

Les cures a les persones amb discapacitat intel·lectual. Evolució

Mario Gavilan
Fernández



6. SERVEIS ESPECIALITZATS D'ATENCIÓ A LES PERSONES AMB MALALTIA

Servicios especializados de atención a las personas con
personas con enfermedad mental

6.1. Població amb discapacitats

Población con discapacidades.

Població reconeguda 2022

Disminució	Físics Motòrics	Físics no motòrics	Visuals	Auditius intel·lectuals
Homes	3.656	2.882	631	729
Dones	5.213	2.336	797	769
Total	8.869	5.218	1.428	1.498
Edat i gènere	0-15	16-19	20-34	35-44
Homes	611	249	745	850
Dones	264	103	498	709
Total	875	352	1.243	1.559
Grau de disminució	33-64%			
Homes	7.744			
Dones	7.764			
Total	15.508			

Font: Institut d'Estadística de Catalunya. Generalitat de Catalunya

Fuente: Instituto de Estadística de Catalunya. Generalitat de Cataluña

6.2. Equipaments i serveis socials especialitzats: Nombre

Equipamientos y servicios sociales especializados: Número de

	Terapia Ocupacional	Serveis Ocupacionals Inserció	Centres Especials de Treball
Places 2021	347	45	280
Places 2022	328	50	482

Font: Mateixos centres / Fuente: Propios centros

Les cures a les persones amb discapacitat intel·lectual. Evolució

Los cuidados a las personas con discapacidad intelectual. Evolución

Care for people with intellectual disabilities. Development

Mario Gavilan Fernández

Psicòleg, ex-director de Tallers Bellvitge

RESUM

L'article és el testimoni d'una realitat viscuda des de l'experiència del treball fet com a professional dels serveis socials.

Comença definint les cures a les persones, incloent les peculiaritats en el cas de la discapacitat intel·lectual. S'hi exposa el paper de la família com a proveïdor fonamental de les cures, aporta també una perspectiva de gènere en destacar la figura de la dona com a mare i com a dona amb discapacitat. Aborda l'origen i desenvolupament a Catalunya del sistema de cures per a les persones amb discapacitat atenent els diferents moments evolutius: l'escola a la infància, i la integració laboral i l'habitatge a la joventut i la maduresa. Assenyala l'esforç fet pel teixit associatiu per assolir un canvi social i descriu l'experiència de Tallers Bellvitge. Com a conclusió es reclama un canvi en el model de finançament públic que garanteixi un sistema de cures accessible per a tothom, que permeti atendre el benestar de les persones amb la dignitat i la qualitat suficients.

Paraules clau: cures, discapacitat intel·lectual, associacions, inclusió social, finançament.

RESUMEN

El artículo es el testimonio de una realidad vivida desde la experiencia del trabajo hecho como profesional de los servicios sociales.

Empieza definiendo los cuidados a las personas, incluyendo las peculiaridades en el caso de la discapacidad intelectual. Se expone el papel de la familia como proveedor fundamental de los cuidados, aporta también una perspectiva de género al destacar la figura de la mujer como madre y como mujer con discapacidad. Aborda el origen y desarrollo en Cataluña del sistema de cuidados para las personas con discapacidad, atendiendo a los diferentes momentos evolutivos: la escuela en la infancia, y la integración laboral y la vivienda en la juventud y madurez. Señala el esfuerzo hecho por el tejido asociativo para conseguir un cambio social y describe la experiencia de Tallers Bellvitge. Como conclusión, se reclama un cambio en el modelo de financiación pública que garantice un sistema de cuidados accesible para todos, que permita atender el bienestar de las personas con la suficiente dignidad y calidad.

Palabras clave: cuidado, discapacidad intelectual, asociaciones, inclusión social, financiación.

ABSTRACT

The article is the testimony of a reality lived from the experience of work done as a social services professional.

It begins by defining care for people, including the peculiarities in the case of intellectual disability. The role of the family as a fundamental provider of care is exposed, also providing a gender perspective, by highlighting the figure of women as mother, and also as women with disabilities. The origin and development in Catalonia of the care system for people with disabilities is explained, taking into account the different evolutionary moments, the school at the childhood, and the work integration and housing into the youth and maturity. The effort made by the associative fabric to achieve social change is highlighted, and the experience of Tallers Bellvitge is described. In conclusion, a change is demanded in the public financing model that guarantees a care system accessible to everyone that allows the well-being of people to be addressed with sufficient dignity and quality.

Keywords: cures, intellectual disability, associations, social inclusion, financing.

QUÈ ENTENEM PER CURES?

El primer cop que vaig sentir parlar de les cures vaig pensar en el context hospitalari i sanitari, en les ferides o malalties que precisen de cura. Suposo que això ens passa sobretot a les persones castellanoparlants. En català utilitzem el concepte guarir quan ens volem referir a sanar malalties.

El concepte de les cures és molt més ampli que referir-nos a recuperar la salut després d'un accident o una malaltia, abasta aspectes psicològics, socials i econòmics. Ens referim a accions que impliquen restituir estats de benestar que s'han perdut, o a compensar necessitats vitals no satisfetes.

Els experts en llengües clàssiques ens diran segurament que l'origen del terme ens porta a la deessa romana Cura, que va rebre la petició per compte de Júpiter de fer-se càrrec de l'home que ella mateixa havia creat a partir del fang.

Ens reafirmem que curar implica l'atenció d'algú respecte a alguna altra persona o alguna cosa.

Segons l'Organització Internacional del Treball (OIT), la feina de la cura es defineix com totes aquelles *«activitats que es porten a terme per donar resposta a les necessitats físiques, psicològiques i emocionals d'una o més persones, sigui en l'esfera pública o privada, així com en l'economia formal o informal no remunerada»*.

Ja que hem esmentat la mitologia i també el que diuen entitats de renom com l'OIT, m'agradaria referir-me també a fonts més populars. Reconec sense embuts que el que ens explica la Viquipèdia s'acosta molt al concepte que jo en tinc, per tant us ho reporto tot seguit:

- *«Les cures són les activitats que regeneren el benestar físic i emocional de les persones.»*
- *«Són les tasques quotidianes de gestió i manteniment de la vida com, per exemple, el manteniment dels espais i bens domèstics, la cura dels cossos, l'educació i formació de les persones, el manteniment de les relacions socials o el suport psicològic als membres de la família.»*
- Abraça altres àmbits, com poden ser el laboral o el comunitari. Així, *«s'entén que ha d'existir una responsabilitat col·lectiva per*

al sosteniment de la vida i la generació de benestar, una responsabilitat que s'ha d'assumir tant des de l'esfera privada com des de l'esfera pública».

Parlem d'un terme que permet aproximacions des de diferents aspectes, tot i que sempre té com a destí final les persones.

LA PERSONA AMB DISCAPACITAT COM A RECEPTORA DE LES CURES

El concepte de les cures com a prestació de serveis d'atenció a les persones neix des d'una òptica d'anàlisi social. La persona està al centre però es posa de relleu l'obligació moral o ètica que té la societat d'atendre a les persones amb necessitats perquè puguin tenir les mateixes oportunitats que la resta.

Tanmateix, en el sector de l'atenció a les persones amb discapacitat, la persona se situa a l'epicentre, però hem seguit durant aquestes darreres dècades una òptica més humanista, no tant social. Tot i que els objectius a assolir, la prestació de serveis que s'organitzen i els mitjans són els mateixos, hem partit d'un dogma diferent: és la persona amb la seva individualitat la que determina els tipus de suports que ha de rebre per desenvolupar al màxim la seva autonomia.

En l'àmbit de la discapacitat intel·lectual, es posa l'accent en l'apoderament de la pròpia persona com a agent actiu que reivindica els suports que necessita. Hi ha una voluntat de ressaltar davant la societat tot el que aquestes persones són capaces de fer, aprenentatges, feines... i no de centrar-se en les seves limitacions.

El desenvolupament de la Llei de la Dependència, què inclou sota el seu paraigua el col·lectiu de persones amb discapacitat, remarca també la vessant social, definint graus de dependència i ajuts. Es destaca de nou la seva dependència i en funció d'això s'estableixen els suports que la societat li ha d'oferir i, per tant, les cures que ha de rebre. Es transmet un concepte de persona depenent i, per tant, subjecte a cures. No es percep el concepte proactiu de persona «capaç per si mateixa» de desenvolupar-se si té els suports necessaris.

En definitiva, tant des d'un enfoc més social com més humanista, estem parlant del mateix, l'atenció que han de rebre aquestes persones per part de la societat que les envolta.

Com són les cures que hem d'oferir a les persones amb discapacitat intel·lectual? El tret diferenciador bàsic amb la resta de la població és que el període vital en el qual es dona la necessitat abasta totes les etapes de

la vida: infantesa, joventut, maduresa i vellesa.

Al llarg de la infantesa, és probable que durant els primers anys de vida, alguns d'aquests nens necessitin una major atenció i estimulació per dur a terme un correcte desenvolupament psicomotriu, de llenguatge o d'aprenentatge d'hàbits. Es fa necessària una major atenció dins l'àmbit familiar i preescolar, i de vegades de serveis i professionals especialitzats (logopedes, psicomotricistes, psicòlegs...)

L'escola, juntament amb la família, s'ha de convertir durant aquesta etapa en el mitjà bàsic facilitador de cures, a través de l'atenció de mestres i personal de suport o de programes i recursos pedagògics adaptats. La Llei d'Integració oferia un marc facilitador d'aquesta feina, més endavant, però, comentarem quina ha estat la realitat que s'ha viscut en els centres.

En l'etapa infantil, el suport familiar és bàsic en aspectes de maduració afectiva, aprenentatge i primera socialització. Els pares així ho detecten i hi posen tot el seu esforç facilitador.

També el propi nucli familiar passa a ser objecte de cures i es fan impres-



Tallers Bellvitge

cindibles mesures de suport familiar, siguin de tipus econòmic, d'orientació o de conciliació respecte a qüestions laborals. En aquesta etapa, la dona com a mare es veu sobreexigida i porta sovint una gran sobrecàrrega.

Durant la joventut, les cures se centren en les qüestions laborals i relacionals, i es aquí on el paper de la comunitat i les institucions adquireix més importància.

A Catalunya, des de finals dels anys seixanta i els setanta, les famílies afectades van començar a organitzar-se en associacions que van impulsar la creació d'una xarxa d'institucions distribuïdes pel territori català. Aquestes entitats van començar a donar resposta a les necessitats formatives de caire ocupacional i a mostrar que aquestes persones, amb el suport adequat (sistema de cures), eren capaces també de desenvolupar una feina remunerada.

Una d'aquestes entitats pioneres va ser l'associació que va tirar endavant el projecte que hem conegut a la nostre ciutat com a Tallers Bellvitge, creada al 1968, que va obrir portes i va començar a funcionar l'any 1971, en paral·lel al desenvolupament del mateix barri.

Més endavant descriurem amb més detall la tasca i la funció d'aquesta entitat, molt semblant a la de moltes altres del nostre país.

Tant aquestes entitats com la família són les encarregades de cercar els recursos per procurar que la vida social d'aquestes persones sigui el més semblant a la de la resta de la població, facilitant que arribin a una vida independent en la mesura del possible amb el suports més adients.

Les necessitats en arribar a la vellesa són les mateixes que per a la resta de la població. Requereixen de cures per part de la família (germans o nebots), o dels serveis de suport a l'habitatge o dels centres de residència.

MARES I DONES

La meva professió m'ha ofert la possibilitat de conèixer persones molt diverses. Algunes d'elles, diríem que atípiques, amb capacitats diferents, o amb discapacitat, com vulguem anomenar-les. El genèric tampoc importa massa. Aquest fet ha ampliat la meva perspectiva de l'ésser humà. He comprès que hi ha formes molt diferents de percebre les coses, de relacionar-se, de sentir, i que totes són tan respectables com la meva.

Escollir la psicologia com a professió implica tenir un interès marcat cap a les persones i les seves relacions, ajudar-les en la seva maduració o davant les dificultats. La meva ocupació donant suport a persones amb

discapacitat va satisfer aquest interès. Al principi vaig dedicar-me a la psicopedagogia, treballant durant cert temps amb nens amb dificultats d'aprenentatge i discapacitat. Posteriorment vaig passar a fer-ho amb adults, en l'àmbit de l'ocupació i de l'habitatge.

Abans de dedicar-me pròpiament a tasques de coordinació i gestió de serveis, vaig estar fent atenció directa durant més d'una dècada i, al llarg d'aquests anys, he pogut conèixer una gran diversitat de situacions problemàtiques, de persones amb discapacitat i de famílies.

Durant molt de temps ens hem centrat en l'atenció i els recursos que podíem oferir a la persona amb discapacitat des del mateix centre i ha estat al llarg dels anys que he vist més evident la necessitat de fer intervenció també al nucli familiar. Entenc que és així tant pels efectes positius que això té en la persona amb discapacitat com per la pròpia necessitat de cura que té la família.

La majoria de mares amb fills amb discapacitat que he conegut han estat dones amb gran dimensió humana. Dones que la vida ha fet fortes, en primer lloc, quan reben una primera patcada en conèixer que el seu fill té algun tipus de discapacitat, un fet que han d'assimilar ràpidament per apoderar-se al màxim i poder ajudar-lo. Després, perquè aquesta lluita no és puntual, ja que aquests fills són dependents tota la vida.

Per la mare és difícil superar els sentiments de culpa que apareixen i renunciar a les expectatives que es disposen en el naixement d'un fill. Han d'anar resolent nombrosos interrogants que van apareixent. De vegades soles o amb l'únic suport de la parella i, d'altres vegades, amb l'ajut de professionals (pediatres, metges, psicòlegs, educadors...). Sens dubte, com totes les mares, viuen amb el mateix afecte i satisfacció la relació amb els seus fills, però ho fan amb un elevat cost personal.

És necessari introduir també la perspectiva de gènere sobre la figura de les persones que fan les activitats de cures. Aquestes activitats han estat realitzades majoritàriament quasi sempre per dones i, dins de l'àmbit familiar, per les mares.

La biologia és el primer detonant perquè sigui així. És el mateix cos de les dones el que assumeix les cures durant l'embaràs (tot i necessitar ella mateixa activitats de cura com a mare gestant); a continuació durant el període de lactància dels bebès, sovint assumeix també una part bàsica de les cures, la d'alimentar.

L'educació, la cultura, aspectes sociològics i sobretot econòmics, s'han anat sobreposant per disposar en les dones, de forma descompensada i injusta, les tasques de cures amb desproporció clara respecte al pare. Fins

i tot, aquestes tasques s'han suposat associades a un atribut considerat més propi del caràcter femení, més sensible i protector, que del masculí, suposadament més enèrgic i productiu.

La societat patriarcal i masclista ha anat consolidant al llarg de la història aquest paper, que ha generat una desigualtat molt gran entre els dos gèneres. I, a més, quan la dona intenta assumir les dues responsabilitats, la de les cures dels fills (o després dels pares), i la seva autocura com a subjecte amb identitat i necessitats pròpies, també rep una potent sobrecàrrega de treball físic i mental.

En el cas de les mares de persones amb discapacitat intel·lectual, aquesta sobrecàrrega és encara més feixuga. M'agradaria incloure algunes frases recollides en una entrevista que feia Anna Adrià Català a Montse Tarridas, vicepresidenta de LADD (l'Associació en defensa dels Drets de les Persones amb discapacitat) a la publicació *Social.cat*: «*Sóc mare d'una persona amb discapacitat intel·lectual, però també soc logopeda, fisioterapeuta, gestora d'ajuts, activista...*».

Tal i com es recull també a la publicació, «*d'acord amb la normativa estatal, la Generalitat de Catalunya és la responsable de reconèixer el grau de discapacitat, que en termes de percentatge va des del 33% fins al 75%. L'acreditació del percentatge de discapacitat facilita l'accés a diversos drets, serveis, programes i prestacions que pretenen compensar els desavantatges socials derivats de la discapacitat o de les barreres que limiten la participació*».

Aquest reconeixement complementat amb les prestacions que aporta la llei de dependència, segons el grau que es determini, hauria de garantir el suport necessari perquè les persones amb discapacitat puguin viure amb normalitat dins la nostra societat de manera inclusiva i amb els suports que necessiten.

Segons la convenció de drets de les persones amb discapacitat de l'ONU, és en les administracions on recau l'obligació de vetllar i assegurar que aquests drets i llibertats es respectin. Igual que a la Declaració de Drets de l'ONU, la Llei d'Integració dels minusvàlids, l'actual Llei de la Dependència i altra normativa en l'àmbit dels serveis socials, tot i les seves mancances, constitueixen un bon marc legal a seguir. El problema és que no es doten els recursos suficients per poder aplicar les lleis i desplegar els serveis i equips necessaris, o bé aquests recursos arriben tard o són insuficients.

Sovint, com es recull a l'article referit, «*a falta d'eines d'inclusió en els diferents àmbits de la societat i del suport de l'administració, són les mares que acaben integrant les capacitats necessàries per garantir una vida digna*

i plena als seus fills i això comporta molt de temps i molta energia, el que es tradueix en sobrecàrrega», «hi ha mares que estan literalment 24 hores al dia, set dies a la setmana pendents del seu fill o filla, sense ajudes o amb molt poques ajudes», declarava Montse Tarridas. «Al patiment emocional que tens quan hi ha situacions inesperades se li suma aquesta càrrega d'haver de ser tu qui et busques la vida per a tot.»

«Aquesta sobrecàrrega té efectes molt negatius en la salut mental de les mares, que veuen la seva vida social i el seu temps d'autocura reduïts al mínim. A les tasques de cures, que sovint recauen sobre les dones dins el nucli familiar, se sumen els extres que comporta tenir un fill o filla amb discapacitat. Moltes han de deixar la feina, o reduir la seva jornada laboral i renunciar al seu temps d'oci.»

Hi ha un altre aspecte a ressaltar pel que fa a la perspectiva de gènere, que és el desequilibri entre els dos gèneres en relació al nombre d'usuaris o treballadors amb discapacitat que accedeixen als diferents centres.

Durant molts anys em cridava l'atenció el fet que al centre tinguéssim de manera sostinguda una població molt més gran de nois que de noies, quan no es discriminava en absolut l'entrada de les noies. La raó d'aquest desequilibri és que sovint a les noies se les veia capaces de fer feines a casa i en alguns casos, d'assumir també el paper de cuidadores dels germans o pares grans o malalts. Sembla increïble que les mateixes famílies es veiessin en aquesta necessitat i no poguessin oferir a les seves filles una formació i socialització fora de la llar que els permetés madurar i desenvolupar les seves habilitats en un context laboral. Aquest desequilibri sembla que de mica en mica es va reduint en l'actualitat.

Capítol apart mereixerien les situacions d'abús sexual a què s'han vist sotmeses en alguns contextos, per la seva fragilitat i indefensió, realment dramàtiques.

És fonamental que hi hagi una prioritització de polítiques socials per part dels responsables polítics i els gestors públics. Aquesta prioritització s'ha de reflectir en els pressupostos públics a l'hora de facilitar i agilitzar els tràmits per optar als ajuts i recursos. De vegades, el camí a seguir és donar aquest suport econòmic a les mateixes famílies per poder finançar els ajuts personals que pot rebre al domicili o els mitjans tècnics necessaris. En d'altres casos, es tracta de facilitar que l'atenció es presti des de institucions públiques o d'altres entitats privades no lucratives especialitzades que donin o coordinin aquest suport.

Descriuré a continuació el paper de les entitats no lucratives a Catalunya dins l'àmbit de les cures a les persones amb discapacitat.

LES CURES DE LES PERSONES AMB DISCAPACITAT DES DE LA COMUNITAT I LES INSTITUCIONS

Àmbit comunitari

Quan l'àmbit familiar queda desbordat o és insuficient davant de determinada situació i per altra part les administracions no actuen per atendre la necessitat, s'ha desenvolupat una forma intermèdia de prestació de cures. Es tracta del nivell comunitari, en el qual la societat civil s'organitza de manera col·lectiva per oferir els recursos necessaris, i ho fa majoritàriament mitjançant associacions o cooperatives sense ànim de lucre que tenen la missió de facilitar el benestar de les persones i oferir la prestació dels serveis de cures.

Perspectiva històrica. Evolució durant les darreres dècades

Crec necessari fer una mica d'història i descriure quina ha estat l'atenció d'aquestes persones en les darreres dècades per entendre millor la situació actual i proposar quin seria el model desitjable a desenvolupar.

No hem de retrocedir a la prehistòria, quan per desgràcia i per efecte de la selecció natural aquestes persones tenien poques possibilitats de sobre viure, ni tampoc a l'edat mitjana, quan fins i tot per influència d'una Església inquisitorial necessitada de trobar arreu càstigs divins o intervencions del diable, eren demonitzades o marginades de forma denigrant. Retrocedirem fins al segle passat.

Als estats i governs, els va anar bé disposar la feina de l'atenció i les cures dels desvalguts i marginats a l'Església i els seus ordes religiosos. Aquests, durant molts anys, van ser els encarregats d'atendre malalts crònics, persones amb malaltia mental i demència, ancians. Ho feien sobretot gràcies als fons que aconseguien en campanyes de caritat i de persones que, mogudes per la seva fe o moral, aportaven el seu patrimoni.

El context religiós, de vegades barrejat o fusionat amb l'hospitalari, va ser l'únic, fora del familiar on es va donar atenció a les persones que tenien un grau de discapacitat més gran. Per a la resta de la població amb discapacitat intel·lectual era la família qui s'encarregava de la seva atenció.

Les famílies van començar a agrupar-se per defensar els interessos comuns i cercar solucions a les necessitats que tenien els seus fills, inicialment per aconseguir la creació d'escoles que poguessin atendre correctament l'educació dels seus fills. I així van començar a crear associacions pel territori: Barcelona, Terrassa, Mataró... En molts casos, al capdavant de les entitats hi havia pares i mares amb molta empena i carisma. És el cas, per exem-

ple, de Mercedes Carbó, coneguda com «la mamá del millón», que va adquirir certa visibilitat social en guanyar un concurs televisiu de gran popularitat; o de Montserrat Trueta, que va impulsar la creació de la Fundació Síndrome de Down.

Les entitats van promoure la creació dels serveis necessaris i empenyien les administracions perquè abordessin les necessitats dels seus fills, més enllà de les escolars. Aquestes necessitats podien ser mèdiques, socials, de creació de serveis especialitzats o, quan arribaven a l'edat adulta, relacionades amb l'ocupació, les necessitats laborals i d'habitatge.

Va ser a nivell comunitari, on la força i l'impuls de les associacions formades pels familiars afectats, van actuar davant la passivitat de les administracions públiques. L'administració, en tot allò referent a les necessitats de les persones amb discapacitat i les seves famílies, sempre ha anat darrere de la iniciativa comunitària.

Va ser en l'àmbit de l'ensenyament on es va iniciar un acostament més decidit cap a l'atenció dels nens amb discapacitat intel·lectual. Metges, psiquiatres, pedagogs i educadors, ja sigui des de les mateixes institucions religioses o des de l'escola pública i privada, van demostrar que, si aquestes persones rebien els ajuts i l'atenció necessària, superaven les dificultats i milloraven les seves capacitats.

En aquest sentit, cal destacar les aportacions del doctor Jeroni de Moraes, que, des de la pedagogia terapèutica, va ser un referent per al treball en les escoles d'educació especial del país. Posteriorment, ja a la dècada del setanta, és rellevant el treball de Josep Maria Jarque i la seva defensa del model d'escola inclusiva, així com el paper que va tenir en l'elaboració de la Llei d'Integració Social del minusvàlid (LISMI, 1982).

Per fi apareix una llei, la LISMI, que reconeix els drets de les persones amb discapacitat i impulsa el reconeixement de la diferència dins de la nostra societat. Va actuar de marc legal i referent per al desplegament posterior de normativa reguladora sobre centres i serveis d'atenció a les persones amb discapacitat i la seva integració en diferents àmbits.

A l'ensenyament, la LISMI va promoure l'aparició d'un decret que va transformar conceptualment l'educació especial: el Decret 117/84, que va establir l'ordenació especial per a la seva integració dins el sistema educatiu ordinari. A finals del segle XX, es va evolucionar conceptualment cap els canvis següents:

- Es va passar d'una pedagogia terapèutica basada en les deficiències a una educació especial basada en les necessitats educatives especials.

- D'una educació especial per a cada tipus de deficiència a una forma d'educació especial, entesa com un conjunt de suports i adaptacions que ha d'oferir l'escola per ajudar l'alumne, per tal que desenvolupi al màxim la seva autonomia i aprenentatge.
- D'una atenció educativa portada a terme únicament en centres d'educació especial a una educació especial integrada dins el sistema educatiu ordinari.
- D'uns programes específics per a cada tipus de deficiència a una adaptació del currículum a les necessitats educatives especials.
- D'un tractament molt medicalitzat a un tractament més global de l'alumne.

És important que els polítics aprovin lleis que promoguin els canvis socials, especialment les que defensin els drets dels més desfavorits per assolir una societat més justa i amb menys desigualtats. Novament comprovem que si la publicació d'una llei no va acompanyada d'una dotació pressupostària per aplicar-la, la llei no es pot complir i queda inoperant. Això genera força frustració en les persones afectades directament, i al seu entorn, i als professionals i entitats que hi treballen. La situació produïda al món de l'ensenyament en les dues primeres dècades del segle XXI n'és un clar exemple. S'ha produït un avançament, però estem molt lluny d'aconseguir l'objectiu final de plena inclusió a les escoles de les persones amb diversitat funcional. Hi ha hagut manca de recursos, sobretot de personal, per poder-la aconseguir.

Una altra vegada, en el model de cures, les millores assolides al sector de l'ensenyament se sostenen per la convicció i la voluntat de professionals i famílies i no per la dotació de l'administració.

Pel que fa a l'etapa adulta, se'n pot fer una avaluació similar. Van ser aquelles associacions i comunitats creades a finals dels seixanta i els setanta les que van impulsar la cerca de solucions. De nou va ser clau el lideratge d'algunes persones, mares i pares de persones amb discapacitat que patien la manca de recursos: persones com Josi Llorens o el seu fill Francesc Martínez de Foix, a Barcelona, o Josep Maria Casas, a Terrassa, grans impulsors de la integració laboral de les persones amb discapacitat, que he conegut personalment i de les quals conec de forma directa la seva valuosa feina.

Les famílies, amb l'ajut de professionals emprenedors coneixedors del sector industrial, sensibilitzats i convençuts de les capacitats laborals d'aquestes persones, van posar en marxa diferents centres de treball amb la vocació i l'objectiu de formar, buscar i oferir feina als joves amb discapacitat. A les experiències desenvolupades a Barcelona i Terrassa, sumariem les experiències fetes a Mataró, Igualada, Manresa, Reus, Lleida i moltes altres localitats on es reproduïx l'associacionisme per donar resposta a la inte-

gració laboral d'aquestes persones. Es rellevant també el resultat exitós de l'experiència de La Fageda, a Olot, liderada pel psicòleg Cristóbal Colón, que es dedica a la producció de iogurts i altres productes, que continua creixent, donant feina i oferint altres serveis a persones amb discapacitat intel·lectual i malaltia mental. Pel que fa a la integració laboral a l'Hospitalet, van néixer tres entitats: Asproseat, vinculat als treballadors de SEAT amb fills amb discapacitat; ALPI, al barri de Can Serra, i Tallers Bellvitge.

L'experiència de Tallers Bellvitge

L'any 1968 es crea i registra l'associació Patronato Nuestra Señora de Bellvitge Pro Subnormales; la promou el senyor Joan Pujol i Borotau, pare de l'Albert, usuari del centre durant més de 40 anys. El senyor Pujol va rebre suport també d'altres pares i amics. L'Albert, per la seva edat, ja havia de deixar l'escola i també hi havia altres joves amb discapacitat, adults com ell, que precisaven un altre tipus d'atenció i de recurs. El senyor Pujol estava professionalment vinculat a la constructora Ciudad Condal, empresa encarregada de les edificacions del barri, i va aconseguir la cessió dels terrenys per fer un equipament destinat a la formació laboral de persones amb discapacitat. Ajudat pel senyor Pere Vivó, primer director i impulsor humanista del projecte, va aconseguir les subvencions del *Ministerio de Servicios Sociales* per construir l'edifici. Finalment, l'any 1971 Tallers Bellvitge va obrir portes al mateix lloc on es troba ubicat actualment, a l'avinguda Mare de Déu de Bellvitge. Recentment, el centre ha passat de ser una associació de pares independent a incorporar-se al Grup Cooperatiu TEB (Taller Escola Barcelona) amb el nom de Cooperativa Tallers Bellvitge.

Tallers Bellvitge compta amb més de 50 anys d'història, en la qual ha seguit una trajectòria molt semblant a la de la resta d'entitats del país. Farem un breu repàs d'aquesta història des dels anys 70 fins al 2024.

Des del seu inici, Tallers Bellvitge va tenir la finalitat de realitzar una tasca de formació laboral. Durant la dècada dels setanta es van realitzar diversos cursos dels anomenats PPO (Programes de Promoció Professional Obrera), que eren cursos de formació laboral eminentment pràctics, enfocats a llocs de treball específics. Aquests cursos, promocionats per l'antic *Ministerio de Trabajo*, es dirigien a la població general, però la seva metodologia i objectius s'adequaven bé a les necessitats de formació dels joves amb discapacitat intel·lectual. Dels cursos que es van fer a Tallers Bellvitge, cal destacar els que pertanyien al sector tèxtil. Tot i que aquesta activitat es va arribar a desenvolupar força a la ciutat de l'Hospitalet, no es va mantenir al taller.

Per la resta de Catalunya van sorgir molts altres centres i tallers per atendre les necessitats de formació i integració laboral posterior a l'etapa

escolar. Era impensable que l'empresa ordinària els formés i contractés. Moltes d'aquestes entitats promotores provenien d'una tradició més educativa i terapèutica, i van optar per fer activitats de caire artesanal o pre-laboral. Tallers Bellvitge, des del principi, va decidir fer una formació orientada a feines concretes del mercat de treball, preferentment de tipus industrial (tèxtil, fusteria, arts gràfiques, enquadernació...). Amb aquesta preparació es perseguia que el treballador amb discapacitat aprengués un ofici o una feina específica al sector industrial. Aquesta opció requeria que els professionals encarregats de fer la formació fossin experts en aquests sectors i comptessin també amb habilitats pedagògiques i didàctiques.

Es van aconseguir les primeres feines reals remunerades per a persones amb discapacitat intel·lectual en l'entorn de treball protegit, ja que era l'única opció possible. L'objectiu era assolir una autonomia econòmica a través de la integració laboral i, en conseqüència, la seva autonomia social,

Concretament a Tallers Bellvitge es van crear dues seccions, la impremta i els manipulats industrials per a l'automoció, que es van mantenir durant molts anys, atorgant un tret diferenciador a l'entitat dins del sector.

A la impremta es feia bàsicament impressió offset de fulletons, revistes, cartells, talonaris, i un llarg catàleg de productes. Des de finals dels vuitanta fins a l'any 2015, Tallers Bellvitge va oferir feina de manera estable a un grup d'entre 6 a 8 persones amb discapacitat, 4 com a maquinistes i la resta en tasques auxiliars. A més a més hi treballaven de 2 a 4 tècnics del sector gràfic (impressors, dissenyadors i comercials). Al barri, els tallers eren coneguts bàsicament per la impremta, i moltes de les entitats i petites empreses o botigues del barri eren clientes de la impremta. També en van ser clientes grans empreses del sector privat, com Gas Natural o l'Hotel Avenida Palace i, en el sector públic, l'Hospital de Bellvitge, l'Ajuntament de l'Hospitalet i la Generalitat de Catalunya. Es va arribar a facturar alguns anys més de 200.000 €, equiparant-se en qualitat i preu amb d'altres empreses del sector. Lamentablement la crisi general de les arts gràfiques, amb la desaparició de la tecnologia offset i el pas cap a la tecnologia digital, va provocar la disminució de les comandes i finalment el tancament i la reconversió dels treballadors cap a altres sectors productius.

Una altra activitat a què es van dedicar els tallers del sector són els manipulats industrials, que en molts casos es mantenen en l'actualitat.

Pel que fa a Tallers Bellvitge cal destacar, tant per la seva continuïtat en el temps com per la quantitat de llocs de treball que va generar, l'activitat de *packaging* per a l'empresa automobilística Nissan (inicialment per a Motor Ibérica). Als tallers es manipulaven més de 20.000 referències de

recanvis diferents. A la Secció de Manipulats d'Automoció del Taller van arribar a treballar de forma estable una mitjana de 25 persones amb discapacitat i 3 monitors o encarregats.

També van passar per les mans dels treballadors amb discapacitat del taller, altres manipulats industrials com l'empaquetament de material didàctic (colors, retoladors, plastilines...), material elèctric i altres manipulats diversos.

A Tallers Bellvitge, a principis dels noranta, es van fer les primeres contractacions indefinides que permetien als treballadors amb discapacitat tenir una feina estable i cobrar «almenys» el salari mínim interprofessional. L'any 2011, el centre va haver de diversificar les activitats al sector de serveis afegint a les ja existents la jardineria, el repartiment a domicili i la missatgeria ecològica.

El repartiment a domicili es va arribar a implantar en 10 mercats municipals de les ciutats de l'Hospitalet i Barcelona i en d'altres establiments comercials com els supermercats Bonpreu. Va aportar molta visibilitat i valor a la feina dels treballadors amb discapacitat, ja que és una activitat que es realitza en entorns comunitaris amb molta interacció social i molt ben valorada pels clients. El Centre Especial de Treball (CET) de Tallers Bellvitge va decidir incorporar també treballadors amb malaltia mental, atès que és un col·lectiu que també presentava dificultats d'integració laboral. Va arribar a tenir en nòmina 105 treballadors amb discapacitat intel·lectual o malaltia mental en les seves diverses activitats. Hi va haver un desenvolupament de creixement similar en molts altres centres de Catalunya, i les particularitats de cada lloc les marcaven les característiques del territori, les oportunitats de treball o el major o menor suport d'entitats o institucions (ajuntaments, fundacions...).

El fet que es pogués demostrar i visibilitzar que les persones amb discapacitat intel·lectual eren capaces de treballar i de guanyar un sou va ser cabdal per a elles mateixes. També ho va ser a nivell social, ja que la resta de ciutadans van comprovar que aquestes persones, amb els suports adients, poden arribar a nivell laboral a fites semblants a les que assolien persones sense discapacitat. Aquest fet va significar un pas de gegant en la inclusió de manera normalitzada en la societat.

Aquests tipus de centres han rebut crítiques per no tractar-se d'un treball realitzat en l'empresa ordinària, que seria més normalitzador i inclusiu, però obvien que sense l'existència dels CETs no haguessin estat possibles les oportunitats de treball que també es donen en l'empresa ordinària. Tampoc molts dels treballadors amb un grau de discapacitat més gran serien seleccionats o acceptats en el context competitiu del mercat ordinari.

El moviment comunitari que lluitava per defensar els drets de les persones amb discapacitat ha impulsat el model de Centres Especials de Treball alhora que lluitava per la integració en la empresa ordinària.

Convé remarcar que la línia de separació entre persones amb discapacitat i sense, parteix d'una convenció. No parlem de blanc o negre sinó que hi ha una gradació continua de perfils i aquesta frontera és arbitral. Aquest llindar podria variar segons les convencions socials que s'estableixin.

A més a més, les persones tenim habilitats i capacitats heterogènies. Hi ha aspectes que se'ns donen millor a uns i pitjor a d'altres; podem tenir discapacitat per a activitats de tipus físic però tenir unes capacitats de gestió molt elevades, o podem ser molt destres en activitats manuals i no ser-ho en tasques administratives. La integració laboral ha ajudat també a mostrar aquesta situació, i tots els que hem treballat amb persones «amb discapacitat» ho tenim ben après. Crec que actualment s'ha aconseguit que la societat en general també ho tingui present.

Per altra banda, no totes les persones amb discapacitat intel·lectual poden arribar a assolir un rendiment laboral que els permeti accedir a un contracte laboral, ni en el treball protegit ni en l'empresa ordinària, tot i que moltes d'aquestes persones sí que són capaces de fer activitats que aporten valor als altres o a el seu propi creixement o satisfacció personal.

En paral·lel a l'avenç en la situació laboral hi va haver també un avenç en l'atenció que rebien aquestes altres persones adultes que no poden accedir a una contractació laboral.

Model , encerts i limitacions

L'any 1987 es va publicar a Catalunya el decret de Centres Ocupacionals. Aquest decret va oferir un marc clarificador a l'atenció que es donava als centres on assistien les persones adultes amb discapacitat.

Distingia entre els treballadors de centres especials, que feien una activitat laboral amb contracte de treball i rebien un sou a canvi, i els usuaris del Centre Ocupacional amb una relació assistencial i terapèutica amb el centre, on feien activitats de teràpia ocupacional i rehabilitació.

Descrivia, entre d'altres qüestions, les característiques que havien de tenir els centres, les ràtios de personal, quins tipus d'activitat feien (ajustament personal i ocupació terapèutica), els criteris d'accés dels usuaris (que havien de tenir un mínim de 35% de discapacitat per optar a la normativa reguladora del Centre Especial de Treball, i un 65% de discapacitat per ser usuaris del Centre Ocupacional (CO). També després d'uns anys es va

introduir una subdivisió al CO, regulant el SOI (Servei Ocupacional d'inserció), on assisteixen les persones amb discapacitat que, tot i tenir prou capacitats laborals, no troben un lloc de treball als CET.

Aquest marc legal, que va estar inicialment consensuat per l'Administració i pel propi sector de la discapacitat, va servir per clarificar i distingir les dues situacions diferenciades, el treball remunerat i l'ocupació com a forma de teràpia. Prèviament a la seva publicació, encara hi havia certa confusió respecte al que aquestes persones eren capaces de fer, i al tipus de atenció que havien de rebre. Va regular una situació d'indefinició evitant així circumstàncies que podrien encobrir l'abús o explotació amb el pretext d'oferir activitat laboral terapèutica.

Actualment encara és el model de referència per als serveis d'atenció a les persones adultes amb discapacitat intel·lectual. Pràcticament l'única incorporació significativa a la normativa és la que fa referència al treball amb suport a l'empresa ordinària.

Des de la publicació d'aquest model han passat ja quasi quaranta anys i, tot i que ha estat molt útil i va aportar un avenç molt significatiu, actualment està desfasat. Vist des de la perspectiva que ens donen els anys transcorreguts, aquesta diferenciació, amb el pes tan notori que tenen les valoracions del grau de discapacitat que fa l'administració, i la valoració laboral (ocupacional o CET), va contribuir que tinguéssim un concepte – erroni– massa compartimentat de la discapacitat i de les necessitats que tenim les persones.

S'ha donat una excessiva compartimentació. Es classifica la població entre població amb discapacitat i sense, persones amb discapacitat física, sensorial o intel·lectual. I amb el decret esmentat s'hi va afegir la distinció entre les persones amb més del 35%, i per tant amb accés al CET, i les persones usuàries del CO, amb més del 65%.

Posteriorment, la Llei de la Dependència, tot i que canvia el paradigma i comença a tenir més en compte les ajudes que necessiten les persones i no tant les seves mancances, torna a compartimentar: grau de dependència 1, 2 o 3 amb els respectius nivells de suport.

Ara tenim una visió de les persones i de la necessitat de rebre atenció i cures, amb una perspectiva més dinàmica. Hem de superar aquesta dèria classificatòria que encasella les persones i que sovint, en comptes d'ajudar, acaba posant límits i segregant. Hi ha una gran variabilitat a la població. Cada persona és un subjecte amb les seves capacitats i dificultats, i és la seva relació amb el medi que l'envolta i les dificultats que troba, el que genera la necessitat de rebre un tipus d'atenció o d'ajut, un tipus de cures o un altre.

Hi ha múltiples factors que poden ocasionar les dificultats que ha d'afrontar una persona i dependran de les exigències que li planteja la seva relació amb l'entorn en els diferents moments de la seva vida, i de factors com el seu origen, la situació econòmica, l'educació, la família, l'idioma, els problemes físics o psíquics, la salut, l'edat... El tipus de suport a rebre estarà condicionat per cada situació.

S'ha anat adquirint la convicció que ha d'existir una cartera de serveis prou flexible i adaptable a les diferents necessitats individuals de cada persona. Els serveis s'han d'adaptar a les persones, no les persones als serveis. Val a dir que durant aquestes dècades el factor econòmic ha estat determinant a l'hora de condicionar el tipus de servei que podia oferir-se des de les entitats. I si, com hem esmentat abans, el model d'integració escolar ha fracassat per manca de recursos, alguna cosa similar podríem dir del model d'integració laboral o dels suports a la vida adulta.

Es reben subvencions públiques per part de la Generalitat, però aquestes han estat insuficients per prestar l'atenció individualitzada adient. Cal oferir els serveis de manera que tothom hi tingui accés, independentment del seu nivell socioeconòmic. A més, les intervencions han de tenir el nivell d'individualització que determinen els programes establerts per a cada persona. Això implica comptar amb recursos suficients per poder-ho fer, i tenir suficient personal qualificat i els mitjans tècnics prou diversificats per fer-ho.

Als Centres Ocupacionals es reben uns mòduls lineals de subvenció per persona iguals per a tothom, que permeten la dedicació d'un professional per cada 8 usuaris, atorguen només un auxiliar més per cada 8 persones valorades amb una afectació més greu, i un tècnic cada 40. Amb aquests mitjans difícilment es pot oferir una atenció individualitzada.

Aquesta limitació econòmica ha condicionat molt l'atenció:

- No s'ha pogut individualitzar prou l'atenció, ja que les activitats s'han d'organitzar per grups afins, i optimitzar el personal i els espais.
- Sovint no es pot acomplir el principi d'autodeterminació pel qual la persona pot escollir allò que prefereix fer, ja que l'activitat a fer ha de ser una dels que li ofereix el centre.
- La persona no se situa al mig de les intervencions, ja que existeixen condicionants organitzatius, per manca de recursos, que no ho permeten fer.

Si ens referim a la integració laboral per part dels CETs, per treballar els aspectes de formació i d'integració a la feina hi ha un monitor per a 15 treballadors o 1 tècnic superior per cada 100. Les subvencions i els tipus

de contracte són iguals per a tots els treballadors, independentment del seu temps de formació o qualificació. El seu contracte laboral fa incompatible que puguin rebre al centre altres tipus de serveis o realitzar d'altres activitats d'ajustament personal. Els treballadors es veuen sovint condicionats a treballar al CET del seu territori, sigui quina sigui la seva activitat i l'adequació del seu perfil laboral per a aquells llocs de treball. Amb els recursos de personal de què es pot disposar és difícil també fer la prospecció, formació i seguiment dels treballadors amb possibilitats de ser contractats a l'empresa ordinària. Quan es dona, tampoc queda compensat l'esforç realitzat per aconseguir-ho, tenint en compte que marxarà un dels millors treballadors i que es perjudicarà el rendiment de la feina feta pel CET.

Respecte a la integració a l'empresa ordinària, els CET han hagut de prioritzar oferir feina estable a grups més grans de persones en els seus tallers o serveis en lloc de poder incidir en el mercat ordinari i facilitar el pas a l'empresa ordinària dels treballadors amb possibilitats de fer-ho. Les empreses privades tampoc han destinat prou recursos per poder complir la llei que els obliga a fer-ho al menys en un 5% de treballadors, i preferixen pagar sancions o fer donatius (eximent de la llei) abans que contractar. El treball amb suport per a la inserció en l'empresa ordinària només contempla un ajut acotat en el temps.

La mateixa administració fins fa poc temps no s'havia plantejat incorporar persones amb discapacitat psíquica al seus departaments. Ara que ho fa mitjançant concursos reservats, la incorporació als llocs sembla estar mal orientada i mal supervisada en molts casos, ja que no es fa per convicció sinó per pressió de directius europees. Si no s'hi introdueixen els suports necessaris fracassarà o quedarà limitada a pocs casos d'èxit.

En conclusió, durant aquestes dècades, pel que fa a l'edat adulta, s'ha continuat oferint l'atenció des d'una excessiva institucionalització i poca individualització i participació dels mateixos afectats, bàsicament per una dotació insuficient de recursos públics. En conseqüència, seria una de les qüestions fonamentals a considerar, si es vol avançar i millorar aquesta atenció.

Per a les persones amb discapacitat intel·lectual o diversitat funcional adulta, com per a la població general, després de l'ocupació, l'accés a l'habitatge en condicions de normalització ha esdevingut el problema primordial. Hi ha un gran dèficit de places públiques que no s'ajusta a les necessitats i demandes existents, sigui en les opcions de residència (per a persones amb necessitat d'un nivell de cures més gran), en llars-residència o en pisos amb suport. Així mateix hi ha un temps d'espera massa prolongat per poder accedir-hi.

En el cas de l'habitatge, també la iniciativa privada de les entitats ha estat la que ha fet l'esforç d'impulsar la gran majoria de projectes. Hi ha casos on les entitats tenen disponibilitat física als establiments, però l'administració triga molt de temps a dotar-les de la subvenció corresponent per al finançament mensual; així, doncs, la plaça queda sense ocupar i la persona sense poder rebre el recurs. Hi ha hagut alguns d'aquests casos també en la nostra ciutat, als serveis residencials d'ALPI, i als que gestiona Asproseat.

Al sector es veu la necessitat d'anar cap a un model d'habitatge més humanitzat i menys institucionalitzat, basat en petites llars o pisos amb suport on es pugui fer una vida més independent i més familiar i on es pugui comptar amb els suports i el nivell de cures adients a cada necessitat. Podem trobar exemples en els projectes que porten a terme Prodis a Terrassa, o AMADIP-ESMENT a Mallorca.

Possibilitar la creació de nous habitatges, amb la situació generalitzada d'encariment que estem vivim, no és una tasca fàcil, però s'estan duent a terme experiències en xarxa amb altres entitats socials del tercer sector molt interessants, basades en el model cooperatiu, que estan tenint suport per part d'alguns ajuntaments. El Grup cooperatiu TEB està participant a Barcelona en un d'aquests projectes. Si els ajuntaments col·laboren i fan convenis de cessió de sòl públic per als diferents projectes i promocions d'habitatge social, que puguin liderar les entitats, es pot obrir un camí esperançador per abordar aquest problema.

Actualment, crec que hem aconseguit un canvi d'actitud social important respecte a la inclusió de les persones amb discapacitat intel·lectual en tots els àmbits, escolar, laboral, residencial, cultural, de lleure... De manera majoritària, no es qüestiona la participació de les persones amb discapacitat intel·lectual, no hi ha marginació ni tampoc exclusió, sinó acceptació i inclusió.

Ens hem dotat de lleis a nivell nacional i europeu que defensen aquest dret participatiu en igualtat de condicions pràcticament en tots els àmbits de la vida.

El que no hem estat capaços de fer és dotar-nos d'un sistema econòmic garantista d'aquests drets conquerits, que faci possible l'aplicació d'aquests nous models d'inclusió centrats en la persona i els suports que necessita.

NECESSITAT DE CANVI EN EL FINANÇAMENT DE LES CURES

Al sector de la discapacitat a Catalunya, i en la gran majoria de l'Estat espanyol, la iniciativa privada i comunitària constituïda pel teixit associatiu i cooperatiu ha suportat fins ara un pes massa gran.

Vivim un moment perillós en el qual la prestació dels serveis de cures a les persones està començant a ser abordat per empreses amb afany de lucre que estan desenvolupant alternatives més rendibles des del punt de vista econòmic, i que, lluny d'acostar-se als interessos de les persones ateses, persegueixen els guanys i el marge de negoci dels propietaris. No podem deixar en mans d'interessos mercantilistes una tasca tan important.

Ja ha quedat enrere el costum de confiar en les campanyes de solidaritat ciutadana, de deixar la responsabilitat de suports bàsics en el voluntariat, que el finançament de programes socials depengui dels guanys del joc o de la col·laboració que ofereixen les entitats bancàries i les seves obres socials, cada vegada més minsa. Els fons europeus no serveixen per a tot ni són indefinits.

És precís fer un pacte nacional a tots els nivells. Estat, Generalitat i ajuntaments, per garantir entre tots una prestació de serveis de cura a les persones completa, estable i universal, i que es faci independentment del partit que governi o de l'àmbit en el qual es governi. És necessari que les diferents administracions intervinguin de manera complementària, col·laborativa, uniforme i solidària en tot l'estat, que es faci en funció de les necessitats i no dels recursos disponibles en aquell territori concret. El finançament, el control i la programació han de ser majoritàriament públics, no privats. Tot i que els serveis es continuïn prestant i gestionant des de les entitats del tercer sector, han d'estar subjectes als criteris comuns que fixi l'administració, però se'ls ha d'assegurar la dotació dels recursos econòmics per poder-ho fer, evitant precarietats que comportin una deficiència dels serveis prestats, un pagament insuficient dels professionals, una deficiència en el manteniment de les instal·lacions, o un copagament excessiu de les famílies.

S'ha de poder establir, de forma consensuada amb el sector i les persones afectades i els seus representants, un sistema que garanteixi el manteniment d'una atenció amb uns estàndards de qualitat dignes, que responguin als drets i necessitats reals de les persones, amb accés universal garantit per a totes les persones que el necessitin, independentment del seu nivell de renda.

Els ciutadans hem d'exigir als nostres polítics que canviïn les seves prioritats de govern, que ha de ser promoure el benestar de les persones i no donar suport a un tipus d'economia que afavoreix cada vegada més l'enriquiment d'uns pocs i el creixement de les desigualtats.

Aquesta priorització del que és social s'ha de demostrar amb fets, no només amb discursos preelectorals. Han de dotar de prou recursos els serveis socials, reflectir-ho als pressupostos i executar-los. Han de poder

garantir entre tots la qualitat i la quantitat dels serveis de cures que necessitem les persones, en els diferents àmbits: discapacitat, vellesa, immigració, infància, sanitat... Són molts els camps que s'han d'assistir i no podem desatendre'n un pel fet d'atendre'n un altre. Són altres sectors els que no necessiten aquest esforç dels polítics i de l'administració, els que sí que es poden negligir (empreses multinacionals, de la banca, monopolis energètics, immobiliaris...).

No s'entén que ajuntaments com el de l'Hospitalet retallin partides destinades a subvencions per a entitats socials els darrers anys, amb excuses lligades a la tramitació; o que estableixi procediments de presentació i justificació tan feixucs que acabin fent desistir les entitats de formalitzar les sol·licituds. És il·lustratiu el fet que per a temes de discapacitat, a l'Ajuntament de l'Hospitalet només hi hagi un negociat en què treballen

Serveis a les persones
Anuari Estadístic de la Ciutat de L'Hospitalet 2022

6. SERVEIS ESPECIALITZATS D'ATENCIÓ A LES PERSONES AMB DISCAPACITAT I PERSONES AMB MALALTIA
Servicios especializados de atención a las personas con discapacidad y personas con enfermedad mental

6.1. Població amb discapacitats
Población con discapacidades.

Població reconeguda 2022

Disminució	Físics Motòrics	Físics no motòrics	Visuals	Auditiu intel·lectuals	Malalts mentals	Físic-Intel·lectual	No consta	Invalidesa	Total
Homes	3.656	2.882	631	729	1.562	2.076	96	410	12.132
Dones	5.213	2.336	797	769	904	2.602	166	277	13.203
Total	8.869	5.218	1.428	1.498	2.466	4.678	262	687	25.335
Edat i gènere	0-15	16-19	20-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 o més	Total
Homes	611	249	745	850	1.688	2.307	2.363	3.319	12.132
Dones	264	103	498	709	1.621	2.529	2.756	4.723	13.203
Total	875	352	1.243	1.559	3.309	4.836	5.119	8.042	25.335
Grau de disminució	33-64%		65-74%		75-100%				Total
Homes	7.744		2.728		1.660				12.132
Dones	7.764		3.258		2.181				13.203
Total	15.508		5.986		3.841				25.335

Font: Institut d'Estadística de Catalunya. Generalitat de Catalunya
Fuente: Instituto de Estadística de Catalunya. Generalitat de Cataluña

6.2. Equipaments i serveis socials especialitzats: Nombre de places
Equipamientos y servicios sociales especializados: Número de plazas

	Serveis		Centres Especials de Treball	Residència	Llar residència	Centres de Dia
	Teràpia Ocupacional	Ocupacionals Inserció				
Places 2021	347	45	280	104	54	22
Places 2022	328	50	482	106	55	22

Font: Mateixos centres / Fuente: Propios centros

dues persones, tenint en compte que a la ciutat hi ha més de vint mil persones amb algun tipus de discapacitat.

No pot ser que quan exposem la problemàtica als diferents regidors de Serveis Socials, se'ns digui que l'Ajuntament ja fa prou en aquest tema, ja que és el Departament de Benestar Social de la Generalitat el que en té les competències. Hi ha molts ajuntaments a Catalunya, amb pressupostos inferiors al de l'Hospitalet, que gestionen serveis, han ofert equipaments o s'hi ha construït equipaments, financen serveis o equips professionals especialitzats i ofereixen una cobertura superior a les famílies. Tot i que no és competència directa seva, són ajuntaments més sensibles a les necessitats del seu territori en l'àmbit de les cures a les persones, i les prioritzen.

Segons l'Anuari Estadístic de la Ciutat de L'Hospitalet de l'any 2022, els Serveis Bàsics d'Atenció Social van atendre l'any 2020 67.721 usuaris i l'any 2022, 59.165. Es van atendre un 12,63% menys de persones. D'aquestes, l'any 2020 2.564 eren persones amb discapacitat, l'any 2022, 2.112, un 17% menys. No s'entén que això pugui passar en un context social en què s'ha incrementat la necessitat i la pobresa i en el qual hi ha més demanda d'atenció.

No pot ser que el Govern de la Generalitat condicioni any rere any les dotacions pressupostàries que destina al manteniment dels serveis en funció del que hagi aconseguit en la seva negociació amb el govern de l'estat, que depengui dels diners que vinguin aquell any de Madrid.

No és acceptable que el govern de l'estat no sigui prou sensible i no compensi les despeses que es fan a Catalunya per millorar l'atenció a les persones.

Si no canvien les directrius per finançar els serveis socials i les cures a les persones amb la prioritat que mereixen, tot l'esforç legislatiu serà inútil; els drets de les persones, tot i reconeguts, no podran exercir-se i la nostra societat continuarà mostrant la seva incapacitat per ser solidària i donar el suport que necessiten els més desfavorits.

BIBLIOGRAFIA

ADRIÀ CATALÀ, Anna. «Les mares de persones amb discapacitat intel·lectual reivindiquen el seu dret a ser "només mares"», a: *Social.cat. El diari digital de l'acció social a Catalunya*, 5 de maig de 2024.

https://www.social.cat/reportatge/20976/mares-persones-discapacitat-intel·lectual-reivindiquen-dret-ser-nomes-mares#google_vignette

Anuari Estadístic de la Ciutat de L'Hospitalet, 2022. Serveis a les persones. Pàg.83-89. <https://www.l-h.cat/utills/obreFitxer.aspx?Fw9E-Vw48XS7I1U60XBm31U2PbGXqazAHnITIurbGhOINRkqazB>

THE CARE COLLECTIVE. *El Manifest de les cures. La política de la interdependència*. 2021. Ed. Tigre de paper.