**AGENCIA DE PROTECCIÓ SOCIAL.**

**Comissió de Treball. Parlament de Catalunya 16-11-2016**

**Josep Farrés Quesada.**

Sres i sr Diputat,

Bona tarda i moltes gràcies per oferir-me la oportunitat de parlar en aquesta comissió.

El fet de parlar l’últim del dia i després d’altres intervencions de persones i entitats de reconeguda competència, ha portat primer a demanar els hi disculpes si en la meva breu intervenció hi troben reiteracions o conceptes ja expressats. Només es pot i s’hauria d’ interpretar com la expressió d’un consens entre diverses mirades sobre una mateixa realitat.

També m’he preguntat quina hauria de ser la meva aproximació, si des de una base teòrica, més conceptual sobre els diversos models d’estructures de protecció social, o aportar un conjunt de dades, quadres i estadístiques, de les que aquests dies vostès ja en poden tenir suficients o potser, millor, finalment m’he decidit per compartir amb vostès, algunes de les vivències o experiències viscudes en els meus 36 anys de professional, en diversos llocs, alguns de primera línia, com actualment, i altres de direcció en els sistemes d’atenció a les persones.

Aquestes vivències potser tenen una càrrega de subjectivitat, però crec que és el que millor pot ser d’utilitat per orientar possibles modificacions i millores en el contingut de la proposició de llei.

Aquest 36 anys es varen iniciar el 1980, quan vaig guanyar per concurs oposició una plaça de metge inspector de la Seguretat Social, com encara surt en el meu full de nòmina, de l’extint Institut Nacional de Previsió.

L’antic institut responsable de la gestió de totes les prestacions, sanitàries, econòmiques i socials del sistema de seguretat social.

Per tant en aquests anys he viscut la evolució i els canvis en els sistemes sanitaris i de serveis socials. Ja que en ambdós se m’ha presentat la oportunitat de treballar-hi.

I algunes conclusions i propostes n’he tret, i voldria compartir-les amb vostès, com deia abans per si poden ser útils per la construcció i estructuració de l’AGÈNCIA DE PROTECCIÓ SOCIAL, la darrera oportunitat, i que esperem sigui la definitiva, per la construcció i disposició de l’instrument que com es diu en el preàmbul de la proposició de llei, serveixi per disminuir les desigualtats, afavorir i facilitar els recursos i mitjans a les persones amb dificultats per construir-se un projecte de vida, el més autònom possible i afavoridor del ple exercici de la ciutadania.

Voldria començar amb una reflexió sobre el marc d’actuació, els contexts temporal i espaial, sobre les claus més rel·levants que caracteritzen la nostra societat.

MARC TEMPORAL, EL MOMENT. I així matisar i explicar el perquè he dit, s’ha dit, la darrera oportunitat. A banda que en sentit estricte és la darrera perquè és la última que tenim sobre la taula, ens trobem en un moment en què, tan entre els professionals com entre els ciutadans que s’apropen als nostres serveis, es combinen la percepció de desencís, frustració amb la vivència de la urgència, la immediatesa de la necessitat d’aportar solucions i canvis en la situació actual.

Hem viscut canvis, algunes millores, la evolució dels sistemes, diverses legislacions i normatives, totes han aixecat expectatives que posteriorment han vingut seguides de frustracions per diverses causes. Però tanmateix en hi ha una que en la meva opinió és molt rel·levant, el sentiment, involuntari, inconscient, lligat a la naturalesa humana, qui sap, de partir de zero, que cada vegada sembla que es fa una proposta que oblida el que de bo en funcionament hi ha i no descriu ni aborda, propostes de millores pels problemes o mancances que caldria resoldre.

En l’evolució d’aquestes normatives hi ha, com vostès coneixen, les catalanes lleis de prestacions i de serveis socials i els reglaments del seu desenvolupament posterior i les estatals de Promoció de l’autonomia personal i atenció a la dependència i les regulacions sobre valoracions de la discapacitat, vincles entre reconeixement de la incapacitat permanent de la seguretat social i la discapacitat, Real decret legislatiu 1/2013 i altres normatives sobre mobilitat reduïda o suport de necessitat de tercera persona. Que junt amb altres són la base en que fonamenten el nostre treball de cada dia.

En aquest moment hi ha un volum de confusió i contradiccions, al que és urgent i necessari, al menys així ho viuen o ho vivim els professionals, que caldria simplificar i clarificar. Segur que no és fàcil i que a vegades topa amb les limitacions econòmiques però cal que en aquest moment una nova norma no afegeixi encara més contradiccions i confusions. I sobretot que aporti avenços. Més endavant em referiré a algunes propostes concretes.

Sobre el marc espaial sociològic, no m’extendré massa, perquè ja es reconeix en la proposta. La importància de les causes demogràfiques, socioeconòmiques, en la base de l’exclusió social, de la fragilitat, de la dependència, deguda paradoxalment a alguns dels èxits dels nostres sistemes, l’augment de l’esperança de vida, la cronificació de malalties que abans eren fatals, ha produït un augment de la població envellida i amb manca d’autonomia.

El problema del sistema sanitari avui no és el diagnòstic ni el tractament estrictament sanitari dels problemes sinó el “tenir cura”, l’atenció pel manteniment i l’oferiment dels mitjans i recursos per facilitar el màxim nivell d’autonomia.

Les dificultats també en l’atenció a la població fràgil en risc o en situació d’exclusió social. La pobresa, la manca de recursos està en l’origen i el resultats del tractament o maneig en molts problemes de salut

 I aquesta no és des del sistema de salut, la seva expertesa ni la seva responsabilitat. I en aquest espai es produeix el conflicte, el que anomenem piloteig entre els dos sistemes que malgrat les diverses propostes, programes i plans no s’han pogut evidenciar ni obtenir avenços ni millores, que no es deguin a l’esforç i al voluntarisme dels professionals individuals.

Probablement hi ha una part que es deu a l’asimetria de recursos però no tot es pot explicar per aquesta realitat.

Sabem que aquest és un problema universal no només de Catalunya ni d’Espanya, però els únics avenços s’han evidenciat en els països o s’han construït estructures operatives de coordinació i de treball integrat.

Em preocupa que ja en la llei es faci una explícita descripció per concretar i excloure els espais i competències universals d’atenció sanitària responsabilitat del Servei Català de la Salut i no es faci cap esment a la necessitat de l’abordatge integral i les estructures de coordinació entre ambdós sistemes, com tècnicament hi ha consens en què es necessari per un correcte treball.

Després del marc contextual, temporal i espaial, voldria entrar en les qüestions de contingut i estructuració de l’Agència.

En la meva experiència es diferencien quatre funcions en els organismes públics:

1) La Funció Planificadora, Reguladora.

2) La Funció finançadora i o compradora.

3) La Funció de provisió, prestació de serveis.

4) La Funció d’avaluació i de rendiment de comptes.

Totes poden coexistir, però cal clarificar i descriure quin paper o competències té en cadascuna. I en cas de no existir, definir amb claredat quin és l’òrgan que en té la responsabilitat i com es planteja la relació jeràrquica o de cooperació.

Pel que fa al punt primer, del text de la proposició de llei es dedueix que aquestes funcions es remeten al marc general i als departaments responsables, però sembla el tot necessari que l’agència disposi d’una estructura planificadora que no només li permeti coordinar i evitar els possibles solapaments i contradiccions sinó que li permeti avançar en la prospectiva d’anàlisis de necessitat i demanada esperable. La major vinculació territorial li permet la detecció d’aquests elements que poden informar els continguts de la evolució reguladora.

Sens dubte el propi estatut de l’Agència ja regularà sobre el seu funcionament intern com es diu en el text però no estaria de més definir les competències marc pròpies. La Llei 12/2007 vigent de serveis socials de Catalunya va ser de molta utilitat al incloure i definir aspectes reguladors operatius que van permetre un ràpid desplegament operatiu.

El punt segon, des de la meva òptica és el que queda més inconcret. Sobretot cal aclarir com es gestionen i diferencien les prestacions **NO contributives**, de caràcter universal, finançades mitjançant mecanismes tributaris de les contributives, finançades amb un mecanisme d’assegurament obligatori, com seria el de la seguretat social, vinculat al treball.

Una confusió entre unes i altres és un greu problema, que patim diàriament, ja que responen a bases i lògiques diferents. El caràcter d’assegurament que em sembla interpretar es defineix com apropi de l’agència no es correspon amb drets universals com són alguns dels inclosos en la normativa de la dependència, prestacions i de serveis socials.

Com és obvi regular les condicions d’accés i de finançament no els hi resta caràcter d’universalitat.

També cal aclarir i definir, que aparentment semblaria que no, si existeix un sistema de caixa única, permetent una redistribució interna o com sembla la funció de l’Agència és la de gestionar prestacions i serveis que ja li venen predeterminats pels corresponents departaments responsables. Gràficament si els recursos arriben en sobres tancats o l’agència pot tenir alguna responsabilitat en transvessaments o reasignacions, per exemple destinant més recursos a prestacions en serveis o a prestacions econòmiques. Destinant més recursos a gent gran o a persones amb discapacitat física o psíquica. Ajustant en cada període pressupostari segons les necessitats més punyents. O aquesta tasca ja la fan els departaments responsables, en origen?

També definir a nivell legislatiu com es combinen les transferències finalistes amb els mecanismes de recaptació pròpia.

Una qüestió també necessària és el nivell d’intervenció o participació en els mecanismes de finançament propis d’altres administracions, com seria el cas de l’administració local que assumeix una part important de serveis i prestacions de nivell bàsic, encara que després pot articular sistemes de finançament, quasi sempre insuficient, des de l’administració autonòmica.

Tornant a la idea inicial de la cooperació, coordinació o integració amb quins mecanismes o estructures es relacionen l’administració autonòmica, l’Agència per tant, i local en el finançament o prestació dels serveis.

Pel que fa a la compra de serveis caldria delimitar les competències en l’estructura de contractació, una qüestió força ben resolta en salut quan els SCS compta amb la seva pròpia estructura de contractació, en la meva experiència de l’ICASS, malgrat els esforços i bones voluntats, el dependre de l’estructura de contractació del departament és un problema i handicap que dificulta, quan no impossibilita una gestió àgil i operativa. Per salvar aquest problema seria útil incloure alguna menció en aquesta qüestió en la llei de creació de l’Agència, en aquest sentit més reglamentista que deiem abans.

En el punt tercer, que com dèiem fa referència a la provisió de serveis i prestacions voldria fer tres comentaris. Un sobre la territorialització, el vincle entre prescripció i gestió,oferta i l’altra sobre l’utilitat del contracte de gestió com a instrument per concretar i fer explícits els objectius d’actuació i afavoridor de les estructures de coordinació i integració de serveis.

La ordenació del territori d’actuació de l’agència és una qüestió cabdal, malauradament no ben resolta, malgrat les diferents expressions de voluntat, avui encara coexisteixen diferents mapes d’ordenació territorial pels diferents sistemes del benestar. La creació de l’agència a més de no afegir una nova ordenació territorial, que empitjoraria la situació, hauria de ser la oportunitat per facilitar una ordenació comuna entre els sistema sanitari i educatiu, com a mínim. Malgrat ja es diu en la llei de serveis socials, la comuna ordenació de les àrees bàsiques de salut i les de serveis socials, aquest fet no s’ha produït. Se n’hauria d’analitzar les causes d’aquesta situació, posar-li remei i trencar aquesta barrera que dificulta aquest necessari treball en comú. A partir de l’ordenació territorial dels ajuntaments i consells comarcals., les estructures perifèriques de salut, educació i de serveis socials haurien de ser coincidents.

I sobretot, com és el cas encara hi ha competències prescriptores en l’ambit de l’administració local. Els múltiples i creuats interlocutors, com és obvi és una barrera perquè es produeixi una comunicació fluida i eficaç. Aquesta és una condició necessària però no suficient. La formulacio de contractes de gestió, entre tots els actors, on es clarifiquin les competències, responsabilitats i objectius és un instrument que ens permetria avançar en un millor funcionament del sistema.

Òbviament no és una panacea d’èxit garantit, però en les experiències que s’ha produït, els resultats han permès millorar.

Finalment quan parlem de la provisió de serveis és necessari fer una menció als professionals, els agents i actors que en darrera instància són l’element cabdal de la prestació.

En els serveis d’atenció a les persones, la implicació i la manera d’exercir el seu treball en primera línia determinen en moltes ocasions, l’èxit o fracàs, el resultat del funcionament.

En aquest sentit la proposició de llei en els diversos apartats de l’article 16 i les disposicions transitòries segona, tercera i quarta fan els esments garantistes i la tipologia laboral o funcionarial dels professionals al servei de l’agència.

Tot i així cal prendre consciència i recordar, el fet conegut per tots de les diverses asimetries que es produeixen entre els reconeixements i retribucions dels diversos sistemes i administracions. Entre els professionals dels serveis socials depenents de la Generalitat hi ha el sentiment de ser considerats com d’una categoria inferior, un rconeixement menor del seu treball.

Aquesta diversitat entre salut, serveis socials, entre diferents ajuntaments, entre diferents organismes s’ha de veure com es tracta en la nova Agència de Protecció Social Esperem que serveixi per millorar-ho o al menys que no s’empitjori l’actual situació.

Quan parlem de la quarta funció, la d’avaluació i rendiment de comptes ja es veu recollida al parlar dels principis de transparència i de rendiment de comptes propi de les estructures de l’administració pública. Només voldria afegir que la disponibilitat del contracte de serveis i la formulació d’objectius torna aser, com ja s’ha dit un bon instrument per facilitar-ho.

En resum i finalment si tingues que resumir la meva intervenció en algunes paraules clau, voldria deixar els hi els següents conceptes:

L’agència ha de facilitar la cooperació, coordinació i idealment facilitar un treball integrat prioritàriament amb dos interlocutors, el sistema de salut i l’administració local.

Territorialment s’han de produir les mesures d’ordenació comunes que permetin l’establiment d’estructures de treball conjunt. No ha de representar un altre nivell més que afegeixi confusió als serveis territorials i a les estructures perifèriques heterogènies dels departaments responsables, les altres administracions i els altres sistemes d’atenció a les persones.

En el seu finançament i les prestacions ha de diferenciar el que són prestacions universals de les que són contributives d’un sistema d’assegurament, encara que sigui obligatori vinculat a altres condicions com el treball.. Internament ha de definir si fa una gestió de prestacions i recursos ja definits i formulats en origen o te una capacitat interna redistributiva.

Encara que sembli impossible ha de tenir capacitat de incorporar i fer un reconeixement de professionals competents i compromesos amb el projecte. I això s’aconsegueix amb claredat en la formulació dels objectius i la definició i explicitació de les tasques i reconeixement dels resultats.

I confiem que ara sigui realment la darrera oportunitat perquè ja no en calguin d’altres.

Moltes gràcies.