat que la xifra total de prestacions es va situar en 9.274, això representa una ràtio de 1,03 prestacions per persona.

Aquestes dades suposen algunes diferències amb la resta de comunitats autònomes: Illes Balears és la cinquena comunitat amb menor ràtio, només per davant de Galícia, Cantàbria, Canàries i Aragó.

Persones beneficiàries, prestacions i ràtio de prestacions per persona segons comunitat autònoma. Situació a 1-10-2010				
	Total prestacions	Total persones beneficiàries amb prestacions	% de cada CCAA sobre total Espanya	Ràtio de prestacions per persona beneficiària
Andalusia	225.898	173.220	27,62%	1,30
Aragó	24.175	24.113	3,84%	1,00
Astúries	13.350	12.787	2,04%	1,04
Illes Balears	9.274	9.028	1,44%	1,03
Canàries	8.077	8.066	1,29%	1,00
Cantàbria	13.624	13.604	2,17%	1,00
Castilla - León	50.603	45.877	7,31%	1,10
Castilla-la Mancha	44.845	35.126	5,60%	1,28
Catalunya	130.609	108.869	17,36%	1,20
Comunitat Valenciana	39.752	36.333	5,79%	1,09
Extremadura	17.733	16.385	2,61%	1,08
Galícia	31.378	30.643	4,89%	1,02
Madrid	47.296	40.134	6,40%	1,16
Múrcia	25.411	21.559	3,44%	1,18
Navarra	8.707	7.878	1,26%	1,11
País Basc	39.792	34.526	5,51%	1,15
La Rioja	10.506	7.361	1,17%	1,43
Ceuta i Melilla	1.944	1.656	0,26%	1,17
<b>TOTAL</b>	<b>742.974</b>	<b>627.165</b>	<b>100%</b>	<b>1,18</b>

Font: elaboració pròpia a partir de SAAD-IMSERSO, Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación

Però les vertaderes diferències es troben en el pes de cadascuna de les prestacions a les comunitats autònomes. Per aquest motiu, procedim a revisar les especificitats del SAAD espanyol, a la llum de les principals dificultats que comporta.

El primer gran obstacle és que pretén regular des de l'àmbit estatal competències que estan transferides a les comunitats autònomes, la qual cosa dificulta la tasca d'establir criteris unitaris, fet que implica que les realitats de la implantació del SAAD varia molt d'una comunitat autònoma a una altra. Així, hi ha una especial dificultat en poder establir criteris unitaris sobre el reglament de qualitat dels serveis. Cada comunitat autònoma està desenvolupant el seu propi.

<sup>13</sup> Situación del servicio de atención residencial de España, 2010

<sup>14</sup> Definits com a familiars a la llei, però en molts de casos, també s'inclou personal domèstic no especialitzat i dins un mercat laboral no regularitzat

Es dona també una falta de normativa comú sobre els criteris d'acreditació dels centres i dels criteris per a establir els requisits per a les instal·lacions i les ràtios de personal. Tampoc existeixen uns criteris comuns per a establir el sistema de copagament. Aquest fet es tradueix en que no hi ha una equitat ni una homogeneïtat en l'accés als serveis. Altres punts febles que s'assenyalen del SAAD és la falta d'informació de les persones que sol·liciten les prestacions sobre l'estat de la seva prestacions i el catàleg de serveis del SAAD, així com les carències de recursos humans i econòmics, la insuficiència de places i el retard en les valoracions.

El balanç general del SISAAD a nivell estatal a 30 de setembre de 2010 assenyalaven que s'havien tramitat 742.947 prestacions a 627.165 persones. Les prestacions més reconegudes a nivell estatal foren:

- 1- La prestació econòmica per cura d'un familiar (58,3% del total de les prestacions, amb 365.452 persones beneficiàries)
- 2- L'atenció residencial (15,5% del total de prestacions, beneficiàries)
- 3- Ajuda a domicili (11,1%, beneficiàries)
- 4- Teleassistència (10,4%, beneficiàries)
- 5- Prestació econòmica vinculada a servei (8%, beneficiàries)
- 6- Atenció a centres de dia o de nit (5,6%, beneficiàries)

Les prestacions menys atorgades continuen essent aquelles que promouen l'autonomia personal i la prevenció de la dependència i les prestacions per assistent personal.

El fort pes de les prestacions econòmiques per cura d'un familiar ens mostra un model que respon a una delegació en la família de les tasques de cura de la població, bàsicament en les dones, el perfil de les persones cuidadores va ser eminentment femení (93,9% de les 140.873 persones donades d'alta al conveni especial de cuidadors no professionals). Aquesta dada ens indica el relegament de les dones a les llars i la seva relegació a les tasques de cura.

L'important pes de la prestació residencial front al pes residual de les prestacions per a la promoció de l'autonomia personal i la promoció de la dependència, així com per l'assistent personal, posen de relleu un sistema de protecció molt institucionalitzat i que advoca molt poc pel model comunitari i per que la persona pugui desenvolupar la seva vida al seu propi entorn. Així i tot, l'alt pes de l'ajuda a domicili, indica que s'està duent a terme millores quant a l'atenció en el propi entorn de la persona, caldria determinar, però, els serveis que de fet s'estan prestant en l'ajuda a domicili per a poder determinar si de fet està contribuint a la promoció de la seva autonomia personal ans si al contrari el que promou és una assistència a domicili.

La manca de criteris que apuntàvem anteriorment, posa de relleu la important tasca de regulació que s'ha de dur a terme des de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears i explica la diversitat de resultats obtinguts en la implantació del SAAD en les diferents comunitats autònomes.

Així, a les Illes Balears, a 30 de setembre de 2010, les prestacions més atorgades foren:

- 1- Prestacions econòmiques per a la cura d'una persona familiar (73,9%)
- 2-Atenció residencial (18,4%)
- 3-Centres de dia/de nit (5,5%)
- 4- Prestació econòmica vinculada a un servei (4,2%)

L'ajuda a domicili, la teleassistència i la promoció de l'autonomia personal i la prevenció de la dependència enregistren 0 prestacions atorgades. Aquestes dades posen de relleu el marcat caràcter familista del sistema d'atenció a la dependència a les Illes Balears i la preeminència del model institucional front a un model més comunitari.

Tot i que l'atenció domiciliària professional no es preveu que sigui implementada en la LPAPAD fins el 2015, el nombre de persones dependents ateses pel servei de domicili és pràcticament equivalent al nombre de prestacions per atenció residencial. Les dades no es corresponen al

mateix període de l'any, però -tot i el marge d'un parell de mesos de diferència-, hi va haver 1784 prestacions per atenció residencial i de centre de dia el juliol 2010 i el gener es comptabilitzaven 1745 usuaris amb dependència que havien rebut serveis d'ajuda a domicili. El global d'usuaris atesos inclòint altres serveis a domicili (teleassistència, menjar, bugaderia i altres serveis a domicili) va ser de 9915 usuaris, mentre que 7.763 havien rebut alguna de les prestacions incloses en la SAAD., de les quals el 72,9% són prestacions econòmiques per cures en l'entorn familiar.

Aquestes dades posen de relleu el marcat caràcter familista del sistema d'atenció a la dependència a les Illes Balears i la preeminència del model institucional front a un model més comunitari.

El gran pes financer que suposen les prestacions directes per assistència de cuidadors no professionals va acompanyat, primer, per una manca de control efectiu de la qualitat de l'assistència familiar per part de l'administració degut a la manca de recursos. El Títol III de la LPAPAD, sobre infraccions i sancions recull específicament quines infraccions són objectes de sanció en el cas de cuidadors no professionals, però deixa en mans de l'Administració autonòmica els recursos per dur a terme la supervisió i control. La normativa autonòmica, a través de la llei 4/2009 de Serveis socials (i la resolució del 5 d'agost de 2010<sup>15</sup>) estableix tan sols els criteris que regulen la formació d'aquesta figura (cuidador no professional) però deixa en mans de les administracions locals el pes del control de qualitat de l'assistència. En el cas de municipis més petits, degut a les característiques socials i a les relacions que s'arriben a establir entre els usuaris i els responsables de serveis socials, hi pot haver un major control. En canvi, la situació pot arribar a ser delicada en poblacions més grans on no es disposen de recursos suficients per a dur a terme aquest control.

En segon lloc, l'atenció al domicili per part de familiars es sustenta sobre un model tradicional que s'està desintegrant a causa de la creixent incorporació de la dona al mercat laboral, dels nous models de llar i de relacions intergeneracionals i de un nivell d'envelliment molt gran, que afecta la capacitat de les famílies de prendre cura de les seves persones majors dependents<sup>16</sup>. En un marc demogràfic en el que es dona un creixent envelliment de la població, la relació entre els potencials cuidadors familiars i els potencials dependents pot arribar a ser inversa, cosa que repercuteix en un increment de la demanda assistencial externa, que haurà de ser coberta per l'administració i/o el mercat<sup>17</sup>. La sostenibilitat d'un model centrat en l'assistència residencial és discutible en un context polític-econòmic de crisi com el que estam vivint actualment i que requereix una major atenció a altres models d'assistència que focalitzin en l'àmbit preventiu i/o d'assistència en el propi domicili.

---

<sup>15</sup> <http://boib.caib.es/pdf/2010115/mp38.pdf> . Resolució de la consellera d'Afers Socials, Promoció i Immigració de 10 de juny de 2010 per la qual es fixen els criteris d'acreditació en matèria de formació i informació de cuidadors no professionals

<sup>16</sup> <http://www.scribd.com/doc/19487866/La-importancia-del-Tercer-Sector-y-la-importancia-estrategica-del-Servicio-de-Atencion-Domiciliaria-en-el-ambito-de-atencion-a-la-dependencia-en-Catal>

<sup>17</sup> Informe IMAS 2008

Persones beneficiades i prestacions. Diferències entre comunitats autònomes. Situació a 1-10-2010									
	Prevenció, dep. i promoció autonomia personal	Tele- assistència	Ajuda a domicili	Centres de dia/nit	Atenció residencial	P.E. vinculada al servei	P.E. Atencions familiaris	P.E. Asist. Personal	Total
Andalusia	0,0%	64,2%	52,6%	22,6%	15,5%	6,8%	28,0%	4,8%	30,4%
Aragó	0%	0%	0%	2,0%	3,0%	9,9%	4,1%	0%	3,3%
Astúries	0%	0,3%	1,5%	2,8%	2,8%	2,4%	1,7%	0%	1,8%
Illes Balears	0%	0%	0%	1,2%	1,5%	1%	1,8%	2%	1%
Canàries	0%	0%	0%	3,6%	1,9%	0%	1,2%	0%	1%
Cantàbria	0%	0%	0,9%	2,8%	2,5%	0%	2,4%	0%	2%
Castilla - León	21%	2%	5%	6,5%	6,4%	23,2%	5,9%	6,1%	6,8%
Castilla-la Mancha	1%	7,7%	5%	2%	6,5%	4,8%	6,6%	1,3%	6,0%
Catalunya	13%	9%	15,4%	9,8%	15,1%	23,5%	20,9%	2,6%	17,6%
Comunitat Valenciana	0,0%	4%	0%	5,0%	11,4%	5,7%	5,0%	0%	5,4%
Extremadura	5,3%	0%	1,2%	1,3%	3,0%	8,8%	2,1%	0%	2,4%
Galícia	0,6%	0,2%	5,8%	4,2%	3,8%	3,5%	5,0%	4,2%	4,2%
Madrid	45%	2%	5%	20,1%	16,1%	2%	2%	3%	6%
Múrcia	6%	4%	0%	3%	1%	2%	5,1%	0%	3%
Navarra	0%	0%	0,3%	0%	1,0%	2,8%	1,5%	0%	1,2%
País Basc	0%	5,0%	5,5%	11,0%	7,1%	1,6%	4,7%	76,7%	5,4%
La Rioja	6%	1%	2%	1,7%	0,9%	1,6%	1,4%	0%	1,4%
Ceuta i Melilla	2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,3%	0,3%	0%	0,3%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Font: elaboració pròpia a partir de SAAD-IMSERSO, Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación

Diferències entre comunitats autònomes en el pes de les diferents prestacions. Situació a 1-10-2010									
	Prevençió, dep. i promoció autonomia personal	Tele- assistència	Ajuda a domicili	Centres de dia/nit	Atenció residencial	P.E. vinculada al servei	P.E. Atencions familiars	P.E. Asist. Personal	Total
Andalusia	0,0%	22,0%	19,2%	4,2%	7,9%	2,0%	59,0%	0,0%	114,2%
Aragó	0,0%	0,0%	0,0%	3,4%	14,2%	20,6%	61,9%	0,0%	100,2%
Astúries	0,0%	1,6%	9,0%	8,7%	24,6%	9,5%	49,1%	0,0%	102,5%
Illes Balears	0,0%	0,0%	0,0%	5,5%	18,4%	4,2%	73,9%	0,1%	102,1%
Canàries	0,6%	0,0%	0,0%	18,6%	26,6%	0,9%	53,4%	0,0%	100,1%
Cantàbria	0,0%	0,3%	5,3%	8,5%	21,1%	0,0%	64,8%	0,0%	100,1%
Castilla - León	4,0%	2,6%	7,5%	5,4%	14,6%	25,2%	47,4%	0,1%	106,8%
Castilla-la Mancha	0,3%	13,3%	8,6%	2,3%	16,8%	6,8%	68,3%	0,0%	116,3%
Catalunya	1,0%	5,4%	9,7%	3,1%	13,3%	10,8%	70,1%	0,0%	113,5%
Comunitat Valenciana	0,0%	8,6%	0,0%	5,2%	33,2%	7,9%	50,0%	0,0%	105,0%
Extremadura	2,9%	1,7%	5,5%	3,1%	19,5%	26,9%	46,0%	0,0%	105,5%
Galícia	0,2%	0,4%	15,3%	5,6%	14,2%	5,7%	60,1%	0,1%	101,5%
Madrid	9,3%	3,4%	9,3%	17,9%	39,2%	3,0%	21,6%	0,0%	103,7%
Múrcia	2,3%	10,7%	0,0%	4,4%	6,3%	4,0%	85,9%	0,0%	113,6%
Navarra	0,0%	4,2%	2,9%	2,0%	13,5%	17,6%	68,0%	0,0%	108,2%
País Basc	0,0%	9,6%	11,4%	11,6%	20,7%	2,4%	49,9%	1,5%	107,1%
La Rioja	5,4%	6,0%	16,4%	6,7%	10,3%	10,8%	68,1%	0,0%	123,6%
Ceuta i Melilla	9,6%	3,7%	3,9%	1,9%	8,3%	8,3%	76,9%	0,0%	112,6%
TOTAL	1,3%	10,4%	11,1%	5,6%	15,5%	8,0%	58,3%	0,1%	110,3%

Font: elaboració pròpia a partir de SAAD-IMSERSO, Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación

Basta donar una ullada a les taules anteriors per veure que les prestacions per a cuidadors no professionals i per assistència personal (que al cap i a la fi, és un model d'atenció al domicili) se'n duen el 75% del total de prestacions, mentre que les prestacions per serveis residencials (residències i centres d'estades diürnes) arriba al 20%.

Són precisament els serveis orientats a l'atenció al propi domicili els que no han entrat encara dins el catàleg de serveis i prestacions econòmiques de la LPAPAD<sup>18</sup>. La seva implementació per fases deixa al descobert un ampla part de la demanda en la què, precisament el tercer sector, hi juga un paper essencial. El cas del SAD, teleassistència i serveis de prevenció de la dependència i promoció de l'autonomia són serveis que actualment es presten des de les administracions locals i on el Tercer Sector en té un pes important tant en la seva gestió, com en la prestació de serveis.

<sup>18</sup> Sembla curiós què, tot i existint una clara preferència de la gent a ser assistida al propi domicili, en detriment del model residencial, s'hagi iniciat la implementació de la LPAPAD precisament per l'àmbit residencial.

## 6. EL TSAS DE LES PERSONES AMB DISCAPACITAT I LA GESTIÓ DE LA LPAPAD

### 6.1 EL TERME DISCAPACITAT I LA PROPOSTA DE LA DIVERSITAT FUNCIONAL A L'ÀMBIT DE LA TEORIA SOCIOLÒGICA

A l'àmbit de la teoria sociològica es suscita constantment el problema de la redefinició. Molts cops l'àmbit propi de la sociologia no és tant el d'encunyar nous conceptes sinó el de "reorientar" el sentit de conceptes heretats. Si bé no és l'objecte d'aquest estudi procedir a una deconstrucció del terme discapacitat, sí que ens ha semblat important recollir algunes de les principals reflexions que s'han dut a terme des de la sociologia en torn a aquest terme per a fer justícia a algunes de les reflexions que les persones informants ens han facilitat al llarg del desenvolupament del nostre treball de camp. Algunes de les persones entrevistades han mostrat el seu desacord amb la utilització que es fa del terme discapacitat i han expressat que la locució "persones amb discapacitat", continua amagant tot un seguit de pressupòsits que amaguen una "anormalitat", un desviament de la "norma", i que per a fer possible l'exercici de determinats drets subjectius, caldria revisar quin és el subjecte "normatiu" d'aquests drets. La reivindicació d'un model d'atenció socio-sanitària comunitària rau en aquesta reflexió. D'aquesta mateixa reflexió es desprèn l'intent de superació del terme "discapacitat" i l'adopció del terme diversitat funcional. A l'estudi optem per l'adopció del terme "persones amb discapacitat", amb tota la seva càrrega de significats, si bé som conscients de la seva càrrega significativa. Aquest fet ha motivat la recollida d'algunes apreciacions que s'han dut a terme en torn a aquest terme, sobretot des de la sociologia crítica anglosaxona.

En torn al terme discapacitat, existeix una confusió bàsica que es dona sovint en el seu ús extensiu en els camps de la medicina i la psicologia, i és que es concep la discapacitat com si fos un atribut de la persona discapacitada, quan aquesta qualitat de "persona discapacitada" es desprèn d'un conjunt de relacions que estableixen allò que es considera normal<sup>19</sup>. Dintre d'aquesta confusió, la discapacitat emergeix com una desviació d'aquesta norma, que és atribuïda, en origen a la persona que la pateix.

Aquesta concepció de la discapacitat com una atribució personal o individual afecta els criteris internacionals establerts per a la taxonomia de les discapacitats. Així, l'OMS, a la Classificació Internacional de la Insuficiència, la Discapacitat i la Minusvalidesa determina les seves actuacions en torn a quatre categories i contempla, com a darrera causa de la minusvalidesa, una afecció, és a dir, una causa natural: Una lesió nerviosa (Afecció) provoca un insuficient control motor (Insuficiència) que a l'hora provoca una dificultat per al desplaçament (Discapacitat) i això comporta que minvin les capacitats per al desplaçament i higiene de la persona (Minusvalidesa). La revisió d'aquests criteris a la Clasificació Internacional del Funcionament, la Discapacitat i la Salut (la CIF: OMS, 2001), continua remetent el concepte de discapacitat a les "limitacions de l'activitat i les restriccions en la participació, derivades d'una deficiència a l'ordre de la salut, que afecten un individu en el seu desenvolupament i vida diària dins en seu entorn físic i social".

La CIF, amb uns supòsits universalistes mantindria inqüestionats els pressupòsits normatius tradicionals que lliguen la capacitat a una condició fisiològica del cos, definida mèdicament segons un cert sentit de salut com a estat normal, criteri que alhora s'ha imposat com a criteri classificatori universal. El camp de la salut és un dels que més contribueixen a predeterminar els nostres esquemes de percepció, pensament i acció i regular les nostres pràctiques i les nostres idees.

---

<sup>19</sup> Canguilhen (1970)

Aquesta assignació de sentit de caràcter negatiu ha tingut implicacions pràctiques severes: les persones amb discapacitat han estat tractades de diferents maneres en virtut de com s'ha entès la seva condició de "discapacitades". Les varietats històriques arrenquen des de l'Antiguitat clàssica: s'ha prescindit d'elles (ja per vies eugenèsiques, ja a través de la marginació), se les ha tractat com a persones "curables" (portadores d'un defecte mèdic subsanable) o bé se les ha considerat com una "classe social" oprimida (col·lectiu susceptible d'adquirir una consciència de classe més o menys revolucionària). El model imperant a data d'avui és el segon: el mèdic-rehabilitador; el primer sembla superat i el tercer, el model social, que prové de la sociologia anglosaxona, suposaria un intent crític de superació del model imperant sobre el que fonamentarem la nostra revisió del terme discapacitat, alhora que assenyalarem les seves limitacions.

El model social<sup>20</sup> de la discapacitat proposa una visió crítica front al model mèdic-rehabilitador imperant. Desplaça la qüestió del plànol individual i fisiològic (la discapacitat com a dèficit corporal), al plànol col·lectiu i polític (la discapacitat com opressió d'un col·lectiu social). La categoria interpretativa clau és la de l'opressió social. Els arguments inicials foren materialistes, tot situant les causes de l'opressió en els requisits estructurals del sistema de producció capitalista que necessita mà d'obra capaç, eficient i productiva, va integrar vessants més culturalistes, que revisaren el paper que juguen els estereotips culturals i les actituds i va recollir plantejaments de la teoria feminista en tant en quant aquesta posava en dubte la base biològica del dimorfisme sexual per a la definició dels rols associats al gènere en el sistema de sexe-gènere. Cap els anys 90 sorgiren interpretacions catalogades com a postmaterialistes que feien referència al paper fonamental de la construcció discursiva en la construcció del sentit de la discapacitat.

Concebuda com a fenomen social, la discapacitat dista molt de ser una conseqüència mecànica d'una afecció. En tot marc social s'estableixen com a normals les activitats humanes que poden dur a terme les persones en un entorn econòmic i social que les estructura i que pretén satisfer els interessos de les persones que, en aquest cas, no pateixen la discapacitat. Es tracta, doncs, d'un fenomen d'opressió: "El terme discapacitat representa un sistema complex de restriccions socials imposades a les persones amb insuficiències a una societat molt discriminadora. Ser discapacitat avui (...) significa patir la discriminació" (Barnes, 1991).

La teoria sociològica de la discapacitat s'enfronta, avui dia a un context social i polític en el qual existeix una forta aversió a posar sobre la taula la qüestió de les diferències amb base biològica, a causa de la impregnació en el discurs polític de la ideologia anti-sexista i anti-racista que ha tirat per terra la consideració de la base biològica de les desigualtats. Però és necessari avaluar quin rol juguen i com s'interpreten les "insuficiències" dins aquest marc de discurs igualitari, segons el qual no existeixen diferències biològiques entre les persones. "Una teoria de la discapacitat com a opressió ha d'oferir una teoria social de la insuficiència". (Abberley, 1987).

La insuficiència, el fonament biològic, traspasa a la superestructura, les pràctiques i interessos que defineixen la seva aparició en forma de discapacitat. En aquest context, per exemple, la possibilitat tècnica de la cura, pot ésser viscuda per les persones amb discapacitat no com una possibilitat sinó com un imperatiu moral en un context social on és inqüestionable el valor de la independència, el treball i la normalitat física. En aquest context emergeix la idea de que no es pot tolerar la insuficiència si aquesta és evitable i emergeix el perill de l'opressió d'aquelles persones que no desitzen ser "normalitzades".

Allò que es pressuposa normal, seguint les tesis que Canguilhem proposà l'any 1970, revisades per Rodríguez Díaz i Ferreira (2010), és posseir unes determinades capacitats que demanden les necessitats associades als nostres patrons de vida (ser laboralment productius, ser relativament competents intel·lectualment, ser independents en l'exercici de la pròpia higiene, ser

---

<sup>20</sup> Ferreira i Caamaño (2006) fan una interessant revisió d'aquest model social. Com a referències clàssiques d'aquest model cal citar: Abberley (1987); Barnes (1991); Bince, Oliver i Barnes (1991). Es pot consultar bibliografia actualitzada d'autors adscrits al model social al Disability Archive UK: <http://www.disability-archive.leeds.ac.uk>

competents en el maneig de les tecnologies del nostre entorn quotidià, etc.). Així, prèviament caldria explicitar quins són els criteris normatius que determinen com a capacitats determinades funcions corporals i com a no capacitat, d'altres. Per exemple: a un entorn on saber fer foc pot ser determinant de la pròpia supervivència, saber sumar i restar poden ser activitats supèrflues, així com ser sord suposa la "capacitat de treballar a entorns on es dona un alt nivell de soroll, capacitat que no està a l'abast de moltes persones. Així, caldria un estudi històric detallat de l'evolució i variacions d'aquestes determinacions. D'altra banda, s'hauria de portar aquesta tasca a les instàncies que han assumit l'aplicació de les bio-polítiques.

Per algunes persones, l'alternativa del model social és insuficient perquè no ataca l'arrel del problema, sinó les seves manifestacions més visibles: la condició oprimida de les persones amb diversitat funcional reclamaria un activisme polític orientat al reconeixement de les capacitats que se'ls neguen des del model mèdic rehabilitador: capacitats de decisió i participació en la vida col·lectiva. Això implica una lluita pel reconeixement dels drets legals i de ciutadania dels que actualment encara no tenen i una participació activa en la vida social. La presa de consciència col·lectiva, però, hauria de superar les diferències i varietats que es donen dins el col·lectiu que engloba el terme discapacitat. Resulta difícil trobar afinitats de fons entre una persona que no hi sent i una altre amb paràlisi cerebral o síndrome de down.

La proposta conceptual de la "diversitat funcional" pretén superar l'àmbit de la "discapacitat". Es basa en les lògiques de la diversitat que s'han instal·lat a les societats occidentals avançades. El concepte "diversitat funcional" sorgeix a Espanya, l'any 2005, des de la plataforma virtual, Fòrum per una Vida Independent (FVI) que va crear el Moviment per una Vida Independent espanyol l'any 2001. El concepte pretén suprimir la càrrega negativa que tenen les nomenclatures que s'han aplicat tradicionalment a les persones amb discapacitat. El concepte, encunyat per Romañach i Lobato (2005), contempla un desenvolupament quotidià diferent al que es considera habitual i que aquesta "funcionalitat diversa" implica discriminació i que és l'entorn social qui la produeix i no la peculiaritat fisiològica. "Les dones i homes amb diversitat funcional som diferents, des del punt de vista mèdic o físic de la major part de la població. Com que tenim característiques diferents, i donades les condicions de l'entorn (...), ens vegem obligats a dur a terme les mateixes tasques o funcions d'una manera diferent, (...) a vegades a través de terceres persones (...) mateixa funció, manera diversa (...)".

La diversitat funcional reivindica no el "reconeixement de capacitats" que eren negades a les persones amb diversitat funcional, sinó la seva condició de diversos en el sentit de que la seva quotidianitat és diferent a la de la resta de persones. La funcionalitat diversa, però, continua ancorada a la definició bio- política de les capacitats humanes com a estàndards d'un estat fictici de salut -normalitat. Allò funcionalment divers només podrà ésser reconegut com a jeràrquicament inferior, mentre no es qüestionin els criteris mèdics que impliquen com a capacitat humana una determinada norma orgànica indicativa d'un cert estat de salut.

El camp d'estudi de la discapacitat és un terreny pràcticament inexplorat teòricament. Diverses disciplines, la sociologia, entre d'altres, han d'assumir aquesta tasca pendent. Cal revisar els pressupòsits que permetin repensar aquest objecte d'estudi. Les persones amb diversitat funcional són persones, i en tant que tals, subjectes d'estudi de la sociologia, però han estat reduïts a la categoria d'éssers prescindibles, precaris, imperfectes o insignificants. Això és degut a que la definició de la persona subjecte de drets i objecte de la sociologia, no és neutral, sinó que és un ésser humà sà biològicament i bio-políticament regulat. La proposta de la funcionalitat diversa només podrà ser reconeguda quan la seva definició normativa s'ajusti a una concepció no determinada pel discurs hegemònic de la medicina respecte del cos humà.



## 6.2 EL SECTOR DE LES PERSONES AMB DISCAPACITAT DINS EL TERCER SECTOR D'ACCIÓ SOCIAL A LES ILLES BALEARS

---

Segons dades de 2010 de l'Anuari del TSAS d'Espanya<sup>21</sup>, les persones amb discapacitat suposen prop de la tercera part dels beneficiaris de les activitats de les entitats del TSAS, amb un 29,5%, seguides de l'infantesa, amb un 11,7% i la població general (10%). Aquesta dada posa de relleu la importància del TSAS de persones amb discapacitat respecte de l'altre grup d'entitats del TSAS que estan implicades en la gestió de serveis vinculats a la llei LPAPAD, el de les persones majors, que suposarien un 8,1% .

El rol que juga actualment el sector de les persones amb discapacitat dins el tercer sector d'acció social a l'illa de Mallorca només pot ser entès si s'observa l'evolució del moviment associatiu des del seu naixement i eclosió , els anys '60 i '70 fins a dia d'avui.

Prèviament a la dècada dels anys 60, la majoria de les persones amb discapacitat estaven excloses de la societat, o bé restaven a casa, amagades i cuidades per la seva família, que tenia un fort sentiment de vergonya, o bé eren institucionalitzades en recintes hospitalaris de caire benèfic.

Al llarg dels anys 60 i 70 s'inicia el moviment associatiu de pares i mares amb infants amb discapacitat i es comença a reivindicar una afirmació positiva de l'existència de les persones amb discapacitat i a reconèixer les seves necessitats i drets. Aquest procés s'intensifica amb l'arribada de la democràcia.

Són les reivindicacions de pares i mares amb fills i filles amb discapacitat intel·lectual i de les persones afectades per una discapacitat física les que definiren el tarannà i la forma d'organització d'aquestes entitats amb un fort caràcter reivindicatiu i amb una forta implicació i poder de decisió de les famílies i persones afectades en el dia a dia de l'associació, així com en la definició dels tipus de serveis que desitjaven.

Foren les pròpies persones afectades i les seves famílies les que s'encarregaren de cercar fons de finançament i demandaren a les institucions que els reconeguessin l'espai social que els pertocava. Davant la insuficiència de la cobertura pública, varen assumir responsabilitats per a donar cobertura a les seves pròpies necessitats. A l'inici, eren entitats en les quals l'autogestió tenia un pes molt important.

Al llarg dels anys 80 es despleguen les lleis que reconeixen aquelles reivindicacions dutes a terme al llarg dels anys '60 i '70. És en aquesta dècada que s'encunyen els conceptes d'integració social, laboral, escolar i es comença a apostar per la normalització. A més a més, l'any 1982 s'aprova la LLISSI, que esdevé l'eix vertebrador de les polítiques a favor de les persones amb discapacitat que s'han promogut després.

Al llarg dels anys '90, es despleguen els recursos i serveis amb finançament públic, en un procés de negociació entre el moviment associatiu i les administracions, que financen els recursos que les entitats ja havien començat a desenvolupar amb anterioritat.

Aquest procés de negociació és el que ha determinat la institucionalització de les associacions, que s'han convertit en gestores de serveis públics que es financen a través de les subvencions públiques.

Progressivament, s'obriren un espai en el marc de l'atenció socio-sanitària i anaren establint, un marc de relacions institucionals que els permetés de dur endavant les seves tasques. A l'inici, amb subvencions puntuals amb dotacions molt baixes. Les institucions assumiren inicialment el cost de

---

<sup>21</sup> Fundación Luis Vives (coord.) (2010) Anuario del tercer sector de acción social en España, Madrid, fundación Luis Vives.

desenvolupar les infraestructures per a establir centres educatius especials, els centres de dia i centres ocupacionals, així com s'atorgaven subvencions puntuals amb dotacions econòmiques molt baixes per a dur a terme activitats "pròpies de les entitats".

Des dels inicis, les administracions públiques optaren per assumir el cost de les infraestructures, amb un marcat caràcter d'institucionalització de les persones, que distava molt de les reivindicacions que ja en aquell moment duen a terme les entitats de la necessitat d'oferir serveis comunitaris que potenciïn l'autonomia de la persona per a que sigui autònoma en el seu propi entorn. A poc a poc, aquest model de relació de les entitats del tercer sector de persones amb discapacitat amb les institucions s'ha anat consolidant i les entitats han anat assumint el rol de prestadores de serveis per a les persones amb discapacitat. Les administracions han establert sistemes de convenis i concerts més estables per a la dotació de recursos per a la gestió dels serveis institucionals.

Aquesta adaptació de les entitats als plecs de condicions dels concerts i convenis amb les institucions, ha implicat que les entitats hagin hagut de modificar completament la seva estructura interna des de l'òptica de la professionalització, l'eficiència i la qualitat en els serveis: han assumit com a propis els costos derivats de la pròpia gestió dels serveis, la creació i manteniment d'estructura de recursos humans, la formació del personal especialitzat, el desenvolupament i aplicació d'uns sistemes de qualitat cada cop més exigents i el manteniment de les infraestructures i els serveis, sense disposar d'un sistema de finançament estable per a totes aquestes funcions. Les exigències d'aquest model de gestió han provocat que les entitats del tercer sector hagin hagut d'assumir una escissió interna: per un costat, les famílies i les persones afectades mantenen les seves posicions a la presidència i la composició de les assemblees i tenen un fort poder de decisió a l'hora de decidir què es farà des de l'associació; d'altra banda, són professionals especialitzats els que assumeixen la gerència de l'entitat i s'encarreguen d'adequar les reivindicacions i necessitats de les famílies i les persones afectades a les fonts de finançament de què es disposa i a les seves exigències: fons públics, entitats bancàries, línies fundacionals d'empreses, donacions, etc. De manera progressiva, les famílies i les persones afectades han anat delegant la gestió del dia a dia de les entitats en la gerència de l'entitat, professionalitzada i la seva vinculació amb l'entitat ha anat minvant. Si bé hi ha persones i famílies que mantenen l'esperit associatiu dels inicis, s'ha donat un canvi en el model de persones associades, per a passar a l'òptica de que les persones s'associen per a poder rebre uns serveis: són usuàries o clientes.

Les entitats del TSAS de persones amb discapacitat han pres diferents formes jurídiques a partir de les quals s'han orquestrat les seves relacions amb les administracions i les seves pròpies formes d'organització interna:

El primer model seria el de les entitats de persones afectades i/o dels seus familiars: Aquesta forma d'associació és molt coherent amb la definició d'Alberich, que concep l'associació com (Alberich, 2002): "l'agrupació de persones constituïdes voluntàriament per a realitzar una activitat col·lectiva d'una forma estable, organitzada democràticament, sense afany de lucre i independent, almenys formalment, de l'Estat, els partits polítics i les empreses".

La creixent complexitat en l'organització de les entitats ha generat que algunes d'elles passin a assumir una estructura de fundació, tot i que molts cops han continuat mantenint les activitats que desenvolupaven anteriorment des de les associacions. Amb l'aparició de les fundacions han sorgit posicions molt enfrontades, sobretot entre aquelles persones que consideren que són les famílies i les persones afectades les que han de tenir la sobirania a l'organització i d'altres que opinen que tractant-se d'una problemàtica social i amb la seva reconeguda universalitat, "unes poques famílies no poden concentrar tant de poder". Amb la modalitat de fundació, només unes quantes persones associades són les que les representen als patronats. Sembla, però, que la relació de confiança que es donava entre les juntes de les associacions i les gerències es dona ara entre el patronat i l'equip de direcció. El protagonisme de les famílies, però, està en retirada.

Aquest canvi però, ha implicat tot un seguit d'aspectes positius que són els que d'alguna manera també les ha fet fortes i les ha permès assumir el rol que juguen actualment. S'han donat

processos de millora i sistematització del treball, s'han introduït sistemes de qualitat, s'ha donat una major especialització dels professionals i s'han creat aliances entre entitats per a construir de manera conjunta, alhora que s'incrementava el seu contacte amb altres institucions i agents.

Ahora que es donava aquesta escissió interna entre professionals i famílies, si bé s'han creat sinergies entre entitats, també s'ha donat una paradoxal atomització en les relacions entre diferents entitats que han entrat en una lògica de mercat i de competència entre elles pels recursos escassos que es donen des d'allò públic. S'han generat escissions i fortes reticències a generar vincles entre les associacions que han desplegat més esforços per mantenir-se elles mateixes que per unir forces. Aquesta escissió en la composició interna de les associacions i en les relacions entre elles, intensifica el rol de "prestació de serveis" de les entitats amb les institucions i minva el seu potencial reivindicatiu.

La reivindicació inicial de que la promoció de l'autonomia i l'atenció de les persones amb discapacitat sigui un dret subjectiu, ha desembocat en unes entitats que assumeixen la prestació d'aquests serveis i que pugnen entre elles pel seu manteniment. Gran part d'aquestes entitats estan integrades dins el sistema de serveis socials, com a gestores de serveis

D'aquesta manera perden el seu potencial per a exercir com a lobby de pressió front a les administracions públiques per a que despleguin els serveis que possibilitin que les persones amb discapacitat puguin exercir el seu dret subjectiu a que es promogui la seva autonomia personal, i s'asseguri la seva atenció. En aquest escenari, el desplegament progressiu de la LPAPAD, ha afavorit que es promogui el model institucional i que cada cop les entitats tinguin menys capacitat per a poder desplegar la promoció de l'autonomia personal i per a reivindicar a les administracions que ho facin.

Conscients d'aquesta situació de feblesa, les entitats constitueixen, molt recentment, el 13 d'abril de 2010, el Tercer Sector Social a les Illes. Aquest Tercer Sector Social neix amb un marcat caràcter d'unir esforços per assumir els reptes que planteja el nou rol que les lleis LPAPAD i 4/2009 de serveis socials atorga al tercer sector. Es compon per 103 entitats que es vertebraren en torn a vuit xarxes, que ja col·laboraven des de 2008 : Federació Balear de Persones amb Discapacitat (Coordinadora); Xarxa per la inclusió social- EAPN (European Anti Poverty Network) Illes Balears; FEAPS Balears (Federació Balear d'Organitzacions a Favor de les Persones amb Discapacitat Intel·lectual); foQUA (Fòrum per la Qualitat, patronal d'entitats de persones amb discapacitat intel·lectual); FESSMM (Federació d'Entitats i de Serveis de Salut Mental de Mallorca); REAS Balears (Xarxa d'Economia Alternativa i Solidària); UNAC (Unió d'Associacions, Centres i Federacions d'Assistència a Persones amb Discapacitat Física, Psíquica i Sensorial) i el Fòrum d'ONG de Menorca.

Al 2009, han atès més de 61.000 persones, han comptat amb un pressupost de més de 103 milions d'euros i amb prop de 3.000 persones treballadores, 26.000 socis i més de 5.000 voluntaris.

Si bé d'entre els sectors de població a qui s'adrecen les seves iniciatives també s'hi troben infants i famílies, joves, dones, persones immigrades i persones amb conductes d'addicció, les entitats de persones amb discapacitat i de persones amb malaltia mental o crònica tenen un gran protagonisme: cinc de les vuit federacions són d'aquests darrers sectors, quatre de persones amb discapacitat i una, de salut mental. Cal destacar que una de les entitats de discapacitat es tracta d'una entitat patronal (foQUA),

La seva finalitat és la "d'unir esforços en l'ajuda i la protecció de persones amb risc d'exclusió social o que presenten necessitats específiques"<sup>22</sup> Si bé els seus objectius inclouen els de "cercar línies de col·laboració entre les diverses entitats i aconseguir visibilitat pública i promoure el voluntariat", destaquen els de "reivindicar la millora dels serveis socials i defensar un sistema de

---

<sup>22</sup>[http://www.economiasolidaria.org/noticias/unas\\_cent\\_entitats\\_constitueixen\\_el\\_tercer\\_sector\\_social\\_de\\_les\\_balears\\_per\\_ajudar\\_a\\_person](http://www.economiasolidaria.org/noticias/unas_cent_entitats_constitueixen_el_tercer_sector_social_de_les_balears_per_ajudar_a_person)

finançament estable i promoure la professionalització”. Si bé el seu paper de lobby de pressió front a les polítiques públiques és ben present des del seu inici, aquest es basa en la defensa dels seus interessos en la gestió dels serveis front a les institucions. Aquest caràcter orientat a la gestió es llegeix en les actuacions que anuncia que durà a terme: “actuacions per promoure les clàusules socials en les licitacions de les administracions públiques, així com un conveni col·lectiu per al tercer sector, participar en l’elaboració de la Carta de Prestacions de la Llei de Serveis Socials en col·laboració amb la Conselleria d’Afers Socials i Immigració del Govern de la CAIB”.<sup>23</sup>

## 6.3 EL SISTEMA DE GESTIÓ DE L’ATENCIÓ A LA DISCAPACITAT A MALLORCA

A l’hora de definir les relacions entre el TSAS de persones amb discapacitat i el sector públic en el sistema de gestió dels recursos associats als desplegament de la llei LPAPAD, donat el pes i extensió d’aquest TSAS, ens ha semblat adient valorar el tipus de col·laboració que s’estableix entre allò públic i allò privat. Seguirem la classificació de Torrens, que es basa (Torrens: 2010) en la distinció de dues funcions diferents en la concreció de la relació públic privat:

- La provisió d’un servei, és a dir la decisió política que estableix si s’oferirà o no un servei.
- La producció d’un servei públic: Que consisteix en concretar si és la pròpia administració la que produeix el servei que ha decidit proveir.

Així, combinant les diferents opcions de provisió i producció, s’obtenen Quatre formes diferents de relació públic privat (Vernis, 2000:240, citat a Torrens, 2010):

- Producció pública i provisió pública (sector públic pur)
- Producció pública i provisió privada (agències públiques venent al sector privat)
- Producció privada i provisió pública (subcontractació)
- Producció privada i provisió privada (sector privat)

### 6.3.1 CENTRES D’ ATENCIÓ A PERSONES AMB DISCAPACITAT

L’any 2009, l’illa de Mallorca comptava amb un total de 62 centres d’atenció per a persones amb discapacitat, amb un total de 1.495 places.

La titularitat de les places ofertes als centre per a persones amb discapacitat són majoritàriament de caràcter privat (94,5%), només dos centres són de titularitat pública i estan ubicats a Palma.

Tipologia de centres d’atenció a persones amb discapacitat per sectors a Mallorca 2009			
	Pública	Privada	Total
Àrea Palma	2	33	35
Àrea Tramuntana	-	2	2
Àrea Raiguer	-	10	10
Àrea Pla i Nord	-	5	5
Àrea Llevant	-	6	6
Àrea Migjorn	-	2	2
Altres	2	-	2
<b>Total Mallorca</b>	<b>4</b>	<b>58</b>	<b>62</b>

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del IMAS

<sup>23</sup> (id)

El sistema de producció més estès a l'àmbit de les persones amb discapacitat a Mallorca és el de producció privada i provisió pública. Aquestes relacions es concreten en forma de concertacions de places amb l'IMAS per als diferents serveis que a dia d'avui apareixen contemplats en el desplegament de la LPAPAD i tenen un caràcter marcadament residencial. Aquests serveis presenten un alt grau d'estabilitat en el finançament. A l'altra costat de la balança, cal ubicar-hi tota la resta de prestacions de serveis que depenen de formes de finançament més inestables.

Número de centres i de places de persones amb discapacitat segons entitat										
Entitat	Núm. Centres					Places				
	Total centres	Centre de dia	Centre ocupacional	Habitatge	Resi-dència	Total places	Centre de dia	Centre ocupacional	Habitatge	Resi-dència
Abdem	1	1				20	20			
Amadiba	6	1		3	2	81	30		17	34
Amadip	10	1	1	7	1	328	22	215	77	14
APNAP	3	1		1	1	35	16		4	15
APROP	2	1			1	114	42			72
Aproscm	6	1	1	3	1	126	22	75	22	7
Asanideso	2		1	1		48		38	10	
Asnimo	4	1	1	2		108	20	64	24	
Aspace/Vuit Vents	2	1			1	76	59			17
Asprom	2	1		1		18	10		8	
Coordinadora F. d'Atenció i Suport a la Depe. i de Promoció de l'Aut. Pers. de les IB	1		1			15		15		
Intress	2		1	1		29		24	5	
La Puríssima	1		1			50		50		
Mater Patronat Agrupació Pro - Minusvàlids Psíquics Comarca Inca	6	1	1	1	3	130	20	50	8	52
Prodis	1		1			20		20		
Rehacer	1	1				10	10			
Siloe	2			1	1	15			5	10
	60	13	10	24	13	1.495	337	661	206	291

El quadre anterior ens mostra la distribució del concert de places entre l'IMAS i diferents entitats, suposadament privades.

En el cas dels centres de dia, centres residencials, centres ocupacionals i habitatges tutelats, el sistema de provisió pública es gaurebé totalment de producció privada. El protagonisme de les entitats del TSAS de persones amb discapacitat és molt gran.

Aquest sistema de concert és bastant estable i es reedita de manera tàcita. A 31 de desembre de 2009, l'IMAS comptava amb 1495 places concertades, a 60 centres diferents amb 19 entitats.

Segons la seva tipologia, podríem agrupar aquestes 19 entitats:

- 15 serien entitats de base de persones afectades o de famílies de persones afectades, tot i que només 13 tindrien la forma jurídica d'associació: una d'elles hauria assumit la forma mixta d'associació i fundació-patronat i una altra, la forma de federació d'entitats d'associacions de persones afectades i les seves famílies.
- 2 serien entitats del TSAS però no pròpiament de l'àmbit específic de persones amb discapacitat, sinó que serien entitats privades sense afany de lucre amb un àmbit d'actuació multisectorial.

- Dins el mapa de concerts de serveis i places de Mallorca, apareixen dues formes d'organització que no correspondrien al TSAS en tant en quant són organitzacions públiques o mixtes:
  - La Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal de les Illes Balears, que depèn orgànicament de la Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració.
  - El Consorci Aprop: Consorci per a la protecció i acollida de les persones disminuïdes profundes de les Illes Balears, presidit per la Consellera d'Afers Socials, Promoció i Immigració, el Consell Insular de Mallorca, l'Ajuntament de Palma i Amadip-Esment<sup>24</sup>.

La primera, es tracta d'una organització pública de naturalesa fundacional i sense ànim de lucre que a l'àmbit de l'atenció a les persones amb discapacitat, gestiona dos centres interinsulars d'atenció a persones amb discapacitat psíquica profunda i problemes de conducta i dependència reconeguts: Son Castelló i Son Tugores<sup>25</sup>.

La segona, el Consorci per a la protecció i acollida de les Persones disminuïdes profundes de les Illes Balears, s'aprova en el Decret 36/1991, (BOIB 59/1991). El Consell de Govern de les Illes Balears va acceptar la donació per part d'AMADIP, d'una parcel·la a la finca Son Tugores a fi de construir-hi un centre per a l'atenció especialitzada de persones disminuïdes psíquiques profundes. En aquell moment es creà el Consorci Aprop per a implicar-hi les institucions i entitats que tenen competències o resulten afectades per la problemàtica de persones disminuïdes psíquiques profundes a les Illes. El Consorci es va crear amb personalitat jurídica pròpia i independent amb la potestat "d'adquirir, posseir, gravar i alienar béns de tota mena, contreure obligacions, adquirir drets, exercitar accions civils, (...)". Els membres fundadors són els que constitueixen el consorci, si bé s'hi poden adherir les institucions públiques i persones jurídiques que aportin ajudes materials per l'acompliment de les finalitats en la forma que quedi establerta en cada cas. Aquestes institucions fundadores són: El Govern de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears, el Consell Insular de Mallorca i AMADIP.

A la majoria dels serveis que no tenen un sistema de concert estable, es pot parlar d'un sistema de provisió pública i producció privada, si bé no amb un caràcter d'universalitat i de prestació de dret, sinó lligats a la disponibilitat pressupostària. Paradoxalment, aquesta òptica no universalista i més pròpia d'un sistema de serveis socials assistencial es dona en tots aquells serveis que promouen l'autonomia de les persones, és a dir, que treballen per a prevenir la seva institucionalització i possibilitar el seu desenvolupament autònom en el seu entorn. Així, les fonts de finançament per aquests altres tipus de serveis són molt més variades i inestables: subvencions anuals, concerts subjectes a temporalitat, concursos, premis per a projectes innovadors, etc.

El desplegament progressiu de la LPAPAD amb els criteris d'atenció prioritària a aquelles persones que es troben en situació més greu porta a que els serveis de promoció de l'autonomia personal continuïn subjectes a l'existència de dotació pressupostària i que no puguin ésser exigits

---

<sup>24</sup>La seva creació fou aprovada per decret: Decreto 36/1991, de 18 de abril, de creació del consorci para la protecció i la acogida de disminuidos psíquicos profundos.(BOIB 59/1991), de 9 mayo de 1991  
<http://www.siiis.net/documentos/legislativa/003279.pdf>

<sup>25</sup>La fundació es presenta a la web de la Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració de la següent manera: *La Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal és una organització pública de naturalesa fundacional, sense ànim de lucre que col·labora i presta serveis amb les administracions públiques en el desenvolupament de plans, programes o projectes que tenen per objectiu l'atenció integral de les persones amb dependència. La Fundació impulsa programes d'investigació i innovació científica en el camp de les persones dependents, participa i desenvolupa els programes socio-sanitaris de caràcter preventiu, de promoció, assistència i rehabilitadors* (<http://www.caib.es/govern/funciones.do?coduo=138646&lang=ca>)

des de l'exercici de la ciutadania social. Els drets de ciutadania social s'exerceixen de manera plena en els serveis que tenen un caràcter més institucionalitzat.

### 6.3.2 TIPOLOGIES DE SERVEIS

La distribució de la població amb discapacitat de Mallorca en els diferents graus de de discapacitat, es tradueixen en el nombre de places concertades a les diferents tipologies de serveis:

L'IMAS diferencia 3 grups de persones amb discapacitat:

- Persones amb un grau de discapacitat entre el 33 i el 64%
- Persones amb un grau de discapacitat entre 65 i el 74%
- Persones amb un grau de discapacitat igual o superior al 75%

El grup majoritari l'any 2008 és el de persones amb un grau de discapacitat més baixa reconeguda, el 54,4%, superior als altres grups. La població amb un grau de discapacitat més alta discapacitat representa el 24,6% i la molt greu 21%

Població amb discapacitat reconeguda segons grau de discapacitat, taxa per cada 100 habitants i distribució percentual segons grau de discapacitat, Mallorca 2008			
Grau de discapacitat	Població	Taxa per cada 100 habitants	Distribució percentual
Del 33% al 64%	47.645	5,6	54,4%
Del 65% al 74%	21.503	2,5	24,6%
Del 75% o més	18.384	2,2	21,0%
Total	87.532	10,3	100,0%

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS)

Aquestes característiques de la població amb discapacitat es tradueixen en el concert de places a les diferents tipologies de serveis.

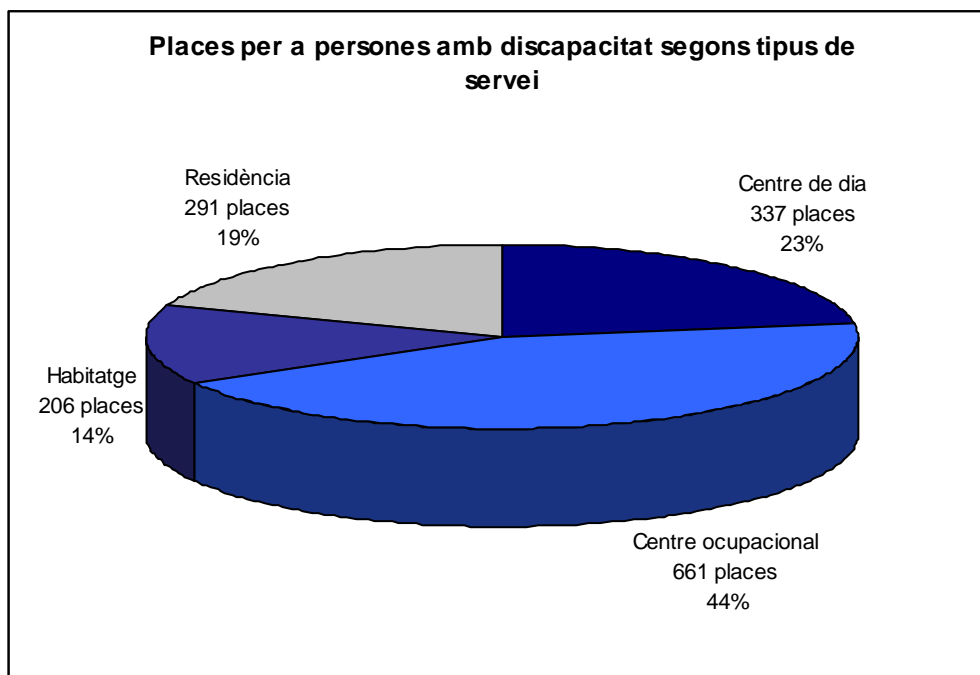
Els serveis socials disponibles per al grup de persones amb discapacitat a Mallorca són els següents:

- 13 centres de dia (21%), amb un total de 337 places (22,5%) i un índex de cobertura del 0,39%
- El nombre d'habitatges tutelats és de 25 (40,3%), amb un total de 206 places (13,8%) i l'índex de cobertura es situa en el 0,24%
- El nombre de residències es de 14 822,6%), amb 291 places (19,5%), i amb un índex de cobertura del 0,33%
- Existeixen 10 centres ocupacionals (16,1%), amb un total de 661 places (44,2%), i amb un índex de cobertura del 0,76% .

El tipus de servei que concentra un major nombre de places concertades és el centre ocupacional (661 places), que està dirigit a persones que tenen un grau de discapacitat entre el 33% i el 64% amb un cert grau d'autonomia, però que requereixen de suport al llarg de tota la seva vida, per la qual cosa abasta un espectre d'edats molt ampli. Si bé inicialment els centres ocupacionals foren concebuts com una primera passa en un itinerari d'inserció sociolaboral, només un percentatge molt baix de persones que estan al centre ocupacional aconseguiran passar als centres especials d'ocupació i un percentatge més baix encara aconseguirà inserir-se a un lloc de feina ordinari. Així, els centres ocupacionals han esdevingut una mena de centre de dia i de lloc definitiu de teràpia ocupacional i de realització d'activitats. Quan es donen

processos d'envelliment i deteriorament físic de les persones, es promou que aquestes passin a centres de dia, on les ràtios de personal són més elevades.

El següent servei per ordre d'importància, el centre de dia, amb 337 places, seria el que aniria dirigit a les persones amb un grau de discapacitat comprès entre el 65 i el 74%, que comprèn el 24,6% de la població amb discapacitat i en darrer lloc, els centre residencials, amb 291 places serien el que es dirigeixen a la població amb un grau de discapacitat més alt. El servei que té menys places concertades és el servei d'habitatge tutelat que és el que implica una major autonomia per a l'individu.



### 6.3.3 DISTRIBUCIÓ TERRITORIAL DELS SERVEIS

La distribució territorial efectuada en el Pla Estratègic de Serveis Socials de Mallorca (2010-2013) es basa en la següent terminologia:

- Zona bàsica: recollida al text de la llei 4/09 de SS, art. 40.2, constitueix el marc territorial per la prestació dels serveis socials comunitaris i no supera els 20.000 h.
- Zona: unitat intermèdia introduïda per aquest pla de SS de Mallorca, constitueix el marc territorial per la prestació dels serveis socials comunitaris específics. Aquest territori coincideix amb els municipis més grans o amb l'agrupació de municipis en mancomunitats<sup>14</sup>, i no supera els 60.000 h.
- Àrea: recollida al text de la llei 4/09, art 40.3, constitueix el marc territorial dels serveis socials especialitzats, i no supera els 100.000 h. És una agrupació de zones.

Les Zones i Àrees geogràfiques respecten les comarques actuals i les Mancomunitats constituïdes i representen un referent per la ubicació i organització dels programes, centres i serveis dels tres nivells d'atenció (comunitaris bàsics i específics, i especialitzats). Tot d'acord a l'art. 40.5 de la llei 4/2009 de serveis socials de.

Així, es contemplen 5 Àrees geogràfiques a la Part Forana (Palma regularà el seu territori d'acord al que estableix la llei), que inclouen 12 zones:



- Tramuntana (formada per les zones d'Andratx, Calvià i Mancomunitat de Tramuntana)
- Raiguer (Inca, Marratxí i Mancomunitat des Raiguer)
- Pla i Nord (Mancomunitat des Pla i Mancomunitat Nord)
- Llevant (Manacor i Llevant)
- Migjorn (Llucmajor i Mancomunitat de Migjorn).

A continuació, mostrem l'oferta de centres de atenció per àrees de serveis socials.

Si no es tenen en compte les ràtios de població, s'observa una concentració a Palma quant a centres (56,5%) i nombre de places (62,1%)

La taxa de cobertura a nivell de l'illa és d'un 1,71%, i es situa molt per sota de les del Raiguer (2,78%) i la de Llevant (2,26%), que tenen l'índex de cobertura més alt de totes les àrees de Mallorca.

Centres d'atenció a persones amb discapacitat i índex de cobertura per sectors a Mallorca 2009				
	Població amb discapacitat reconeguda	Centres	Places	Índex de cobertura
Àrea Palma	53.237	35	928	1,74%
Àrea Tramuntana	5.573	2	48	0,86%
Àrea Raiguer	9.711	10	270	2,78%
Àrea Pla i Nord	7.703	5	94	1,22%
Àrea Llevant	5.568	6	126	2,26%
Àrea Migjorn	5.740	2	29	0,51%
Altres	-	2	-	-
<b>Total Mallorca</b>	<b>87.532</b>	<b>62</b>	<b>1495</b>	<b>1,71%</b>

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del IMAS

Servei d'atenció a persones amb discapacitat per sectors a Mallorca 2009										
	Centre dia		Habitatge tutelat		Residència		Centre ocupacional		Total	
	Centros	Plazas	Centros	Plazas	Centros	Plazas	Centros	Plazas	Centros	Plazas
Àrea Palma	8	196	16	137	7	205	4	390	35	928
Àrea Tramuntana	0	0	1	10	0	0	1	38	2	48
Àrea Raiguer	2	79	3	32	3	45	2	114	10	270
Àrea Pla i Nord	2	40	0	0	2	34	1	20	5	94
Àrea Llevant	1	22	3	22	1	7	1	75	6	126
Àrea Migjorn	0	0	1	5	0	0	1	24	2	29
Altres	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>337</b>	<b>25</b>	<b>206</b>	<b>14</b>	<b>291</b>	<b>10</b>	<b>661</b>	<b>62</b>	<b>1495</b>

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del IMAS

Places de Servei d'atenció a persones amb discapacitat per sectors a Mallorca 2009 e index de cobertura											
	Població amb discapacitat reconeguda	Centre dia		Habitatge tutelada		Residència		Centre ocupacional		Total	
		Places	Index de cobertura	Places	Index de cobertura	Places	Index de cobertura	Places	Index de cobertura	Places	Index de cobertura
Àrea Palma	53.237	196	0,37%	137	0,26%	205	0,39%	390	0,73%	928	1,74%
Àrea Tramuntana	5.573	0	0,00%	10	0,18%	0	0,00%	38	0,68%	48	0,86%
Àrea Raiguer	9.711	79	0,81%	32	0,33%	45	0,46%	114	1,17%	270	2,78%
Àrea Pla i Nord	7.703	40	0,52%	0	0,00%	34	0,44%	20	0,26%	94	1,22%
Àrea Llevant	5.568	22	0,40%	22	0,40%	7	0,13%	75	1,35%	126	2,26%
Àrea Migjorn	5.740	0	0,00%	5	0,09%	0	0,00%	24	0,42%	29	0,51%
Altres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total Mallorca</b>	<b>87.532</b>	<b>337</b>	<b>0,39%</b>	<b>206</b>	<b>0,24%</b>	<b>291</b>	<b>0,33%</b>	<b>661</b>	<b>0,76%</b>	<b>1495</b>	<b>1,71%</b>

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del IMAS

El següent quadre, il·lustra les places d'atenció a la discapacitat concertades amb l'IMAS per àrees geogràfiques, segons el tipus de serveis per àrea i la ràtio per 10.000 habitants:

Places d'atenció a la discapacitat concertades amb l'IMAS per serveis, per àrea i ràtio per 10.000 habitants									
	Residèn- cies	x 10.000 hab.	Habitatges tutelats	x 10.000 hab.	Centres de dia	x 10.000 hab.	Centres ocupacio- nals	x 10.000 hab.	Població 1-1-08
Palma	165	4,16	137	3,45	196	4,94	390	9,83	396.570
Tramuntana	0	0,00	10	1,08	0	0,00	38	4,09	92.873
Raiguer	45	4,64	32	3,30	99	10,21	114	11,76	96.961
Pla i Nord	34	3,34	0	0,00	0	0,00	20	1,96	11.207
Llevant	7	0,90	22	2,81	22	2,81	75	9,59	78.173
Migjorn	0	0,00	5	0,63	0	0,00	24	3,01	79.707
<b>Total Mallorca</b>	<b>251</b>	<b>2,17</b>	<b>206</b>	<b>1,88</b>	<b>317</b>	<b>2,99</b>	<b>661</b>	<b>6,71</b>	<b>755.491</b>

Font: IMAS

Les ràtios més elevades de cobertura es troben al Raiguer per als diferents serveis, tret dels habitatges tutelats, que presenten ràtios més elevades a Palma.

A la taula, poden apreciar-se diferències molt significatives entre les ràtios dels diferents serveis per àrees. Les ràtios dels diferents serveis per Mallorca en cap cas mostren un equilibri en els serveis territorials, sinó que són la mitjana aritmètica entre ràtios molt baixes i d'altres de molt altres.

L'àrea que es mostra com a menys dotada de serveis és la de Migjorn, que té les ràtios més baixes en tots els serveis i no disposa de places en centres residencials ni en centres de dia; seguida de l'àrea del Pla i del Nord, que si bé té una bona ràtio de centres ocupacionals, no té cap plaça de centres de dia ni d'habitatges tutelats. Tramuntana, al igual que Migjorn no disposa de places en centres residencials ni centres de dia.

El servei en el que té més places concertades en xifres absoluts i que presenta un major equilibri per zones és el dels centres ocupacionals. El següent servei quant a pes de places en xifres absolutes, és el que presenta una distribució per zones més desigual, amb una forta concentració al Raiguer i Palma i una absència total a les àrees de Tramuntana, Pla i Nord i Migjorn.

### 6.3.4 SOL·LICITUDS D'INGRESSOS A CENTRES DE LA XARXA D'ATENCIÓ A PERSONES AMB DISCAPACITAT DE L'IMAS

Valoració, orientació i seguiment d'ingressos a centres de la Xarxa d'Atenció a Persones amb Discapacitat de l'IMAS	
Descripció	Dades
<b>Sol·licituds</b>	
Total sol·licituds rebudes	242
Sol·licituds residència	49
Sol·licituds habitatge tutelat	67
Sol·licituds centres de dia	47
Sol·licituds centres ocupacionals	79
<b>Valoracions</b>	
Total valoracions realitzades	195
% sobre sol·licituds	80,60%
<b>Sol·licituds denegades</b>	
Total sol·licituds denegades	25
% sobre total valorades	12,82%
% sobre total sol·licitades	10,33%
<b>Perfil de les persones ateses</b>	
Dones	45,70%
Homes	54,30%
De 10 a 29 anys	31,40%
De 30 a 49 anys	40,50%
De 50 o més anys	28,10%

Font: elaboració pròpia a partir de la Memòria 2009 de l'IMAS

Al llarg de 2009 s'han rebut un total de 242 sol·licituds de places, de les quals, se n'han valorat 195 i se n'han denegat 25. Les sol·licituds restants o bé estaven en procés d'entrega de documentació o bé estaven a l'espera de ser valorades. El servei que ha rebut més sol·licituds és el centre ocupacional, seguit de l'habitatge tutelat, la residència i els centres de dia. Un 54% de les sol·licituds foren d'homes i el perfil d'edat majoritari és el dels 30 als 49 anys.

Els serveis que han rebut més sol·licituds són els centres ocupacionals i els habitatges tutelats. Aquesta dada, si bé es correspon a la importància que tenen els centres ocupacionals, contrasta amb el poc pes que tenen les places concertades en habitatges tutelats a Mallorca.

L'entrada en vigor de la llei LPAPAD ha suposat la revisió dels circuits de valoració i derivació per als ingressos de les persones amb discapacitat a les diferents tipologies de serveis, fet que exigeix una bona coordinació entre els diferents nivells de l'administració implicats, en aquest cas, Govern de les Illes Balears i IMAS i les entitats. Els annexos 1 i 2 inclouen les propostes d'integració dels agents implicats en la xarxa d'atenció a la dependència.

### 6.3.5 ALTRES SERVEIS, PROGRAMES I PRESTACIONS

A banda dels serveis la prestació dels quals és de dret, les entitats del TSAS de persones amb discapacitats duen a terme moltes altres activitats, si bé donada la seva menor regularitat, resulta més difícil establir-ne el pes. A continuació es mostren els serveis comunitaris específics i especialitzats per a persones amb discapacitat que es presten des de l'IMAS:

Programa ERGON: persones usuàries i indicadors de resultat		
	Total	%
<b>Persones usuàries ateses per servei</b>		
Treball amb suport	262	100,0%
Curs formatiu de jardineria	20	7,6%
Curs formatiu de cuina	18	6,9%
Suport a la formació	25	9,5%
<b>Indicadors de resultat</b>		

Persones usuàries ateses per entitat coexecutora		
IMAS	127	48,5%
ASPAS	32	12,2%
Coordinadora	41	15,6%
Intress	49	18,7%
Gira-sol	13	5,0%
Usuaris atesos per discapacitat		
Discapacitat intel·lectual	127	48,5%
Discapacitat física	29	11,1%
Discapacitat auditiva	32	12,2%
Multidiscapacitat	55	21,0%
Malaltia mental	18	6,9%
Sense especificar	1	0,4%
<b>Total</b>	<b>262</b>	<b>100%</b>
Tipus de suport social		
Suport a l'autonomia i vida dins la llar	165	18,0%
Suport per a la vida a la comunitat	294	32,0%
Suport per a l'autodirecció	82	8,9%
Suport dins l'àmbit de salut i seguretat	148	16,1%
Suport per a la gestió i planificació econòmica	230	25,0%
Total accions de suport	919	100,0%

Font: elaboració pròpia a partir de la Memòria 2009 de l'IMAS

Serveis comunitaris específics i especialitzats per a persones amb discapacitat Mallorca. 2009				
Servei	Servei	Tipus de servei	Ubicació	Àrea d'atenció
Centre Base	Servi Especialitzats	Valoració i diagnòstic grau discapacitat	Palma, Inca, Manacor	Illes Balears
Accessib Universal	Servei comunitaris Específics	Suport i assessorament usuaris i entitats amb matèria d'accessibilitat	Palma, Inca, Manacor	Mallorca
Accessib Universal	Servei comunitaris Específics	Servei d'interpretació signes	Palma, Inca, Manacor	Mallorca
Accessib Universal	Servei comunitaris Específics	Eliminació de barreres i millora arquitectònica de l'accessibilitat	Palma, Inca, Manacor	Mallorca
Accessib Universal	Servei comunitaris Específics	Ajudes econòmiques		Mallorca
Convoc Ajud Indiv	Servei comunitaris Específics	Ajudes individuals		
Equip Valoració	Servei comunitaris Específics	Valoració recurs idoni usuari	Palma	Mallorca
Transport adaptat	Servei comunitaris Específics	Transport adaptat		Mallorca
Treball amb suport	Servei comunitaris Específics	Iniciatives sociolab a l'empresa		
Treball amb suport	Servei comunitaris Específics	Iniciatives sociolab a l'empresa		
Treball amb suport	Servei comunitaris Específics	Iniciatives sociolab a l'empresa		
Progr Integr social	Servei comunitaris Específics	Integr social		
Oci i temps de lleure	Servei comunitaris Específics	-		Illes Balears
Suport familiar	Servei comunitaris Específics	-		
Programa ERGON	Servei comunitaris Específics	Integr social	Inca, Manacor	Mallorca
Cursos formació	Servei comunitaris Específics	Formació	Palma	Mallorca
Programa ERGON	Servei comunitaris Específics	Treball en suport	Palma, Inca, Manacor	Mallorca
Programa ERGON	Servei comunitaris Específics	Tallers formació	Palma, Inca, Manacor	Mallorca
Centre especial de treball	Servi Especialitzats	subvencions		
Fisioteràpia adults	Servi Especialitzats	Fisioteràpia adults		
Atenció precoç infants 0-6 anys	Servi Especialitzats	Atenció precoç infants 0-6 anys		
Son Castelló. Disc intel.lec. Abm trastorn conductual	Servi Especialitzats	Residència (Serv Profess. Especials)		
Son Güellsdiscapacitats	Servi Especialitzats	Residència (Serv Profess. Especials)		
Suport a la vida autònoma	Servei comunitaris Específics	Habitatge	Palma	Mallorca

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del IMAS

Entitats i centres per a menors amb greu discapacitat (0 a 17 anys)	
Descripció	Dades
<b>Entitats</b>	
Germanes Franciscanes	
Filles de la Misericòrdia (Llar Mater)	
Patronat de l'Agrupació Pro-Minusvàlids Psíquics de la Comarca d'Inca (Residència es Casal)	
<b>Places als centres per a menors amb greus discapacitats</b>	
Total places concertades	17
Total altes als centres	9
Total baixes als centres	1

Font: elaboració pròpia a partir de la Memòria 2009 de l'IMAS

### 6.3.6 AJUDES ECONÒMIQUES INDIVIDUALS

Respecte de les ajudes econòmiques individuals per a persones amb discapacitat, al llarg de 2009 hi ha hagut 622 sol·licituds d'ajudes dutes a terme per 389 persones sol·licitants. La S'han aprovat un total de 379 ajudes a 251 persones beneficiàries. La major part de les ajudes, un 30,6% s'ha destinat a tractaments professionals socio-sanitaris, seguit d'audífons i ulleres.

Ajudes econòmiques individuals per a persones amb discapacitat	
Descripció	Dades
<b>Persones usuàries ateses</b>	
Nombre total de sol·licitants	389
Nombre total de persones beneficiàries	251
<b>Indicadors de resultat</b>	
Total ajudes sol·licitades	622
Total ajudes aprovades	379
% ajudes aprovades sobre el total de sol·licitades	60,93%
Mitjana €/persona beneficiària	1.080,19 €
<b>Distribució de les ajudes</b>	
Tractaments professionals socio-sanitaris	30,60%
Audífons	13,40%
Ulleres	11,60%
Pròtesis dentals	6,40%
Adaptació de la llar	5,40%
Altres ajudes	32,60%

Font: elaboració pròpia a partir de la Memòria 2009 de l'IMAS

## 7. LES RESPOSTES DEL TSAS DE PERSONES AMB DISCAPACITAT A MALLORCA FRONT ELS REPTES DE LA LPAPAD

### 7.1 ORGANITZACIÓ INTERNA I RELACIÓ AMB ALTRES ENTITATS DEL TSAS

---

Les entitats del TSAS de persones amb discapacitat han pres diferents formes jurídiques a partir de les quals s'han orquestrat les seves relacions amb les administracions i les seves pròpies formes d'organització interna:

**El primer model seria el de les entitats de persones afectades i/o dels seus familiars:** Aquesta forma d'associació és molt coherent amb la definició d'Alberich, que concep l'associació com (Alberich, 2002): "l'agrupació de persones constituïdes voluntàriament per a realitzar una activitat col·lectiva d'una forma estable, organitzada democràticament, sense afany de lucre i independent, almenys formalment, de l'Estat, els partits polítics i les empreses".

Per a poder constituir una associació, doncs, calen 3 persones i establir uns estatuts aprovats en una acta fundacional on s'ha d'explicar la finalitat, la territorialitat on desenvoluparà les activitats, els drets i obligacions del socis i les sòcies l'estructura i òrgans de govern, el règim econòmic i els principis orientadors de l'entitat. Es diferencien, bàsicament, dos òrgans de representació: l'assemblea d'associats i un òrgan de govern, que sol ser constituir-se com a junta directiva.

**El segon model, el fundacional,** es fonamenta en tres elements: un acte unilateral de part de la persona fundadora el en qual es fixa un fi al qual s' assigna un patrimoni per aconseguir-ho. La diferència essencial respecte de les associacions és que l'existència d'un negoci fundacional és imprescindible per a poder constituir una fundació, és a dir l'atribució d'un patrimoni a la fundació amb unes finalitats que revertiran en benefici de la societat (tret diferencial respecte de les entitats mercantils). La idea de la fundació traspasa l'àmbit d'implicació de la problemàtica dels familiars i persones afectades a la societat, ja no són els pares i les mares els i les responsables de decidir en torn a les problemàtiques, que esdevenen preocupacions d'abast més general.

**Les federacions d'entitats** Les entitats del TSAS de persones amb discapacitat assumeixen com a estratègia la forma de federació que les permetria unir esforços, exercir de lobby de pressió i compartir recursos, així com fer front a les dificultats de gestió, que per separat resultaven més dificultoses. Aquestes federacions d'entitats solen tenir una base autonòmica (tots els casos) i molts cops, tret de Coordinadora, formen part, alhora, de confederacions estatals (FEAPS, Coordinadora i Predif)

És important tenir en compte, més enllà de la forma jurídica que hagi assumit cada entitat, si aquesta compta amb aliances amb altres entitats o si resta aïllada. Aquest element pot ser més decisiu a l'hora de condicionar el grau de dificultat per a la gestió que la consideració de la mida de l'entitat.

#### **El rol del voluntariat**

Les entitats entrevistades coincideixen en assenyalar que no es poden delegar determinades tasques que requereixen d'una continuïtat de les que depèn el funcionament d'un servei en persones voluntàries. La majoria coincideixen en confiar plenament en el voluntariat per a



l'organització d'events relacionats amb l'esport o celebracions especials que impliquen una tasca intensiva i concentrada en un curt període de temps.

Així mateix, reconeixen que caldria treballar més en el sentit de formar i motivar el voluntariat així com de reconèixer la seva tasca, de manera que aquest estigui més compromès. Així, creixeria numèricament el voluntariat i es podrien diversificar les seves tasques, comptar amb ell per a fer més rendibles determinats serveis i donar una atenció propera a les persones.

Pensen que hi ha molta feina a fer entre les persones universitàries, sobre tot entre aquelles que després tenen pensat dedicar-se a tasques relacionades amb la cura de persones.

### **Un exemple de federació d'entitats i especialització de tasques. El cas de FEAPS-FOQUA**

FEAPS-Illes Balears és una federació autonòmica d'entitats que forma part d'una confederació espanyola d'entitats que tenen seu a totes les comunitats autònomes. Està constituïda formalment des de l'any 2000. Inicialment era UNAC-FEAPS Balears i aglutinava entitats del TSAS de persones amb discapacitat física i intel·lectual. FEAPS Balears es va escindir d'UNAC per un procés de reflexió interna de FEAPS a nivell estatal al que es va decidir que era millor especialitzar-se i aglutinar només les entitats de les persones amb discapacitat intel·lectual i les seves famílies. En aquell moment, l'any 2005 es desenvoluparen uns estatuts específics per a FEAPS i UNAC va continuar aglutinant discapacitats físiques i intel·lectuals.

A banda d'aquests motius de fons, hi havia altres malentesos amb UNAC que motivaren l'escisió, com desavinences en la forma en que una i altra federació concebien la gestió i la transparència. A dia d'avui només una entitat, Patronat d'Inca, integra les dues federacions. D'entre les entitats més antigues que integren la federació, destaquen AMADIP i Mater, que tenen cinquanta anys d'antiguitat, però d'altres com APROSCOM ja tenen prop de quaranta anys. Totes les entitats que estan englobades dins FEAPS, tenen almenys quinze anys.

### **El funcionament quotidià de les entitats que integren FEAPS-FOQUA**

Les entitats de persones amb discapacitat, tenen una doble estructura, per un costat hi ha l'estructura de pares i mares i per un altre, la de la gestió.

FEAPS, com a federació que forma part d'una confederació estatal, té un funcionament pautat des de la confederació. Els òrgans de govern de l'entitat són:

- Una junta directiva: que té representants de les entitats, però no de totes i és la que supervisa el dia a dia de les entitats
- Una assemblea general: es compon de president, vicepresidenta, tresorer, secretària i gerent. Es reuneix setmanalment.
- El comitè executiu es reuneix trimestralment
- Una reunió directiva anual extraordinària (de caràcter polític)

La filosofia de la federació és la de reivindicar drets, però el seu rol consisteix en fer un seguiment que permeti afavorir el funcionament quotidià de les entitats. La federació els proporciona instruments i afavoreix la cooperació entre les entitats i el treball en xarxa.

Així mateix, hi ha una sèrie de programes que gestiona la federació directament amb fons que provenen de la confederació de FEAPS estatal (autogestors, adults sols, vacances i suport a famílies)

Associada a FEAPS hi ha l'Associació Fòrum per la Qualitat (FOQUA) que és una associació empresarial sense ànim de lucre, creada l'any 2005, de les entitats que atenen a persones amb discapacitat a les Illes Balears, que integra les mateixes entitats que FEAPS a diferència de que també integra ASPAS (Associació de Pares i Amics de Persones Sordes) l'associació majoritària de persones amb discapacitat auditiva de les Illes. Els seus objectius són els de "representar i

promoure el desenvolupament empresarial, la innovació i la qualitat en el sector de la discapacitat a Balears”<sup>26</sup>. Té unes 2.258 persones associades i hi treballen 884 professionals. Ja assenyalàvem amb anterioritat la divisió interna que es dona dins les entitats del TSAS de persones amb discapacitat entre la presidència de l’entitat (que ocupen les famílies) i la gerència de l’entitat (de la que s’encarreguen professionals assalariats. De la mateixa manera, podríem entendre la relació entre la federació FEAPS-Illes Balears i FOQUA. Si bé des de FEAPS s’assumeix més la tasca de recollir les necessitats i interessos de les famílies i reivindicar els drets i promoure la dignitat de les persones amb discapacitat, foQUA assumeix la representació de les seves entitats, i dels seus interessos professionals, laborals, econòmics i socials. Així, les seves principals taques són: la negociació col·lectiva amb els sindicats, treballar per a implantar sistemes d’eficàcia i qualitat en la gestió empresarial i treballar per la innovació en els serveis del sector de la discapacitat.

**Respecte de la negociació col·lectiva, FOQUA té algunes limitacions respecte del tipus de negociacions que es donen normalment a les taules sindicals que es deriven de la seva dependència respecte de l’administració pública: el 70% dels seus ingressos provenen de fons públics. Aquest fet els imposa un sostre que no els permet negociar millores salarials amb els sindicats, donada la limitació de la dotació econòmica que suposa el concert de les places amb l’administració. Així, la negociació amb els sindicats es limita a acords de millora.** Els convenis que apliquen són els que negocien les patronals estatals. Les millores en les condicions del personal, passen per negocia la millora de la dotació del concert amb l’administració. Així, és FOQUA la que s’encarrega de negociar les condicions del concert de les places amb les administracions, en el marc dels acords autonòmics.

Aquesta mútua dependència de la patronal respecte de les entitats afavoreix que les reivindicacions i negociacions de la primera, estiguin amb consonància amb les entitats. L’escissió d’UNAC i FOQUA si bé suposar una disgregació del sector, va contribuir a millorar les relacions entre les entitats que a dia d’avui integren FEAPS i FOQUA.

*El hecho de que se diera la escisión UNAC-FOQUA, pues fue algo en parte negativo porque se disgrega el sector, pero en parte es bueno porque están juntos los que quieren estar juntos y comparten valores. Todos los que están en FEAPS comparten valores y filosofía.*

## **7.2 ANÀLISI DEL ROL DEL TSAS EN LA CREACIÓ DE LA XARXA DEL SAAD PER A L’ATENCIÓ DE LES PERSONES AMB DISCAPACITAT**

---

### **7.2.1 ADEQUACIÓ ALS REQUISITS EN ELS SERVEIS QUE ESTIPULA LA LPAPAD**

**L’entrada en vigor dels requisits del Decret 86/2010 que regula els requisits per a l’autorització i l’acreditació dels serveis residencials per a les persones majors i les persones amb discapacitat, no els ha suposat cap esforç ja que no millora les condicions que inicialment ja complien en els plecs de condicions per als concerts amb l’Administració. En la majoria dels casos, no solament compleixen els requisits sinó que els superen.**

**El desplegament de les lleis afecta a les diferents entitats de persones amb discapacitat de manera diferenciada en funció de si presten serveis que es cobreixen des del sistema de atenció a la dependència o no.** Així, les entitats que gestionen molts de serveis residencials, són les que més han notat la posada en marxa de l’aplicació de LPAPAD. La resta de serveis que tenen són serveis vinculats a programes ja existents abans del desplegament de la llei:

---

<sup>26</sup> <http://www.feapsbalears.org/foqua.php>

A nivell de federacions de persones amb discapacitat, té un pes molt més en les entitats que integren FEAPS i UNAC que en COORDINADORA, ja que aquesta darrera només gestiona un centre ocupacional amb 15 places concertades.

**Les entitats del tercer sector de persones amb discapacitat han estat les responsables d'anar creant des de l'inici les infraestructures i els serveis que actualment estan contemplades dins el SAAD a les Illes Balears. Els pares i les mares de les persones amb discapacitat són les que han detectat les necessitats dels seus fills i filles de fer escoltar les seves necessitats i negociar amb les administracions la mobilització de recursos per a crear les infraestructures que els permetin atendre les seves demandes.**

Així, han estat aquestes entitats les que han anat marcant la creació i l'evolució dels serveis als que actualment l'administració dóna cobertura amb el sistema de concert. Ha estat un procés de negociació entre la manca de recursos i poca adequació dels recursos existents de part de l'administració i el coneixement i la detecció de necessitats concretes de part dels pares i mares que formaven aquestes entitats que, han anat mobilitzant recursos des de les pròpies entitats que s'han anat formant i especialitzant progressivament i han anat innovant en les diferents modalitats d'atenció i serveis que ofereixen.

Les entitats del TSAS de persones amb discapacitat, concentren una gran diversitat en la tipologia de serveis que ofereixen. Les entitats del TSAS de persones amb discapacitat a Mallorca, han anat marcant la pauta a les administracions sobre quins serveis calia crear a cada moment i les administracions han anat donant respostes més o menys adequades i des de diferents nivells de l'administració. **L'increment del coneixement i l'especialització d'aquestes entitats ha influït en la sensibilització i formació de les administracions en matèria de discapacitat.** Alhora, els pares i les mares que integren aquestes associacions, s'han anat formant i agafant experiència, progressivament en la gestió d'aquests centres residencials, centres d'estades diürnes i centres ocupacionals que ara formen part del catàleg de prestacions que es presten des de la LPAPAD.

Així, l'origen dels primers centres ocupacionals el trobem en les reivindicacions dels pares i mares front a la total absència de recursos comunitaris per a l'atenció dels joves amb discapacitat que sortien de centres d'educació específics va ser la que va motivar la creació de tallers ocupacionals que després esdevingueren centres ocupacionals.

### 7.2.2 EL CENTRE OCUPACIONAL ÀGUILA

És el cas del centre ocupacional Àguila, gestionat per l'entitat Coordinadora, que es creà l'any 1990 per a atendre joves que sortien de centres d'educació especials front a la manca absoluta de recursos comunitaris que donessin cobertura a la seva situació. Inicialment, es creà un taller ocupacional, gestionat per l'ajuntament de Palma, que atenia joves que acabaven de sortir de centres educatius. Fruit de les reivindicacions dels pares i les mares i del coneixement sobre la metodologia de treball amb suport es reivindicà la creació de les places concertades d'aquest centre ocupacional amb el Consell de Mallorca.

*El centre ocupacional el tenim molt bé, és molt petit, on posar tot al dia és més fàcil, però té altres complicacions. Té altres complicacions: quan maneges 100 usuaris és més fàcil adaptar les ràtios, però si tu tens un usuari que se posa malalt més d'un mes, deixes de cobrar, però no pots fer fora el professional. Això és un repte per un centre ocupacional molt petit.*

El Centre Ocupacional es crea, inicialment, per ser un pas mitjà a la inserció laboral dins el marc teòric del treball en suport. Seria un primer graó, al que seguiria el segon graó dels centres especials d'ocupació i finalment, un tercer graó seria la inserció laboral dins l'empresa ordinària. Així, les persones que integrarien els centres ocupacionals no tindrien un perfil tan greu com les que integren els centres de dia.

Històricament, era més fàcil reunir les condicions per a poder concertar un Centre Ocupacional que per concertar un Centre de Dia. Així, moltes persones amb perfils de centre de dia, més

deteriorades, s'integraren per la qual cosa la seva naturalesa i funcions inicials molts cops s'han vist desvirtuades i això i un gruix molt gran de persones s'estancaven en el primer graó de l'itinerari de treball amb suport que no passaven mai al segon graó, ni al tercer.

**La falta d'adequació entre les necessitats de les persones que integren les entitats de persones discapacitades i la falta d'infraestructures creades per a donar-les cobertura, així com els temps excessius dels processos de valoració, i els requisits per a poder accedir al concert de determinades tipologies de places provoquen que les persones amb discapacitat no sempre rebin una atenció adequada a les seves necessitats específiques d'atenció.**

Aquesta realitat incideix de manera negativa no només en la pròpia persona, que rep un servei inadequat per a les seves necessitats específiques, sinó que dificulta la gestió quotidiana dels serveis, que s'han d'adaptar per a donar cobertura a perfils per als quals no estan creats ni adaptats.

Aquesta falta d'adequació entre les necessitats reals de les persones que integren TSAS de persones amb discapacitat i el desplegament progressiu del SAAD s'agreuja en el cas de les entitats que presten serveis d'atenció socio sanitària que presten serveis de neuro- rehabilitació especialitzada amb un complet equip multidisciplinar unes hores al dia amb la finalitat. Aquestes entitats s'encarreguen de cobrir un buit que existeix en el sistema d'atenció socio-sanitària, ja que aquest només tracta les persones en la seva fase aguda, de manera molt inadequada per als processos de neuro- rehabilitació que precisen aquestes persones. Fan una valoració completa de la seva situació i es presta una intervenció interdisciplinària. Ara bé, no hi ha cap forma estable de concert que contempli la prestació d'aquesta forma específica de servei, si bé és un servei que cap nivell de l'administració assumeix com a competència pròpia. Així, aquest centre de neuro-rehabilitació s'ha de finançar a través de un conveni de places concertades com a centre de dia que no respon a la realitat del sentit del tractament ni del centre. La persona informant relatava com a altres comunitats autònomes hi ha hagut entitats del mateix caire que, per poder obtenir finançament han optat per donar una atenció institucionalitzada a aquestes persones, fent-les anar i assumint de plena forma d'atenció de centre de dia, tot i que les necessitats reals de les persones fossin les de la neuro- rehabilitació i només unes hores al dia.

A l'inici del desplegament de la llei, no es contemplava el centre ocupacional com un servei que la LPAPAD hagués d'atendre en primera instància, si bé els centres de dia sí. Tammateix, la seva entrada en el catàleg de prestacions de la LPAPAD no ha suposat una problemàtica especial quant a la gestió del centre. El sistema de concert de places estipulava ja unes ràtios, que són les que s'han mantingut: a un determinat nombre de persones ateses els correspon un determinat nombre de professionals directes i de professionals indirectes. Les places concertades es paguen amb un preu estipulat per dia/ per persona atesa. Els professionals directes són a jornada directa. El quadre de l'equip multidisciplinari té imputat un percentatge per figures professionals que no treballen a jornada directa, professionals indirectes que no treballen el 100% del seu temps, sinó que tenen imputat un tant per cent de la seva jornada laboral.

**Les entitats que gestionen infraestructures petites amb un nombre de places concertades més baix tenen una problemàtica diferent a les entitats que gestionen infraestructures més grans, amb un major nombre de places concertades per a complir les ràtios de professionals directes i indirectes dels equips multidisciplinars, així com per fer front als costos derivats de les possibles baixes.**

El sistema que estipula les ràtios de professionals per nombre de persones ateses és de més difícil compliment de part de les entitats del TSAS de persones amb discapacitat i els seus familiars, que per les entitats més grans, degut a que les ràtios de personal estan molt més ajustades entre les primeres que en les segones.

Així, les entitats que gestionen infraestructures més petites tenen més dificultats per a complir les ràtios de professionals directes i indirectes per persones ateses, ja que en el cas de que es doni una baixa per qualsevol motiu, p.ex.: defunció, canvi de centre, retorn a la llar o fins i tot la

malaltia d'una sola persona, els resulta molt difícil cobrir el manteniment del professional directe o indirecte de professional associat al cost d'aquella plaça.

### 7.2.3 ENTITATS AMB UN FORT PES D'ATENCIÓ RESIDENCIAL: FEAPS-FOQUA

A d'altres entitats, com FEAPS-FOQUA, en canvi, la gestió del gruix de prestacions que es recullen a la llei LPAPAD, sí que tenen un pes específic. Ara bé assenyalen que les places concertades dels serveis que produeixen no corresponen a persones amb valoració de dependència. Algunes d'elles sí i d'altres tenen valoració de discapacitat. **Aquesta entitat reivindica que la manca d'infraestructures pot portar a una segregació de moltes persones amb discapacitat que no podran rebre l'atenció adequada degut al col·lapse de recursos que generarà la dependència.**

Les taules següents mostren el pes del concert de places de les entitats que integren la federació FEAPS amb l'IMAS i el Govern de les Illes Balears

Feaps: places concertades i lliures concertades amb l'IMAS. Desembre 2009										
	Centre de dia		Centre ocupacional		Habitatges tutelats		Habitatges autònoms		Residència	
	Concert.	Lliure	Concert.	Lliure	Concert.	Lliure	Concert.	Lliure	Concert.	Lliure
AMADIP. ESMENT	43	4	238	10	77		77		365	1
CONSORCI APROP	20								72 + CD	
APROSCOM	40		75	3	22				24	
INTRESS (no inclou malaltia mental)			24	1	5					
ORG. MATER (inclou ISLA)	66		110		26				30	2
AMADIBA	52	18			17				34	7
FOQUA										
IBIZA (ASPANADIB) +MENORCA	20		40							

Font: elaboració pròpia a partir d'entrevista amb FEAPS

La visió d'aquesta federació d'entitats respecte a les relacions que estableix amb l'administració per a negociar la prestació de serveis i el concert de places, dista molt de la visió de les entitats petites de "mantenir" els serveis. La font bàsica del finançament (el 70% ) de les entitats que integren FEAPS prové del concert de places dels diferents serveis amb les administracions, principalment amb l'IMAS.

FEAPS intenta negociar l'ampliació de places amb l'administració. Molts cops les entitats han de crear, amb caràcter d'urgència noves places a les entitats, les despeses de les quals corren a càrrec de l'entitat. Les incidències que poden generar aquestes situacions poden ser casos d'urgència (morts de familiars, casos d'abusos) com que un ordre judicial dictami que una entitat té l'obligació de tutelar una persona que hagi quedat òrfena. En els casos de les entitats que tenen una entrada de diners diversificada (com AMADIP) aquestes situacions no generen tanta inestabilitat econòmica com en les altres que tenen una major dependència del finançament de l'administració.

Una altra de les reivindicacions de FEAPS, en aquest sentit, és la construcció de noves infraestructures i la saturació de les ja existents. Des del seu punt de vista, aquesta situació és insostenible, en tant en quant hi ha 290 persones en llista d'espera a les Illes Balears l'atenció de les quals en els serveis que serien adequats al seu perfil no està garantida l'any 2011. En primer lloc a causa de la manca de dotació pressupostària, però en segon lloc, per la manca d'infraestructures.

## 7.2.4 ELS PROGRAMES COMUNITARIS I ALTRES SERVEIS

Les entitats del TSAS de persones amb discapacitat tenen una llarga tradició, al marge de prestar els serveis residencials amb sistema de concert amb l'IMAS de prestar altres serveis en de l'àmbit de la promoció de l'autonomia personal, no reconeguts a la llei, que en la majoria dels seus casos depenen de programes i subvencions puntuals, la qual cosa no afavoreix el seu desenvolupament i sostenibilitat. Tot i així, hi ha tot un seguit de serveis que han assolit una certa consolidació en el marc comunitari, així com en la xarxa d'atenció primària

Els serveis que les entitats del TSAS de persones amb discapacitat ofereixen que s'escapen als recollits en el marc de la LPAPAD es situen en les vessants educativa, social i, sobretot, laboral amb diferents serveis, sobretot formatius i laborals.

Els perfils a qui van dirigits aquests serveis són persones que molts cops ni tan sols necessiten el certificat de discapacitat. Així, tenen programes d'acompanyament de l'entorn educatiu a l'entorn laboral per a joves amb necessitats educatives especials.

Un dels serveis, que ofereix Coordinadora, que s'ha instal·lat de manera estable en la xarxa d'atenció social primària és el dels educadors especialitzats en persones amb discapacitat (SIAD), amb un conveni amb l'ajuntament de Palma. Són nou educadors que estan ubicats als centres municipals de serveis socials de tots els sectors de la xarxa d'atenció primària de l'Àrea de Benestar Social de l'Ajuntament de Palma.

Així mateix duen a terme processos d'acompanyament per a cercar formació que s'ofereixi des de la xarxa comunitària amb coherència amb el desig de la persona usuària, adaptacions curriculars, formació a pisos amb allotjaments, places de feina concertades a l'IMAS.

Aquest any han aconseguit el concertar els habitatges autònoms amb l'administració després de que hagin transcorregut sis anys des de la seva posada en funcionament. Són habitatges destinats a que la persona rebi el suport d'una figura de treballador/a educador/a social en el seu entorn immediat, a casa seva.

Així, les entitats del TSAS, tot depenent d'altres fonts d'ingressos alternatives a l'IMAS, duen a terme programes o serveis específics amb:

- Concerts amb la Conselleria d'Educació i Cultura pel que fa als centres d'educació especial (Mater, APROSCOM i Patronat d'Inca)
- Concerts amb la Conselleria de Treball i Formació: per al servei d'ajustament personal i social i per a la creació d'unitats de suport als centres d'ocupació, necessari en el cas de les noves contractacions. Aquests serveis de vegades queden concertats i de vegades no, tot depenent de la disponibilitat pressupostària i de la voluntat política o al desplegament de determinats programes, com ara el Programa d'AMADIP i ASPAS de suport a la formació a les escoles de secundària en matèria de trànsit a la vida adulta, que respon a la constatació d'un nivell molt alt de fracàs escolar entre la població amb discapacitat intel·lectual i auditiva.
- Convocatòries anuals de la Conselleria de Treball i Formació: Per a formació i treball amb suport.
- Subvencions als centres especials d'ocupació per diferents conceptes: per creació d'un lloc de feina, per manteniment d'un lloc de feina, per les unitats de suport... Aquestes subvencions són anuals i depenen de la dotació pressupostària. No són una font de finançament estable en la que les entitats puguin confiar.
- Altres fonts: contractacions i concursos: Amb l'augment de la conscienciació per part de les corporacions locals amb les clàusules socials, cada cop es dona més contractació de diferents serveis amb els centres especials d'ocupació en serveis com manteniment de

jardins, neteja de la xarxa ferroviària, etc. Així, entitats com AMADIP, que tenen centres especials d'ocupació tenen altres fonts d'ingressos.

La taula inferior mostra les places que l'entitat FEAPS té concertades amb el Govern de les Illes Balears, que inclou els serveis d'atenció primerenca, respir familiar, dels serveis d'ajustament personal i d'oci de les persones amb alta dependència així com de les fundacions tutelars.

Feaps: places concertades i lliures concertades amb el Govern de les Illes Balears. Desembre 2009											
	Ajust personal / social		Atenció primerenca	Fund. Tutelar		Oci alt. Dep.	Oci sem lab alt		Oci cap set alt dep	Respir familiar	
	Conc.	Lliure	Concert.	Conc.	Lliure	Conc.	Conc.	Lliure	Concert.	Concert.	
AMADIP. ESMENT	160	8		73	8	60		45		35	12
CONSORCI APROP											
APROSCOM	11		61						15		2
INTRESS (no inclou malaltia mental)									12		
ORG. MATER (inclou ISLA)	10	14	60	8	2	60		30		20	4
AMADIBA				9			385	68		85	13
FOQUA (total)	1397	34									

Font: elaboració pròpia a partir d'entrevista

Així mateix, cal subratllar que la federació PREDIF ha subscrit un conveni de tres anys per a la promoció de la ida independent amb la Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració que ha arrencat el Maig de 2010, amb 18 professionals amb les funcions de donar atenció a famílies, fer intercanvi de Bones Pràctiques, impartir formació, ajudes tècniques i tecnològiques entre d'altres. Així, combinen l'atenció a usuaris en els serveis de rehabilitació amb el treball amb la família i l'entorn, tallers amb persones que estan a servei i fora, tallers formatius, etc. i tenen, a més a més un servei d'inserció sociolaboral.

## 7.3 EL PROCÉS DE VALORACIÓ DE LA DISCAPACITAT I LA DEPENDÈNCIA

Des del punt de vista de les entitats, el procés de valoració **s'ha burocratitzat i s'ha fet més complex, ja que implica la coordinació entre diferents entitats i institucions que no acaben de tenir les funcions massa definides.** Així, el procés de valoració que abans estava centralitzat des de l'IMAS, ara obre una doble via en funció de si es valora o no una dependència.

Aquest fet suposa una amenaça per al col·lectiu de persones amb discapacitat que, si bé valoren positivament el fet de que el dret a l'assistència hagi esdevingut un dret subjectiu, temen que les persones amb discapacitat passin al final de la cua de l'atenció a la dependència i es vegin sempre superades per persones que tenen valorats graus de dependència més greus.

*Por ejemplo es un padre de Manacor y se va a APROSCOM, se van a APROSCOM y a ese chico nada más llegar le harán una valoración, para ver qué perfil tienes si encaja con el perfil de discapacidad intelectual. Después, te vas a l IBAS porque si no tienes un certificado que acredite que tienes una discapacidad de como mínimo un 33% no tienes derecho a que te atiendan en ninguna de nuestras entidades, (porque no es que no queramos, es que no podemos, porque no nos concertarían nada)... Y encima ahora, tienes que valorarte otra vez de dependencia. Tres valoraciones en un lapso de tiempo muy corto, es un engorro.*

**Des del punt de vista de les entitats, aquest doble raser no beneficia les persones amb discapacitat. Temen que a poc a poc l'assistència a la dependència vagi col·lapsant els**

centres en detriment de les persones que tenen discapacitat però no tenen valorada dependència, o sí, per un grau més lleu que d'altres. Així, el nou sistema de valoració i assignació de recursos afegeix, al requisit mínim que ja existia per al concert de la plaça de tenir diagnosticat un mínim d'un 33% de discapacitat, el criteri prioritari de l'atenció a la dependència.

Si bé per un costat valoren positivament l'entrada en vigor de la LPAPAD com la posada en marxa del reconeixement de fet dels drets socials som a drets subjectius, temen que aquest vagi en detriment de la universalització de l'atenció a les persones amb discapacitat i esdevingui una universalització "selectiva". Aquest risc es veu incrementat per la desconfiança sobre la suficiència e recursos per a poder anar desenvolupant de manera sostenible i a l'hora, la llei 4/2009 i la LPAPAD.

Així, es corre el risc de que el fet de no tenir en compte el nivell de renda d'una persona com a criteri a l'hora de definir la prioritat en l'assignació d'un servei, i només tenir en compte el criteri de la valoració de dependència, vagi en detriment d'una altra, que tenguí una valoració de discapacitat, que no estigui valorada com a dependent i que potser tenguí menys recursos a l'abast i quedi en una situació descoberta.

Per a les entitats, el pas de no tenir en compte el nivell de renda de la persona a l'hora d'assignar els recursos, ha suposat un bot massa sobtat i que pot tenir produir desigualtats en l'accés als recursos. Pensen que en determinats casos sí que s'hauria de tenir en compte l'entorn social i el nivell de renda.

*Porque por ejemplo yo estoy muy afectada y a lo mejor tengo un nivel más alto, pero tengo un entorno social tan bueno, que a lo mejor puedo permitirme el lujo de esperar más que otra persona que no tiene un entorno de apoyo tan bueno... pongamos alguien, por ejemplo, a quien pegan palizas todos los días. Ahora, si no eres dependiente te pones a la cola y si eres dependientes solo van a mirar los puntos que tengas, y no van a tener en cuenta tu entorno social. (A3)*

*Porque sí, de acuerdo, es normal que una persona muy afectada tenga necesidad de apoyo, pero a lo mejor hay una persona de nivel 2, que tenga 70 puntos que está afectada, pero visto que no pueden entrar todos, pues tengo otro que tiene 68 puntos que se ha quedado huérfano, que vive en Son Banya con un ambiente de drogas alrededor, ¿pues quién debería entrar antes? Para nosotros en según qué cosas, incluso ha supuesto una marcha atrás. (C3)*

Per a les associacions de persones amb discapacitat intel·lectual, s'haurien de revisar els criteris de valoració, que són excessivament físics. Si bé han estat elles les que han acompanyat el procés de definició i creació dels serveis de la xarxa de benestar social, ara es senten deslegitimades, en tant en quant han deixat de tenir poder en la valoració de les necessitats a l'hora de definir els criteris per a la provisió de serveis que els han de donar cobertura. Es dona una dicotomia de criteris entre la necessitat percebuda per les entitats de persones amb discapacitat intel·lectual i les administracions que desenvolupen l'aplicació del sistema d'atenció a la dependència.

**Demanden una major formació i sensibilització de les persones valoradores, així com una adaptació dels barems de valoració vers la problemàtica específica de la discapacitat intel·lectual, per pal·liar l'orientació de la llei cap a l'assistència de les necessitats derivades d'una problemàtica d'envelliment i de deteriorament físic i mental concentrada en una etapa molt definida de la vida, la vellesa. Assenyalen que les persones amb discapacitat intel·lectual ho seran al llarg de tota la seva vida i que cal adaptar els barems a la seva especificitat.**

*Por eso, hay cosas que son la entrada en la valoración de dependencia estamos perdiendo, pero desde luego que hay un gran valor, que es que ahora se trata de un derecho subjetivo, como lo son la sanidad y la educación, y eso siempre es bueno. Que no dependa de la buena voluntad del político. Ahora es verdad que si tú necesitas la plaza y no te la dan pues te vas a juicio y el juez*



*puede obligar a la administración a que cree la plaza y eso es muy positivo. Pero el resto, no. Francamente. (C3)*

Sobre si l'entrada en vigor del sistema del SAAD ha suposat un retard en el temps que transcorre entre la valoració i el dictamen, mantenen que actualment es tarda un període de 6 mesos en donar un dictamen. No poden, però, valorar aquest fet, ja que amb l'entrada en vigor de la llei el que s'ha fet ha estat fer PIAS de continuïtat a totes les persones que ja estaven en els diferents serveis atesos per les diferents entitats, sense qüestionar si el servei en què es trobaven era el més adequat per a la persona. Per poder donar resposta a aquesta pregunta, caldrà que passi més temps des de la implantació del sistema.

Respecte dels centres ocupacionals, aquests no es trobaven encara dins el catàleg de la cartera de serveis. Així, el que han fet ha estat fer-los un PIA de continuïtat i assignar-los una prestació econòmica per cures a l'entorn familiar (que sí es contemplava en la cartera de serveis). Aquest fet ha generat un conflicte entre les persones que tenen familiars a centres de dia, que senten que es troben en una situació de greuge comparatiu, en tant en quant no entenen què motiva que un fill o una filla que es troba intern/a a un centre de dia, i per tant, es troba en un estat més greu, no rebés diners, i en canvi un altre que estava més bé, en rebí. Aquest fet ha ocasionat que es canviï la prestació econòmica per un servei d'assistència domiciliària.

**Les entitats veuen de manera positiva que s'aposti més per proveir serveis que per les prestacions econòmiques.** Apelen a que no es tracta "de passar uns anys dins un cau esperant la mort", sinó que l'atenció a una persona discapacitada implica que, en funció de la qualitat de la mateixa, la seva situació millori o empitjori dràsticament.

El fet de poder optar entre les prestacions de serveis o les prestacions econòmiques, en un entorn de crisi com l'actual, pot **portar les persones amb discapacitat de tornada a les seves cases i existeix també el perill de que moltes mares tornin a les cases a fer-se'n càrrec seu, a canvi de la prestació econòmica per cura de persona a l'entorn familiar.**

L'alternativa a la prestació econòmica per cures a l'entorn familiar la veuen **en la figura de l'assistent personal, si bé són conscients de que es tracta d'una figura molt cara i estan a l'espera de que s'acabi de definir la cartera de serveis per a veure com es defineix aquesta figura.** Des del seu punt de vista, aquesta figura, per ser eficient, ha de superar l'assistència a domicili. Hi ha diversitat de criteris, però sobre quin hauria de ser el seu àmbit d'actuació específic. Així, algunes entitats assenyalen que l'assistent personal, per ser efectiu, hauria de prestar serveis al llarg de tot el dia, per a possibilitar la integració real de la persona en la societat, superant l'àmbit de l'assistència i les cures (p.ex.: acompanyar a la universitat, a sopar amb amics, etc.). D'altres plantegen la figura de l'assistent personal com algú que dóna suport a la persona i a la família, assumint no només les tasques de cura, sinó també portant a terme un programa d'educació de les persones cuidadores de la casa sobre tècniques de contenció, etc.. així, mentre unes entitats sostenen que si bé el seu cost seria molt elevat, podria cobrir-se, en part, amb l'acció del voluntariat, d'altres sostenen la necessitat de que aquesta figura l'ocupin persones formades en treball o educació social.

## **7.4 EL MODEL DE FINANÇAMENT**

---

**Totes les entitats entrevistades coincideixen en assenyalar que el model actual de finançament econòmic, tal i com estan configurades les relacions entre el TSAS i les administracions i amb l' actual estructura organitzativa de les entitats no és sostenible en un escenari de futur. Veuen, com a principal amenaça l'entrada de les entitats mercantils a la prestació de serveis orientats a cobrir les necessitats de les persones amb discapacitat.**

Assenyalen la feblesa de l'estat de benestar per a fer-se càrrec de la universalització dels serveis socials i preveuen que s'imposarà indefectiblement el sistema de copagament. Les entitats del TSAS hauran de fer front a la necessitat de canviar el model de relació que mantenen

actualment amb l'Administració, fet que implicarà trobar vies de finançament alternatives i assumir formes d'organització diferents a l'actual.

Indiquen que les entitats no lucratives tenen **una concepció equivocada sobre el rol de l'Administració respecte del finançament dels serveis que presta. Aquesta concepció implica la concepció de que l'Administració té l'obligació de pagar el servei.** Aquesta relació ha estat alimentada per les dues parts: per l'entitat que així ho pensa i per l'administració que li permet de mantenir aquesta creença.

**El repte actual per a les administracions, des de la perspectiva de les entitats no lucratives, és poder donar cobertura universal al conjunt de serveis vinculats a la LPAPAD. Això implica que les entitats encarregades de la gestió d'aquests serveis hauran de ser competitives, tenir qualitat i mesurar els preus, alhora que donar qualitat humana, ja que l'atenció es presta a persones vulnerables.**

Front a aquest nou escenari, es donen dos tipus de plantejament ben diferenciats: Algunes entitats veuen aquest escenari de canvi com una **possibilitat per a que siguin les administracions les que assumeixin el cost de l'atenció especialitzada que estan donant actualment** per a que l'entitat pugui alliberar-se del cost que suposa mantenir una estructura de recursos humans, de gestió i de prestació de serveis i pugui **reorientar el seu rol, encaminant-ho cap a la innovació en els serveis i la reivindicació de la universalització de l'atenció en els serveis socio-sanitaris.** És el cas d'algunes entitats de persones amb discapacitats física i degenerativa (ABDEM) que no poden sostenir el cost que implica mantenir uns equipaments i una atenció altament especialitzada i que es troben en situacions permanentment deficitàries. Altres associacions, **en canvi, reivindiquen el seu rol com a prestadores de serveis i pensen més aviat en modificar el seu sistema d'organització per adaptar-se al nou escenari i poder ser competitives amb les empreses privades amb afany de lucre.**

Respecte de l'entrada de les empreses privades en la prestació dels serveis que desplega la Llei LPAPAD, **dubten de la seva capacitat per a gestionar els serveis amb qualitat humana, donat que no tenen cap tipus d'obligació moral.** Coneixen l'experiència de l'entrada en la gestió d'aquests tipus de serveis de les empreses privades a altres comunitats autònomes, tot desplaçant les entitats del TSAS que fins aleshores havien gestionat aquells serveis. Una de les estratègies que despleguen les empreses privades per entrar en la prestació d'aquests tipus de serveis és el d'oferir la gestió gratuïta durant un temps prolongat. L'experiència d'altres CCAA mostra que un cop que aquestes empreses detecten que la situació no és sostenible, exposen la dificultat a l'Administració sota l'amenaça de l'abandonament de la gestió, fet que porta a l'administració a assumir-ne el cost un cop més.

**Així mateix, les empreses van desenvolupant línies fundacionals que els hi permeten tenir importants avantatges fiscals així com complir amb les clàusules socials que estipulen els plecs de les contractacions de serveis amb l'administració.**

Un altre aspecte que fa que les empreses siguin molt fortes front al TSAS de persones amb discapacitat és la seva **possibilitat de diversificar les entrades de recursos.** Normalment, les empreses que entren en la prestació d'aquests tipus de serveis no tenen una sola entrada d'ingressos. Front a aquesta fortalesa de les empreses privades, les entitats del TSAS són molt dèbils ja que depenen, en un 70% aproximadament de fonts de finançament de l'administració.

La Llei LPAPAD estableix uns mínims de continuïtat de RRHH per al personal. Les empreses de la península que tenen una certa experiència desenvolupen serveis a una altra comunitat autònoma on no existeix una tradició, una cultura de gestió d'aquests tipus d'entitats d'atenció a col·lectius vulnerables. Motiven el personal a través del pagament de primes per a la mobilitat. Aquestes empreses poden continuar obtenint marges de beneficis molt alts, tot i abaratir els serveis i mantenir el personal, degut a les seves múltiples fonts de finançament.

*És una fortalesa per ells i una debilitat inherent per a nosaltres. Tenen més portes per obrir i tancar i més sants per desvestir quan n'han de vestir d'altres. Tenen més comoditat per gestionar.*

Les entitats del TSAS **no poden competir amb els sous que ofereixen les empreses privades** als seus treballadors i treballadores, vist que tenen uns sòtils econòmics molt baixos. La incentivació del personal es basa en la motivació per la feina, la qualitat humana i les estratègies de formació.

Respecte a com podran les entitats del TSAS fer valer el seu valor específic front a la competitivitat de mercat amb les empreses privades, **assenyalen que les Administracions hauran d'establir alguns tipus de clàusules socials a l'hora de definir la contractació d'un determinat equip, que puguin posar en valor les especificitats del TSAS de persones amb discapacitat**, que puguin decantar la balança cap al tercer sector d'acció social.

Un altre aspecte que remarquen front a les empreses privades és el valor de la seva experiència en la gestió dels serveis de manera conjunta amb l'administració. Coordinadora, per exemple, va ser la primera entitat en co-gestionar programes amb el CIM programes, per la qual cosa la seva col·laboració amb l'IMAS és històrica.

Aquesta experiència no es redueix a la gestió, sinó que també es plasma en el tracte amb les persones amb discapacitat així com amb les seves famílies, en l'experiència i formació dels seus professionals (més de 20 anys d'experiència) i en el coneixement específic de tot l'espectre que amaga la paraula discapacitat.

En qualsevol cas, i a banda de fer servir la seva vàlua, les entitats del TSAS de persones amb discapacitat estan pensant en formes alternatives d'obtenir finançament, no dependents de l'administració pública, que passen en molts de casos, per dur a terme iniciatives que els hi permetin "obrir-se" a la població general:

- Algunes d'elles pensen en aprofitar la seva especialització en els coneixements en el camp de la discapacitat per a impartir formació d'especialització de forma oberta que les permeti ser rendibles.
- Una altra de les opcions és instaurar el sistema del co-pagament a nivell intern, ja que en el conjunt de les entitats, les aportacions de les persones associades només són simbòliques.
- També es plantegen dur a terme campanyes de captació de socis que les permeti ampliar el col·lectiu i ser més representatives
- Oferir serveis especialitzats a nivell privat obert públic general amb un sistema de pagament lligat al nivell de renda

## 7.5 ELS SISTEMES DE QUALITAT

---

Les entitats del TSAS de persones amb discapacitat han treballat molt per a certificar-se en qualitat, totes han assolit la certificació en qualitat ja sigui ISO o EFQM.

Tot i així, totes aquestes entitats coincideixen en assenyalar la perversió de les certificacions de qualitat que han esdevingut un negoci i que està a l'abast de qui estigui en disposició de pagar per obtenir un certificat. Es refereixen a la qualitat de la feina ben feta, a la satisfacció de les persones per a les que treballen, de les pròpies persones discapacitades i de les seves famílies així com dels seus treballadors i treballadores.

**Destaquen que en els seus sistemes de qualitat que mesuren el nivell de satisfacció es plasma que es dona una bidireccionalitat en el tracte humà de qualitat de l'entitat cap a la persona afectada i en el cas de que aquesta estigui molt afectada, la seva família i a**

**l'inversa. Destaquen que les valoracions sempre són molt altes, fet que dubten que es doni entre les empreses privades.**

*Ens agrada la qualitat ben feta, ben entesa, però la qualitat ha esdevingut un negoci. Però és una eina molt valuosa, no pel certificat, que te'l donen, si pagues. Nosaltres som molt puristes i ens impliquem molt. Decep veure en què ha derivat tot això de la qualitat*

*La satisfacció de les persones per a qui treballes sobre els serveis d'allà on estan ells i la de les famílies. Hem de fer valer l'experiència de trenta anys del moviment associatiu.*

*És veritat que hi ha mesures de qualitat que no són tangibles. El tracte humà és molt mal de mesurar. A les nostres enquestes les valoracions són molt altes. Aquesta és la nostra fortalesa que no té la privada ni l'administració.*

Una altra fortalesa que posen de relleu és el tracte de proximitat i familiar amb les famílies, fet que implica una disposició de temps molt flexible de cara a donar atenció a les persones discapacitades i les seves famílies.

*Les persones saben que poden comptar amb nosaltres, tenim un tracte molt familiar. I traiem temps encara que no el tinguem el traiem. Coordinadora és això i no volem ser d'una altra manera, hem tornat més competitiu i organitzats. La fortalesa que tenim és la qualitat de la gestió però de veres.*

Les entitats del TSAS han incorporat els sistemes de qualitat en la gestió en tant en quant són els que els permeten demostrar la seva competitivitat i eficàcia de cara a l'exterior. Han incorporat la idea de que "no basta amb fer les coses bé, ho has de poder demostrar i revisar allà que fas malament". Totes comparteixen la idea de que la incorporació i implantació d'aquests sistemes és un procés difícil, però la vivència d'aquesta dificultat varia en funció de les relacions que tenen aquestes entitats amb d'altres i en funció del seu nivell d'institucionalització.

Així, aquelles entitats que tenen més tradició i estan més basades en el concert de places en centres residencials, d'estades diürnes o ocupacionals amb l'administració, han expressat tenir més incorporat el sistema de gestió en qualitat que aquelles altres les tasques de les quals no depenen tant del concert de places.

Respecte del treball en sistemes de qualitat, destaca la forta aposta per la qualitat de la federació FEAPS, que té associada una patronal especialitzada en la gestió de sistemes de qualitat, FOQUA. Les entitats que integren la federació FEAPS es donen suport entre elles, duen a terme auditories creuades, reben formació. A més a més FEAPS fins i tot ha desenvolupat un sistema de qualitat propi basat en la idea de qualitat de vida FEAPS que pretèn integrar la qualitat de vida i la qualitat en la gestió, segons el model de les 8 dimensions de Shalock i Verdugo. Les entitats que integren FEAPS estan integrant també el codi ètic i comitès d'ètica a les entitats

## **7.5 QUIN MODEL DE BENESTAR S'ESTÀ IMPLANTANT AMB EL DESPLEGAMENT DE LA LPAPAD? CONSEQÜÈNCIES DE LA SEVA IMPLEMENTACIÓ EN EL TSAS DE PERSONES AMB DISCAPACITAT**

---

Des del punt de vista de les entitats del TSAS de persones amb discapacitat, el desplegament progressiu de la llei atén molt més les necessitats de les persones majors que de les persones amb discapacitat. El fet de que s'atenguin inicialment les persones més deteriorades, (amb el desplegament de la llei a dia d'avui s'arriba a atendre aquelles persones que tenen un grau de dependència II, nivell II) els pareix comprensible perquè eren les persones que ho necessitaven més urgentment, i aquestes persones eren, sobre tot, persones grans.

Les entitats de persones amb discapacitat són molt crítiques amb els barems per mesurar la dependència, que és eminentment físic, basat en les persones majors, la qual cosa dificulta la

valoració de la dependència de les persones amb discapacitat intel·lectual o malaltia mental i deixa fora les persones amb discapacitat auditiva. Les entitats opinen que es corre el risc de que el 35-45% de persones amb discapacitat que haurien d'entrar, quedin fora.

Les persones que atenen als diferents serveis tenen, la seva majoria tret d'alguns casos específics en determinats serveis valorat un cert grau de discapacitat, però no tenen per què tenir valorat un grau de dependència. **Una de les amenaces que perceben, en aquest sentit, és que el barem de la dependència sigui el determinant de l'accés a les prestacions que estipula la LPAPAD i que els diferents serveis quedin col·lapsats de manera que no quedin places per a persones que tenen valorada una discapacitat i no es puguin prestar els serveis adequats per a promoure l'autonomia personal de les persones.**

La LAPAPD, des de la seva redacció, no s'adequa a les necessitats de les persones amb discapacitat. Les entitats de TSAS de persones amb discapacitat es varen sentir exclòs des del seu inici, que ja en el redactat no comptava amb les persones amb elles. Foren incloses al redactat de la llei precisament a petició seva. Així, la programació del seu desplegament, atèn a les necessitats, sobretot de les persones majors Si bé reconeixen que l'àmbit de les persones majors era el que estava més desregulat en tots els nivells: ràtios de personal, condicions de les infraestructures, tipologia de serveis...

Des del seu punt de vista **caldría reforçar els serveis de l'àmbit de la prevenció i reforçar els serveis que afavoreixin la inserció laboral i la inserció social. Per a això, caldría idear un altre sistema de gestió, no subjecte a convocatòries. El sistema de convocatòries de subvencions anuals al qual estan subjectes la majoria d'aquests serveis no afavoreix la seva continuïtat.** D'aquesta manera no es poden programar serveis estables en aquest sentit per la qual cosa molts cops aquests serveis són molt inestables i no arriben a tenir un efecte real i l'atenció no arriba o arriba molt tard.

**La consolidació de serveis que ja se prestaven des de l'òptica de la prevenció i la promoció de l'autonomia s'ha anat i es continua donant per iniciativa de les pròpies entitats que reivindiquen el seu concert a l'administració, de manera paral·lela al que estipula el desplegament de la LPAPAD.** Així, per exemple, FEAPS ha aconseguit que es concertin els habitatges autònoms recentment, passats sis anys de funcionament des de la seva posada en marxa.

A la cartera de serveis de la llei no s'ha desplegat cap servei referent a la promoció de l'autonomia personal. A hores d'ara, s'ha consolidat una atenció que ja existia. A les persones que ja estaven institucionalitzades a les que se les ha valorat de dependència se les ha fet un PIA de continuïtat, que ratifica la continuïtat en la prestació de serveis que ja rebia anteriorment.

Des de la perspectiva d'algunes famílies de les persones amb discapacitat i de les persones amb discapacitat, la incidència de la llei en la millora de la prestació de serveis és nul·la. Veuen la seva posada en marxa com un augment de burocratització i de dispersió de competències i responsabilitats entre les diferents administracions autonòmica i insular.

D'alguna manera les entitats de persones amb discapacitat intel·lectual **s'han sentit decebudes en el desplegament de la llei, ja que no ha fet més que consolidar la xarxa de serveis institucionalitzats que ja existia i no els ha servit per avançar en la prestació de serveis per a la promoció de l'autonomia de les persones.** Estan a l'espera de veure com es desenvolupa aquesta cartera de serveis.

En aquest sentit, mantenen la seva posició reivindicativa i fonamentada en la idea de prestar suport a les persones en el seu entorn immediat en detriment de la seva institucionalització. Si no es desenvolupa aviat la cartera de serveis de promoció de l'autonomia personal, es corre el risc de que persones que no ho necessiten, per la manca de l'existència de recursos adequats, quedin institucionalitzades.

Des del punt de vista de les entitats, les administracions no aposten amb prou contundència pels serveis de promoció de l'autonomia i prevenció de la dependència. Aquest fet es reflecteix tant a la llei com en els discursos polítics, en els quals, quan es refereixen la LPAPAD, ho fan referint-se a la llei de dependència.

Un altra dels factors que apunten com a possible causa de que la LPAPAD no hagi desplegat a la CA de les Illes Balears els serveis de promoció de l'autonomia personal i de prevenció de la dependència és que en el moment en què es feu l'estudi poblacional per a definir la llei, les xifres de persones amb discapacitat a les Illes, eren molt més altes que les que manejava el Govern central.

Des de la perspectiva de les entitats del TSAS amb discapacitat, tot i que comprenen que es prioritzi l'atenció de les persones més greus, la promoció de l'autonomia personal no s'hauria de contemplar com un afegit a la llei ni com un luxe en temps de crisi, sinó com una forma d'inversió. L'aposta pels serveis de promoció de l'autonomia personal és fonamental en el col·lectiu de persones amb discapacitat, no només des del principi de la seva inserció sociolaboral i des del punt de vista del benefici de la pròpia persona i la seva família. També defensen la promoció de l'autonomia personal des d'una òptica de mercat: La majoria de les discapacitats es valoren entre els 0 i els setze anys, de manera que són persones que poden resultar productives de riquesa en el mercat de treball i poden passar de ser persones beneficiàries de pensions a persones generadores de riquesa.

*Si s'invertissin els doblers públics, i no es tuedessin, aquestes persones, podrien passar de ser "una despesa social" a una inversió de futur.*

Així, actualment la llei només cobreix les necessitats de les persones majors i amb discapacitat més afectades. La seva incidència ha estat la de reforçar uns recursos assistencials ja existents i que en certa mesura promouen la institucionalització de les persones, en detriment dels serveis de promoció de l'autonomia personal que podrien promoure un model d'atenció més comunitari, que continuen subjectes a modes de finançament inestables.

Algunes entitats veuen aquest escenari de canvi com una possibilitat per a que siguin les administracions les que assumeixin el cost de l'atenció especialitzada que estan donant actualment per a que l'entitat pugui alliberar-se del cost que suposa mantenir una estructura de recursos humans, de gestió i de prestació de serveis i pugui reorientar el seu rol, encaminant-ho cap a la innovació en els serveis i la reivindicació de la universalització de l'atenció en els serveis socio-sanitaris. És el cas d'algunes entitats de persones amb discapacitats física i degenerativa que no poden sostenir el cost que implica mantenir uns equipaments i una atenció altament especialitzada i que es troben en situacions permanentment deficitàries.

## 8. DEPENDÈNCIA I ATENCIÓ A PERSONES AMB MALALTIA MENTAL

### 8.1 INTRODUCCIÓ

S'entén per salut mental l'estat de benestar emocional i psicològic en el que l'individu es capaç de fer ús de les seves habilitats emocionals i cognitives, respondre a les seves funcions socials i a les demandes ordinàries de la vida quotidiana.

La concepció de les persones amb malaltia mental ha canviat en les darreres dècades i així els serveis que abans es prestaven o bé a través d'internaments de llarga estada a Hospitals psiquiàtrics o bé a través de consultes, s'han anat adaptant a aquesta nova visió de les persones amb malaltia mental i es van diversificant per poder permetre una major integració de la persona dins el seu entorn quotidià, així com també s'orienta a les necessitats de les famílies i persones cuidadores amb la finalitat de millorar la seva qualitat de vida.

L'atenció a persones amb malaltia mental es presta majoritàriament, dins l'àmbit sanitari amb un catàleg de dispositius que abasten diferents etapes en el tractament d'una persona que pateix una malaltia mental i integren tant els aspectes sanitaris com socials.

Unitats de salut mental a l'Illa de Mallorca	
Unitats de salut mental adults	6
Unitats salut mental infantojuvenil	3

Font: elaboració pròpia a partir de Ib-Salut (2008)

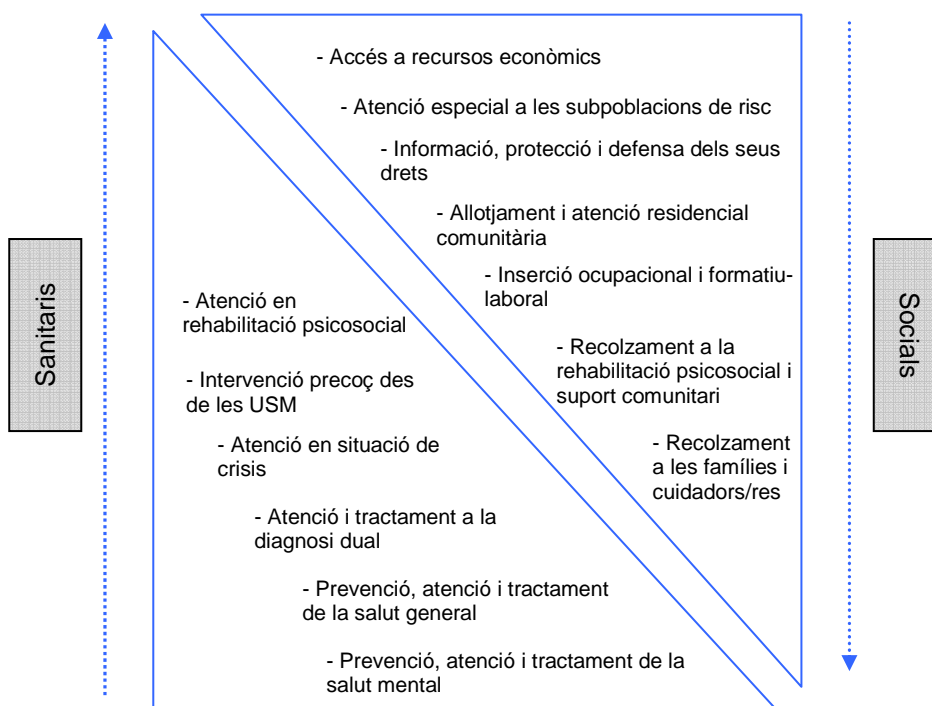
Centres i llits instal·lats		
	N centres	llits instal·lats
Hospital psiquiàtric	1	154
Dispositius comunitaris	19	189
Centres de dia	4	120
Pisos tutelats/supervisats	13	39
Miniresidències	2	30

Font: elaboració pròpia a partir de Ib-Salut (2008)

Ocupació de l'Àrea de Salut Mental				
	Llits funcionant	% ocupació	Ingressos	Estades
Hospitalització	157	93,7%	44	53.497
Unitat de llarga estada (ULE)	15	100%		5.490
Unitat de mitja estada (UME)	24	85,3%	10	7.496
Unitat de mitja estada Galatzó (UMEG)	24	87,8%	4	7.708
Residència psicogeriàtrica	60	97,9%	2	21.444
Unitat de discapacitats mentals amb trastorn del comportament	8	99,0%	1	3.018
Unitat de demències (fins Abril 2008)	1	88,8%		215
Unitat de subaguts	24	92,5%	27	8.126

Font: elaboració pròpia a partir de Ib-Salut (2008)

**Necessitats d'una atenció integral per a les persones amb trastorn mental greu: coordinació en xarxa de tots els serveis.**



Font: elaboració pròpia a partir de Conselleria de Salut i Consum (2006)

Pel que fa a la comunitat de les Illes Balears, el Pla de Salut Mental de les Illes Balears de 1998 va marcar l'enfocament comunitari que havia de tenir el sistema de salut mental i les accions que s'havien de dur a terme.



L'estratègia de Salut Mental de les Illes Balears de l'any 2006 suposa una passa més per l'anàlisi dels recursos existents i defineix unes línies estratègiques. Als dispositius de salut mental que depenen de l'àmbit sanitari, s'hi afegeixen els serveis i programes que es van desenvolupant des de l'àmbit del tercer sector. Així, els familiars de les persones amb malaltia mental, han anat formant associacions per tal de donar resposta a les necessitats que no quedaven cobertes amb els serveis existents.

Segons queda definit a la LPAPAD, la dependència es un estat de caràcter permanent en que es troben les persones que, per raons de l'edat, la malaltia o la discapacitat i juntament amb la falta o la pèrdua d'autonomia física, mental, intel·lectual o sensorial, necessiten l'atenció d'una o varies persones o ajudes importants per realitzar activitats bàsiques de la vida diària o, en el cas de les persones amb discapacitat intel·lectual o malaltia mental, d'altres suports per a la seva autonomia personal.

D'aquesta manera, dins el col·lectiu de persones amb malaltia mental hi ha un grup de persones que estan en situació de dependència i tenen amb la llei una oportunitat de millora de prestacions, no obstant, la aplicació de la llei presenta una sèrie de dificultats.

## 8.2 DESCRIPCIÓ DE POBLACIÓ DE SALUT MENTAL EN EL CONTEXT DE MALLORCA

Segons els resultats de l'Enquesta Nacional de Salut 2006-2007 –ENSE–, el 21,3% de la població espanyola de més de 16 anys presenta riscos de patir malaltia mental —de manera més concreta, el 15,6% dels homes i el 26,8% de les dones. Si extrapolem les dades de l'Enquesta nacional de salut a la població de Mallorca, podem obtenir una estimació de les persones que pateixen o podrien patir malaltia mental a la nostra illa.

Dades absolutes de població a Mallorca amb risc de malaltia mental (majors de 15 anys)			
	Població total	%	Població amb risc
Homes	343.564	16%	54.970
Dones	348.275	27%	94.034
Total	691.839	21%	149.004

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'INE i de l'Enquesta nacional de salut a Espanya 2006-2007

Aquestes dades van lligades a les dades de població censada, segons l'INE; per tant, únicament són orientatives.

Del total de la població que pateix o podria patir una malaltia mental a l'illa de Mallorca, podem dir que el percentatge de la població de dones és superior al d'homes (un 63% són dones i un 37% són homes).

De la mateixa manera que abans extrapolant les dades de l'ENSE pel que fa a les de la població total de Mallorca, ara ho farem amb les dades de què disposam quant a població per territori (mancomunitats, comarques i municipis) i sexe. Els resultats s'han obtingut de les dades

de població de 15 i més anys i els percentatges dels resultats de l'Enquesta nacional de salut 2006- 2007.

Dades estimades de població amb risc de malaltia mental segons àrees (majors de 15 anys). Illa de Mallorca 2007.				
	Població amb risc	Homes	Dones	% sobre conjunt de Mallorca
Llevant	12.360	4.644	7.716	8%
Migjorn	13.862	4.540	7.500	9%
Pla	6.307	2.414	3.893	4%
Ponent	10.666	3.997	6.669	7%
Palma	70.953	25.533	45.420	48%
Nord	12.729	4.849	7.880	9%
Raiguer	16.635	6.211	10.424	11%
Tramuntana	5.492	2.068	3.424	4%
<b>Total</b>	<b>149.004</b>	<b>54.256</b>	<b>92.926</b>	<b>100%</b>

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'INE i de l'Enquesta nacional de salut a Espanya 2006-2007

Els percentatges de població estimada d'homes i dones amb malaltia mental per territoris no s'allunyen dels percentatges de la població estimada total amb malaltia mental; és per això que no s'han reproduït aquestes dades en el quadre.

Les persones amb trastorn mental greu són les persones que estan afectades per un trastorn mental de llarga durada i presenten un alt grau de dependència, representen un grup heterogeni en relació al diagnòstic, edat i evolució de la discapacitat.

L'estratègia de salut mental del 2006 realitza una estimació de les persones amb trastorn mental greu a les Illes balears, aquesta dada no parteix d'un estudi epidemiològic, sinó que a través de la comparació amb altres comunitats autònomes, i segons els criteris de l'Institut de Salut Mental dels Estats Units d'Amèrica (NIMH, 1987) i les dades de la OMS, de les que d'entre un 35 % i un 50% dels casos amb Trastorn Mental greu no estan en contacte amb la xarxa pública de salut mental, es fa una aproximació a la xifra de 5.000 persones, de les que només 2.854 estan ateses a la xarxa pública.

Determina també, una mancança de recursos socials específics per a persones amb trastorn mental greu a les Illes Balears.

### **8.3 EL PAPER DE LES ASSOCIACIONS DEL TERCER SECTOR QUE ATENEN A PERSONES AMB MALALTIA MENTAL I LES SEVES NECESSITATS**

Els serveis que presten les entitats del tercer sector són serveis del tipus Centres de dies o Centres socials, que duen a terme activitats orientades a la rehabilitació per una part i a la organització d'activitats de caire social per tal d'entrenar les habilitats que necessita la persona amb malaltia mental per tar de desenvolupar les seves activitats.

Per un altre part, aquestes entitats ofereixen serveis de caire laboral amb dues modalitats, com a Centres Especial de treball o d'ocupació i serveis d'acompanyament a la inserció laboral en empreses ordinàries.

El tercer sector en l'atenció a persones amb malaltia mental ha omplert un buit d'atenció a través de la creació de serveis i programes a partir de la organització de les famílies afectades i la recerca de recursos tant de caire públic com privat.

Entitats del tercer sector que atenen a persones amb malaltia mental en centres de dia o clubs socials			
Tipus de servei	Localitat	Entitat gestora	Places
Centre de dia	Manacor	Estel de Llevant	40
Centre de dia	Calvià	Fundació deixalles	22
Club Social	Palma	Associació Gira-sol	30

Font: elaboració pròpia

Aquestes associacions són relativament recents (Estel de Llevant es va crear fa 13 anys, i Gira-sol, fa 15) i en el moment actual estan en una fase de reorganització per determinar el seu paper dins la xarxa social d'atenció a les persones amb malaltia mental.

Fa uns anys, l'associació Es Garrover d'Inca, que compartia espai amb UCR, va desaparèixer per falta de finançament i actualment la Fundació Es Garrover es dedica la prestació de serveis laborals (Cet i Servei d'Acompanyament a la Inserció Laboral). La associació Gira-sol es va plantejar el cessament de les activitats a finals de l'any passat per problemes de finançament.

No es disposen de dades de persones valorades per dependència per part de les associacions que atenen a persones amb malaltia mental. La sol·licitud es fa directament per part de la persona o la família i no es registra a les associacions, també han apreciat que el barem que s'utilitza per valorar la dependència no recull les necessitats específiques del seu col·lectiu, i no contempla l'estabilitat en el temps per la realització de les activitats de la vida diària.

Les associacions posen de manifest, que un grup de persones amb trastorn mental greu té molt poc contacte amb els serveis de salut mental, en aquest sentit detecten la necessitat de posar en marxa serveis especialitzats d'atenció domiciliari per tal d'evitar l'aïllament de les persones amb malaltia mental o ampliar-los, ja que aquest servei el presta l'Associació Estel de Llevant, però es considera que no atén a totes les persones que ho necessiten.

Totes aquestes entitats es financen a través de subvencions que reben de les administracions (I.M.A.S., Ajuntaments, ...) quotes dels socis i ajudes puntuals per programes. Les entitats entrevistades realitzen cursos de manera periòdica, i pretenen organitzar la formació a través de plans de formació més sistematitzats. Així mateix, estan implantant sistemes de gestió en qualitat per tal d'aconseguir les certificacions en la gestió dels seus serveis.

## 9. L'ATENCIÓ A LA TERCERA EDAT

### 9.1 CENTRES I PLACES PER A PERSONES MAJORS

Les dades que es presenten en aquest apartat són un conjunt d'indicadors que informen sobre el contingut de la xarxa de serveis socials dirigits a l'atenció a la tercera edat dependent en la illa de Mallorca. La font documental utilitzada ha estat el llistat de centres i serveis comunitaris específics i especialitzats per sectors a Mallorca a data 21/07/2009.

L'any 2009<sup>27</sup>, l'oferta de centres per a persones majors (centres de dia residència, llar de persones majors, habitatges tutelats) a Mallorca és de 53, amb un total de 2.926 places. Això significa que una mica més de 2, de cada 100 persones de 65 anys o més disposa d'una plaça en un centre (índex de cobertura).

Centre i places persones majors per sectors a Mallorca 2009						
		Residència	Centre de dia	Llar de Persones majors	Habitatge Tutelat	Total
Àrea Palma	Centres	4	7	-	-	11
	Places	1.038	211	-	-	1.249
Àrea Tramuntana	Centres	1	1	1	-	3
	Places	120	20	64	-	204
Àrea Raiguer	Centres	4	8	-	3	15
	Places	319	126	-	17	462
Àrea Pla i Nord	Centres	4	5	-	-	9
	Places	258	128	-	-	386
Àrea Llevant	Centres	3	6	-	-	9
	Places	280	105	-	-	385
Àrea Migjorn	Centres	3	3	-	-	6
	Places	178	62	-	-	240
Total Mallorca	Centres	19	30	1	3	53
	Places	2.193	652	64	17	2.926

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'IMAS

Actualment a Mallorca existeixen 19 residències (habitatges permanents i comuns en els quals es presta una assistència integral i continuada a les persones majors), amb un total de 2.193 places (75,0% del total de places per a persones majors). La seva taxa de cobertura actual és a Mallorca de 1,80 places per cada 100 persones majors. Com es pot observar, el major nombre de places ofertes de residències se centra en l'àrea de Palma 1.038 (47,3%).

Els centres de dia per a persones majors són centres intermedis dintre de la cadena assistencial al situar-se entre el domicili i la residència. A l'any 2009 a Mallorca, el nombre de places per a persones majors era de 652, repartides en 30 centres, amb un índex de cobertura de 0,53 places per cada 100 persones majors. A Palma es concentra el 32,45% de les places de centres de dia.

Només existeix un llar de Persones majors a Mallorca que es localitza territorialment l'àrea del Migjorn, que concentra el 2,19% de places (64), amb un índex de cobertura a nivell d'illa del 0,05%. Pel que fa als habitatges tutelats (conjunt d'habitatges independents, agrupats per a la prestació en comuna de serveis col·lectius), en total hi ha 3 habitatges tutelats a Mallorca, amb una oferta total de 17 places, que es concentren en l'àrea del Raiguer. La cobertura de places

<sup>27</sup> Llistat centre i serveis comunitaris específics i especialitzats per sectors a Mallorca 2009

en habitatges tutelats és poc significativa, arriba a al 0,014% de les persones majors de 65 anys.

Resumint es pot afirmar que del total de places, el 75,0% corresponen a Residències, el 22,3% a plaus de centres de dia i la resta (27%) a llars de persones majors i habitatges tutelats.

Índex de cobertura de places de centres de persones majors per sectors a Mallorca 2009				
Àrea	Població	65 i més	Places de serveis comunitaris	Índex de cobertura
Àrea Palma	401.270	53.995	1249	2,3%
Àrea Tramuntana	94.884	12.601	204	1,6%
Àrea Raiguer	98.821	12.849	462	3,6%
Àrea Pla i Nord	104.767	17.832	386	2,2%
Àrea Llevant	80.772	12.575	385	3,1%
Àrea Migjorn	81.883	12.212	240	2,0%
<b>Total Mallorca</b>	<b>862.397</b>	<b>122.064</b>	<b>2.926</b>	<b>2,4%</b>

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'IMAS

L'índex de cobertura per àrees de serveis socials, és el següent:

- A Palma s'hi troben 1.249 de places de centres per a persones majors, el 42,7% del total de la illa. L'índex de cobertura per cada 100 habitants majors de 64 anys és del 2,3%, similar a la global de Mallorca (2,4%).
- A l'àrea de Tramuntana se situen 204 places, que representen un índex de cobertura de 1,6%, la més baixa de totes les àrees.
- A l'àrea del Raiguer es concentren 462 places (15,8%), xifra que representa un índex de cobertura del 3,6%, la més elevada de totes les àrees de Mallorca.
- L'índex de cobertura per cada 100 habitants de l'àrea Pla i Nord és del 2,2%, que correspon a 386 places.
- L'Àrea de Llevant presenta el 13,2% del total de places amb un índex 3,1% (385).
- L'índex de cobertura en l'àrea de Migjorn és de (2,0%), 0,4 punts inferior a la del total de Mallorca.

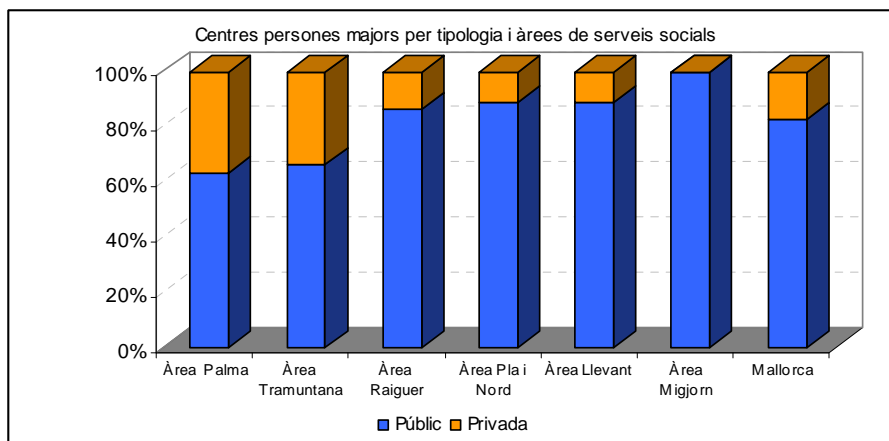
Aquesta disparitat en la cobertura d'aquests serveis, posa de manifest les desigualtats territorials existents en aquest àmbit.

Tipologia de centres de persones majors per sectors a Mallorca 2009			
	Públic	Privada <sup>28</sup>	Total
Àrea Palma	7	4	11
Àrea Tramuntana	2	1	3
Àrea Raiguer	13	2	15
Àrea Pla i Nord	8	1	9
Àrea Llevant	8	1	9
Àrea Migjorn	6	-	6
<b>Total Mallorca</b>	<b>44</b>	<b>9</b>	<b>53</b>

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'IMAS

<sup>28</sup> Entre ells s'inclouen les corresponents al tercer sector.

La titularitat dels centres per a persones majors és majoritàriament pública (83,0%). Aquest model es repeteix a totes les àrees de serveis socials de Mallorca.



Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'IMAS

A més, existeixen serveis comunitaris específics i especialitzats per a les persones majors, com són els següents:

Serveis comunitaris específics i especialitzats per a Gent Gran a Mallorca. 2009			
Prestació o servei	Localitat	Àrea d'atenció	Gestió
Ajudes individuals	Palma, Inca, Manacor	Mallorca	CM (IMAS)
Ajudes familiars	Palma, Inca, Manacor	Mallorca	CB (CAFS)
Oci	Tots el municipis	Illes Balears	CB (CAFS)
Sensibilització col·lectiva	Tots el municipis	Illes Balears	CB (CAFS)
Valoració i diagnòstic	Palma	Mallorca	CM (IMAS)
Tallers per treballar la memòria	Tots el municipis de Mallorca	Mallorca	CM (IMAS)
Assessorament	Tots el municipis de Mallorca	Mallorca	CM (IMAS)
Voluntariat amb persones majors	Palma, Felanitx, Sa Pobla	Palma, Felanitx, Sa Pobla	CM (IMAS)
Valoració i assignació recurs dependència	Mallorca	Mallorca	CB (CAFS)

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'IMAS

## 9.2 EL PAPER DEL TERCER SECTOR

Gomila, en el seu estudi sobre el tercer sector remarca precisament que “el Tercer Sector d'àmbit social ha passat a jugar un paper molt important dins el sistema de serveis socials, tant des del punt de vista de les inversions com dels recursos laborals” ja que representa una mobilitat important de recursos que permet alleugerar els pressupostos públics que s'haurien de destinar a la cobertura dels serveis socials<sup>29</sup>. Però a l'hora de determinar tant el pes del Tercer Sector en els àmbits de la dependència com les característiques que el defineixen ens trobam en la necessitat de fer una anàlisi diferencial. Efectivament, si bé es podria definir un marc d'actuació general del Tercer Sector en l'àmbit de la dependència, fonamentat en varis eixos: diversificació de l'oferta, prevenció, suport familiar i respir, i participació social i formació<sup>30</sup>, les dades del nostre estudi mostren que les entitats que s'hi ocupen, estan molt marcades pel sector en el qual s'intervé i per la tipologia de serveis que ofereix.

<sup>29</sup> Gomila, A. El Tercer Sector d'acció social a Mallorca. Premi Pere Mascaró i Pons 2008, p.3

<sup>30</sup> Marbán Gallego, 2007, Tercer Sector dependència. ([http://www.eco.uva.es/novedades/Ponencias4/Ponencia\\_VMarbanGallego-TercerSector\\_Dependencia.pdf](http://www.eco.uva.es/novedades/Ponencias4/Ponencia_VMarbanGallego-TercerSector_Dependencia.pdf))

La forma en la que històricament ha estat estructurada l'atenció a la tercera edat i l'atenció a la discapacitat configuren la forma de participació dels agents implicats en el serveis socials donant lloc a perfils molt diferents de les entitats que s'ocupen en cada un dels sectors. Així, el Tercer Sector social ocupat en la tercera edat està configurat a partir del pes primordial que ha jugat l'assistència no professional i del paper de la família. Encara ara, la responsabilitat moral de l'atenció a les persones majors segueix essent assumida per la família com a part de les funcions socials que li corresponen, com un àmbit privat, familiar, en el que la reivindicació d'ajuda s'ha fet des de la demanda individual més que col·lectiva. L'alternativa a la família ha estat tradicionalment centrada en l'atenció residencial<sup>31</sup>, en la que l'Església ha jugat un paper molt important. L'Església ha estat paulatinament substituïda per l'empresa privada i per l'administració però no tant per un Tercer Sector que no ha sabut com jugar en una àrea en la que la reivindicació col·lectiva no està assumida. Així doncs, el panorama del Tercer Sector dedicat a l'atenció a la tercera edat dependent queda conformada per un pes majoritari de les grans entitats amb llarga tradició dins els serveis socials (Creu Roja i INTRESS), un persistent però en clara disminució paper de l'Església, a través de les congregacions religioses, i un molt poc important pes d'altres tipus d'entitats que conformen el tercer sector, com fundacions i associacions.

Amb un índex de dependència del 16,45% pràcticament 5 punts inferior a la mitjana estatal, les persones grans de les Illes Balears representen una proporció de població molt elevada. El 76,89% de les sol·licituds de prestacions per dependència a les Illes Balears corresponen a persones majors de 65 anys. Aquesta proporció és encara més elevada a Mallorca, ja que el 88,5% de les sol·licituds correspon a aquest perfil.

Dins l'àmbit específic de l'atenció a la dependència en la tercera edat, el Tercer Sector Social juga un paper bastant relatiu. L'estudi de A. Gomila de 2008 revelava que únicament el 3,45% de les entitats del Tercer Sector es dedicaven a tercera edat (en global). Les nostres dades indiquen que l'actuació en aquest àmbit (tercera edat) és bastant estable, per tant, el seu pes segueix essent, el 2010, molt similar ja que està molt determinat per l'entrada dins l'àmbit de l'atenció a la tercera edat del sector privat amb ànims de lucre i pel creixent pes que està assumint l'administració pública.

Existeixen quatre modalitats de gestió: gestió pública directa, per part d'administració local, autonòmica o insular, gestió 100% privada, gestió pública però prestació de serveis privat a través de concurs i gestió privada amb concert de places. Les modalitats de participació del Tercer Sector en l'atenció a la tercera edat en relació amb l'administració són bàsicament dues: les entitats del Tercer Sector prestatàries de serveis en àrees de gestió pública (ajuntaments) i entitats del Tercer Sector gestores d'àrees de serveis. En aquestes dues modalitats, les característiques de les entitats que hi participen són bastant diferents. En termes globals, pràcticament les dues úniques entitats que tenen un pes rellevant dins l'àmbit de la prestació de serveis d'atenció a la dependència a la tercera edat, de gestió pública són: INTRESS i Creu Roja. INTRESS, amb una major diversificació de serveis, gestiona 6 centres de dia, una residència, els serveis a domicili de 4 municipis i el servei de menjar a domicili de Campos. Creu Roja és prestatària del servei de teleassistència de la mancomunitat del pla i 7 centres de dia (entre ells, un a Palma) i el servei de menjar a domicili de Felanitx i Santanyí.

L'altra modalitat, basada en la gestió de serveis, abasta entitats d'un perfil completament diferent, que es situa un poc al marge entre l'empresa amb ànim de lucre i el Tercer Sector (és el cas de MENTE, i Fundació Verge de Núria) Es tracta de la iniciativa privada nascuda com a empresa amb ànim de lucre que ha creat línies fundacionals amb l'objectiu de poder accedir als concursos públics per a la gestió de serveis socials i a determinades línies de subvenció en virtut de la normativa establerta en la Llei 30/2007 de contractes del sector públic.

---

<sup>31</sup> Amb una representació social negativa, per quan significava la renúncia per part dels fills d'assumir les seves responsabilitats (Gomila Grau, Gomila Grau, Ma, 2003 a <http://www.scribd.com/doc/22730477/Servir-Els-Vells-Cuidar-Els-Pares>)



Aquestes entitats cobreixen el 66% de les places concertades en centres de dia per a majors dependents a Palma. Una de les diferències –important– entre les organitzacions del Tercer Sector tradicional i les entitats vinculades a l'empresa privada és la capacitat d'aquestes darreres d'oferir els espais. Les fundacions provinents d'aquest àmbit disposen d'infraestructura pròpia, que pot convertir-se en un valor afegit en la concurrència pels concursos públics per a la gestió de serveis residencials i d'estades temporals per a persones majors. En aquest àmbit concret de la tercera edat dependent, la iniciativa privada amb ànim de lucre ha entrat amb força, fins el punt no sols d'haver guanyat terreny al tercer sector<sup>32</sup>, sinó d'haver transformat les relacions que el Tercer Sector ha mantingut tradicionalment amb l'administració. Tant és així, que les entitats veuen, cada vegada més, la necessitat de reivindicar un paper diferencial del Tercer Sector, no sols en el reconeixement de la seva tasca sinó en un canvi de model de relacions amb l'administració.

L'administració justifica la seva actuació a partir de l'aplicació de la llei de contractació, que no permet la discriminació entre Tercer Sector i empresa privada, però, segons les entitats del Tercer Sector en dependència a la tercera edat, les empreses privades estan en millors condicions d'oferir pressupostos més ajustats que les entitats del tercer sector. L'actual crisi econòmica hauria fet prevaldre –segons les entitats del tercer sector– els criteris econòmics en la selecció de les entitats gestores i proveïdores de serveis d'atenció a la tercera edat, que ha privilegiat l'empresa privada en detriment, del tercer sector, que no hauria pogut competir a nivell pressupostari. De fet, si el compromís social (integració de persones amb discapacitat, voluntariat, condicions salarials, etc.) ha constituït un valor afegit de les entitats del Tercer Sector en la concurrència competitiva pels concursos dels serveis d'atenció a la dependència, actualment el pressupost constitueix l'element primordial en els criteris de selecció de l'entitat gestora. En aquesta situació, les entitats del tercer sector, precisament pel seu compromís social (especialment pel que fa al personal: millora de salaris, formació, estabilitat contractual) que implica –en la majoria de casos– un cost més elevat, es veuen desplaçats per empreses del sector privat amb ànim de lucre que també amb una oferta diversificada, i sobre tot, amb una major autonomia<sup>33</sup> per diversificar els seus recursos, tenen més marge de maniobra en els seus pressupostos.

Aquesta tendència, molt clara en el cas residencial, segueix la mateixa tendència en els serveis d'estades diürnes, d'ajuda a domicili i altres serveis d'assistència domiciliària (telealarma, SIMAP, menjadors, etc) tant en el sector de tercera edat com en discapacitat, tot i que aquests encara no han entrat en la cartera de serveis de la LPAPAD. És principalment l'Administració (excepte alguns casos puntuals com en el cas de la Mancomunitat del Pla- la que ha anat assumint paulatinament l'àrea de l'assistència a la tercera edat –tant residencial com d'atenció al domicili- abans ocupat en gran part pel Tercer Sector) la regulació de la LPAPAD mostra un interès en mantenir aquest àmbit sectorial dins les mans de l'administració pública<sup>34</sup>.

En canvi, en l'àmbit dels serveis de prevenció de la dependència i potenciació de l'autonomia en l'envelliment així com en els serveis d'acompanyament i suport a les persones cuidadores no professionals (suport a la tramitació, formació de cuidadors, programes de respir), el paper del Tercer Sector segueix essent bàsic, mentre que l'empresa privada n'està pràcticament<sup>35</sup> al marge. En aquest àmbit és especialment important el paper de les associacions (familiars de malalts i persones dependents) sobre tot en l'oferta de serveis complementaris (transport, suport a l'atenció al domicili) i en la diversificació dels serveis (alternatives terapèutiques com risoteràpia, musicoteràpia...). Així i tot, l'administració segueix tenint un pes important en els programes de prevenció de la dependència (tallers de memòria, psicomotricitat) i programes de suport a familiar cuidadors. Aquests serveis, que ofereixen la majoria de municipis de Mallorca són proporcionats per l'IMAS, a través de l'Equip de prevenció de la dependència (abans Equip

---

<sup>32</sup> Amb la pèrdua de concursos per part de les entitats del tercer sector

<sup>33</sup> Op cit. Demetrio Casado, p17

<sup>34</sup> L'interès de l'administració per tenir sota el seu control l'àmbit de la tercera edat permet pensar en l'existència de motius polítics-electoralistes, encara majors si es té en compte que el seu pes en l'àmbit de la prevenció no té el mateix interès.

<sup>35</sup> Amb l'excepció d'empreses especialitzades en l'atenció a determinades patologies, com Mente.

de vellesa i família) però la capacitat de cobertura de la demanda (anual en el cas dels tallers de prevenció i bianual en el cas del suport a cuidadors familiars) demostren la necessitat de comptar també amb els recursos que ofereix el tercer sector.

### 9.3 RESIDÈNCIES I CENTRES D'ESTADES DIÛRNES

---

En l'àmbit residencial (residències, centres de dia) el pes del Tercer Sector és molt escàs, en benefici de l'administració i sobre tot de l'empresa privada (amb o sense línies fundacionals), que ha trobat en el sector dels serveis socials un espai interessant d'acció i ha acabat ocupant espais on abans el Tercer Sector era majoritari. En general, el model d'atenció residencial de la tercera edat en les Illes Balears el mercat té un pes molt important. En relació a les altres CA, Balears té unes proporcions de places privades molt elevades i un índex de concertació molt baix. Així, sols l'1% de les places són concertades, i el 50% son places privades, mentre que a comunitats com Cantàbria o Andalusia, les places privades no superen el 15%. En canvi, a Mallorca, la iniciativa privada amb ànim de lucre gestiona 6 centres residencials i 4 d'estades diürnes, en els què el 66% de les places són concertades, amb un total de 720 places residencials d'assistits i 136 places de centres de dia.

El pes del Tercer Sector és un poc major en els serveis d'estades diürnes. Les entitats del Tercer Sector gestionen o proveeixen de serveis el 63% dels centres de tota Mallorca (dels quals, INTRESS concentra el 26% i Creu Roja el 37%).

La posada en marxa de la LPAPAD està ocasionant certes dificultats de finançament a les entitats del 3S gestores de serveis d'estades diürnes -i en menor mesura també residències-. Aquestes entitats han constatat una disminució molt important de demandes de places concertades. Aquestes places, son ocupades seguint l'ordre d'entrada de la sol·licitud en relació al PIA dels usuaris. El concert de places per part del Govern, en aplicació de la LPAPAD s'ha combinat amb la implantació d'un sistema de prestacions directes a persones dependents, també contemplat en la llei de la dependència, però que és incompatible amb l'ocupació d'una plaça residencial o de Centre de dia –tot i que sí ho és amb el servei a domicili i altres serveis complementaris-. La mateixa LPAPAD estableix el copagament com a forma de finançament de les places, que el Govern estipula en el 40% dels ingressos de l'usuari. La diferència que suposa per la família/usuari el cost que li representa l'accés a una plaça concertada i els ingressos que pot rebre a través de les prestacions ha ocasionat una davallada considerable en les demandes d'una plaça d'estades diürnes. És possible que les causes per les quals les famílies consideren molt més avantatjós percebre la prestació i costejar directament un servei assistencial que no ocupar una plaça de CD no siguin únicament econòmiques. Hi ha altres factors que fan que les famílies/usuaris prefereixin una assistència integral al propi domicili. La persistència d'una concepció tradicional de que són els propis familiars qui s'han d'ocupar de l'assistència de la família i les representacions socials i actituds associades a aquesta<sup>36</sup> són encara factors que tenen un pes considerable en les decisions que duen a terme les famílies en relació a l'assistència dels seus majors.

De qualsevol manera, des de les entitats gestores es considera que –al marge de la qualitat i del tipus de serveis als què es pot accedir en els CD-, el sistema de copagament establert tal i com està a la llei no afavoreix la demanda per part de les famílies. Aquest fet, representa una dificultat afegida especialment a les entitats gestores, ja que si bé el Govern cobreix les despeses pel manteniment de places buides, aquestes representen un cost excessiu per a les entitats gestores. Si a més, tal i com consta en alguns plecs de convenis, són les mateixes entitats les que han d'assumir aquest risc, es troben en una situació molt vulnerable que els fa perdre competitivitat front a l'empresa privada amb ànim de lucre.

---

<sup>36</sup>Op.cit. Gomila Grau, Ma, 2003

Si bé és cert que l'increment del control de l'administració ha permès detectar problemes per part de les empreses privades amb ànim de lucre que han conduït a un canvi d'entitat gestora, no ha estat el Tercer Sector qui se n'ha beneficiat, sinó la mateixa administració –que n'ha assumit la gestió directa- o el mateix sector amb ànim de lucre, amb un simple canvi d'empresa. És el cas de les residències de Oms, Sant Miquel, Son Llebre i els centres de dia de Oms, Sant Miquel i Lluçmajor, que han passat a ser gestionades directament per l'administració local després de les queixes de familiars d'usuaris per la gestió de l'empresa privada que en tenia la gestió<sup>37</sup> o el cas de les residències de tercera edat d'Inca, Montuïri, Sant Joan i Port de Pollença, la gestió de les quals ha passat a una altra empresa (privada amb ànim de lucre)<sup>38</sup>.

## 9.4 SAD I ALTRES SERVEIS COMPLEMENTARIS D'ATENCIÓ A DOMICILI (TELEASSISTÈNCIA, MENJAR A DOMICILI, SIMAD...)

Servei públic d'Ajuda a Domicili		
		% persones dependents respecte als usuaris atesos
Total usuaris atesos	<b>3.236</b>	
Nº Usuaris dependents	1.745	53,92
Índex de cobertura((Usuaris/Pob.>65)*100)	2,5	
<b>Servei públic de Teleassistència</b>		
Total usuaris atesos	<b>5.415</b>	
Usuaris dependents	684	12,63
<b>Servei públic de menjars a domicili</b>		
Total usuaris atesos	<b>1.264</b>	
Usuaris dependents	218	17,24
<b>Servei privat de menjars a domicili</b>		
Total usuaris atesos	0	
Usuaris dependents	<b>21</b>	
Entitats prestatàries	1	Creu Roja
<b>Servei públic de bugaderia a domicili</b>		
Total sol·licitants	0	
Total usuaris atesos	<b>1</b>	
Usuaris dependents	1	100

Com defineix l'IMAS, “El SAD és una prestació social bàsica destinada a facilitar el desenvolupament o manteniment de l'autonomia de les persones a la pròpia llar, prevenir o tractar el deteriorament individual i promoure condicions favorables a les relacions familiars i de convivència i d'aquesta manera contribuir a la integració i permanència de les persones en el seu entorn habitual”<sup>39</sup>. En canvi, tal i com s'ha dit anteriorment, encara no estan dins el catàleg de serveis a la dependència.

Les xifres aportades per l'IMAS sobre el SAD i altres serveis d'atenció domiciliària<sup>40</sup>, calculades en relació a les prestacions del catàleg de serveis de dependència<sup>41</sup>, mostren que hi ha

<sup>37</sup> <http://www.caib.es/govern/sac/fitxa.do?estua=51356&lang=ca&codi=207531&coduo=51356>

<sup>38</sup> *Tres anys d'afers socials*. Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració (2010)

<http://www.caib.es/govern/archivo.do?id=669490>

<sup>39</sup> Memòria IMAS 2009

<sup>40</sup> Dades IMAS de gener 2010

<sup>41</sup> Dades de la CAIB de juliol 2010

pràcticament el doble de usuaris dependents que han accedit a serveis del SAD que usuaris que han accedit a serveis residencials i de centres d'estades de dia i nit. Del total dels 3.236 usuaris de SAD atesos, aproximadament el 24,5% ha estat atès per una única entitat del Tercer Sector (INTRESS), mentre que la resta ha estat atès directament pels ajuntaments o bé per empreses privades. De fet, el paper de les entitats del Tercer Sector en aquest àmbit es concentra molt en els municipis grans. L'Ajuntament de Palma té actualment dos contractes vigents de SAD amb una entitat del Tercer Sector i una empresa privada. En d'altres municipis amb població superior als 20.000 habitants com Inca, Manacor o la Mancomunitat del Pla, que aglutina diversos municipis de poblacions d'entre 3.000 habitants (Sineu) i 750 habitants (Ariany) els serveis són oferts a través o bé d'entitats del Tercer Sector o bé empreses privades (Cooperatives i altres). Per exemple, la Mancomunitat del Pla té subcontractats INTRESS pels centres de dia, Creu Roja pel servei de teleassistència<sup>42</sup> i Alcari pel servei de menjar a domicili. En municipis de menys de 20.000 habitants, els serveis d'atenció a domicili són gestionats directament pels ajuntaments amb personal propi.

Pel que fa el servei de teleassistència, únicament en el cas de Palma és Creu Roja qui proporciona el servei, mentre que en la majoria de municipis de l'illa el servei de teleassistència està ofert per una empresa privada, a través del conveni marc de col.laboració entre la FEMP (Federació Espanyola de Municipis i Províncies) i l'IMSERSO<sup>43</sup>.

La participació d'altres entitats és molt puntual. És el cas d'Alcari, que du els serveis de menjar a domicili de la Mancomunitat del Pla, tot i que el servei està gestionat per la mateixa Mancomunitat, i du els serveis de menjador d'un centre residencial i d'un centre de dia, tot i que l'entitat gestora, segueix essent l'administració local.

## 9.5 ELS PROGRAMES COMUNITARIS DE PREVENCIÓ DE LA DEPENDÈNCIA, PROMOCIÓ DE L'AUTONOMIA I SUPORT A FAMILIARS CUIDADORS I CUIDADORS NO PROFESSIONALS

Al marge d'aquestes actuacions orientades als cuidadors familiars, les entitats del Tercer Sector també tenen un pes important en les actuacions de prevenció. Els tallers de recuperació de memòria o de psicomotricitat constitueixen una part important de les actuacions de moltes de les associacions del tercer sector. En aquest tipus de serveis, són principalment les associacions -com AFAM, o altres associacions de famílies de malalts dependents (amb dependències associades a la vellesa)- les que juguen el paper més important.

Així i tot, cal distingir els diversos programes i l'oferta que s'en fa, ja que el paper que hi juga tant l'administració com el Tercer Sector com l'empresa privada és diferent en relació a les característiques del servei i l'àmbit territorial. Així, la majoria de centres de dia i residències – independentment de la titularitat de l'entitat gestora- inclouen programes de prevenció de la dependència –tallers de memòria, psicomotricitat, etc- pels seus usuaris. En entitats/empreses que ofereixen serveis específics (per exemple MENTE), aquests programes constitueixen un element bàsic en la seva oferta de serveis. Les entitats del Tercer Sector ofereixen també, en els centres d'estades diürnes i residències gestionats per elles, serveis dirigits a promoure l'autonomia dels seus usuaris i poques vegades el servei s'ofereix a no usuaris. Les associacions de familiars i malalts també ofereixen serveis tant de prevenció com a promoció de l'autonomia per a persones ja dependents, i en aquest cas, estan oberts als seus associats. L'IMAS, per la seva part, ofereix també aquests programes de prevenció de la dependència a nivell municipal, oberts a tothom. En canvi, les actuacions de promoció de l'autonomia estan més centrades en els

<sup>42</sup> Un dels pocs casos que es manté aquest servei amb Creu Roja (juntament amb Felanitx), ja que la majoria de municipis ofereixen aquest servei a través de l'empresa Servicio de Teleasistencia SA., instrumentat a través d'un conveni de la FEMP i l'IMSERSO.

<sup>43</sup>

[http://www.imserso.es/imserso\\_01/envejecimiento\\_activo/teleasistencia\\_domiciliaria/procedimiento\\_implantacion/index.htm](http://www.imserso.es/imserso_01/envejecimiento_activo/teleasistencia_domiciliaria/procedimiento_implantacion/index.htm)

centres residencials i d'estades diürnes, amb la qual cosa, són les entitats gestores les que les ofereixen. De la mateixa manera, també els programes orientats als cuidadors familiars i no professionals estan ben diferenciats. L'IMAS ofereix serveis d'ajuda i orientació (informatius-formatius) per a cuidadors familiars exclusivament, mentre que associacions com AFAM, ofereix aquests serveis també a cuidadors no familiars-no professionals. A part d'això, aquestes associacions ofereixen una major diversificació d'aquests tipus de programes, tant a persones dependents com als seus mateixos cuidadors, que no ofereixen altres entitats gestores ni l'administració. S'ha de tenir en compte que les entitats del Tercer Sector abasten entitats constituïdes precisament pels familiars de persones dependents, per tant, ells mateixos són els cuidadors directes d'aquests familiars. Si a més, es té en compte que els pes dels cuidadors no professionals és superior al dels cuidadors professionals<sup>44</sup> es pot tenir una idea de la seva importància en aquest àmbit.

La intenció de la LPAPAD de reduir el pes dels cuidadors no professionals i incrementar el pes dels cuidadors professionals (que hauria d'afavorir la creació de llocs de treball –principalment femení- i que repercutiria en una millora de la qualitat de l'assistència de persones dependents i de les seves famílies) no ha tengut encara una aplicació real. L'informe de la Fundació Alares calcula que un sol el 37% dels beneficiaris de les prestacions com a cuidadors familiars cotitzen a la seguretat social com a tals. D'aquests, aproximadament el 22% són persones majors de 60 anys i més del 55% supera els 50 anys d'edat, amb un important desequilibri de gènere, ja que els cuidadors familiars són principalment dones. En aquest sentit, les activitats –sobre tot formatives, informatives i de suport als cuidadors familiars (vacances, oci) que desenvolupen les associacions de familiars de malats i persones dependents és molt significativa. Les característiques dels serveis prestats per les associacions de familiars de persones dependents presenten certes particularitats: un entorn més afectiu, amb una atenció més directa, molt més centrada en les necessitats i demandes dels usuaris i dels seus familiars, i una major diversificació de serveis. En aquest sentit, les associacions de familiars de persones dependents associades a l'envelliment, es centren molt en la prestació de serveis i deixen un poc de marge la funció reivindicativa i de moviment associatiu. La relació amb les institucions públiques va més enllà del finançament i es centra, precisament, en la prestació de serveis a aquelles persones a les que l'administració no arriba, bé perquè encara no tenen reconeguda la situació de dependència, bé per manca de capacitat de l'administració per cobrir el servei, etc.

---

<sup>44</sup> A les Balears, les prestacions econòmiques per cures en l'entorn familiar representen aproximadament el 75% .

## 9.6 ANÀLISIS DE LA GESTIÓ I PROBLEMÀTICA DEL TERCER SECTOR EN L'ATENCIÓ A LA TERCERA EDAT DEPENDENT

Hem centrat el nostre anàlisi en tres àmbits de gestió: -el finançament, els recursos humans i els sistemes de qualitat-, a través dels quals podem tenir una visió sobre quina és la situació en la que es troben les entitats del Tercer Sector en l'àmbit de la tercera edat dependent, quins riscos han de fer front i quina és la seva problemàtica en el panorama actual de la implantació de la llei de la dependència.

### 9.6.1 EL FINANÇAMENT

El principal problema que planteja l'anàlisi del finançament de les entitats del Tercer Sector és d'unificació dels criteris de descripció de la informació a les memòries. La manca d'un criteri unificat dificulta la comparativa, tot i que una aproximació més global permet detectar patrons molt similars. Per exemple, pel que fa la distribució del pressupost, de l'anàlisi de les memòries s'extreu que una part molt important dels pressupostos de les entitats del Tercer Sector són destinades a cobrir les despeses dels serveis d'atenció a la dependència. Així, Creu Roja destina el 29,02% dels seus ingressos a l'atenció de persones dependents, mentre que les partides destinades a altres serveis no arriba al 6%, exceptuant els serveis de socors i emergències que representa el 17.66%. En el cas d'INTRESS, tot i que a les seves memòries no coincideixen els mateixos criteris de distribució pressupostària, comparant el nombre de personal destinat a cada un dels serveis podem tenir una aproximació del pes que representa, pel seu pressupost global, l'atenció a la dependència. Així, el 52,7% del personal contractat per l'entitat s'ocupa en serveis d'atenció a la dependència<sup>45</sup>, mentre que el 47,2% restant, es distribueix entre els 6 altres àmbits en els quals ofereix serveis l'entitat. Pel que fa les entitats més petites i les associacions de familiars i/o malalts, aquestes solen ser tan especialitzades en dependència que el seu pressupost ocupa el 100%, del qual un 70% cobreix les despeses de gestió i organització dels serveis.

Tot i les dificultats de l'anàlisi, les característiques que defineixen el finançament del Tercer Sector en l'atenció a la tercera edat dependent estaria definits per una forta dependència de l'administració pública i a l'hora una gran diversificació de les fonts de recursos.

#### 1. Forta dependència de l'administració pública

En termes generals, la font de finançament majoritària del Tercer Sector és l'administració (pràcticament el 75%). Per exemple el 32,10% dels ingressos de Creu Roja provenen de la prestació de serveis<sup>46</sup>, generalment a través d'una contractació per part de l'administració. En el cas d'INTRESS, la part del seu pressupost que prové de l'administració és el 93,54%. La majoria del finançament d'aquestes entitats prové dels concursos públics de l'administració. Entitats més petites com fundacions, per exemple, que són gestores de centres de dia, la part del pressupost que no prové de l'administració també és molt reduïda, tot i que disposin d'infraestructura pròpia i de places privades (no concertades).

La normativa generada per la LPAPAD tant a nivell estatal com autonòmic ha de regular i ordenar d'una forma més estricta el funcionament i gestió dels serveis d'atenció a la dependència, així com el seu control per garantir-ne uns mínims de qualitat. Però en una situació de crisi econòmica com l'actual que redueix els recursos que l'administració pot destinar a aquest àmbit, una part dels riscos que fins el moment havia assumit l'administració es traslladen a les entitats, a través de les condicions establertes en els plecs dels concursos públics. Aquests, que

<sup>45</sup> En què s'inclouen també serveis d'atenció a persones amb malalties mentals.

<sup>46</sup> Un 33% prové de l'Hospital, que també es pot considerar finançament públic, ja que entra dins el sistema de salut de l'lbsalut.

també es tornen cada vegada més restrictius, limiten la capacitat d'aquestes de mobilitzar recursos i desenvolupar programes i serveis propis i/o diferents que els permeti ser més competitives. D'altra banda, la millora de la qualitat de l'assistència contemplada en la llei, implica canvis en l'estructura de les entitats que també són viscuts com a riscos. L'exigència de certificacions de qualitat i la regulació de les condicions tant laborals com organitzatives i tècniques obliga a les entitats a fer un sobreesforç econòmic.

Si a aquestes dificultats s'afegeix el retràs en què l'Administració pública fa efectius els pagaments dels serveis, tal i com es denuncia per part d'algunes entitats del tercer sector<sup>47</sup>, no hi ha dubte que la seva situació es pot qualificar de problemàtica.

## 2. Diversificació de les fonts de recursos.

La diversificació d'objectius i àmbits d'actuació d'algunes entitats del Tercer Sector—les més grans com INTRESS i Creu Roja— els permet també una gran diversificació de les fonts de recursos: subvencions, concursos, donacions, aportacions d'associats, voluntariat, etc. Les característiques de les entitats defineixen la possibilitat d'accedir a determinades fonts de finançament. Així per exemple, entitats com Creu Roja o INTRESS es financien bàsicament pels contractes amb l'administració i subvencions de les entitats bancàries. El sistema de finançament dels serveis de residències, centres de dia i SAD gestionat per les entitats<sup>48</sup> és du a terme de forma majoritària a través de concurs públic, en detriment d'altres formes com el conveni o les subvencions. Encara queden alguns dels convenis establerts amb l'Administració però aquesta forma contractual està en procés d'eliminació a mesura que s'estan finalitzant els terminis dels convenis actuals. Aquest sistema, presenta certs avantatges respecte als convenis, però també certs inconvenients. El conveni ha resultat ser, fins ara, més avantatjós per les entitats del TSAS degut en part a que no estableix una durada determinada i s'ha anat renovant anualment de forma automàtica. Aquest sistema genera una major estabilitat en la planificació de la gestió i la contractació de personal. El concurs, en canvi, obliga a les entitats del 3S a competir periòdicament (els contractes són de 2 anys prorrogables a 4 anys) amb altres entitats i empreses privades per la gestió d'un servei. Aquesta inestabilitat representa un risc elevat que pot generar importants pèrdues en l'entitat. Les entitats grans (Intress i Creu Roja) que operen en l'atenció a la tercera edat no disposen d'infraestructures pròpies, com sí que passa en el cas de l'atenció a la discapacitat i en el cas de fundacions<sup>49</sup>. Les residències i espais dels centres de dia són majoritàriament de titularitat municipal o autonòmica, i les entitats del Tercer Sector són únicament gestores i els seus recursos es concentren únicament en el personal i material fungibles. Aquest fet, que podria parèixer un avantatge, constitueix un important handicap en la capacitat de les entitats d'oferir uns serveis i sobre tot, de mantenir una estabilitat en els seus recursos. Amb aquestes condicions, la pèrdua de concursos públics, representa un considerable daltabaix per les entitats, si s'han hagut de fer una inversió important en un moment i per un servei determinat. Aquest risc pot ocasionar un menor nivell d'inversions per part de l'entitat -o una major cautela- que podria repercutir, a la llarga, en un empitjorament de la qualitat del servei. Entitats com Creu Roja asseguren poder cobrir les demandes dels plecs dels concursos, però la dotació d'aquests concursos —tot i ésser major que la dels convenis— no els permet marge de maniobra per assumir aquests riscos.

La concertació de places a través de la Direcció General de Dependència és també una altra de les fórmules de finançament d'entitats com fundacions gestores de centres d'estades diürnes. Aquestes entitats (i aquí també hi ha poques diferències respecte les empreses privades, ja que també que compten amb infraestructures pròpies) es reserven un percentatge (aprox. el 30%) per places privades en les que l'usuari ha de pagar el 100% del cost. Algunes d'aquestes fundacions tenen en realitat el coixí de la iniciativa privada amb ànim de lucre de la que provenen. Tot i que la seva dependència del sector públic també és important, les seves característiques i condicions són molt diferents de les que presenten les entitats del Tercer Sector

<sup>47</sup> <http://www.miquelmaria.cat/wp-content/uploads/2009/06/20090625.pdf>

<sup>48</sup> En aquest àmbit, no hi ha diferència entre Tercer Sector i empresa privada amb ànim de lucre.

<sup>49</sup> La majoria d'elles, provinents de l'iniciativa privada amb ànim de lucre.

tradicional. De fet, com ja s'ha esmentat abans, en l'àmbit de l'assistència residencial les entitats sense ànims de lucre han perdut molt del terreny que tenien anys enrere en benefici tant de l'administració, que n'ha assumit la gestió directa, com sobre tot de l'empresa privada amb ànim de lucre, que amb la creació de línies fundacionals, ha pogut accedir a les mateixes fonts de finançament del tercer sector, mentre que el Tercer Sector ha vist incrementar la competència per un espai en l'àmbit de l'acció social.

El finançament d'actuacions i serveis a través de les subvencions –tant públiques com privades, principalment d'entitats bancàries- constitueix també una font de finançament a la que poden optar les entitats del 3S, al marge dels concursos públics. Són precisament les associacions i entitats del Tercer Sector les que es beneficien més d'aquest recurs, que sol estar destinat a cobrir altres serveis diferents del residencial i complementaris de l'assistència a domicili i permet, a l'hora, diversificar i ampliar l'oferta de serveis (generalment complementaris, de suport a l'assistència i/o de prevenció i potenciació de l'autonomia). El finançament per subvencions –tant directes com en concurrència-, tot i que també encara es manté com a font de recurs important presenta importants inconvenients respecte als concursos públics. Les quantitats són menors, i permet el finançament d'actuacions concretes i en gran part, complementàries. Per exemple, Creu Roja finança serveis de transport adaptat o material específic per a la dependència a través de subvencions amb entitats bancàries. Són també les associacions les que més s'acullen a aquest tipus de figura per a serveis de suport a l'assistència a cuidadors o tallers preventius, per exemple. Així, entitats com AFAM (associació de familiars de malalts d'Alzheimer) obtenen la major part del seu finançament de subvencions amb múltiples entitats (tot i que les de major volum provenen també de l'administració pública amb subvencions nominals). Les subvencions per concurrència presenten, a més, un important inconvenient: l'oferta d'aquests serveis està molt condicionada per l'obtenció de les subvencions. Efectivament, el finançament a través d'aquest tipus de subvencions produeix una major dispersió dels recursos i una menor estabilitat dels programes i serveis, que repercuteix també en la inestabilitat de les plantilles. Tal i com succeeix amb els concursos públics, el finançament a través de subvencions és molt inestable –ja que sempre depèn de la seva concessió o no-. A més, La periodicitat (anual, bianual com a màxim) d'aquestes convocatòries no permet l'elaboració d'una planificació de serveis a mig-llarg termini per part de les entitats del Tercer Sector ni una inversió estable en recursos humans.

Al marge del finançament públic, que representa el gruix del pressupost de les entitats i les subvencions, algunes entitats compten amb finançament privat a partir de donacions i altres aportacions privades, en gran part també per finançar aquests programes comunitaris de prevenció i suport als cuidadors no professionals. Així, per exemple el 26,17% del pressupost de Creu Roja prové de les subvencions i donacions (sense especificar el pes d'una i altra<sup>50</sup>). Creu Roja, degut a que és una entitat molt estesa a nivell estatal i d'una llarga trajectòria històrica en l'àmbit dels serveis socials, disposa d'un finançament propi provinent de la quota d'IRPF per a obra social que li permet una major diversificació de la seva oferta, i per tant, una major diversificació de l'oferta amb serveis propis, que es converteix en un valor afegit en la concurrència als concursos públics. Un exemple són els serveis d'acompanyament i els tallers formatius i de suport a cuidadors.

En termes generals, les característiques i situació actual del finançament del Tercer Sector orientat a l'atenció a la dependència està marcat per una forta inestabilitat dels recursos amb què pot comptar el Tercer Sector que afecta la seva capacitat d'oferir i gestionar serveis. Aquest elevat risc que han d'assumir les entitats, resta autonomia i capacitat d'actuació en la creació d'una oferta complementària a la que proporciona l'administració i que permeti oferir un servei integral d'atenció a les persones majors dependents.

## 9.6.2 ELS RECURSOS HUMANS

---

<sup>50</sup> Memòria de Creu Roja 2009



Les plantilles dels serveis de les entitat del 3S –ja siguin prestataris o gestores- representen el gruix de la despesa d'aquestes. En el cas d'INTRESS, per exemple, la quantitat destinada a aquest concepte va representar el 2009 el 77% del pressupost de l'entitat (Memòria 2009).

En el cas de les residències de persones majors dependents i centres d'estades diürnes, tot i que es poden donar casos de contractació mixta (personal d'un mateix servei contractat per diferents entitats), en la majoria de casos, el personal és contractat directament per l'entitat. El punt 8 de l'Annex 2 del decret 86/2010 que regula la qualitat en l'ocupació del personal, estableix que un mínim del 80% de la plantilla ha de tenir un contracte indefinit, sense especificar categories professionals ni tipus de gestió del servei residencial. Però el fet que la majoria dels concursos tinguin una durada màxima de 2 anys i no es renovin automàticament – com succeïa en el cas dels convenis- sinó que es faci un nou concurs al que s'hi accedeix en concurrència amb altres entitats i empreses, fa difícil mantenir una plantilla estable en certes categories professionals i el respecte de la llei representa un risc molt elevat per les entitats.

D'altra banda, la contractació de personal de residències i centres de dia es regeix pel conveni estatal de residències<sup>51</sup>, que les entitats poden millorar o no en funció de les condicions que els permetin els concursos. De fet, aquesta constitueix una queixa recurrent de les entitats grans del tercer sector, ja que fa dos anys que les condicions dels concursos no els permet millorar els salaris dels llocs de feina que ofereixen.

Si les entitats han hagut de fer un esforç inversor per tal de poder fer front a les condicions exigides en la regulació de la llei: creació de plans de formació, implantació de sistemes de qualitat, adaptació de les ratios dels nivells professionals, etc, la modalitat del concurs representa un risc molt elevat que pot arribar a repercutir en les condicions salarials del professionals del sector. En un context de crisi de finançament com la que pateix l'administració pública actual, les entitats no podrien tenir capacitat per millorar les condicions laborals establertes en els convenis i s'haurien de limitar als mínims que marquen aquests. Combinar la contractació per part de l'administració –directa o per subcontracta- d'una part de la plantilla dels serveis més complementaris (com per exemple neteja, cuina, bugaderia...) amb la contractació de l'altra part del personal per part de l'entitat prestatària guanyadora del concurs podria facilitar el compliment estricte de la normativa i de fet, constitueix una de les estratègies que es posen en marxa. Així mateix, les condicions laborals del sector podrien contribuir a incrementar la mobilitat en el personal d'aquest àmbit especialment en les categories més baixes (menys qualificades i pitjor pagades). En un àmbit amb un elevat índex de mobilitat degut a les mateixes condicions del treball, la inestabilitat i els baixos salaris dificulta el manteniment de plantilles estables en determinades categories professionals i pot arribar a afectar a la qualitat dels serveis que es presten.

Les entitats prestatàries també juguen amb els contractes a temps complet i a temps parcial, així com amb la contractació de personal autònom per tal de poder complir les ratios establertes en la normativa. Així i tot, el compliment de d'aquesta pareix estar ben assumit per les entitats del Tercer Sector en l'atenció a la tercera edat dependent, i tot i que no s'han acabat d'implementar tots els requisits que estableix la llei, les entitats tenen ben present la direcció en la que han de treballar. Es té present que actualment ens trobam encara en procés de desenvolupament de la LPAPAD que exigeix una certa flexibilitat a l'administració en els plaços d'aplicació de la normativa. Així i tot, les dificultats financeres i les contradiccions d'un sistema que, tot i obligar a unes condicions de qualitat de l'ocupació que garanteixin una qualitat del servei, no ofereix els

---

<sup>51</sup> Convenis laborals de residències privades del 2002

<http://www.comb.cat/upload/documents/1085.PDF>

Conveni col·lectiu d'assistència, atenció, diagnòstic, rehabilitació i promoció de persones amb discapacitat

<http://www.caib.es/sacmicrofront/contenido.do?mkey=M48&lang=CA&cont=13528>

Conveni col·lectiu de Servei d'ajuda a domicili

<http://www.caib.es/sacmicrofront/contenido.do?mkey=M48&lang=CA&cont=13615>

mitjans ni recursos necessaris per fer-ho, preocupen a les entitats, que afirmen sentir-se en una situació d'incertesa.

### 9.6.3 VOLUNTARIAT

El decret 86/2010 estableix en l'article 17.5. que les entitats prestadores de serveis socials poden comptar amb personal voluntari, sempre que es respecti l'esperit i contingut de la normativa de voluntariat. Aquest personal no es comptabilitza en el càlcul de les ratios i no pot substituir a personal professional en els serveis bàsics. La utilització d'aquesta categoria de personal és diferent segons el tipus d'entitat. Algunes d'entitats del 3S fan ús d'una part important de la seva plantilla de voluntariat, que en determinats concursos pot constituir un valor afegit: 1) per que formin part de polítiques de foment del voluntariat i de compromís social, 2) per que no representa cap cost i permet presentar pressupostos més baixos, 3) perquè permet oferir serveis complementaris que sense voluntariat no es podrien oferir (especialment relacionats amb acompanyament d'usuaris). De qualsevol manera, el personal voluntari pot arribar a constituir una part molt important del total de la plantilla dels serveis residencials i de centre d'estades diürnes. És el cas de Creu Roja, que estableix<sup>52</sup> un 70% de voluntariat en els serveis que ofereix, i de fet, al Centre de dia s'Estel (Palma), més del 50% són voluntaris (7 persones contractades i entre 8 i 12 voluntaris).

Altres entitats més petites poden comptar també amb voluntariat, però les característiques del voluntariat i del reclutament són diferents en funció de com estigui organitzada a l'entitat la gestió del voluntariat i el pes que aquest té en els serveis. Creu Roja, amb una sòlida experiència en el voluntariat i amb un % molt elevat en els serveis ofertats, té molt regulada tant la tasca dels voluntaris com l'organització i gestió del voluntariat dins els serveis que presta en tots els àmbits. El voluntariat, que entra a través d'un procés regulat, es seleccionat en funció de tota una sèrie de criteris (aptituds, disponibilitat, capacitats...) i reb una formació bàsica i específica del servei i col·lectiu en el qual actuarà. En entitats més petites, en canvi, els/les voluntàries en tenen prou amb manifestar el seu interès i disponibilitat. Les activitats dels programes de prevenció que du a terme l'IMAS també en fa una gestió similar del voluntariat. Gran part dels voluntaris són persones majors (bàsicament dones) amb experiència en la cura de familiars i que ells mateixos, en tant que cuidadors familiars, han rebut la formació específica.

La tasca del voluntariat no és específica de les entitats del tercer sector. Les empreses privades poden també comptar amb la presència de persones –especialitzades o no- que actuen de forma voluntària en tasques complementàries. Així per exemple, l'empresa MENTE, pel fet de ser una empresa especialitzada en el tractament de persones dependents amb demència, compta de forma relativament regular amb psicòlegs que participen de forma voluntària en les teràpies fortes i amb els usuaris més lleus.

La crisi econòmica hauria afectat no sols a les condicions salarials dels professionals sinó a la pròpia composició de les plantilles en relació al serveis que es presten. Per exemple, els problemes de finançament que implica tenir places sense cobrir al centre de dia o residència pot obligar a les entitats a revisar els serveis complementaris que ofereixen degut a les dificultats de mantenir contractes de personal especialitzat. En determinats serveis, el personal contractat pot ser substituït per voluntariat, però en serveis bàsics i/o especialitzats no és possible, i mantenir personal especialitzat (psicòlegs, metges, fisioterapeutes...) representa un cost elevat al qual les entitats i empreses privades han de fer front per ser competitives.

Tot i l'estricta regulació sobre les condicions dels recursos humans que es destinen a l'atenció de la dependència, la situació actual permet plantejar fins quin punt l'estabilitat d'aquest sistema és sostenible durant un temps llarg.

---

<sup>52</sup> S'estableix en els Plans Nacionals d'Acció de l'entitat, que són quadrilaterals.

#### 9.6.4 FORMACIÓ

El compliment de la normativa té diferent impacte segons el tipus d'entitat. Les entitats grans han tingut capacitat d'introduir la formació del seu personal dins els propis plans de qualitat, tal i com estableix l'article 17.4 del decret 86/2010, Creu Roja i INTRESS inclouen la formació específica dels professionals en l'assistència a la dependència a les persones majors dins els seus sistemes de qualitat a través dels plans de formació. Tant INTRESS com Creu Roja disposen d'un pla de formació pel seu personal propi amb el reciclatge i l'especialització a partir de cursos de postgrau (direcció i gestió de serveis personals i de benestar social, direcció i gestió de residències) i de cursos presencials i on-line específics sobre benestar social en l'atenció a persones, tant per a treballadors com per a entitats, empreses i administracions públiques. Al marge d'aquests cursos d'especialització, les entitats duen a terme formació en l'àmbit de la gestió, prevenció de riscos (secundària i terciària<sup>53</sup>) i intervenció social, per exemple.

Les entitats més petites gestores de serveis residencials i de centres de dia, tenen majors dificultats per fer una planificació organitzada de formació, i centren la seva acció formativa en activitats (seminaris, tallers) orientades a la formació –especialment en riscos laborals i en temes molt puntuals relacionats amb la prestació de serveis d'atenció a persones dependents-. En canvi, les entitats orientades a la prestació d'altres serveis d'atenció a la dependència, com són les associacions de familiars de persones dependents, per exemple, posen l'esforç formatiu en els seus propis socis, com a cuidadors familiars. Per la seva part, l'administració (l'IMAS) ofereix també serveis de formació, acompanyament i respir per a cuidadors familiars, però –com a servei públic- ho fa sense mantenir cap relació amb entitats que impliquin una afiliació particular.

#### 9.6.5 SISTEMES DE QUALITAT

La LPAPD, a través del Títol II posa molt d'èmfasi en la qualitat del sistema d'atenció a la dependència i obliga a la implantació de mesures per garantir aquesta qualitat, a desenvolupar per part de les Comunitats autònomes. El decret 86/2010 de fet estableix l'exigència d'un pla de gestió de qualitat i un comitè de qualitat encarregat de vetllar per la qualitat –en les disposicions addicionals-, però la normativa específica que obliga a disposar d'una certificació no està encara elaborada. Les entitats grans com INTRESS i Creu Roja ja disposen de certificació de qualitat (ISO) per a diferents àmbits - formació, medi ambiental, igualtat d'oportunitats, prevenció de riscos i protecció de dades, i voluntariat en el cas de Creu Roja- que acredita l'existència d'una planificació en cada un dels àmbits estipulats en la llei. Les certificacions són aportades per departaments propis o externs de control de qualitat. Aquestes entitats disposen, a més, de sistemes interns per a l'avaluació de la qualitat i nivell de satisfacció dels usuaris que es sol reflectir en les memòries.

En canvi, les entitats petites que gestionen serveis de Centres de dia no disposen d'aquestes certificacions. A l'espera de la seva concreció, aquestes entitats reben el control de les administracions (IMAS, Conselleria i Ajuntaments) dins àrees específiques (sanitat, treball, barreres arquitectòniques). Algunes disposen d'alguns sistemes d'avaluació de la satisfacció dels usuaris, tot i que d'una manera poc sistemàtica i més a través de les queixes –o absència de- que a través de mecanismes específics.

### 9.7 CONCLUSIONS

---

Una vegada vistes les característiques que presenten, podríem sintetitzar la situació que viu actualment el tercer sector, en l'àmbit de l'atenció la tercera edat, en els següents aspectes:

---

<sup>53</sup> Els professionals com a col·lectiu destinatari de serveis (dels programes d'ajuda a la dependència). Anuari de l'envelliment 2009 p.310,311,312

- Forta competència per part de l'empresa privada amb ànim de lucre dins l'àmbit de l'atenció a la tercera edat. Segons les entitats del Tercer Sector, l'emergència de línies fundacionals d'empreses privades, no sols desvirtua el sentit del tercer sector, creant confusió en la definició del mateix, sinó que presenta també un elevat risc per a la qualitat de l'atenció social a nivell general. El desplaçament del Tercer Sector deixa una part molt important de l'oferta de serveis i la capacitat de cobrir la demanda d'atenció social en mans del mercat, amb uns interessos clars de maximització de beneficis i minimització de costos. Tot i que el pes de l'administració pública segueix essent important, és evident que no és capaç d'assumir la totalitat del cost de l'atenció a la dependència, i la tendència sembla anar en la direcció d'una major privatització d'uns serveis concebuts com a dret social<sup>54</sup>.

- El procés de desenvolupament de la Llei per part de l'administració està essent problemàtica, tant pel que fa a la uniformitat i claredat en el model que intenta regular com pel que fa al finançament, que en un sistema centralitzat, com el que representa la LPAPAD, afecta tota l'estructura dels serveis socials. La qualitat dels serveis està, més que mai, en funció dels recursos globals de l'administració autonòmica, la qual cosa –en un context de crisi- afecta tant les administracions locals com les mateixes entitats, reduint la seva capacitat d'autonomia en l'oferta i prestació dels serveis.

- La crisi de finançament i el model de relació entre l'administració pública i el Tercer Sector predominant, fa que aquest darrer hagi d'assumir molts més riscos que amb altres models. Amb això, el TS perd autonomia per a posar en marxa línies d'actuació específiques, que afecta la seva capacitat de competència en el mercat.

En línies generals, el desenvolupament de la LPAPAD està deixant una sensació de provisionalitat en les entitats del Tercer Sector dedicades a l'atenció de la tercera edat dependent. Les entitats semblen estar a l'espera del desenvolupament complet de la normativa a nivell autonòmic i intenten adaptar-se a les previsions que va marcant el procés.

---

<sup>54</sup> Un exemple és la Llei de contractes de la Unió Europea, que no permet discriminar entre Tercer Sector i l'iniciativa privada lucrativa. <http://www.miquelmaria.cat/wp-content/uploads/2009/06/20090625.pdf>

## 10. DAFO I PROPOSTES DE MILLORA

### FORTALESES (1/2)

#### De les pròpies entitats

Aplicació de sistemes de gestió de qualitat en centres i serveis, i d'auditories econòmiques.  
Diversitat de recursos, programes, serveis i activitats per atendre les diferents necessitats.  
Visió i atenció global i integral de les necessitats enfocament multidisciplinar i sistèmic (basat en les famílies).  
Diversificació de fonts de finançament i alta capacitat de mobilització de recursos.  
Compromís i valors socials com a valor afegit.  
Capacitat de mobilització i participació social.  
Capacitat d'adequació als casos (personalització, individualització).  
Majors possibilitats d'orientació de la seva intervenció en l'acció preventiva i en altres àmbits que no cobreix → no del tot- ni l'administració ni l'empresa privada.  
Les associacions disposen d'una amplia experiència en la prestació de serveis a persones amb malaltia mental i altres sectors (superespecialització).  
Alta qualitat i especialització dels serveis que ofereixen algunes entitats.  
El paper que realitzen aquestes associacions en la prevenció de les recaigudes i hospitalitzacions de les persones que atenen, sobretot quant a malaltia mental i d'altres.  
La forta aposta que fan per la promoció de l'autonomia personal/funcional).  
En el cas d'associacions, participació activa dels destinataris directes/indirectes dels serveis en la gestió/planificació estratègica.  
Capacitat de donar resposta ràpida a les demandes i necessitats (vs. Administració).

### FORTALESES (2/2)

#### De les relacions entre entitats

En el sector de les persones amb discapacitat i malaltia mental, existeixen estructures de segon nivell, federacions, que representen interessos comuns de les entitats front a altres interlocutors donen resposta a necessitats compartides (qualitat, inserció laboral, accessibilitat, ...).  
S'ha constituït el TSAS de les Illes Balears, que integra moltes entitats de persones amb discapacitat.

#### De les relacions amb l'Administració

Estabilitat del sistema de concert en el sector de la discapacitat, que reconeix la tasca social que duen a terme les entitats i el seu rol dins el sistema de prestacions públiques.  
Declaració d'utilitat pública de moltes entitats.

Del sistema de serveis socials

Augment de la formació professional en el sector de persones amb discapacitat .  
Reconeixement del dret a l'accés a determinades prestacions com a dret subjectiu.

## OPORTUNITATS (1/2)

### De les pròpies entitats

Oportunitat de garantir la continuïtat en les tasques d'assistència front a les dificultats de les administracions públiques per establir dispositius de gestió interdepartamentals (sobretot pel que fa a necessitats no cobertes de determinats sectors, sobretot, salut mental).

La nova llei de serveis socials (i de dependència) pot suposar un marc de millora dels serveis.

Aprofitar l'actual crisi:

- per guanyar en eficiència, oferint una millor relació preu/qualitat dels serveis
- per potenciar la participació real dels destinataris en la gestió i planificació dels serveis
- per mobilitzar-se i donar visibilitat a la tasca que realitzen (millorar la transparència), i denunciar les necessitats no cobertes

### De les relacions entre entitats

La creació de la federació d'entitats de salut mental permetrà cohesionar el sector.

Les federacions d'entitats del sector de persones amb discapacitat disposen d'estructures que potencialment poden cohesionar el sector, establir sinèrgies i relacions de col·laboració.

L'aparició del Tercer Sector Social com a plataforma permet amalgamar les entitats i exercir un lobby més fort de pressió per al desenvolupament de la promoció de l'autonomia personal i prevenció de la dependència, sobretot quant a persones amb discapacitat.

### De les relacions amb l'Administració

La predisposició de l'Administració per l'elaboració del pla sectorial de salut mental.

Procés de planificació estratègica de l'IMAS i algunes entitats locals que compten amb la participació de les entitats del TSAS

## OPORTUNITATS (2/2)

### Del sistema de serveis socials

L'entrada en vigor del Pla Sectorial de persones amb discapacitat 2011-2014 (IMAS).

El reconeixement de dret que atorga la LPAPAD pot millorar la situació del sector i articular millor l'atenció comunitària amb l'atenció especialitzada.

Desplegament de la llei de serveis socials 4/2009.



## DEBILITATS (1/4)

### De les pròpies entitats

Disminució de l'acció reivindicativa del Tercer Sector.

Disminució de la participació activa dels destinataris en la resolució de les dificultats col·lectives.

Mancança d'investigació per visibilitzar necessitats emergents i avaluar l'eficàcia dels tractaments, i actuacions que es duen a terme.

Dificultats per a assegurar la continuïtat (sostenibilitat econòmica) dels serveis i amb això, les dificultats per garantir una estabilitat i qualitat dels seus recursos humans i materials.

Mancances de coneixements i recursos tècnics especialitzats en la gestió administrativa i econòmico-financera d'algunes entitats.

Dificultats per complir amb el criteri d'accessibilitat -assequibilitat en la prestació de serveis per als seus propis usuaris-socis.

Pocs instruments d'innovació.

Pocs instruments d'avaluació que permetin mostrar públicament els resultats i comparar els resultats d'unes entitats amb d'altres.

Falta d'igualtat d'oportunitats de les entitats més petites, que tenen moltes dificultats per créixer.

Pèrdua de llocs de treball a efectes de la crisi.

Manca de transparència dels resultats, en alguns casos.

En alguns casos, manca de renovació dels càrrecs directius (polítics o tècnics).

Baix nivell de remuneració dels tècnics, que pot dificultar la contractació de determinats tècnics i mobilitat del personal per motius econòmics.

Mancances en la planificació estratègica.

### De les relacions entre entitats

Excessiva preocupació pel manteniment econòmic de la pròpia entitat que dificulta les relacions de cooperació entre entitats.

Manca de canals formals de relació i representació dels interessos comuns entre les federacions d'entitats de discapacitat.

Disgregació i atomització del sector d'entitats de persones amb discapacitat.

Manca de relació amb institucions socials com universitats, col·legis oficials, sindicats i patronals.

Manca d'estructures del mateix sector que donin suport de forma solidària a necessitats més minoritàries.

Falta de cohesió entre les entitats del TSAS, que entren en relació de competència per recursos escassos. (Sobretot del sector de persones amb discapacitat (és l'única CCAA sense CERMI autonòmic).

## DEBILITATS (2/4)

### De les relacions amb l'Administració

Insuficiència de criteris de prioritització, com ara clàusules socials, que afavoreixin el concert en la gestió dels serveis per part de les entitats del TSAS.

Inestabilitat en el finançament dels serveis de promoció de l'autonomia personal i prevenció de la dependència.

Influència política de l'Administració en les activitats de les entitats (a través del finançament i la inspecció) que modifica la forma d'organització de les entitats.

La dependència econòmica i la manca de diversificació dels ingressos econòmics de les entitats poden generar dependència política.

Manca d'estructures de representació del sector de persones amb discapacitat que puguin exercir com a lobby de pressió específic.

El sistema de finançament, basat en subvencions, fa precària la prestació dels serveis.

La insuficiència de recursos per a la implantació completa de la LPAPAD.

**DEBILITATS (2/4)**

Augmenten els requisits i obligacions legals (Llei protecció de dades, sistemes de gestió de qualitat, llei de subvencions, prevenció de risc laborals, ...) que obliguen a les entitats a augmentar la seva estructura de suport, en detriment dels serveis directes als destinataris dels serveis.

### DEBILITATS (3/4)

#### Del sistema de serveis socials

Poca planificació, recerca i anàlisi de les necessitats actuals i futures.

Falta de coordinació i de definició de competències clares entre les diferents administracions implicades (Govern de les Illes Balears, Consell de Mallorca).

Augment de la complexitat del circuit de valoració: més burocratitzat i complex.

Falta de coordinació entre els sistemes sanitari, educatiu, laboral i social.

Falta de coordinació del sistema socio-sanitari que deixa fora diferents col·lectius, especialment, el de salut mental i altes malalties.

Falta de places en els serveis que promouen l'autonomia personal, fet que ocasiona que moltes persones no estiguin en el servei més adient per a la seva problemàtica, el que dificulta la seva evolució cap a l'autonomia, augmentant el seu grau de dependència.

Falta d'adequació en l'atenció a casos que necessiten un suport especial en els centres o fora d'ells i que ara no el tenen. (especialment en casos de salut mental).

Dificultats especials per a la vida autònoma de grans discapacitats, especialment en el cas de paràlisi cerebral.

Deficient sistema de transport.

Existència de llista d'espera als centres i a Treball amb suport.

Falta de transparència pel que a fa a la publicitat de les llistes d'espera.

Manca d'infraestructures.

Manca d'una aposta clara per la promoció de l'autonomia personal i la prevenció de la dependència.

Manca d'articulació entre la xarxa d'atenció comunitària i la xarxa especialitzada.

Manca de recursos per dur a terme una actuació correcta per part de l'administració de seguiment i control de qualitat dels serveis a la tercera edat quan l'atenció es dona al propi domicili per part de cuidadors no professionals.

Manca de finançament per a àmbits que són imprescindibles per a poder fer un seguiment i valorar tant la demanda com la mateixa prestació d'ajut a la dependència, com és l'anàlisi de les dades que reben periòdicament de les administracions locals i entitats gestores.

### DEBILITATS (4/4)

#### Del sistema de serveis socials

Doble sistema de valoració (discapacitat/dependència).

Manca d'un sistema que reculli informació global dels beneficiaris del sistema, els resultats, ... que permeti l'anàlisi de dades i orienti la planificació.

El barem per valorar la dependència, no té en compte les característiques de les persones amb malaltia mental o altres malalties (fatiga, símptomes sensitius, brots...).

El progressiu desplegament de la LPAPAD don a resposta a les necessitats de les persones de la 3edat, però no de les persones amb discapacitat física, intel·lectual o amb malaltia mental.

Es regula des de l'àmbit estatal competències transferides a les comunitats autònomes:

- Falta de criteris unitaris sobre el reglament de qualitat dels serveis i falta de normativa comú sobre requisits per a les instal·lacions i ràtios de personal i d'acreditació dels centres.
- Falta d'equitat entre CCAA en l'accés als serveis

Caràcter familista i model institucionalitzat del sistema: alt pes de les prestacions econòmiques i de prestacions residencials. Inexistència de prestacions de dret reconegudes

per a la promoció de l'autonomia personal i prevenció de la dependència (a les Illes Balears i a Mallorca).  
Manca d'especialització de les institucions públiques en matèria de persones amb discapacitat.

## AMENACES (1/3)

### De les pròpies entitats

Pèrdua de capacitat d'adequació als casos per l'obligació de ser competitives.

Risc de disminució de la qualitat assistencial per l'obligació de ser competitives.

Pèrdua de representativitat respecte del seu propi sector (discapacitat) si desapareix la implicació i participació de les bases socials).

Pèrdua de capacitat de reivindicació per les exigències d'aspectes relacionats amb la gestió.

Risc d'aparició d'estructures escindides dins les pròpies entitats entre les persones sòcies i les que s'ocupen de la gestió: no-confluència d'interessos i prioritats.

Manca d'adequació de l'estructura d'associació als requisits de gestió

Amenaça d'excessiva burocratització i pèrdua dels valors de les pròpies entitats.

### De les relacions entre entitats

Risc de pèrdua d'unitat del sector i escissió entre les que presten serveis concertats per la LPAPAD i aquelles altres que no, ocasionat per una dependència de l'administració i de l'assumpció del rol d'entitats prestadores de serveis .

Risc de pèrdua d'unitat en la lluita pel desenvolupament de la universalització dels serveis socials, si hi ha la percepció, per part d'algunes entitats, de que els seus propis objectius d'universalització ja estan complets.

Relació centrada en la competència per l'accés al concert que dificultat de la creació de xarxes d'entitats en el cas de la tercera edat.

## AMENACES (2/3)

### De les relacions amb l'Administració

Excessiva dependència de l'administració pública.

Augment de la competència de l'empresa privada amb ànim de lucre dins el sector de l'atenció a la dependència.

Establiment dels concursos com a sistema preferencial de contractació de serveis ( específic tercera edat).

Reducció de les subvencions de la Conselleria de Salut que afectaran a les entitats de persones amb discapacitat que hi tenien relació.

Manca de recursos per dur a terme un seguiment i control de qualitat dels serveis a la tercera edat quan l'atenció es dona al propi domicili per part de cuidadors no professionals.

Dispersió i manca d'una estructura normativa clara del sistema d'atenció a la dependència.

Lentitud en la tramitació dels expedients de dependència.

Les noves normatives suposen unes condicions, d'espais, ràtios, ... que no es poden assumir.

La falta d'especialització de les administracions en els serveis específics que requereixen les persones amb discapacitat implica un risc de pèrdua del coneixement que han acumulat aquestes entitats si es perden els sistemes de gestió actuals.

### AMENACES (3/3)

#### Del sistema de serveis socials

Falta de finançament per a desenvolupar de manera simultània la llei de serveis socials i la llei LPAPAD.

Risc de no arribar a desplegar la promoció de l'autonomia personal i prevenció de la dependència i de recaure en el model assistencial degut a la crisi econòmica.

El desenvolupament de la llei LPAPAD pot crear dues llistes d'accés, amb dos tipus de circuits i recursos que pot implicar menys qualitat que l'actual sistema.

El desenvolupament de la llei LPAPAD pot anar en detriment de l'atenció a tot allò que és discapacitat però no es contempla en la llei LPAPAD, el risc de que "la dependència es mengi la discapacitat".

Risc de recaure en el plantejament assistencial dels serveis socials degut a la crisi.

Risc de no poder sostenir un sistema de prestacions basat en un model institucional en la situació de crisi actual.

Risc de que s'imposi un sistema excessivament institucionalitzat (front a models més comunitaris d'atenció).

Risc de que es continui amb un model d'atenció familista i institucionalitzat.

Risc de que el pes en l'assistència continuï a recaure en les famílies, és a dir, en les dones.

## PROPOSTES DE CANVI/MILLORA

1. En el sistema del copagament, reduir el percentatge que ha d'assumir l'usuari. Aquest sistema permetria a les famílies percebre els serveis que s'ofereixen als centres de dia com a una millora en la qualitat de l'assistència amb un menor cost per l'usuari i/o la seva família.
2. Afegir la millora laboral de la plantilla com a valor afegit en els criteris dels concursos, com a sistema per garantir uns nivells de qualitat acceptables.
3. Donar més pes a les actuacions preventives i de promoció de l'autonomia, tot i garantint la cobertura de la dependència més greu.
4. Crear una xarxa de serveis amb la inclusió del tercer sector amb una dotació econòmica adequada.
5. Canviar el sistema de subvencions pel sistema de concert de places.
6. Creació de serveis especialitzats d'atenció domiciliària per a persones amb malaltia mental.
7. Dur a terme un pla d'actuacions que no es quedi en declaracions d'intencions.
8. Dur a terme les accions del pla estratègic del 2006.
9. Crear un sistema de registre de dades i d'indicadors de gestió unitari que permeti dur a terme comparacions i avaluar resultats de les diferents entitats prestadores de serveis.
10. Invertir en accions de recerca que permetin detectar noves necessitats emergents i avaluar l'impacte de les accions que es duen a terme.
11. Crear més infraestructures.
12. Millorar la coordinació entre les administracions per evitar duplicitats.



# 11. CONCLUSIONS

## 11.1 GENT GRAN, DISCAPACITAT I DEPENDÈNCIA A LES ILLES BALEARS I MALLORCA

- La xifra total de persones dependents a les Illes Balears és alleugerida, en termes relatius, per la forta presència de població immigrada que pertany a un grup d'edat amb menors taxes de dependència.
- Els homes que es troben en situació de dependència per complicacions derivades de la seva edat tenen majors probabilitats de viure en parella que les dones, que tenen majors probabilitats de trobar-se vídues en aquesta situació.
- La població de 65 anys i més es distribueix de forma irregular al territori insular. Pot observar-se com a mesura que disminueix el tamany del municipi la proporció de població de 65 anys augmenta.
- La població amb discapacitat reconeguda de Mallorca en 2008, es distribueix per àrees de serveis socials. Més de la meitat de la població amb discapacitat es concentra a Palma.
- Segons el perfil de la persona sol·licitant, si s'observa la diferència de valoracions de dependència entre homes i dones, s'aprecia una major prevalença de dependència de les dones enfront dels homes.
- Igualment, la distribució de valoracions per intervals d'edat mostra que la major part de les persones valorades tenen 65 o més anys d'edat.
- Si es comparen les diferències per sexe dividides per grans grups d'edat, es pot apreciar que fins als 64 anys es manté el predomini dels homes, però en l'interval de 65 i més anys d'edat s'observa l'increment de les dones, fonamentalment en l'interval de majors (80 i més anys d'edat). En aquest grup d'edat es troben les diferències més importants entre sexes i es dona una ampla majoria de dones
- Quan s'estudia el total de persones beneficiàries per sexe, es pot apreciar que se segueixen mantenint, independentment del grau de dependència, una distribució en torn a les dues terceres parts per a les dones i una tercera part per als homes.
- Les persones majors de 64 anys són gairebé la totalitat del conjunt de persones dependents amb dret a prestació.
- La distribució en dels dictàmens efectuats a Mallorca segons el grau de dependència mostra que el grau de gran dependència (Grau III) és el que presenta una major incidència entre la població analitzada, seguida de les persones reconegudes en situació de dependència severa i la dependència moderada.
- Les xifres referents a la tipologia de serveis prestats a Mallorca ens parlen d'un model d'atenció altament centrat en la família i institucionalitzat:
  - De les 10.827 persones que tenen reconeguda la seva situació de dependència a Mallorca, 7.743 (el 71,5%) tenen dret a rebre una prestació. La resta, 3.084,

són també persones dependents reconegudes per Llei però, no obstant això, no els correspon encara una prestació.

- La prestació econòmica per a la cura dintre de l'entorn familiar suposa el 72,3% del total de prestacions. El nombre d'usuaris que va utilitzar el servei d'atenció residencial va ser de 1.386, el que suposa un, 17,9% de les prestacions. La resta de prestacions tenen percentatges molt més baixos.

## 11.2 EL ROL DEL TSAS A LA LPAPAD I LA LLEI 4/2009

---

Amb el desplegament de la Llei de Promoció de l'Autonomia Personal i Prevenció i Atenció a la Dependència, l'atenció a la dependència esdevé un dret subjectiu i universal. El desplegament d'aquesta llei coincideix amb l'entrada en vigor i de la recentment aprovada Llei 4/2009 de serveis socials que estableix el principi de la universalització dels serveis socials que considera com a dret subjectiu i universal.

La definició de la cartera de serveis socials fixarà les prestacions del sistema públic de serveis amb criteris de sostenibilitat que poden requerir de les persones usuàries en el pagament de serveis. La definició de la Cartera de Serveis és la que establirà els mecanismes que poden garantir aquest dret i aquest pas d'un sistema assistencial a un sistema garant de drets socials. Així mateix, la Cartera establirà la diferència entre aquelles prestacions que seran exigibles com a dret subjectiu i aquelles que ho seran segons les disponibilitats pressupostàries i en funció dels principis de concurrència i prelación, que poden posar en perill la seva universalitat.

El principi d'universalitat només pot ésser efectiu si es poden finançar les seves prestacions, de manera que calen estudis econòmics que garanteixin la sostenibilitat del conjunt de prestacions del sistema i atendre a tota la demanda. Si aquestes no es poden garantir, el sistema continuarà debilitat i dependent de les disponibilitats pressupostàries.

Tant la Llei 4/2009 de serveis socials com la LPAPAD fan referència al rol que ha de jugar el TSAS en el sistema de serveis socials, si bé en cap de les dues aquest queda del tot definit. Si bé la LPAPAD reconeix l'aportació específica del TSAS, la Llei 4/2009, si bé també ho fa, ho fa en termes d' "entitat d'iniciativa social" i li atorga els mateixos rols en la provisió de serveis del sistema de serveis socials que a les entitats d'iniciativa privada o mercantil, basant-se en els principis d'igualtat de la constitució i en el de lliure competència del tractat de la Unió Europea.

En aquesta interrelació entre el TSAS i les administracions, en la que les entitats molts cops esdevenen instruments que permeten a l'administració abaratir el cost de la prestació dels serveis, aquestes corren el perill de ser assimilades a les entitats privades d'iniciativa mercantil i de perdre el seu caràcter de denúncia, pressió i innovació en els serveis, així com de representació d'un determinat col·lectiu.

Les entitats de persones majors i de persones amb discapacitat han col·laborat en la universalització de les prestacions incloses a la Llei LPAPAD tant des del seu rol de lobby de pressió, com des de que iniciaren el seu rol com a prestadores principals de serveis disponibles per aquests col·lectius, sobretot en el cas de les persones amb discapacitat. En la universalització d'aquest tipus d'atenció, aquestes entitats poden esdevenir "proveïdores" de les tasques que venien desenvolupant, a un col·lectiu més ampli. Es corre el risc de que no tots els col·lectius rebin la mateixa atenció universal.

D'entrada, tant les entitats de tercera edat com les entitats persones amb discapacitat, en tant que col·lectius on és preferent la universalització de l'atenció, són potencials "socis preferents" de l'Estat de Benestar, en un possible detriment de les entitats d'altres col·lectius.

Front a aquestes possibilitats, el Tercer Sector d'Acció Social podria actuar cohesionat en defensa d'una universalització extensiva, i no selectiva, dels serveis socials, tot assegurant-se la seva presència. L'estat hauria de garantir, la provisió universal dels serveis, però no prestar-los tots directament. És més, l'estat és bastant probable que prefereixi mantenir el tercer sector com a "proveïdor privat d'allò públic" (Giner i Montagut, 2005), sobretot en un entorn marcat per la

provisió a la baixa. Amb aquest model, l'estat s'estalvia diners, els costos de transacció de serveis i de creació d'estructura. Resulta més barat i flexible i menys burocràtic col·laborar amb les entitats del tercer sector. I a més a més, l'estat pot aprofitar la seva proximitat, la seva multisectorialitat i la seva tradició en la provisió de serveis en aquest àmbit.

El paper del tercer sector a l'àmbit de la dependència ve marcat per una relació de col·laboració i coordinació amb l'estat. Aquesta col·laboració s'ha vist reflectida en l'elaboració i la tramitació de la recentment aprovada llei de la Promoció de l'Autonomia Personal i Prevenció i Atenció a la Dependència. Les organitzacions del TSAS, de manera conjunta amb altres agents socials i els sindicats, varen tenir un paper decisiu en aspectes com la pròpia denominació de la llei, varen lluitar per a que es reconeguessin com a diferenciades dues situacions: l'autonomia personal i la dependència. Les necessitats de suport a l'autonomia personal es reflecteixen a la llei mitjançant la regulació del servei per a la promoció de l'autonomia personal, el reconeixement de la figura de l'assistent personal i de la prestació econòmica orientada a pagar l'assistent personal. Aquestes entitats també han pressionat per a que la llei precisés amb més claredat els criteris establerts per al copagament, en funció de diferents tipus de serveis.

Pel que fa a la representativitat i el posicionament del Tercer Sector, aquest finalment ha aconseguit que la llei el reconegui de manera especial dins la xarxa de serveis del sistema i com a òrgan consultiu, a través del Consell Estatal de Persones Majors, el Consell Nacional de la Discapacitat i el Consell Estatal d'ONG d'Acció Social, amb les "funcions d'informar, assessorar i formular propostes sobre matèries que resultin d'especial interès per al funcionament del sistema. Tot i aquest reconeixement del TSAS a la llei LPAPAD, i la seva activa participació en la definició del SAAD, encara queden per resoldre qüestions importants referents al funcionament del sistema: Cal, sobretot, que s'especifiqui, en el desenvolupament reglamentari de la llei quin és el rol que s'espera de les entitats no lucratives, el mercat i l'Estat.

### 11.3 EL MODEL ASSISTENCIAL A LES ILLES BALEARS

---

La gestió de la dependència, que havia de ser transferida al Consells, ha quedat en una comanda de gestió del Govern de les Illes Balears als Consells de manera que la gestió ha quedat dividida. Mentre que el Consell de Mallorca és l'encarregat de les valoracions dels usuaris, el Govern du els concert de places i d'estades diürnes de titularitat privada i la gestió de les prestacions econòmiques d'atenció a la dependència. El PIA (programa individual d'atenció) i la gestió (autorització, control i gestió) dels centres residencials i d'estades diürnes de titularitat pública és responsabilitat del Consell. Els serveis a domicili, que encara no estan implementats dins la LPAPAD, es gestionen des de les administracions locals, coordinats i cofinançats pel Consell a través de convenis. L'aplicació de la LPAPAD, en aquest sentit, ha representat certs avantatges econòmics als Ajuntaments, que han pogut alleugerir gran part del pes que pels seus pressupostos tenia el cost de les places residencials<sup>55</sup>.

El poc pes de l'administració en els programes comunitaris i de SAD indica que ens trobem amb un model d'atenció a la dependència més paliatiu que preventiu, molt orientat en la residència. D'altra banda, tot i que la mateixa LPAPAD privilegia l'assistència de persones dependents en el propi domicili, l'aplicació efectiva de la llei s'està fent des d'un model que pivota en l'assistència en la família -per part de cuidadors familiars- i en l'atenció residencial.

Les prestacions menys atorgades continuen essent aquelles que promouen l'autonomia personal i la prevenció de la dependència i les prestacions per assistent personal.

El fort pes de les prestacions econòmiques per cura d'un familiar ens mostra un model que respon a una delegació en la família de les tasques de cura de la població, bàsicament en les

---

<sup>55</sup> *Tres anys d'afers socials*. Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració (2010)  
<http://www.caib.es/govern/archivo.do?id=669490>

doncs, el perfil de les persones cuidadores va ser eminentment femení (93,9% de les 140.873 persones donades d'alta al conveni especial de cuidadors no professionals).

L'ajuda a domicili, la teleassistència i la promoció de l'autonomia personal i la prevenció de la dependència enregistren 0 prestacions atorgades a les Illes Balears. Aquestes dades posen de relleu el marcat caràcter familista del sistema d'atenció a la dependència a les Illes Balears i la preeminència del model institucional front a un model més comunitari.

El gran pes financer que suposen les prestacions directes per assistència de cuidadors no professionals va acompanyat, primer, per una manca de control efectiu de la qualitat de l'assistència familiar per part de l'administració degut a la manca de recursos

En segon lloc, l'atenció al domicili per part de familiars es sustenta sobre un model tradicional que s'està desintegrant a causa de la creixent incorporació de la dona al mercat laboral, dels nous models de llar i de relacions intergeneracionals i de un nivell d'envelliment molt gran, que afecta la capacitat de les famílies de prendre cura de les seves persones majors dependents.

En un marc demogràfic en el que es dona un creixent envelliment de la població, la relació entre els potencials cuidadors familiars i els potencials dependents pot arribar a ser inversa, cosa que repercuteix en un increment de la demanda assistencial externa, que haurà de ser coberta per l'administració i/o el mercat.

La sostenibilitat d'un model centrat en l'assistència residencial és discutible en un context polític-econòmic de crisi com el que estam vivint actualment i que requereix una major atenció a altres models d'assistència que focalitzin en l'àmbit preventiu i/o d'assistència en el propi domicili. Són precisament els serveis orientats a l'atenció al propi domicili els que no han entrat encara dins el catàleg de serveis i prestacions econòmiques de la LPAPAD. La seva implementació per fases deixa al descobert un ampla part de la demanda en la què, precisament el tercer sector, hi juga un paper essencial.

## **11.4 EL ROL DEL TSAS DINS EL SISTEMA DE BENESTAR SOCIAL**

Si bé es podria definir un marc d'actuació general del Tercer Sector en l'àmbit de la promoció de l'autonomia personal i la prevenció i atenció a la dependència, fonamentat en diversos eixos: diversificació de l'oferta, prevenció, suport familiar i respir, i participació social i formació, les dades del nostre estudi mostren que les entitats que s'hi ocupen, estan molt marcades pel sector en el qual s'intervé i per la tipologia de serveis que ofereix.

### **11.4.1.LA REALITAT DEL SECTOR DE LES PERSONES AMB DISCAPACITAT**

El sector de les persones amb discapacitat té un pes més important dins el TSAS respecte de les entitats de la tercera edat a l'estat. Les entitats del sector de persones amb discapacitat han guiat l'evolució dels serveis que es presten i que es concerten a dia d'avui des de l'administració. Alhora, han patit una progressiva institucionalització i han derivat en entitats més preocupades per la gestió dels serveis que presten que per dur a terme les seves tasques de pressió i reivindicació.

Aquesta progressiva professionalització i l'increment de les exigències de part de les administracions vers les condicions per al concert ha suposat un fort augment de la càrrega de tasques administratives, de la inversió en recursos humans i del cost que suposa l'aplicació de sistemes de qualitat. Les entitats de persones amb discapacitat s'han adaptat a aquest model, tot i patint una escissió interna: per un costat, les persones amb discapacitat i els seus familiars; per un altre, professionals molt especialitzats que assumeixen la gerència de l'entitat i les tasques de cura i rehabilitació. La implicació de les persones amb discapacitat i les seves famílies amb les entitats ha canviat: han passat de ser sòcies a ser "clientes" o "usuàries". Tot i així, les persones amb discapacitat i les seves famílies continuen mantenint el seu poder de decisió vers el decurs de l'entitat a l'espai de l'assemblea.

Aquesta pèrdua de protagonisme de les famílies en les entitats de persones amb discapacitat es fa palesa en la fórmula emergent que s'està estenent actualment, la de la fundació, que limita el protagonisme de les famílies a la seva representació als patronats i dona un major protagonisme a l'equip de direcció.

Si bé les entitats han anat creant aliances i constituint entitats de segon nivell (federacions d'entitats) per unir esforços i compartir recursos, la lògica de la competència per l'accés al concert de prestacions s'ha instal·lat en les relacions entre diferents entitats, alhora que s'ha incrementat la seva instrumentalització de part de les administracions públiques.

#### **11.4.2 LA GESTIÓ DE LA DISCAPACITAT A MALLORCA I EL TSAS DE DISCAPACITAT**

En el cas dels centres de dia, centres residencials, centres ocupacionals i habitatges tutelats, el sistema de provisió públic es gairebé en la seva totalitat de producció privada. El protagonisme de les entitats del TSAS de persones amb discapacitat és molt gran. Aquest sistema de concert és bastant estable i es reedita de manera tàcita. El sistema de producció més estès a l'àmbit de les persones amb discapacitat a Mallorca és el de producció privada i provisió pública.

Aquestes relacions es concreten en forma de concertacions de places amb l'IMAS per als diferent serveis que a dia d'avui apareixen contemplats en el desplegament de la LPAPAD i tenen un caràcter marcadament residencial. Aquests serveis presenten un alt grau d'estabilitat en el finançament. A l'altra costat de la balança, cal ubicar-hi tota la resta de prestacions de serveis que depenen de formes de finançament més inestables.

A la majoria dels serveis que no tenen un sistema de concert estable, es pot parlar d'un sistema de provisió pública i producció privada, si bé no amb un caràcter d'universalitat i de prestació de dret, sinó lligats a la disponibilitat pressupostària. Paradoxalment, aquesta òptica no universalista i més pròpia d'un sistema de serveis socials assistencial es dona en tots aquells serveis que promouen l'autonomia de les persones, és a dir, que treballen per a prevenir la seva institucionalització i possibilitar el seu desenvolupament autònom en el seu entorn. Així, les fonts de finançament per aquests altres tipus de serveis són molt més variades i inestables: subvencions anuals, concerts subjectes a temporalitat, concursos, premis per a projectes innovadors, etc.

Tot i que el 54,4% de la població amb discapacitat de Mallorca té un grau reconegut de discapacitat del 33 al 64% (el més baix), el servei que té menys places concertades és el de l'habitatge tutelat, que precisament és el servei que implica un major grau d'autonomia per a l'individu. El tipus de servei que concentra un major nombre de places concertades és el centre ocupacional, que està dirigit a persones que tenen un grau de discapacitat entre el 33% i el 64% amb un cert grau d'autonomia, seguit del centre de dia, dirigit a les persones amb un grau de discapacitat comprès entre el 65 i el 74%, i en darrer lloc, dels centre residencials, que es dirigeixen a la població amb un grau de discapacitat més alt.

El fet de poder optar entre les prestacions de serveis o les prestacions econòmiques, en un entorn de crisi com l'actual, pot portar les persones amb discapacitat de tornada a les seves cases i existeix també el perill de que moltes mares tornin a les cases a fer-se'n càrrec seu, a canvi de la prestació econòmica per cura de persona a l'entorn familiar. No es disposa d'un sistema de control de la qualitat d'aquest tipus d'assistència. Es planteja un problema, però en tant en quant la llei recull el dret de la persona de decidir quines són les prestacions que vol rebre i a quin entorn vol viure.

L'alternativa a la prestació econòmica per cures a l'entorn familiar i que permet que la persona quedi integrada en el seu entorn amb una assistència professionalitzada és la figura de l'assistent personal. Aquesta figura s'ha de definir en el desplegament de la cartera de serveis socials

L'entrada en vigor dels requisits del Decret 86/2010 que regula els requisits per a l'autorització i l'acreditació dels serveis residencials per a les persones majors i les persones amb discapacitat,

no ha suposat un esforç a les entitats del TSAS de persones amb discapacitat ja que no millora les condicions que inicialment ja complien en els plec de condicions per als concerts amb l'Administració. En la majoria dels casos, no solament compleixen els requisits sinó que els superen. L'increment del coneixement i l'especialització d'aquestes entitats ha influït en la sensibilització i formació de les administracions en matèria de discapacitat. Es pot afirmar doncs, que fins a dia d'avui, han marcat la pauta a l'Administració.

El desplegament de les lleis afecta a les diferents entitats de persones amb discapacitat de manera diferenciada en funció de si presten serveis que es cobreixen des del sistema de atenció a la dependència o no. Les entitats que gestionen infraestructures petites amb un nombre de places concertades més baix tenen una problemàtica diferent a les entitats que gestionen infraestructures més grans, amb un major nombre de places concertades per a complir les ràtios de professionals directes i indirectes dels equips multidisciplinars, així com per fer front als costos derivats de les possibles baixes. Un altre factor que determina de manera més significativa la manera en que les entitats del TSAS afronten els requisits és el fet de que l'entitat estigui en relació i rebí el suport d'altres entitats o que aquesta estigui aïllada.

La falta d'adequació entre les necessitats de les persones que integren les entitats de persones discapacitades i la falta d'infraestructures creades per a donar-les cobertura, així com els temps excessius dels processos de valoració, i els requisits per a poder accedir al concert de determinades tipologies de places provoquen que les persones amb discapacitat no sempre rebin una atenció adequada a les seves necessitats específiques d'atenció. La mancança d'infraestructures pot portar a una segregació de moltes persones amb discapacitat que no podran rebre l'atenció adequada degut al col·lapse de recursos que generarà la dependència.

#### **11.4.3 EL SISTEMA DE VALORACIÓ DE LA DISCAPACITAT I LA DEPENDÈNCIA**

El nou sistema de valoració i assignació de recursos s'ha fet més complex pel que fa a la valoració de les persones amb discapacitat, ja que implica la coordinació entre les entitats i diferents nivells de l'administració. Afegeix, al requisit mínim que ja existia per al concert de la plaça de tenir diagnosticat un mínim d'un 33% de discapacitat, el criteri prioritari de l'atenció a la dependència.

Si bé per un costat l'entrada en vigor de la LPAPAD suposa el reconeixement de fet dels drets socials som a drets subjectius, aquest reconeixement pot esdevenir una "universalització selectiva", a favor d'aquelles persones que tenen valorat un cert grau de dependència i en detriment d'aquelles que només tenen valorat un grau de discapacitat.

Els barems de valoració varen ser definits per valorar la dependència de les persones de la tercera edat. Els barems no s'adapten a les necessitats de les persones amb discapacitat intel·lectual, que tindran necessitat de suport al llarg de tota la seva vida. Tampoc s'adapta a les necessitats de les persones amb malaltia mental ni de certes malalties degeneratives.

#### **11.4.4 FINANÇAMENT**

Quant al finançament, es dona una excessiva dependència de les entitats del TSAS prestadores de serveis de les fonts de finançament públiques. En aquest escenari, l'entrada del tercer sector mercantil en la gestió de serveis públics suposa una veritable amenaça per a les entitats del TSAS de persones amb discapacitat. Aquestes entitats ofereixen importants avantatges econòmics front a les entitats del TSAS. Les línies fundacionals de les empreses mercantils permeten obtenir importants avantatges fiscals així com adaptar-se a les clàusules socials que estipulen els plec de les contractacions de serveis amb les administracions. La llei de contractes no permet discriminar i donar un tracte de favor a les empreses del TSAS.

El model actual de finançament econòmic, tal i com estan configurades les relacions entre el TSAS i les administracions i amb l' actual estructura organitzativa de les entitats no és sostenible en un escenari de futur. Aquestes darreres es veuen ofegades per la seva impossibilitat de tenir entrades diversificades de recursos econòmics i la seva dependència del finançament públic.

Caldria reforçar els serveis de l'àmbit de la prevenció i reforçar els serveis que afavoreixin la inserció laboral i la inserció social. Per a això, caldria idear un altre sistema de gestió, no subjecte a convocatòries. El sistema de convocatòries de subvencions anuals al qual estan subjectes la majoria d'aquests serveis no afavoreix la seva continuïtat, que queda subjugada a la disponibilitat pressupostària, la bona voluntat política i la reivindicació de les entitats del TSAS, però en cap cas constitueixen prestacions de dret.

La consolidació de serveis que ja se prestaven des de l'òptica de la prevenció i la promoció de l'autonomia s'ha anat i es continua donant per iniciativa de les pròpies entitats que reivindiquen el seu concert a l'administració, de manera paral·lela al que estipula el desplegament de la LPAPAD

Les entitats privades d'iniciativa mercantil, que podrien benbé substituir el TSAS en la gestió dels centres residencials, no tindrien aquesta capacitat de detecció de necessitats i denúncia. Si es minva el rol del TSAS de persones amb discapacitat,

## **11.5 MALALTIA MENTAL**

---

El tercer sector en l'atenció a persones amb malaltia mental ha omplert un buit d'atenció a través de la creació de serveis i programes a partir de la organització de les famílies afectades i la recerca de recursos tant de caire públic com privat. Detecten la necessitat de posar en marxa serveis especialitzats d'atenció domiciliari per tal d'evitar l'aïllament de les persones amb malaltia mental o ampliar-los i d'adaptar els barems de valoració a la seva problemàtica específica. Totes aquestes entitats es financen a través de subvencions que reben de les administracions (I.M.A.S., Ajuntaments, ...) quotes dels socis i ajudes puntuals per programes. Les entitats entrevistades realitzen cursos de manera periòdica, i pretenen organitzar la formació a través de plans de formació més sistematitzats. Així mateix, estan implantant sistemes de gestió en qualitat per tal d'aconseguir les certificacions en la gestió dels seus serveis. Tenen greus problemes per a donar continuïtat als serveis que ofereixen.



## 11.6 TERCERA EDAT

---

La titularitat dels centres per a persones majors és majoritàriament pública (83,0%). Aquest model es repeteix a totes les àrees de serveis socials de Mallorca.

Són les entitats del Tercer Sector i empreses privades les que tenen un major pes en els programes de suport a l'autonomia, que s'ofereixen a persones que ja han entrat en una situació de dependència, i sobre tot, en els programes orientats a familiars i cuidadors no professionals.

El cas del SAD, teleassistència i serveis de prevenció de la dependència i promoció de l'autonomia són serveis que actualment es presten des de les administracions locals i on el Tercer Sector en té un pes important tant en la seva gestió, com en la prestació de serveis.

El Tercer Sector social ocupat en la tercera edat està configurat a partir del pes primordial que ha jugat l'assistència no professional i de les famílies. Encara ara, la responsabilitat moral de l'atenció a les persones majors segueix essent assumida per la família com a part de les funcions socials que li corresponen, com un àmbit privat, en el que la reivindicació d'ajuda s'ha fet des de la demanda individual més que col·lectiva.

L'alternativa a la família ha estat tradicionalment centrada en l'atenció residencial, en la que l'Església ha jugat un paper molt important. L'Església ha estat paulatinament substituïda per l'empresa privada i per l'administració però no tant per un Tercer Sector que no ha sabut com jugar en una àrea en la que la reivindicació col·lectiva no està assumida. Així doncs, el panorama del Tercer Sector dedicat a l'atenció a la tercera edat dependent queda conformada per un pes majoritari de les grans entitats amb llarga tradició dins els serveis socials un persistent però en clara disminució paper de l'Església, a través de les congregacions religioses, i un molt poc important pes d'altres tipus d'entitats que conformen el tercer sector, com fundacions i associacions.

Les modalitats de participació del Tercer Sector en l'atenció a la tercera edat en relació amb l'administració són bàsicament dues: les entitats del Tercer Sector prestatàries de serveis en àrees de gestió pública (ajuntaments) i entitats del Tercer Sector gestores d'àrees de serveis.

Es tracta de la iniciativa privada nascuda com a empresa amb ànim de lucre que ha creat línies fundacionals amb l'objectiu de poder accedir als concursos públics per a la gestió de serveis socials i a determinades línies de subvenció en virtut de la normativa establerta en la Llei 30/2007 de contractes del sector públic.

Aquestes entitats cobreixen el 66% de les places concertades en centres de dia per a majors dependents a Palma. Una de les diferències –important– entre les organitzacions del Tercer Sector tradicional i les entitats vinculades a l'empresa privada és la capacitat d'aquestes darreres d'oferir els espais. Les fundacions provinents d'aquest àmbit disposen d'infraestructura pròpia, que pot convertir-se en un valor afegit en la concurrència pels concursos públics per a la gestió de serveis residencials i d'estades temporals per a persones majors.

En el sector de la tercera edat dependent, la iniciativa privada amb ànim de lucre ha entrat amb força, fins el punt no sols d'haver guanyat terreny al tercer sector<sup>56</sup>, sinó d'haver transformat les relacions que el Tercer Sector ha mantingut tradicionalment amb l'administració.

L'actual crisi econòmica ha afavorit la prevalença dels criteris econòmics en la selecció de les entitats gestores i proveïdores de serveis d'atenció a la tercera edat, que ha privilegiat l'empresa privada en detriment, del tercer sector, que no hauria pogut competir a nivell pressupostari.



Actualment el pressupost constitueix l'element primordial en els criteris de selecció de l'entitat gestora. En aquesta situació, les entitats del tercer sector, precisament pel seu compromís social (especialment pel que fa al personal: millora de salaris, formació, estabilitat contractual) que implica –en la majoria de casos– un cost més elevat, es veuen desplaçats per empreses del sector privat amb ànim de lucre que també amb una oferta diversificada, i sobre tot, amb una major autonomia per diversificar els seus recursos, tenen més marge de maniobra en els seus pressupostos.

És principalment l'Administració (excepte alguns casos puntuals com en el cas de la Mancomunitat del Pla- la que ha anat assumint paulatinament l'àrea de l'assistència a la tercera edat –tant residencial com d'atenció al domicili- abans ocupat en gran part pel Tercer Sector i la regulació de la LPAPAD mostra un interès en mantenir aquest àmbit sectorial dins les mans de l'administració pública.

En canvi, en l'àmbit dels serveis de prevenció de la dependència i potenciació de l'autonomia en l'envelliment així com en els serveis d'acompanyament i suport a les persones cuidadores no professionals (suport a la tramitació, formació de cuidadors, programes de respir), el paper del Tercer Sector segueix essent bàsic, mentre que l'empresa privada n'està pràcticament<sup>57</sup> al marge. En aquest àmbit és especialment important el paper de les associacions (familiars de malalts i persones dependents) sobre tot en l'oferta de serveis complementaris (transport, suport a l'atenció al domicili) i en la diversificació dels serveis (alternatives terapèutiques com risoteràpia, musicoteràpia...). Així i tot, l'administració segueix tenint un pes important en els programes de prevenció de la dependència (tallers de memòria, psicomotricitat) i programes de suport a familiar cuidadors.

En l'àmbit residencial (residències, centres de dia) el pes del Tercer Sector és molt escàs, en benefici de l'administració i sobre tot de l'empresa privada (amb o sense línies fundacionals), que ha trobat en el sector dels serveis socials un espai interessant d'acció i ha acabat ocupant espais on abans el Tercer Sector era majoritari. En general, el model d'atenció residencial de la tercera edat en les Illes Balears el mercat té un pes molt important. En relació a les altres CA, Balears té unes proporcions de places privades molt elevades i un índex de concertació molt baix.

La posada en marxa de la LPAPAD està ocasionant certes dificultats de finançament a les entitats del 3S gestores de serveis d'estades diürnes -i en menor mesura també residències-. Aquestes entitats han constatat una disminució molt important de demandes de places concertades. Aquestes places, son ocupades seguint l'ordre d'entrada de la sol·licitud en relació al PIA dels usuaris. El concert de places per part del Govern, en aplicació de la LPAPAD s'ha combinat amb la implantació d'un sistema de prestacions directes a persones dependents, també contemplat en la llei de la dependència, però que és incompatible amb l'ocupació d'una plaça residencial o de Centre de dia.

La mateixa LPAPAD estableix el copagament com a forma de finançament de les places, que el Govern estipula en el 40% dels ingressos de l'usuari. La diferència que suposa per la família/usuari el cost que li representa l'accés a una plaça concertada i els ingressos que pot rebre a través de les prestacions ha ocasionat una davallada considerable en les demandes d'una plaça d'estades diürnes.

Els motius pels quals les famílies consideren molt més avantatjós percebre la prestació i costejar directament un servei assistencial que no ocupar una plaça de CD no siguin únicament econòmiques. Hi ha altres factors que fan que les famílies/usuaris prefereixin una assistència integral al propi domicili. La persistència d'una concepció tradicional de que són els propis familiars qui s'han d'ocupar de l'assistència de la família i les representacions socials i actituds associades a aquesta són encara factors que tenen un pes considerable en les decisions que duen a terme les famílies en relació a l'assistència dels seus majors.

El sistema de copagament establert tal i com està a la llei no afavoreix la demanda per part de les famílies. Si bé el Govern cobreix les despeses pel manteniment de places buides, aquestes representen un cost excessiu per a les entitats gestores. Si a més, tal i com consta en alguns plecs de convenis, són les mateixes entitats les que han d'assumir aquest risc, es troben en una situació molt vulnerable que els fa perdre competitivitat front a l'empresa privada amb ànim de lucre.

Serveis de teleassistència, SAD, els tallers de recuperació de memòria o de psicomotricitat constitueixen una part important de les actuacions de moltes de les associacions del tercer sector.

Les entitats del Tercer Sector ofereixen també, en els centres d'estades diürnes i residències gestionats per elles, serveis dirigits a promoure l'autonomia dels seus usuaris i poques vegades el servei s'ofereix a no usuaris. Les associacions de familiars i malalts també ofereixen serveis tant de prevenció com a promoció de l'autonomia per a persones ja dependents, i en aquest cas, estan oberts als seus associats. L'IMAS, per la seva part, ofereix també aquests programes de prevenció de la dependència a nivell municipal, oberts a tothom. Les actuacions de promoció de l'autonomia estan més centrades en els centres residencials i d'estades diürnes, amb la qual cosa, són les entitats gestores les que les ofereixen. De la mateixa manera, també els programes orientats als cuidadors familiars i no professionals estan ben diferenciats.

La intenció de la LPAPAD de reduir el pes dels cuidadors no professionals i incrementar el pes dels cuidadors professionals (que hauria d'afavorir la creació de llocs de treball –principalment femení- i que repercutiria en una millora de la qualitat de l'assistència de persones dependents i de les seves famílies) no ha tingut encara una aplicació real.

Les característiques que defineixen el finançament del Tercer Sector en l'atenció a la tercera edat dependent estaria definits per una forta dependència de l'administració pública i a l'hora una gran diversificació de les fonts de recursos: subvencions, concursos, donacions, aportacions d'associats, voluntariat, etc.

El sistema de finançament dels serveis de residències, centres de dia i SAD gestionat per les entitats és du a terme de forma majoritària a través de concurs públic, en detriment d'altres formes com el conveni o les subvencions.

De fet, com ja s'ha esmentat abans, en l'àmbit de l'assistència residencial les entitats sense ànim de lucre han perdut molt del terreny que tenien anys enrere en benefici tant de l'administració, que n'ha assumit la gestió directa, com sobre tot de l'empresa privada amb ànim de lucre, que amb la creació de línies fundacionals, ha pogut accedir a les mateixes fonts de finançament del tercer sector, mentre que el Tercer Sector ha vist incrementar la competència per un espai en l'àmbit de l'acció social.

El finançament per subvencions –tant directes com en concurrència-, tot i que també encara es manté com a font de recurs important presenta importants inconvenients respecte als concursos públics. Les quantitats són menors, i permet el finançament d'actuacions concretes i en gran part, complementàries. Aquest tipus de finançament produeix una major dispersió dels recursos i una menor estabilitat dels programes i serveis, que repercuteix també en la inestabilitat de les plantilles. Tal i com succeeix amb els concursos públics, el finançament a través de subvencions és molt inestable.

En termes generals, les característiques i situació actual del finançament del Tercer Sector orientat a l'atenció a la dependència està marcat per una forta inestabilitat dels recursos amb què pot comptar el Tercer Sector que afecta la seva capacitat d'oferir i gestionar serveis. Aquest elevat risc que han d'assumir les entitats, resta autonomia i capacitat d'actuació en la creació d'una oferta complementària a la que proporciona l'administració i que permeti oferir un servei integral d'atenció a les persones majors dependents.

Fora competència per part de l'empresa privada amb ànim de lucre dins l'àmbit de l'atenció a la tercera edat. Segons les entitats del Tercer Sector, l'emergència de línies fundacionals d'empreses privades, no sols desvirtua el sentit del tercer sector, creant confusió en la definició del mateix, sinó que presenta també un elevat risc per a la qualitat de l'atenció social a nivell

general. El desplaçament del Tercer Sector deixa una part molt important de l'oferta de serveis i la capacitat de cobrir la demanda d'atenció social en mans del mercat, amb uns interessos clars de maximització de beneficis i minimització de costos. Tot i que el pes de l'administració pública segueix essent important, és evident que no és capaç d'assumir la totalitat del cost de l'atenció a la dependència, i la tendència sembla anar en la direcció d'una major privatització d'uns serveis concebuts com a dret social<sup>58</sup>.

El procés de desenvolupament de la Llei per part de l'administració està essent problemàtica, tant pel que fa a la uniformitat i claredat en el model que intenta regular com pel que fa al finançament, que en un sistema centralitzat, com el que representa la LPAPAD, afecta tota l'estructura dels serveis socials. La qualitat dels serveis està, més que mai, en funció dels recursos globals de l'administració autonòmica, la qual cosa –en un context de crisi– afecta tant les administracions locals com les mateixes entitats, reduint la seva capacitat d'autonomia en l'oferta i prestació dels serveis.

La crisi de finançament i el model de relació entre l'administració pública i el Tercer Sector predominant, fa que aquest darrer hagi d'assumir molts més riscos que amb altres models. Amb això, el TS perd autonomia per a posar en marxa línies d'actuació específiques, que afecta la seva capacitat de competència en el mercat.

En línies generals, el desenvolupament de la LPAPAD està deixant una sensació de provisionalitat en les entitats del Tercer Sector dedicades a l'atenció de la tercera edat dependent. Les entitats semblen estar a l'espera del desenvolupament complet de la normativa a nivell autonòmic i intenten adaptar-se a les previsions que va marcant el procés.

## TAULES I ESQUEMES ANNEXES

Població per àrees d'atenció dels SS de Mallorca. 2008							
	Municipi	Total		Municipi	Total		
Mancomunitat Llevant	Artà	7.113	Mancomunitat Raiguer	Alaró	5.178		
	Capdepera	11.446		Binissalem	7.030		
	Manacor	39.434		Búger	1.066		
	Sant Llorenç des Cardassar	8.467		Campanet	2.601		
	Son Servera	11.713		Consell	3.413		
<b>Total Llevant</b>	<b>78.173</b>			Inca	29.450		
Mancomunitat Migjorn	Campos	9.294		Lloseta	5.655		
	Felanitx	17.969		Mancor de la Vall	1.146		
	Llucmajor	35.092		Marratxí	32.380		
	Santanyí	12.303		Santa Maria del Camí	5.672		
	Ses Salines	5.049	Selva	3.370			
<b>Total Migjorn</b>	<b>79.707</b>	<b>Total Raiguer</b>	<b>96.961</b>				
Palma	Palma	396.570		Andratx	11.348		
<b>Total Palma</b>	<b>396.570</b>			Banyalbufar	627		
Mancomunitat Pla i Nord	Alcúdia	18.327		Bunyola	5.910		
	Algaida	4.827		Calvià	50.777		
	Costitx	1.023		Deià	754		
	Lloret de Vistalegre	1.249	Mancomunitat Tramuntana	Escorca	276		
	Llubí	2.202		Esporles	4.696		
	Maria de la Salut	2.161		Estellencs	388		
	Montuïri	2.749		Fornalutx	732		
	Muro	7.058		Puigpunyent	1.763		
	Petra	2.856		Sóller	13.625		
	Pollença	16.997		Valldemossa	1.977		
	Porreres	5.272		<b>Total Tramuntana</b>	<b>92.873</b>		
	Sa Pobla	12.455					
	Sencelles	3.006					
	Sant Joan	1.956					
	Santa Eugènia	1.562					
	Santa Margalida	11.207					
	Sineu	3.398					
Vilafranca de Bonany	2.782						
Ariany	839						
<b>Total Pla i Nord</b>	<b>101.926</b>						
<b>Total general</b>					<b>846.210</b>		

Distribució territorial de la població. Mallorca 2009									
	Total		Homes		Dones		Percentatge població major		
	Total	65 o més	Total	65 o més	Total	65 o més	% sobre total Mallorca	% sobre el total població al municipi	
Alaró	5.327	862	2.629	359	2.698	503	0,7%	16,2%	
Alcúdia	19.071	1.931	9.704	902	9.367	1.029	1,6%	10,1%	
Algaida	5.050	896	2.632	420	2.418	476	0,7%	17,7%	
Andratx	11.685	1.791	5.898	816	5.787	975	1,5%	15,3%	
Ariany	872	248	461	108	411	140	0,2%	28,4%	
Artà	7.411	1.353	3.727	597	3.684	756	1,1%	18,3%	
Banyalbufar	605	111	337	56	268	55	0,1%	18,3%	
Binissalem	7.251	1.076	3.625	472	3.626	604	0,9%	14,8%	
Búger	1.060	259	543	122	517	137	0,2%	24,4%	
Bunyola	6.026	881	2.996	416	3.030	465	0,7%	14,6%	
Calvià	51.774	5.562	26.096	2.631	25.678	2.931	4,6%	10,7%	
Campanet	2.602	560	1.290	242	1.312	318	0,5%	21,5%	
Campos	9.601	1.732	4.883	777	4.718	955	1,4%	18,0%	
Capdepera	11.911	1.603	6.059	746	5.852	857	1,3%	13,5%	
Consell	3.515	477	1.780	207	1.735	270	0,4%	13,6%	
Costitx	1.078	207	540	89	538	118	0,2%	19,2%	
Deià	755	115	393	54	362	61	0,1%	15,2%	
Escorca	280	50	156	25	124	25	0,0%	17,9%	
Esporles	4.808	706	2.372	296	2.436	410	0,6%	14,7%	
Estellencs	389	87	202	39	187	48	0,1%	22,4%	
Felanitx	18.270	3.170	9.489	1.386	8.781	1.784	2,6%	17,4%	
Fornalutx	758	159	381	73	377	86	0,1%	21,0%	
Inca	29.308	3.792	14.965	1.555	14.343	2.237	3,1%	12,9%	
Lloret de Vistalegre	1.275	232	659	105	616	127	0,2%	18,2%	
Lloseta	5.704	813	2.934	355	2.770	458	0,7%	14,3%	
Llubí	2.265	508	1.134	207	1.131	301	0,4%	22,4%	
Llucmajor	36.078	4.375	18.343	2.003	17.735	2.372	3,6%	12,1%	
Manacor	40.548	6.477	20.494	2.914	20.054	3.563	5,3%	16,0%	
Mancor de la Vall	1.199	203	618	94	581	109	0,2%	16,9%	
Maria de la Salut	2.150	529	1.118	235	1.032	294	0,4%	24,6%	
Marratxí	33.348	3.162	16.855	1.478	16.493	1.684	2,6%	9,5%	
Montuïri	2.827	632	1.445	289	1.382	343	0,5%	22,4%	
Muro	7.144	1.402	3.658	621	3.486	781	1,1%	19,6%	
Palma	401.270	53.995	197.436	21.933	203.834	32.062	44,2%	13,5%	
Petra	2.886	660	1.431	292	1.455	368	0,5%	22,9%	
Pollença	17.260	3.012	8.720	1.342	8.540	1.670	2,5%	17,5%	
Porreres	5.428	1.100	2.865	502	2.563	598	0,9%	20,3%	
Pobla (Sa)	12.766	2.275	6.578	1.024	6.188	1.251	1,9%	17,8%	
Puigpunyent	1.867	292	942	140	925	152	0,2%	15,6%	
Sencelles	3.105	541	1.593	254	1.512	287	0,4%	17,4%	
Sant Joan	1.962	474	986	218	976	256	0,4%	24,2%	
Sant Llorenç des Cardassar	8.687	1.660	4.442	844	4.245	816	1,4%	19,1%	
Santa Eugènia	1.663	290	879	129	784	161	0,2%	17,4%	

Distribució territorial de la població. Mallorca 2009									
	Total		Homes		Dones		Percentatge població major		
	Total	65 o més	Total	65 o més	Total	65 o més	% sobre total Mallorca	% sobre el total població al municipi	
Santa Margalida	11.537	1.596	5.962	733	5.575	863	1,3%	13,8%	
Santa Maria del Camí	5.992	982	3.008	447	2.984	535	0,8%	16,4%	
Santanyí	12.664	2.067	6.457	990	6.207	1.077	1,7%	16,3%	
Selva	3.515	663	1.777	283	1.738	380	0,5%	18,9%	
Salines (Ses)	5.270	868	2.715	410	2.555	458	0,7%	16,5%	
Sineu	3.520	743	1.751	312	1.769	431	0,6%	21,1%	
Sóller	13.942	2.479	7.049	1.108	6.893	1.371	2,0%	17,8%	
Son Servera	12.215	1.482	6.179	696	6.036	786	1,2%	12,1%	
Valldemossa	1.995	368	1.024	171	971	197	0,3%	18,4%	
Vilafranca de Bonany	2.908	556	1.457	216	1.451	340	0,5%	19,1%	
MALLORCA	862.397	122.064	431.667	52.733	430.730	69.331	100,0	14,2%	

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'IBESTAT

Entitats prestatàries de serveis a la tercera edat als municipis de Mallorca

Ajuntament	Residència	Centre dia	SAD	Menjar a domicili	Teleassistència	Progr. prevenció	Suport a cuidadors
Alaró			Ajuntament	EAL	Empresa priv (FEMP+IMSERSO)	IMAS	IMAS
Alcúdia	EAL	EAL	Ajuntament	Ajuntament	Ajuntament	IMAS	IMAS
Andratx			Ajuntament		Empresa priv (FEMP+IMSERSO)		
Artà	Ajuntament	Ajuntament	Ajuntament	Ajuntament	Empresa priv (FEMP+IMSERSO)	IMAS	IMAS
Binissalem		Ajuntament	Ajuntament	Ajuntament	Empresa priv (FEMP+IMSERSO)	IMAS	IMAS
Buger			Ajuntament	Ajuntament+EAL	Empresa priv (FEMP+IMSERSO)	IMAS	IMAS
Bunyola		INTRESS	Ajuntament				
Calvià	EAL EAL EAL	EAL EAL	Ajuntament				
Campanet		EAL	Ajuntament	Ajuntament+EAL	Empresa priv (FEMP+IMSERSO)	IMAS	IMAS
Campos	INTRESS	INTRESS	INTRESS	INTRESS	Empresa priv (FEMP+IMSERSO)	IMAS	IMAS
Capdepera	EAL	Creu Roja	Ajuntament	Ajuntament	Ajuntament	IMAS	Ajuntament
Consell		Creu Roja	Ajuntament	Ajuntament+EAL	IMSERSO-FEMP	IMAS	IMAS
Deià			Ajuntament			Associació	
Escorca			Ajuntament		Ajuntament	no	no
Esporles		Creu Roja+ Alcari	Ajuntament	Ajuntament	IMSERSO-FEMP	IMAS	IMAS
Estellencs		IMAS			Empresa priv (FEMP+IMSERSO)		Conselleria
Felanitx	Ajuntament	IMAS	Ajuntament	Creu Roja	Creu Roja		
Fornalux			Ajuntament				
Inca	EAL Ajuntament (Patronat)	EAL Ajuntament (Patronat)	Ajuntament			Empresa priv (FEMP+IMSERSO)	
Lloseta		Ajuntament	Ajuntament	Ajuntament	Empresa priv (FEMP+IMSERSO)		
Llucmajor	Ajuntament (Patronat)	Govern (Fundació Dependència)	Ajuntament				
Manacor	EAL EAL (Pto cristo)	Ajuntament	Ajuntament		Ajuntament		
Mancomunitat Pla		INTRESS	EAL	Alcari	Creu Roja	IMAS	IMAS
Mancor de la Vall		Ajuntament	Ajuntament		Empresa priv (FEMP+IMSERSO)		
Marratxí	EAL	creu roja EAL	EAL		Empresa priv (FEMP+IMSERSO)		
Montuiri	EAL	EAL	EAL	Alcari	Creu Roja		
Muro	Ajuntament		Ajuntament		Empresa priv (FEMP+IMSERSO)		
Petra		INTRESS	EAL	Alcari	Creu Roja	Ajuntament+Dependència	Ajuntament+Dependència
Pollença	Ajuntament (patronat)		INTRESS	residència	Empresa priv (FEMP+IMSERSO)	IMAS	
Sa Pobla	IMAS	Ajuntament	Ajuntament	Residència	-	-	-
Sant Llorenç des		INTRESS	INTRESS		Empresa priv (FEMP+IMSERSO)		

Entitats prestatàries de serveis a la tercera edat als municipis de Mallorca							
Ajuntament	Residència	Centre dia	SAD	Menjar a domicili	Teleassistència	Progr. prevenció	Suport a cuidadors
Cardassar							
Santa Margalida	Ajuntament+EAL	Ajuntament	Ajuntament		Empresa priv (FEMP+IMSERSO)		
Santa Maria del Camí	Ajuntament+EAL	Ajuntament	Ajuntament				
Santanyí	Ajuntament+EAL	Creu Roja +Ajuntament	Ajuntament	Creu Roja +Ajuntament	Ajuntament		
Selva			Ajuntament	Ajuntament-+ EAL	Empresa priv (FEMP+IMSERSO)	IMAS	IMAS
Sencelles	Fundació Església		Ajuntament				
Ses Salines			Ajuntament		Empresa priv (FEMP+IMSERSO)		
Sóller	EAL	EAL	Ajuntament			IMAS	IMAS
Sineu	EAL		Ajuntament			IMAS	IMAS
Son Servera		Creu Roja+Ajuntament	Ajuntament			IMAS	
PALMA	11- EAL 2- Església 2- IMAS 1- Govern	1- Ajuntament+Creu Roja 5- Ajuntament+ EAL 2- Fundacions 7- EAL 1- IMAS	INTRESS EAL				

Font: elaboració pròpia a partir de treball de camp



## BIBLIOGRAFIA

- Alberich, T. (1998) "Introducción a los métodos y técnicas de investigación social y a la investigación-acción participativa" a *Cuadernos de la Red*, núm. 5.
- Alberich, T. (2002) *Guía Fácil de Asociaciones. Manual de Gestión*. Madrid: Dykinson.
- Ascoli, U. (1987) "Estado de Bienestar y acción Voluntaria" a *REIS*, núm. 38.
- Beltran, M. (1993) "Cinco vías de acceso a la realidad social" a GARCIA FERRANDO, et al *El análisis de la realidad social*. Alianza, Madrid.
- Canguilhem G. (1970). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires, S.XXI.
- Casado, D. (2003) "Delimitación del sector voluntario de objeto social en España" a Rodríguez Cabrero, G. (Coord.) *Las entidades voluntarias de acción social en España*. Fundació FOESSA. Madrid.
- Casado, D. (2004), "La dependencia funcional y sus abordajes", en Demetrio Casado (dir.), *Respuestas a la dependencia*, Editorial CCS, Madrid.
- Castel, R. (1997) *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Buenos Aires, Editorial Paidós.
- CONSELLERIA DE SALUT I CONSUM. GOVERN DE LES ILLES BALEARS (2006). *Estratègia de salut mental de les Illes Balears*. Palma: autor.
- Donati, P.P. (1997). "La crisis del Estado Social y la emergencia del Tercer Sector: hacia una nueva configuración relacional" a *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales* núm. 5 .Madrid.
- Donati, P.P.( 2004) "Nuevas políticas sociales y Estado social relacioanal" a *Reis*, núm. 108.
- Esping-Andersen, G. (1993), *Los tres mundos del Estado de Bienestar*. Valencia, Edicions Alfons el Magnànim
- Fundación Luis Vives (coord.) (2010) *Anuario del tercer sector de acción social en España*. Madrid, Fundación Luis Vives.
- Gallego, R., Gomà, R., Subirats, J. (2002) *Els règims autonòmics de benestar*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Institut de Estudis Autonòmics.
- García Alonso, J.V (coord) (2003). *El movimiento de vida independiente. Experiencias internacionales*. Madrid, Fundación Luis Vives
- Giner, S. i Montagut, T. (2005): "Cosa pública, cosa privada: hacia una teoría del Tercer Sector", en García Delgado J. L. (2005) (dir): *La economía social en España. Criterios y Propuestas*. Madrid, Fundación ONCE.
- Herrera Gómez, M. (1997) "¿Cómo funcionan las organizaciones del Tercer Sector? Análisis de la estructura y de las dinámicas organizativas", *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*, núm. 9.

Holmwood, J. (2000) "Three pillars of Welfare State Theory: T.H. Marshal, K. Polanyi and A. Myrdal in Defence of the National Welfare State", *European Journal of Social Theory*, v. 3/1, pp. 23-50.

IB-SALUT (2009). *Memòria 2008 Servei de Salut*. Palma : Ib-Salut. Servei de Salut. Conselleria de Salut i Consum. Govern de les Illes Balears.

Ibáñez Gómez, J, (1993) "Perspectivas de la investigación social: el diseño en las tres perspectivas" a García Ferrendo, Ibáñez y Alvira (1993) *El análisis de la realidad social*. Alianza, Madrid.

INSTITUT MALLORQUÍ D'AFERS SOCIALS (2008) *Estratègia de l'IMAS*. Departament de Benestar Social, Institut Mallorquí d'Afers Socials, Mallorca, 2008.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2007). *Encuesta nacional de salud en España*.

Kahale Carrillo, D.T. (2009) *La cobertura de la situación de dependencia*. Madrid, Fundación Alternativas.

Laparra, M., Gaviria, M. y Aguilar, M. (1995) "Iniciativas locales y comunitarias en la lucha contra la exclusión" a SARASA, S. i MORENO, L. *El Estado de Bienestar en la Europa del Sur*. CSIC. Madrid.

Letablier, M. T. (2007) "El trabajo de "cuidados" y su conceptualización en Europa", a C. Prieto (ed.), *Trabajo, género y tiempo social*, Madrid, Hacer-UCM.

Lorenzo, R., Martínez, A. (2006) La Futura ley de Dependencia como Pilar Fundamental de la Protección Social en España *Revista española del tercer sector*, Nº. 3, 2006 <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=2376633>

Lewis, J. (ed.) (1998) *Gender, social care and welfare state restructuring in Europe*, Aldershot: Ashgate.

Marbán Gallego, V. (2007) "Tercer sector, estado de bienestar y política social", a *Política y Sociedad*, 2007, Vol.44 Núm.2: 153-169.

Marbán Gallego, V. (2006): "Tercer Sector y Dependencia", a *Documentación Social*, nº 141: 145-161.

Marban Gallego, V. (2001): "Sociedad civil, Tercer Sector y entidades de acción social en España", a *Revista Internacional de Sociología*, núm. 30.

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2005) *¿Quién es quien?. Las entidades de acción social beneficiarias de la asignación tributaria del 0,52 del IRPF*. Madrid.

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2004), *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco*, 2004.

Monserrat, Julia (2004), "Los costes de la protección social de la dependencia para la población mayor: gasto razonable versus gasto actual", a Demetrio Casado (dir.), *Respuestas a la dependencia*, Editorial CCS, Madrid.

Navarro, C. y Rodríguez, M.J. (2004) "Administración Pública y tercer sector. Propuesta analítica y estudio del caso de Andalucía" a *Papers* núm. 73.

Navarro Vicenç (2007) "El Estado de Bienestar en España y sus déficits sociales" en AAVV (dir. Navarro Vicenç) *La situación social en España*. Madrid, Fundación Francisco Largo Caballero.

Organización Mundial de la Salud (2001), Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid, IMSERSO.

Pérez Díaz, V. (2005): "Sociedad civil y Tercer Sector", a J. L. García Delgado, *La economía social en España*. Vol (III), Fundación ONCE, Madrid.

Pérez Díaz, V., López Novo, J. (2003): *El Tercer Sector Social en España*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

Plataforma de ONG d'Acció Social (2006): *Plan Estratégico del Tercer Sector de Acción Social*, Madrid, Plataforma de ONG de Acción Social.

Pont Vidal, J. (1998) "La investigación de los movimientos sociales desde la sociología y la ciencia política. Una propuesta de aproximación teórica". *Papers*, N.º 56.1998

Rodríguez Cabrero, G. (2005) "Los retos del Tercer Sector en España en el espacio social europeo. Especial referencia a las organizaciones de acción social" A *Revista Española del Tercer Sector*. Núm. 1. Madrid.

Rodríguez Cabrero, G. (2003): "Aproximación al análisis del tercer sector de objeto social: marco general, objetivos y metodología", a *Las entidades voluntarias de objeto social en España. Informe general*. Fundación FOESSA, Madrid.

Rodríguez Cabrero, G. (2004): "La población dependiente española y sus cuidadores", a Demetrio Casado (dir.), *Respuestas a la dependencia*, Editorial CCS, Madrid.

Rodríguez Cabrero, G. (2005), "Conocimientos sociográficos sobre la dependencia funcional en España y su dimensión aplicada", a Demetrio Casado, dir., *Avances en bienestar mediante el conocimiento*, Editorial CCS, Madrid.

Rodríguez Díaz, S. i Ferreira, M. A. (2010). Diversidad funcional: Sobre lo normal y lo patológico entorno a la condición social de la dis-capacidad. *Cuadernos de Relaciones Laborales*. Vol. 28, núm.1.

Rodríguez Rodríguez, Pilar (2006), *El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia*, Fundación Alternativas, Madrid.

Roldan, E. (2001) *¿Hacia un sistema mixto de bienestar social?: la evolución de los servicios sociales en España*. Editorial Complutense, Madrid.

Salamon, L., Anheier, H. (1993) "In search of Non Profit Sector 11: the problem of classification", *Voluntas*, 1993, núm. 3.

Santiago Rodríguez, Fina (2009) "La llei de serveis socials i la garantia dels drets socials positius", *Revista d'Afers Socials*, juliol de 2009, núm. 03

Titmus, R. (1958) *Essay on the Welfare State*. London: Allen and Unwin.

Torrens Bonet, Ramona (2010) *Estat, mercat, tercer sector. L'evolució en l'atenció a persones amb discapacitats intel·lectual*. (Tesi doctoral), Universitat Rovira i Virgili. ISBN:978-84-693-5408-7/DL:T-1398-2010

