

Avaluació de la implementació del servei d'ajuda a domicili (SAD)

Informe final. Juliol 2022



Avaluació de la implementació del servei d'ajuda a domicili

Informe final
Juliol 2022

Tipus d'avaluació
Implementació

Avaluació encarregada per:
Departament de Drets Socials
Generalitat de Catalunya

Avaluació finançada per:
Departament de Drets Socials
Generalitat de Catalunya

Avaluació realitzada per:
Ivàlua

Equip de treball:
Natalia Rosetti (coordinadora)
Mireia Borrell Porta
Laura López
Laura Agustí (estudiant en
pràctiques de màster)

Amb la col·laboració inicial de
Ramon Sabes-Figuera

© Institut Català d'Avaluació de Polítiques Públiques (Ivàlua), 2022

Aquesta obra està subjecta a la llicència Creative Commons de Reconeixement-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

Es permet a tercers distribuir, retocar i crear a partir de l'obra llicenciada de manera no comercial, la distribució de les quals cal fer-la amb una llicència igual a la que regula aquesta l'obra original.

Ivàlua
Institut Català d'Avaluació de Polítiques Públiques
C/ Pau Claris, 108, 4t 1a
Barcelona 08009
Tel. 00 34 93 554 53 00
info@ivalua.cat

Índex

1. Motivació, plantejament i preguntes d'avaluació.....	5
2. Definició i context del servei d'ajuda a domicili	9
3. Metodologia d'avaluació	20
4. Anàlisi del servei d'ajuda a domicili.....	27
4.1. Disseny i coherència de la política: la dimensió conceptual i discursiva	28
4.2. Implementació de la política: cobertura i intensitat del SAD i la seva variabilitat territorial	34
4.3. Usos del SAD Social.....	54
5. Reptes i propostes de futur.....	58
6. Conclusions.....	66
7. Recomanacions i agenda de futur.....	69
8. Agraïments	73
9. Bibliografia	75
10. Glossari de sigles i acrònims.....	80
11. Annexos.....	81
11.1. Annex 1- Variables d'interès per a l'anàlisi estadística	81
11.2. Annex 2 – Estratègia d'identificació de l'anàlisi estadística.....	85
11.3. Annex 3 - Taules de robustesa de l'anàlisi estadística.....	86

Índex de figures

Figura 1. Mapa d'actors.....	18
Figura 2. Tècniques emprades en l'avaluació	20
Figura 3. Evolució de la cobertura del SAD, 2012-2019.....	34
Figura 4. Evolució de la intensitat del SAD, 2012-2019	35
Figura 5. Histogrames de la intensitat setmanal del SAD social i el SAD dependència	36
Figura 6. Mapes d'ABSS segons cobertura i intensitat	37
Figura 7. Variabilitat de tant per cent de cobertura del SAD (total) sobre la població major de 65 anys.....	38
Figura 8. Mapa d'ABSS segons si superen el llindar de cobertura del SAD total per a majors de 65	39
Figura 9. Mapa ABSS de copagament del SAD social i el SAD dependència.....	46

Índex de taules

Taula 1. Entrevistes, grups de discussió i perfils de les persones informants.....	22
Taula 2. Descripció estadística de les variables de cobertura i intensitat	35
Taula 3. Models de regressió de la variabilitat	41
Taula 4. Tipus de gestió del SAD	43
Taula 5. Experiències de referència	62
Taula 6. Variables d'interès per a l'anàlisi de variabilitat de cobertura i intensitat	81
Taula 7. Anàlisi de multicolinearietat	86
Taula 8. Cobertura SAD Social.....	88
Taula 9. Intensitat SAD Social.....	89
Taula 10. Cobertura SAD Dependència	90
Taula 11. Intensitat SAD Dependència	91

1. Motivació, plantejament i preguntes d'avaluació

La provisió pública de serveis socials és coneguda com el “quart pilar” de l'estat del benestar, **un pilar comparativament infradesenvolupat amb una despesa que dista molt de la dels altres tres pilars** de l'estat del benestar - educació, sanitat i pensions - i de la d'altres països amb un estat del benestar més sòlid (Navarro i Pazos Moran, 2020). La situació d'infr finançament, però, no és pròpia de Catalunya, sinó que afecta la major part d'economies avançades i és, en part, conseqüència d'un augment del nombre de persones d'edat avançada i altres col·lectius amb necessitats de cura i suport, així com d'unes normes socials i de gènere que fan que en la totalitat de països de l'OCDE els sistemes de cures de llarga durada recaiguin en gran part en la família i, especialment, en les dones (Colombo et al, 2011; Leitner, 2003).

És en aquest context europeu que el Departament de Drets Socials (DSO) de la Generalitat de Catalunya està elaborant, amb la col·laboració dels ens locals, un nou model d'atenció domiciliària emmarcat en el Pla Estratègic de Serveis Socials 2022-2025. Aquesta nova proposta de model de servei parteix de tot un procés de reflexió (DTASF, 2021) que culmina amb la **creació del servei d'atenció en l'entorn domiciliari (SAED), un nou model centrat en la persona, de proximitat i flexible** a les necessitats canviants d'aquesta. Es tracta d'un servei definit com a universal a partir de l'entrada en vigor de la Llei 39/2006 de dependència on es reconeix el caràcter universal dels serveis socials per a les persones elegibles en funció del seu grau de dependència i en el marc de la col·laboració entre administracions i entre aquestes i el sector privat. Així doncs, està dirigit a persones que tenen necessitats relacionals o d'autonomia, transitòries o permanents, a les quals l'atenció social en l'entorn domiciliari és el més òptim per assolir una millora en el seu benestar i qualitat de vida.

Dins del conjunt de serveis i prestacions del SAED, coordinats pels serveis socials bàsics, hi ha l'actual **servei d'ajuda a domicili (el SAD), que proporciona atenció personal, ajuda a la llar, suport social i familiar i relació amb l'entorn, i es divideix en SAD social o SAD dependència** segons els requisits d'accés al servei. És un servei que, segons dades de l'any 2019, té una despesa de 172 milions d'euros, i que se situa com el primer servei del contracte programa de serveis socials¹ on es destinen més diners. La rellevància social i econòmica del SAD, juntament amb els reptes econòmics, demogràfics i institucionals que afecten el sistema de cures de llarga durada, va portar

¹ El contracte programa és l'instrument de relació entre el DSO de la Generalitat de Catalunya i les entitats locals a partir del qual es defineixen, amb una durada de quatre anys i revisions anuals, els objectius, les actuacions i recursos per desenvolupar les polítiques de serveis socials.

el Departament de Drets Socials i els ens locals a interessar-se per avaluar el funcionament del SAD.²

En el marc del contracte programa entre el DSO i els ens locals es va **signar un conveni amb Ivàlua per promoure l'avaluació en l'àmbit dels serveis socials**.³ L'avaluació de les polítiques públiques és una activitat planificada que aporta informació i evidències per conèixer si realment les actuacions i programes funcionen; és a dir, si donen resposta a les necessitats socials, si estan ben dissenyades, si s'implementen d'acord amb allò que estav€€a previst i en quina mesura són eficients i tenen els impactes previstos. A partir de diferents tècniques d'anàlisi, l'avaluació genera coneixement per dissenyar i implementar millors programes i, en definitiva, aportar informació i generar coneixement per a la presa de decisions.

El SAD i el seu desplegament - una avaluació de la implementació

El SAD és un servei que existeix des dels anys vuitanta i, com tot servei social, s'ha anat trobant amb unes **necessitats, una demografia i unes polítiques canviants** –sobretot amb la introducció de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència– a les quals s'ha hagut d'anar adaptant. Aquest context canviant està molt lligat a la manca d'un marc normatiu específic per al desplegament del SAD; la Cartera de serveis socials aprovada pel Decret 142/2010 inclou el SAD però no en determina la implementació. El resultat és una política actual força heterogènia entre àrees bàsiques de serveis socials (ABSS), una heterogeneïtat que ja ha estat documentada en diversos estudis (IERMB, 2020; Diputació de Barcelona, 2022a).

És precisament **aquesta heterogeneïtat la que motiva l'avaluació de la implementació** del SAD. Cal remarcar que les diferències territorials en si no són font de preocupació, i de fet certes diferències són esperables atesos els principis que

² Respecte de la denominació, la Cartera de serveis socials es refereix al servei d'ajuda a domicili en el marc dels serveis d'atenció domiciliària, entre els quals també s'inclou el Servei de Tecnologies de Suport i Cura. El contracte programa 2022-2025 inclou el SAD en el servei d'atenció en l'entorn domiciliari (SAED) juntament amb altres serveis. Així, el nou model SAED aspira a integrar l'ajuda a domicili adreçada a persones amb necessitats socials o d'autonomia amb les tecnologies de suport i de cura, el suport a familiars que porten a terme tasques de cura i altres persones cuidadores no professionals, el banc de productes de suport i l'atenció integrada social i sanitària a domicili.

³ La promoció de l'avaluació també inclou formació. En aquest aspecte, el DSO va portar a terme al juliol del 2021 un curs introductor sobre avaluació de programes i polítiques públiques. En aquest curs van assistir-hi persones responsables del SAD a nivell central i territorial, i el SAD va ser un dels casos emprats a la part pràctica de les sessions. L'objectiu ha estat definir diferents aspectes de l'avaluació del SAD a partir de les reflexions i aportacions de les persones participants al curs.

regeixen els serveis socials de descentralització, desconcentració, proximitat als ciutadans i ciutadanes, eficàcia i eficiència (art. 33 de la Llei 12/2007). Malgrat això, les diferències territorials poden ser portadores de situacions de desigualtat per raó de residència, una possibilitat que apunten els agents implicats i que és motiu de preocupació.

L'avaluació del SAD que es presenta en aquest informe, per tant, pren com a punt de partida les inquietuds dels agents implicats i, en especial, la transformació – no sempre controlada – del SAD al llarg del temps així com la seva heterogeneïtat i els seus efectes, i examina les següents preguntes:

- **Fins a quin punt el SAD és una política amb coherència interna?**

Si bé no entrem a fer una avaluació del disseny, per avaluar-ne la implementació del servei cal entendre primer la visió i els objectius que regeixen la política. Aquest aspecte adquireix encara més rellevància en tant que ha estat una política canviant al llarg del temps, degut a aspectes demogràfics i introducció de polítiques públiques que l'han afectat directament (tals com la Llei de la dependència).

- **Quin és el grau de variabilitat en la utilització del SAD entre ABSS?**
- **Quins factors expliquen la variabilitat en grau de cobertura i la intensitat de cada ABSS?**
- **Quina és la interpretació que se'n fa de la variabilitat existent?**

Aquestes tres preguntes responen a la inquietud de que la heterogeneïtat del SAD sembla ser elevada, i que, tot i que una certa variabilitat és esperable i desitjable per adaptar-la a diferents situacions territorials, part d'aquesta variabilitat pot ser deguda a condicionants demogràfics, socials o polítics que caldria corregir.

- **Quins son els usos del SAD Social i la seva relació amb el SAD Dependència?**

Aquesta pregunta té origen en la inquietud de que la Llei de la dependència ha afectat d'alguna manera el funcionament del SAD Social.

Pel conjunt de l'anàlisi s'ha diferenciat el SAD social del SAD dependència ja que existeix la possibilitat que les dinàmiques siguin diferents atès que es tracta de serveis de natura diferent i que es destinen a col·lectius diferenciats.

De manera transversal, l'avaluació també analitza, en la mesura que ha estat possible, el **grau d'incorporació de la perspectiva de gènere** en el seu disseny i desplegament. Seguint la guia d'Ivàlua (De Quintana, 2021), s'han incorporat, tant en el treball de camp qualitatiu com en l'enfocament quantitatiu, aquelles variables i elements d'anàlisi que

permeten considerar les desigualtats de gènere i com el servei hi dona resposta. En aquest sentit i per molts motius (persones destinatàries, treballadores del servei, etc.) incloure la perspectiva de gènere en aquesta avaluació és clau per aportar evidència que contribueixi a generar propostes per a la millora d'aquesta política pública.

Estructura de l'informe

L'informe s'estructura en diverses parts diferenciades:

- Primer, es presenta el context i l'evolució del SAD i les seves característiques principals.
- En segon lloc, es defineix la metodologia emprada.
- En tercer lloc, es presenta l'anàlisi de la política a partir de la metodologia qualitativa i quantitativa.
- A continuació, es presenten alguns dels principals reptes i propostes que han emergit al llarg del treball de camp, així com algunes referències, encara que no exhaustives, d'experiències citades que donen resposta a alguns dels desafiaments que té el SAD.
- Els darrers apartats d'aquest informe plantegen conclusions i recomanacions, així com elements de reflexió i proposta per a la continuïtat de la seva avaluació.

Finalment, es recull la documentació i bibliografia utilitzada, el glossari de les sigles i acrònims emprats i els annexos.

2. Definició i context del servei d'ajuda a domicili

Els serveis d'atenció domiciliària són una de **les prestacions fonamentals en el conjunt de serveis socials, tant pel volum de persones què s'atenen com pel seu finançament** i per la seva posició estratègica davant de processos socials i demogràfics, com l'envelliment i altres situacions de dependència o vulnerabilitat social. Concretament, el SAD va atendre, a Catalunya, 67.751 persones l'any 2019, el 55% corresponent al SAD dependència, i majoritàriament dones, i el seu finançament va arribar als 172.089.794 euros. Per al 2021, l'aportació de la Generalitat de Catalunya, a través del contracte programa, és de 91 milions d'euros, cosa que representa el 35% del total de l'aportació de la Generalitat per als serveis socials locals inclosos en el contracte programa.

El SAD és un dels diversos serveis prestats a la pròpia llar (d'altres són el servei de teleassistència, per exemple), i es defineix com el “conjunt organitzat i coordinat d'accions que es realitzen a la llar de l'usuari, dirigides a proporcionar atencions personals, atencions de caràcter urgent, ajuda a la llar i suport social a aquelles persones o famílies amb situació de manca d'autonomia personal, dificultats de desenvolupament o amb problemàtiques familiars especials” (Decret 284/1996). És un **recurs de tipus preventiu i comunitari** que, amb diferents perfils professionals inclosos en la seva prestació, pot fer front des de la proximitat a situacions, puntuals o continuades, de necessitats de suport en el propi espai de convivència. Els serveis d'atenció al domicili van dirigits a persones de totes les edats que necessiten algun tipus de suport, però tenen un rol especialment central davant de canvis demogràfics com el procés d'envelliment de la població i els canvis de les famílies.

La transició demogràfica està transformant les societats actuals i les necessitats i demandes a les quals cal fer front. Per aquest motiu, tots els nivells de govern, des l'esfera global i la Unió Europea fins a l'àmbit local, consideren el procés d'envelliment i els canvis demogràfics com una de les prioritats. En aquest context, **el suport domiciliari esdevé una de les polítiques públiques amb especial interès a potenciar** (Martí i Rosetti, 2021). Aquesta preocupació es constata amb l'elaboració d'informes i estudis a nivell català on s'analitza el servei d'atenció domiciliària i es proposen noves línies d'acció. El Departament de Drets Socials ha impulsat espais de diàleg i proposta, i ha elaborat informes sobre els serveis d'atenció en els domicilis.⁴ L'impuls de plans locals d'envelliment són també una

⁴ Vegeu el document del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies (2021b) *Promoció de l'autonomia i de l'atenció a les persones amb suport de llarga durada a l'entorn comunitari a Catalunya: recomanacions per impulsar el nou model: informe executiu*, de la Col·lecció Papers, núm. 32, Barcelona, Generalitat de Catalunya,

incorporació al contracte programa per als propers anys. Els denominats Plans Locals d'Envel·liment Quilòmetre Zero tenen com un dels principals objectius afavorir que les persones grans puguin ser independents i actives a la seva llar, així com prevenir i retardar les potencials situacions de dependència.

Altres estudis recents també demostren aquest interès pels serveis d'atenció domiciliària, com l'elaborat per l'Institut d'Estudis Regionals i Metropolitans de Barcelona (2021) sobre el SAD dependència per a l'Àrea Metropolitana de Barcelona. En el marc de l'estratègia per un sistema públic de cures, la Diputació de Barcelona (2022) ha realitzat una diagnosi sobre els serveis en l'entorn domiciliari i comunitari on s'inclou el SAD. I en l'aposta per l'atenció integral, destaca l'avaluació d'experiències d'atenció domiciliària i integració social i sanitària elaborada per la Generalitat de Catalunya i la Fundació Avedis Donabedian (2021), un dels principals reptes de futur sobre el qual ja existeix una trajectòria, experiència i bones pràctiques (Generalitat de Catalunya, 2022). En aquesta línia, una de les prioritats de l'Agència d'Atenció Integrada Social i Sanitària serà enfortir i integrar els serveis i els suports domiciliaris.⁵

Des d'una mirada més global, l'**Organització Mundial de la Salut (OMS)**, emmarcat en els Objectius de Desenvolupament Sostenible 2030 de l'Organització de les Nacions Unides, ha batejat **el decenni 2021-2030 com la Dècada de l'Envel·liment Saludable** i ha aprovat una sèrie d'accions per garantir millores en la vida de les persones grans, amb l'objectiu que els últims anys de vida de les persones grans –que cada cop són més– siguin satisfactoris, perquè així puguin seguir contribuint a la societat.⁶

Cal tenir en compte que **no s'arriba a l'envel·liment amb les mateixes garanties des dels punts de vista econòmic, relacional i sanitari**. Hi ha un eix de desigualtat de renda que dificulta tenir accés als mateixos recursos per a l'envel·liment i també hi ha desigualtats de gènere, ja que les dones grans poden sumar, a les seves desigualtats, el fet de tenir pensions o recursos insuficients per fer front a la vellesa. En aquest sentit, la Dècada de l'Envel·liment Saludable és un programa que vol anar superant les diferències de renda i de sexe per garantir per a tothom una vellesa digna. Un aspecte que destaca l'OMS és la integració dels

així com un document intern del Departament de Drets Socials (2021d), *Estat actual del servei d'atenció domiciliària model SAED (servei d'atenció en l'entorn domiciliari)*.

⁵ Generalitat de Catalunya (2022), Acord del Govern pel qual s'aprova la memòria preliminar de l'avantprojecte de llei de l'Agència d'Atenció Integrada Social i Sanitària.

⁶ <https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-2021-2030>

sectors sanitari i social en un enfocament centrat en les persones com a clau per aconseguir una millor atenció a les persones grans.

Evolució del servei d'ajuda a domicili

Tant la Llei 39/2006, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (d'ara endavant la LAPAD), com la Llei 12/2007, de serveis socials, són les referències normatives que al seu moment van donar un nou impuls als serveis domiciliaris i de cures. De fet, l'aprovació de la LAPAD marca un moment d'inflexió per al SAD, i per això és rellevant distingir les dues etapes de desplegament i evolució del servei.

Els inicis del SAD

Als anys vuitanta, els serveis socials són objecte d'atenció política i es desenvolupen diverses lleis en els àmbits estatal i català que defineixen els sistemes de serveis socials i aborden el seu finançament. En l'àmbit estatal, la Llei 7/1985 és la que estableix que els municipis han de prestar serveis socials (art. 26),⁷ i en l'àmbit català és **la llei 12/1983 la primera que regula els serveis socials a Catalunya**. Dos anys més tard, el 1985, els serveis d'atenció domiciliària es mencionen explícitament a la legislació catalana (Llei 26/1985), i s'estableix el dret a la prestació de serveis socials en general, i s'explicita el SAD com un servei social d'atenció primària. La Llei 4/1994 (art. 4) va un pas més enllà i concreta que pel que fa a l'atenció primària s'han d'oferir com a mínim sis serveis, entre els quals hi ha el SAD.⁸ Cap a mitjans dels anys noranta es transfereix la prestació directa del SAD a les àrees bàsiques de serveis socials (ABSS) a través de convenis marc. No obstant això, cal tenir present la feblesa estructural dels governs locals que llavors hi havia, especialment pel que fa al finançament, motiu pel qual la descentralització dels serveis socials ha estat limitada per aquesta situació i ha afavorit el rol dels governs autonòmics (Adelantado, 2000).

Quant al seu finançament, des del 1985 la legislació catalana⁹ estipula que **són els ens locals els qui, fent ús de les competències atribuïdes com a pròpies, han de finançar el cost de la prestació de serveis socials d'atenció primària**, i per tant, del SAD. El paper de la Generalitat és el de col·laborar mitjançant convenis o subvencions a fons perdut segons la disponibilitat pressupostària. El 1988 l'Estat crea el *Plan Concertado de Prestaciones Básicas*

⁷ La Llei estatal 27/2013 (LRSAL) modificarà la Llei 7/1985 establint que la prestació de serveis socials és una competència de les comunitats autònomes que pot ser delegada als municipis (art. 10, que modifica l'art. 27 de la Llei 7/1985).

⁸ El mateix any 1994, el Decret legislatiu 17/1994 aprova la refosa de les lleis 12/1983, 26/1985 i 4/1994.

⁹ Vegeu, per exemple, la Llei 26/1985, la Llei 4/1994 i el Decret 27/2003.

a las Corporaciones Locales, un acord interautonòmic que té l'objectiu de contribuir al finançament dels serveis socials i garantir els drets de la ciutadania, independentment de la seva ubicació territorial (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2008). El Pla s'efectua des de la cooperació i concertació de les administracions implicades, tot i que hi ha veus a Catalunya que assenyalen aquest acord com una intromissió en una esfera, la de serveis socials, en què es tenia la competència exclusiva (Pelegrí, 2010:52).

El Pla, en la seva versió actualitzada, atorga una “borsa de diners” de finançament als ens locals per a prestacions bàsiques, entre les quals hi ha el SAD. El repartiment es fa segons la comunitat autònoma, seguint criteris poblacionals, d'envelliment, etc., i transfereix els diners a cadascuna d'elles, les quals, al seu torn, els han de transferir als ens locals (DTASF, 2016:101). En principi, l'Estat en finança un terç, les comunitats autònomes que participin en el nivell de protecció acordat han de contribuir al finançament del sistema amb una quantitat que sigui almenys igual a l'aportada per l'Estat, i els ens locals, la resta. Això es tradueix, a la pràctica, en el fet que **un mínim del 66% ha d'arribar via comunitat autònoma, que és qui rep els diners de l'Estat, i l'altre 33% el posa l'ens local** (Pelegrí 2010:52).

Els criteris d'accés al SAD es defineixen al Decret 27/2003,¹⁰ que estipula que **l'accés s'efectua mitjançant l'acceptació del pla d'intervenció per part de la persona i famílies**. La valoració de la necessitat la realitza l'equip de serveis d'atenció social primària amb altres equips de suport, i els àmbits de valoració són els següents: habitatge, accessibilitat al servei, nivell de relació, suport formal i informal, nivell de dependència, situació econòmica i patrimonial, i risc de maltractaments o desemparament.

El SAD i la Llei de la dependència

El 2006 s'aprova en l'àmbit estatal la Llei 39/2006, denominada Llei de la dependència (la LAPAD), que té l'objectiu de promoure l'autonomia personal i atendre les necessitats de les persones amb dificultats per a la realització de les activitats bàsiques de la vida diària (art. 14 de la mateixa Llei). La Llei determina tres graus de dependència segons la necessitat d'ajuda que té una persona per realitzar les activitats bàsiques de la vida diària (vegeu el Reial decret 174/2011), i el desplegament es fa de manera progressiva, començant el 2007 i establint un calendari on tenen prioritat les persones amb un nivell de dependència màxim. Pel que fa al finançament, existeixen tres nivells: el nivell mínim, establert i finançat per

¹⁰ Decret 27/2003, de 21 de gener, de l'atenció social primària, annex 2, que desplega els decrets 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del Sistema català de serveis socials, i el Decret legislatiu 17/1994, de 16 de novembre.

l'Estat, el nivell acordat entre l'Estat i cada comunitat autònoma, que a través de convenis estableix el nivell de cofinançament de les comunitats autònomes i l'Estat, i el nivell addicional de protecció que pugui establir cada comunitat autònoma, finançat íntegrament per aquestes.

La LAPAD afecta el SAD de diverses maneres. En primer lloc, entre els serveis que preveu la Llei hi ha el SAD. En segon lloc, els reials decrets subseqüents estableixen la intensitat en hores mensuals de SAD que es poden donar per cada grau de dependència. En tercer lloc, l'Estat defineix els graus de dependència, els barems per valorar la dependència i la puntuació associada per cada grau. Per contra, és cada comunitat autònoma la que fa la valoració de la dependència, i, un cop s'aprova l'estatus de dependència, l'Administració local fa un Programa individual d'atenció (PIA) conjuntament amb la persona dependent o amb la seva família, i rep els diners de la Generalitat per aplicar el PIA. El preu és fixat a nivell local.

Arran de la Llei de la dependència, la Generalitat impulsa i aprova la Llei de serveis socials 12/2007, que inclou el SAD. La Llei explicita al preàmbul que, tot i els avenços de les lleis anteriors, cal dotar els serveis socials de cobertura universal i d'un reconeixement específic del dret subjectiu d'accés als serveis socials. La Llei reconeix tres tipus de prestacions: de serveis, econòmiques i tecnològiques, que ha d'especificar la Cartera de serveis socials (art. 3), un instrument creat que determina les prestacions obligatòries i estableix quines són garantides. Dins de les prestacions de la Cartera hi ha aquelles d'atenció i suport per romandre al domicili, inclòs el SAD. En aquest sentit, la Llei configura el SAD com una prestació garantida i, per tant, es configura com a dret subjectiu, cosa que implica que l'Administració ha de proveir els crèdits suficients per poder-les atendre (Decret 142/2010; FEMP, 2015).

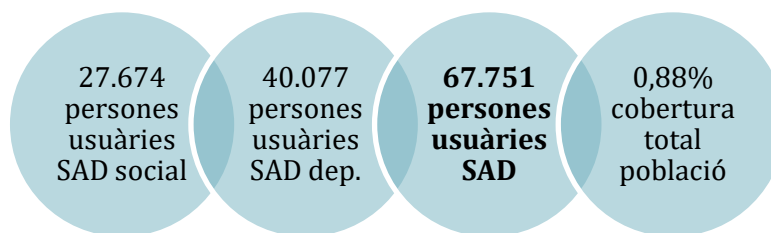
Pel que fa al finançament, la Llei confirma que la seva aportació als serveis socials bàsics s'ha de fixar en els seus pressupostos, d'acord amb el que estableixin el Pla Estratègic de Serveis Socials i la Cartera de serveis socials, i s'ha de pagar mitjançant un conveni quadriennal amb la corporació local titular de l'àrea bàsica de serveis socials (Llei 12/2007, art. 62) (els contractes programa). Aquesta **aportació no pot ser inferior, en cap cas, al 66% del cost** dels equips de serveis socials bàsics, dels programes i projectes, i dels serveis d'ajuda a domicili i de teleassistència que el Pla i la Cartera estableixen per a l'àmbit territorial de cada àrea bàsica de serveis socials. En el cas que hi hagi copagament, el preu públic que

constitueix el copagament dels serveis socials bàsics prestats per l'ens local serà gestionat i recaptat per aquest.¹¹

Per tant, **amb l'aprovació de la LAPAD es configuren a la pràctica dos tipus de SAD: el SAD social i el SAD dependència**. Es tracta de serveis diferents quant a la població diana, valoració i concessió, administració responsable de la valoració i finançament. De manera rellevant, la valoració de necessitats del SAD social la fan els ens locals, mentre que la valoració de necessitats del SAD dependència primer ha de passar per un reconeixement de la situació de dependència i, posteriorment, és l'ens local qui decideix, juntament amb la família, si el SAD és el servei més adequat (entre altres serveis tals com prestació econòmica, serveis residencials, etc.). Malgrat aquestes dues vies d'accés diferenciades, els ens locals tenen una assignació provinent de la Generalitat a través de la qual poden finançar el SAD, que normalment proveeix el 66% del cost/hora establert per la Generalitat. Addicionalment, la justificació de les hores (i, per tant, la recepció del pagament) varia: per al SAD social hi ha unes hores màximes assignades a cada ens local (agrupats per ABSS), i passades aquestes hores màximes, no se'n financen més. Per contra, per al SAD dependència es financen les hores fetes al cap de l'any.

Principals dades del SAD a Catalunya

Segons les dades del Registre Unificat de Dades dels Ens Locals (RUDEL), **l'any 2019 es van atendre en el SAD un total de 67.751 persones**: 27.674 persones en SAD social i 40.077 persones en SAD dependència (el 55% del total).



Font: Elaboració pròpia a partir del RUDEL, 2019.

Segons la memòria del Departament de Treball, Benestar Social i Famílies, l'any 2020, el SAD, en l'àmbit de la dependència, ha atès a Catalunya un total de 32.219 persones (de les quals,

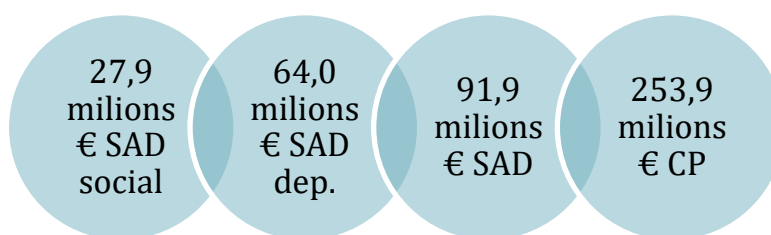
¹¹ El Decret 394/1996, de 12 de desembre, estableix el copagament per als serveis socials, entre els quals el SAD. Estableix concretament el càlcul de les aportacions a efectuar per les persones usuàries segons els seus ingressos i els preus públics. Ordres subsequents actualitzen els preus, i per al SAD posen preus orientatius en l'àmbit català, que són acabats de fixar per l'ens local.

el 72,5% són dones). Segons el Mapa de Serveis Socials aquesta població atesa representa una taxa de cobertura del **2,19% de la població de 65 anys i més** (que sumen 1.468.361 persones), i que al seu torn representa un 19,2% del total de persones amb un grau de dependència reconegut (168.429 persones).

Una anàlisi dels recursos econòmics destinats al SAD mostra un progressiu augment de la despesa, i **s'arriba als 172.089.794 euros l'any 2019**. El SAD dependència és el servei que rep més recursos i que més ha crescut (uns 80 milions d'euros en el període 2013-2019), mentre que el finançament del SAD social disminueix, concretament en aquest període entorn de 38 milions menys, especialment a partir del 2017. L'any 2014 la despesa corresponent al SAD dependència era del 45% del finançament total del SAD, mentre que el 2019 s'incrementa fins al 71% del total del finançament del SAD (Departament de Drets Socials, 2021).

L'any 2020 la prestació econòmica vinculada al servei d'assistència domiciliària va tenir una despesa de 23.728.330,14 euros que correspon a 7.493 persones.¹² Cal afegir que en el marc de les addendes extraordinàries per donar resposta a les situacions d'emergència social provocades per la pandèmia, es van concedir, el 2020, un total de 7.567.322,53 d'euros destinats al SAD social.

Per a l'any 2021 (amb el pressupost prorrogat) **el SAD rep una aportació per part de la Generalitat de Catalunya de quasi 92 milions d'euros** dels 254.681.193,95 euros del conjunt del contracte programa de serveis socials, una xifra similar al 2020. Així doncs, en el marc del contracte programa, el SAD representa el 35% del pressupost total i, en concret, la distribució del finançament entre el SAD dependència i el SAD social és del 70-30%.¹³

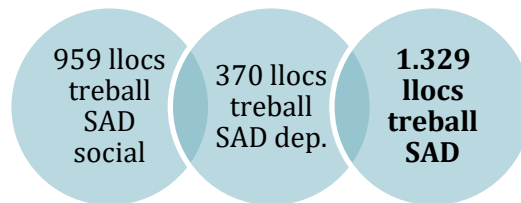


Font: Elaboració pròpia a partir de la Memòria de Serveis Socials (31 desembre 2020).

¹² Segons la Memòria del Departament de Drets Socials.

¹³ La diagnosi dels serveis de cura realitzada per la Diputació de Barcelona (2022) recull que el 37,7% de les persones usuàries del servei d'atenció domiciliària el 2019, a la província de Barcelona, van rebre el servei per raons de la seva situació social, i el 62,3% per la seva situació de dependència legalment reconeguda. L'any anterior havien estat el 44,1% del total amb el SAD social.

Quant a les persones treballadores, més de 1.300 professionals integren els equips del SAD als ens municipals catalans, dels quals el 72% realitzen funcions de SAD social, tot i que el nombre de persones ateses és més baix que en el SAD dependència.



Font: Elaboració pròpia a partir del RUDEL, 2018. Llista de professionals.

No hi ha una comptabilització global de les persones que treballen en el SAD. Tal com s'analitza en la dimensió operativa, en molts ens locals el SAD social és dut a terme parcialment per personal intern, amb una figura amb més experiència i formació que el personal que ofereix el SAD dependència –principalment la d'integrador o integradora social– perquè és un rol que requereix una atenció més personalitzada i que no és tan fàcilment externalitzable. Aquesta podria ser una explicació de per què el SAD social ocupa més persones que el SAD dependència, segons les dades consignades per les entitats locals.

Quant a aspectes de la gestió del SAD, la provisió dominant del servei respon a una **lògica privada o públic-privada** ja que en la seva gran majoria els serveis es troben externalitzats, ja sigui totalment o parcialment. Com recullen les dades d'aquest estudi (2012-2019), només un 8% de les ABSS tenen la gestió directa del SAD, mentre que el 84% de les ABSS opten per la gestió indirecta i, d'aquesta, un 44% és total i un 40% és parcial (vegeu la Taula 4).

L'any 2022 a Catalunya hi ha 537 entitats prestadores del SAD, segons el Registre d'Entitats, Serveis i Establiments de Serveis Socials, un volum que ha crescut significativament, amb 189 noves entitats en una dècada, cosa que expressa l'auge i la demanda d'aquest sector. Del total d'entitats, el 56% són d'iniciativa privada, el 26,7% d'iniciativa social i el 16,4% són entitats d'iniciativa pública. Segons un rànquing d'entitats adjudicatàries del SAD, es produeix una situació de concentració de la seva gestió ja que **dues entitats tenen el 44% de les adjudicacions** (Fundació Salut i Envel·liment, 2019).

Finalment, cal destacar dues qüestions rellevants de la gestió del SAD. La primera és el **copagament del servei**, una decisió que prenen la majoria d'ens locals; la segona, **la prestació econòmica vinculada** (PEV-SAD), una prestació personal i periòdica que està subjecta al grau de dependència i capacitat econòmica de la personal, i que ha crescut en els

darrers anys. Aquesta prestació és finançada per la Generalitat i es prescriu quan no hi ha capacitat o disponibilitat de prestació del servei per part de l'entitat local. També confereix més flexibilitat a les persones usuàries que contracten de forma privada el servei. A la província de Barcelona, les PEV-SAD han representat el 4% del conjunt de PIA l'any 2020, i el 15% dels PIA amb SAD (Diputació de Barcelona, 2022a).

La Diputació de Barcelona ha estimat els costos del SAD en diverses ocasions: el primer cop l'any 2004 l'Àrea d'Atenció a les Persones de la Diputació de Barcelona va impulsar la realització d'un estudi sobre els costos unitaris de la fase de producció del servei d'ajuda a domicili en l'àmbit rural, i l'any 2006 va desenvolupar un nou estudi per calcular aquests costos unitaris de la fase de provisió del servei (acollida, valoració, assignació i gestió del cas). L'any 2019 va actualitzar l'anàlisi, que va donar com a resultat un cost total/hora per persona usuària del SAD de 19,08, cosa que suposa un increment sobre els costos del 2004 que eren de 16,45 euros (Diputació de Barcelona, 2019). Cal tenir en compte que aquesta anàlisi va donar com a resultat que el SAD en un municipi rural tenia un cost més alt que calia ajustar en 2,51 euros l'hora.

Xarxa d'actors del SAD a Catalunya

El servei d'ajuda a domicili és una política pública complexa, en gran mesura perquè **hi participa una xarxa extensa d'actors**, començant per diverses esferes de govern que comparteixen responsabilitats. Així, en l'àmbit institucional, les peces clau són els governs locals i el Govern català, que tenen capacitats de decisió compartides i, en el primer cas, competències pròpies com a Administració responsable del servei. La relació del Departament de Drets Socials amb les entitats locals es vertebrava a través de diversos canals, com són el contracte programa, l'instrument de cooperació fonamental, els consells territorials (COTESSBA i InterCOTESSBA), en què es treballen criteris per aplicar als serveis socials, i les entitats municipalistes.

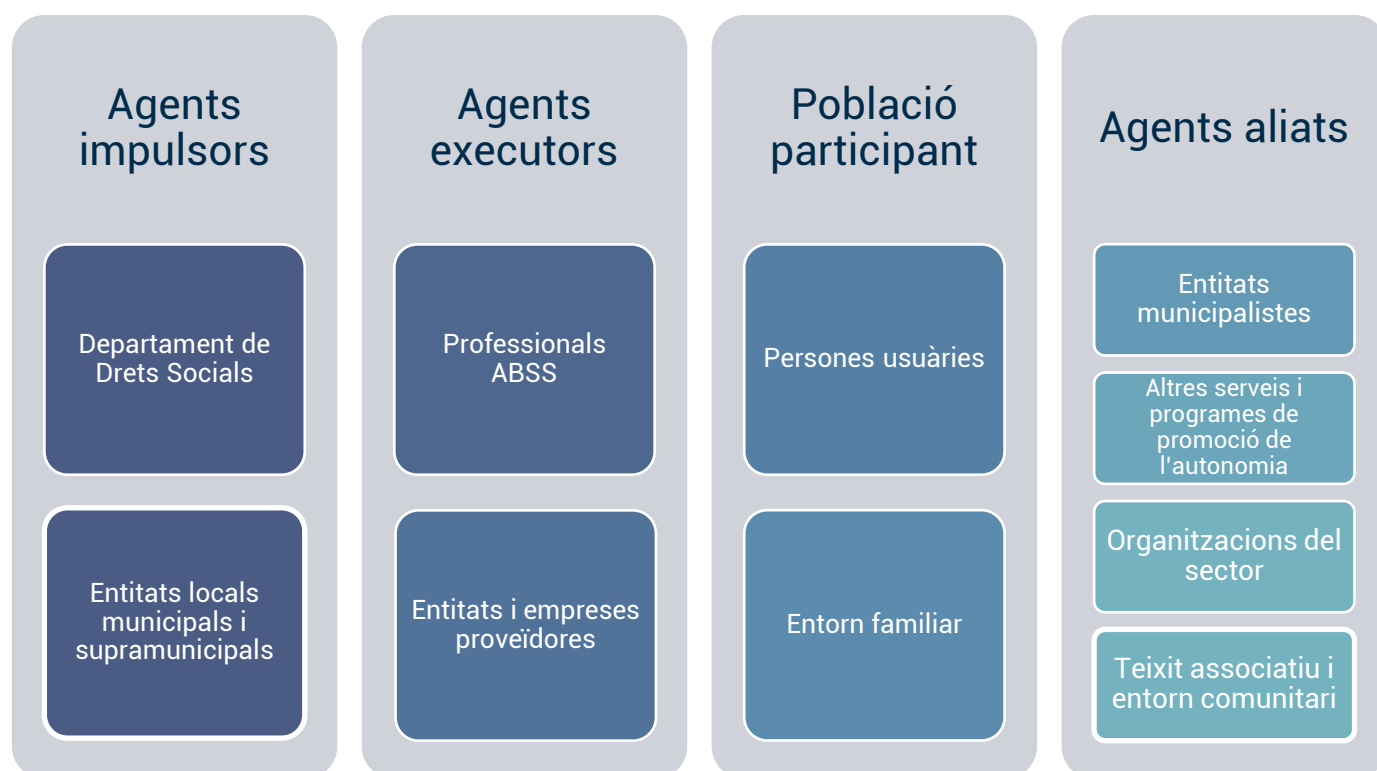
Les relacions i espais de diàleg i coordinació també aterren a altres administracions supramunicipals, com les diputacions i consells comarcals, per exemple amb la Xarxa Local de Serveis Socials d'Atenció Domiciliària (SAD), que la conformen 319 administracions locals. Com a interlocutor i defensa dels seus interessos, les entitats municipalistes, la Federació de Municipis de Catalunya (FMC) i l'Associació de Municipis de Catalunya (ACM), també són actors rellevants per al diàleg i validació de les propostes sobre el SAD.

Per altra part, especialment pel seu rol en la definició i finançament de la LAPAD, el Govern central estableix criteris comuns per al conjunt del sistema de promoció de l'autonomia i atenció a les persones amb dependència (SAAD). En aquest sentit, es va crear com a

instrument de cooperació per a l'articulació dels serveis socials i la promoció de l'autonomia i l'atenció a les persones en situació de dependència el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en el qual participen l'Administració General de l'Estat, les comunitats autònomes i les entitats locals.

La Figura 1 resumeix aquest mapa d'actors distribuïnt-los segons el seu rol davant de la política pública:

Figura 1. Mapa d'actors



Font: Elaboració pròpia.

- **Actors institucionals impulsors:** participen al SAD de forma més o menys directa diverses esferes institucionals, de les quals cal destacar el Departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya i els governs locals i supramunicipals. La diversitat local també es concreta en organismes i entitats especialitzades per gestionar el SAD.

- Els agents responsables de la seva **execució**, on se situen, en primer lloc, els i les professionals de les ABSS, però, en segon lloc, també les empreses i les entitats prestadores, ja sigui amb ànim de lucre o sense.
- La **població participant** són les persones que es beneficien d'aquest servei, entenent tant les persones usuàries com les seves famílies. La prestació de les cures a la llar recau moltes vegades en l'entorn familiar i, per tant, aquesta prestació informal és també fonamental ja que condiciona i queda influïda pels serveis d'atenció domiciliària.
- Com a **agents aliats**, s'han identificat l'entorn comunitari i el teixit associatiu, cada vegada més present en les polítiques públiques, com el SAD, destinades a la cura de les persones i amb una dimensió preventiva i relacional que es vol potenciar. En aquest sentit, la vinculació del SAD a altres polítiques de promoció de l'autonomia és també un aspecte clau per definir el mapa d'actors participants. Aquests poden ser programes o serveis de l'àmbit social i sanitari (amb experiències que avancen en l'atenció integral o programes de tall més transversal com, per exemple, per pal·liar la soledat no volguda), o com accions de tipus educatiu, ambiental, urbanístic, etc., que afecten l'entorn proper de les persones en situacions de fragilitat o dependència, i que en ocasions permeten identificar casos i derivar-los al SAD.

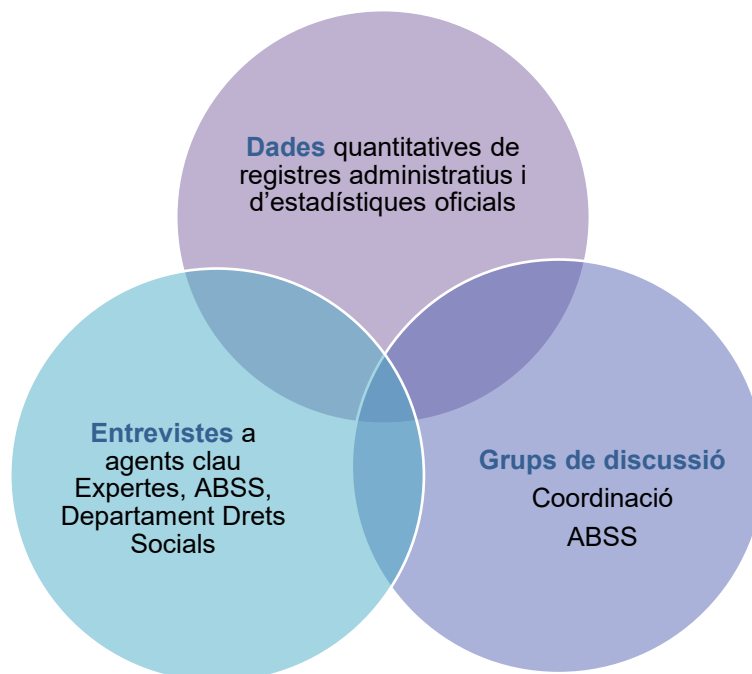
Finalment, en el marc dels agents aliats cal incorporar organitzacions molt diverses del sector, com poden ser col·legis i entitats professionals, patronals, sindicats i organitzacions reivindicatives dels drets laborals o el teixit associatiu de persones receptores del SAD i les seves famílies. També cal mencionar els actors vinculats a la generació de coneixement i recerca, com poden ser universitats, centres d'investigació i persones expertes.

3. Metodologia d'avaluació

En l'avaluació es consideren diverses tècniques, quantitatives i qualitatives, els resultats de les quals són contrastats. Per tant, **l'estratègia triada en aquesta avaluació és de triangulació metodològica**, ja que les dues metodologies s'orienten cap al mateix objecte d'estudi i aporten més coneixement i validesa als resultats obtinguts (Sanz, 2011). La metodologia quantitativa es centra a respondre les preguntes d'avaluació mentre que la metodologia qualitativa permet una aproximació més global a la política pública, ja que es consideren elements clau, com la seva teoria del canvi, i aspectes rellevants de la seva implementació, així com interpretacions dels resultats quantitativus.

En el cas de l'informe que ens ocupa, la primera pregunta sobre la coherència de la política ha estat majoritàriament analitzada amb metodologia qualitativa, mentre que les quatre següents preguntes han estat analitzades triangulant les dues metodologies. Com exemplifica la Figura 2, el contrast cerca quines són les constatacions coincidents entre les diferents fonts (triangulació d'informació), assumint que una hipòtesi validada per diverses tècniques o fonts d'informació té més validesa que una hipòtesi contrastada només per una via d'informació.

Figura 2. Tècniques emprades en l'avaluació



Font: Elaboració pròpia.

En els paràgrafs següents detallem l'aplicació de les dues metodologies.

Anàlisi qualitativa

L'anàlisi qualitativa s'ha plantejat amb les fonts d'informació següents:

- Documentació del programa.
- Entrevistes a persones informants sistèmiques: una persona de referència amb trajectòria en el Departament de Drets Socials, una coordinadora d'Àrea Bàsica de Serveis Socials (ABSS) i una persona experta de l'àmbit de recerca.
- Entrevistes semiestructurades a diferents agents: professionals de diferents unitats del Departament de Drets Socials i coordinadores d'ABSS.
- Grups de discussió amb responsables de les ABSS o responsables de l'àmbit del SAD: s'han realitzat dos grups de discussió, un grup format amb municipis grans (més de 30.000 habitants, amb ABSS pròpia) i un altre amb ens locals o supralocals de menor dimensió. A l'hora de seleccionar les persones participants, es va procurar una heterogeneïtat en base al criteris de cobertura i intensitat del SAD de les ABSS.

Tal i com s'indica en la Taula 1 s'han realitzat un total de vuit entrevistes en profunditat entre els mesos d'octubre i desembre del 2021 mentre que en els dos grups de discussió han participat catorze persones i s'han realitzat al gener del 2022.¹⁴

¹⁴ Tant les entrevistes com els grups de discussió es van realitzar en format virtual, excepte en el cas d'una entrevista presencial. D'altra part, una de les entrevistes va comptar amb dues professionals.

Taula 1. Entrevistes, grups de discussió i perfils de les persones informants

Perfil de les persones informants	Entrevistes	Grups de discussió
Persona experta de l'àmbit acadèmic	1	
Persona experta en la trajectòria de l'Administració de la Generalitat	2	
Persona experta de l'àmbit local	1	
Coordinació ABSS	4	
Coordinació ABSS "municipis grans"		1
Coordinació ABSS "municipis petits-mitjans"		1
Total	8	2

Font: Elaboració pròpia.

Anàlisi quantitativa

En l'anàlisi quantitativa s'han emprat diferents tipus de dades: per analitzar les variables que influeixen en la variabilitat d'intensitat i cobertura del SAD social i el SAD dependència, s'empren dades provinents de registres administratius (principalment RUDEL) i dades sociodemogràfiques obtingudes d'estadístiques oficials de l'IDESCAT i de portals de la transparència de la Generalitat de Catalunya.

Abast de l'anàlisi

L'anàlisi s'efectua a nivell d'ABSS i anualment durant els anys 2012-2019, els anys dels contractes programa, el vigent i l'anterior, que s'han triat per analitzar la variabilitat de cobertura i intensitat del SAD entre ABSS. Totes les ABSS estan incloses en l'anàlisi, i com que al llarg dels anys s'han anat creant ABSS, han passat de 103 el 2012 a 105 l'any 2019.

Mesures de cobertura i intensitat

Es disposa del nombre de persones que reben els dos tipus de SAD i les hores totals a nivell d'ABSS des del 2012 fins al 2019, provinents de la base de dades RUDEL, i es recullen les dades dels dos contractes programa analitzats. Les dades estan desagregades per grans grups d'edat i per sexe.

A partir d'aquestes dades, es defineix la cobertura del SAD com el tant per cent de població diana que rep el SAD, estipulant com a població diana la població total, ja que els dos tipus

de SAD estan disponibles per a tota la població. Addicionalment, com que la disposició addicional segona de la Llei 12/2007 estableix concretament que “els serveis d’ajuda a domicili han d’arribar a atendre el 4% de les persones de seixanta-cinc o més anys”, per alguns gràfics descriptius s’afegeix aquesta franja d’edat com a població diana. Es mesura, per tant, la cobertura del SAD com la fracció del nombre de persones que reben el SAD entre la població total o bé entre la població més gran de 65 anys. Les mesures de cobertura són a nivell d’ABSS i s’efectuen per part del SAD social, el SAD dependència i la suma dels dos.

La intensitat del SAD es defineix com la mitjana d’hores setmanals de les persones cobertes i es mesura com la fracció de les hores totals entre el nombre de persones que reben el SAD. De la mateixa manera, la mesura és a nivell d’ABSS i s’efectuen per part del SAD social, el SAD dependència i la suma dels dos SAD.

Factors de variabilitat

Els factors que poden ajudar a entendre la variabilitat del SAD entre les diferents ABSS són de naturalesa diversa. D’una banda, hi ha els **factors de demanda**, és a dir, aquells factors sociodemogràfics que creen o incrementen la necessitat del servei. D’altra banda, hi ha els **factors d’oferta**, que són tots aquells relacionats amb la provisió i gestió del SAD i d’altres serveis socials complementaris o substitutius. Tots els factors estan mesurats anualment i a nivell d’ABSS i estan extrets de les fonts següents: Idescat –a nivell municipal o a nivell d’ABSS, i del portal de la Transparència. Les dades d’alguns factors tals com els de provisió i gestió han estat proveïts pel mateix departament.

Factors demogràfics - demanda. Dins dels factors de demanda hi ha els factors demogràfics. Tant per al SAD social com per al SAD dependència, s’ha inclòs la població major de 65 anys, així com la població més gran de 75 anys que viu sola. Les persones grans són les majors beneficiàries dels recursos de dependència i, al mateix temps, el SAD social és utilitzat àmpliament per la població major de 65 anys. El mateix argument és vàlid per al percentatge de persones amb discapacitat sobre la població total, que també s’afegeix com a factor. Una altra variable que sembla rellevant és el percentatge de dones majors de 65 anys respecte de la població total major de 65 anys, ja que la literatura també suggereix que aquestes, per la seva longevitat mitjana major que la dels homes, són un dels col·lectius que pot influir significativament en la demanda del SAD. Finalment, es troba el percentatge de població migrada provinent de països en vies de desenvolupament.

Factors d’exclusió/inclusió social - demanda. A priori, els factors d’exclusió social només afectarien la demanda del SAD social, i no la del SAD dependència. En l’anàlisi s’inclouen factors com el nivell educatiu de la població i factors més específics vinculats a processos

d'exclusió social, tals com el percentatge mitjà de llars que reben ajuts al lloguer i el percentatge de persones que reben ajuda alimentària. Per al cas de la població menor d'edat, s'inclouen indicadors de risc d'exclusió social, com són el nombre d'expedients informatius i de risc d'infants i adolescents per cada 10.000 habitants.

Factors de provisió i territori - demanda i oferta. Hi ha factors de provisió, tals com el nivell de copagament o el tipus de gestió, que és probable que afectin la demanda tant del SAD social com del SAD dependència. En principi, l'existència de copagament, *ceteris paribus*, tindria un efecte negatiu en la demanda. Quant al tipus de gestió, el Decret 179/1995, de 13 de juny, pel qual s'aprova el Reglament d'obres, activitats i serveis dels ens locals, estipula que els serveis públics locals es poden gestionar de manera directa (pública) o indirecta. La gestió indirecta es divideix entre indirecta parcial o total, segons si la contractació es fa per a una part o per a tot el servei. A priori és difícil saber com afecta el tipus de gestió la demanda del SAD ja que, per una banda, el tipus de gestió pot afectar la qualitat del servei, però, per l'altra, la contractació indirecta pot fer-se quan es necessiten més recursos i, en conseqüència, potser va estretament lligada a una demanda alta.

Quant al territori, la densitat de l'ABSS així com el percentatge de població que es troba en zona de muntanya influiran tant en la demanda del servei com en l'oferta que es pugui donar, tant pel SAD dependència com social. S'esperaria que la densitat incrementés la demanda i que el percentatge de població en zona de muntanya afectés de manera negativa l'oferta, ja que la seva situació geogràfica dificulta la provisió del servei.

Altres factors de provisió, com són les **alternatives al SAD**, afectaran la seva **oferta**. S'entenen com a alternatives al SAD l'oferta de residències i centres de dia per a la gent gran, així com residències, centres d'atenció especialitzada i centres ocupacionals per a persones amb discapacitat. Es mesura cada alternativa en percentatge de places sobre la població diana i en una variable *dummy* que pren valor 0 si no existeix l'alternativa en qüestió dins de l'ABSS i valor 1 en el cas que sí que existeixi.

Finalment, la **situació financera** de l'ens local també afectarà l'oferta del servei, tant en el cas de dependència com social. Dins de la situació financera s'inclouen els ingressos en milions d'euros de l'ens local, el percentatge d'ingressos destinats a la partida de *serveis socials i promoció social*, dins de les *actuacions de protecció i promoció social*, i el percentatge de passius financers sobre el total d'ingressos, que reflecteixen el sanejament del pressupost de l'ens local. Aquestes tres mesures de situació financera s'agreguen a nivell d'ABSS anualment. La Taula 6 de l'annex 1 sintetitza les mesures i les fonts de les dades per cadascun dels factors.

Models d'anàlisi d'implementació

L'anàlisi economètrica que es duu a terme és de caràcter no causal i exploratori. L'interès rau a entendre la **relació entre els factors d'oferta i de demanda esmentats amb la cobertura i la intensitat del SAD**. Un cop s'hagin identificat els factors explicatius, es poden elaborar, en el marc d'altres projectes, anàlisis de l'impacte de factors determinats per establir-ne la causalitat.

Es disposa de dades de panell, és a dir, dades per les mateixes unitats d'observació (ABSS) que es repeteixen en el temps, concretament de manera anual durant el període 2012-2019, i el que interessa és explicar la variabilitat *entre* ABSS. Els detalls sobre els mètodes d'estimació i l'estratègia d'identificació es poden trobar a l'Annex 2.

L'equació de l'anàlisi estadístic tindrà aquest format:

Equació 1

$$Y_{it} = \beta_0 + \beta_1 X_{it,1} + \beta_2 X_{it,2} + \dots + \beta_k X_{it,k} + \delta_k X_{i,k} + t_t + a_i + v_{it}$$

On:

1. Y_{it} són les variables dependents, és a dir, les variables d'interès - cobertura i intensitat per cada tipus de SAD - en l'ABSS i en l'any t .
2. $X_{it,k}$ són les variables independents k , és a dir, els factors de l'ABSS i que potencialment afecten la cobertura i intensitat i que canvien en el temps t , i $\hat{\beta}_k$ l'estimador corresponent.
3. X_i són els factors de l'ABSS que potencialment afecten la cobertura i intensitat i que no canvien en el temps (com per exemple el tant per cent de població d'una ABSS que viu en zona d'alta muntanya), i $\hat{\delta}_k$ l'estimador corresponent.
4. t_t són les *dummies* anuals.
5. a_i són els factors no observables de cada ABSS que no varien en el temps i que es troben en l'error.
6. v_{it} són els factors no observables que es troben ubicats en l'error.

De manera addicional, s'han elaborat anàlisis de robustesa dels resultats, que serveixen per veure si, fent algunes variacions en l'anàlisi, els resultats se sostenen (és a dir, són robustos). Les variacions que s'han inclòs estan relacionades, per una banda, amb l'exclusió d'algunes

variables per evitar potencials problemes de multicolinearietat i de reducció del nombre d'observacions i, per l'altra, amb dicotomitzar la variable de cobertura i intensitat amb el tall fet a la mediana. L'explicació d'aquestes anàlisis i els resultats obtinguts es poden trobar en l'annex 3. En el cas que els resultats obtinguts en l'anàlisi principal no siguin robustos, es menciona en el text principal. En cas contrari, si no es diu res, s'entén que sí que són robustos.

4. Anàlisi del servei d'ajuda a domicili

En aquest apartat es presenten els resultats de l'anàlisi. Per tal de contestar totes les preguntes d'avaluació de manera ordenada, hem estructurat l'anàlisi en tres parts.

1. **La primera part examina el disseny i la coherència interna de la política** i dona resposta a la pregunta d'avaluació següent:

- 'Fins a quin punt el SAD és una política amb coherència interna?'

Aquesta primera part correspon a la **dimensió conceptual i discursiva** que remet als elements de discurs i fonaments teòrics sobre els quals se sustenta la política, l'aproximació i la definició del problema que pretén solucionar i, en definitiva, la **coherència i justificació** de per què existeix la política. S'ha considerat rellevant prendre en consideració la **teoria del canvi** de la política ja que fonamenta el programa, el seu disseny i posa en relació objectius, recursos i activitats amb els resultats i impactes esperats o desitjables. Per tant, creiem que la manera com s'ha dissenyat conceptualment la política pot ajudar a explicar la variabilitat existent. Aquesta part es fonamenta principalment, com s'ha esmentat, en les entrevistes i grups de discussió, així com en l'anàlisi documental del programa.

2. **La segona part de l'anàlisi examina la variabilitat** en la utilització del SAD Social i SAD Dependència per part de les ABSS. Dona resposta a les preguntes següents:

- Quin és el grau de variabilitat en la utilització del SAD entre ABSS?
- Quins factors expliquen la variabilitat en grau de cobertura i la intensitat de cada ABSS?
- Quina és la interpretació que se'n fa de la variabilitat existent?

3. **La tercera part de l'anàlisi s'enfoca en els usos del SAD Social**, donant resposta a la següent pregunta:

- Quins son els usos del SAD Social i la seva relació amb el SAD Dependència?

En el marc de l'anàlisi de les polítiques públiques, aquestes dues parts corresponen a la dimensió **substantiva de la política** –el model i els continguts que condicionen la seva aplicació– i la seva **dimensió operativa** –els aspectes d'organització i gestió de la política pública–. Es consideren com a continguts substantius de la política elements fonamentals com els recursos econòmics, professionals i d'infraestructura,

i en clau operativa s'analitza la implementació i els instruments i formes de regulació per fer-la efectiva. També s'hi afegeixen factors estructurals de demografia, territori, exclusió social i oferta que es creuen rellevants per entendre la variabilitat.

4.1. Disseny i coherència de la política: la dimensió conceptual i discursiva

En aquesta dimensió sobre el discurs i la coherència de la política destaquen alguns elements de consens i dissens sobre els fonaments i l'orientació del SAD. Així, es presenten alguns dels problemes ocasionats per la manca de concreció del programa i que s'expressa en l'absència d'una teoria del canvi: el debat entorn de si el SAD té com a objectiu fonamental la garantia de drets o bé la reducció de costos d'institucionalització; la manca de tradició en l'avaluació de la política, especialment de necessitats i *ex ante*; la incorporació al discurs de nous enfocaments –comunitaris, preventius, participatius– que encara es troben allunyats de la pràctica concreta del SAD. En aquest apartat es presenten aquestes reflexions recollides de les entrevistes i grups de discussió i de l'anàlisi de la documentació.

4.1.1. Teoria del canvi del SAD i marcs interpretatius

La teoria del canvi d'una política explica la seva raó de ser, és a dir, quins objectius i quins canvis pretén aconseguir la política i amb quins mitjans i recursos pretén assolir-ho. En el cas del SAD, hi ha força literatura i documentació que explica i analitza el programa. No obstant això, les persones informants i els debats dels grups de discussió expressen una certa contradicció entre una argumentació coherent del SAD respecte de les seves finalitats i, al contrari, **una teoria del canvi que no és explícita ni es troba elaborada**. Aquesta indefinició de la política s'il·lustra, en més d'una ocasió, amb el fet que no existeix un reglament, la convivència de facto de dos models de SAD i els problemes del seu disseny i accés que també dificulten la seva avaluació. Així doncs, entre les persones entrevistades es mostra un acord unànime sobre la rellevància social del SAD, però es considera que no hi ha uns objectius definits ni una argumentació o teoria que fonamenti el servei i connecti els objectius amb els recursos i activitats que s'han de dur a terme.

Un dels grups de discussió evidenciava certes contradiccions en la definició dels objectius del SAD. Si bé l'existència del SAD genera un acord molt ampli, els enfocaments sobre el servei parteixen de “marcs interpretatius” diferents o divergents que, encara que no es facin explícits, són rellevants en tant que condicionen els continguts i l'orientació de les polítiques. A partir de l'anàlisi documental i del treball de camp realitzat, es detecten dos

enfocaments diferenciats i fins i tot contraposats. **L'un situa al centre del servei els drets de les persones a romandre a la llar, i l'altre prioritza la racionalització de costos tot evitant la institucionalització.** De manera similar, un altre discurs present també incorpora com a prioritat garantir la sostenibilitat del SAD, encara que no apareix de forma explícita en el discurs de les persones entrevistades hi és més present en la documentació sobre la política.

Com es va expressar en un grup de discussió: *El concepte genèric amb el qual estem d'acord: mantenir la gent a casa seva. A partir d'aquí comencen les diferències.* Així, **una de les línies discursives posa l'èmfasi en el dret que s'hauria de fer efectiu amb el SAD** i altres programes de suport. Com ho expressa una persona entrevistada:

Ja no és atenció domiciliària, hauria de canviar el nom. Dret a poder romandre en l'entorn on ha viscut sempre.

Aquest enfocament de drets seria tan aplicable al dret de les persones a viure al seu propi domicili i entorn com als drets tant de l'entorn familiar com de les persones que treballen en la provisió de l'atenció domiciliària. És un tema clau per entendre la raó de ser del SAD i està més vinculat a un discurs que prioritza la qualitat de vida, el benestar i les preferències de les persones. Com a exemple, se citen experiències de desinstitucionalització en l'àmbit de les persones amb discapacitat o diversitat funcional com a bona pràctica.

Una altra perspectiva, en canvi, atorga preeminència a **l'objectiu de reduir costos i, per tant, reduir la institucionalització.** Es destaca una imprecisió en els discursos que sostenen els serveis domiciliaris i que no aclareixen la seva finalitat i en quin moment seria millor orientar una persona a un servei residencial, o realment a casa.

Totes les reflexions s'haurien d'aprofundir. En qüestió de dependència, el SAD hauria de servir per tenir les persones amb dependència ateses al domicili, fins que el cost del SAD fos tan elevat que fos més efectiu, eficient, portar-les a un lloc residencial. Fins fa poc anys, aquesta era la lectura. El que ha de fer el SAD és reduir al màxim la institucionalització? Semblava que per directius rebudes, poques i mal fetes, aquest era el discurs.

D'aquests dos enfocaments, se n'extreu que **manca una definició més precisa del SAD.**

Per alguns membres dels grups de discussió, la problemàtica no és tant de conceptualització sinó d'implementació i, sobretot, de recursos adequats. Això és va fer

palès sobretot en el segon grup de discussió, on es va produir més acord sobre els objectius generals del SAD, sobre els quals es considera que es produeix un consens força ampli, per exemple, sobre un futur model SAED més integrador i comunitari, atenent nous perfils i situacions. En canvi, es considera que caldria concretar més els objectius per assolir-los adequadament i fer-ne seguiment. En aquest sentit, el SAD social s'assenyala en diverses ocasions pels desajustos entre els objectius i la seva aplicació. O bé incoherències que es produeixen entre administracions, com exposa una persona, que cita especialment la integració social i sanitària com a eix clau per atendre a les persones:

(...) les visions entre diferents administracions no són compartides, poden ser contradictòries. El SAD ha d'anar de la mà de salut, la coordinació sociosanitària. Ara estem doblant esforços. Si fóssim capaços de coordinar-nos, no caldria tanta gent passant-se per casa de la gent gran. Portem anys sentint que això ha de passar, però no acaba passant. Hi ha experiències que parteixen de la bona voluntat dels i les professionals.

Un dels factors explicatius que s'apunten sobre aquesta indefinició destaquen la **complexitat de la política en què intervenen múltiples actors** amb capacitat de decisió i l'elevada variabilitat local. Com es desprèn dels debats i entrevistes realitzades, des de les coordinacions de serveis socials es considera que el Departament de Drets Socials hauria de tenir un rol proactiu a establir un marc comú consensuat, tot permetent una certa autonomia local per adaptar-ho als diferents contextos, així com comptar amb els ens locals de forma més activa:

Hi ha un problema de mirada de la Generalitat sobre la funció del món local que es reproduïx en tots els serveis socials. Cal que Generalitat entengui que el món local és un aliat i han d'anar amb una mateixa mirada a intervenir en la millora de les situacions de la ciutadania. El SAD té elements de concreció que condueix a moltes diferències entre ajuntaments: no hi ha un marc genèric per part de la Generalitat, cadascú ha anat per lliure. Tenim el contracte programa, que hauria d'establir marcs de funcionament amb marges d'autonomia, però caldria un marc més clar. (...) A més, la manera de funcionar del CP amb desplegaments per alguns territoris i d'altres no... no té sentit, per exemple, el suport psicològic i jurídic serà per fases. (...) Ells Decideixen sense tenir coneixement del territori, i qui negocia per a les entitats locals és la FMC i l'ACM. (...) Ara tenim els COTESSBA, que estan bé. S'ha d'escoltar el territori, has de saber com prestar els serveis i comptar amb el territori (...), està bé com a espai de reflexió i millora. Però, el nou CP es concep de la mateixa manera, no estan propers al territori.

És important el rol del Departament però també reclamem autonomia: de vegades, el Departament proposa coses i ho fa tímidament perquè la competència és de cada ajuntament. Aquí ha d'haver-hi un acord de mínims i la possibilitat d'aterrar al territori tal com ho necessitem, sobretot en el cas de municipis de dimensions petites, s'ha de pensar en els municipis. Ara el CP conceptualitzarà el SAD, abans molt centrat en neteja, activitats... Però per una gran part de nosaltres la concepció ja és molt més global, i inclou, per exemple, àpats a domicili, terapeutes ocupacionals, etc. Jo no carregaria tant el pes o la responsabilitat en el Departament, nosaltres hem de treballar al territori i crear sinergies per veure com fer la gestió. Busquem coses en comú, veure les diferents maneres, definir cada activitat i, evidentment, aportar un finançament racional.

4.1.2. SAD social i SAD dependència en un entorn amb noves necessitats

El desdoblament entre el SAD social i el SAD dependència aporta més complexitat i allunya el SAD dels objectius més preventius i comunitaris. Així es desprèn de les valoracions de les persones expertes, fet que aporta un grau de dificultat afegit a l'hora d'elaborar una teoria del canvi sòlida i ben definida ja que els objectius dels serveis i els públics als quals s'orienta són diferents. Així, el SAD vinculat a la Llei de la dependència té unes pautes i una població diana ben definides però, en canvi, es detecta que el SAD amb perfil social no arriba als perfils i col·lectius que ho podrien necessitar. En conseqüència, es destaca tant un problema de vinculació del SAD al procés d'envelliment, per una banda, així com, per l'altra, la manca de flexibilitat del SAD per atendre noves demandes, perfils complexos i, inclús, la pluralitat d'envelliments existent:

Un dels problemes és que el SAD s'identifica amb les persones grans perquè el SAD dependència està molt pautat: la dependència està molt vinculada a la gent gran i s'abandona la perspectiva més social i comunitària.

En aquest sentit, es considera imprescindible que la visió més comunitària i preventiva parteixi de la diagnosi i el coneixement de les necessitats de cada territori per poder planificar els recursos i activitats adequades. També perquè es destaca que les necessitats – a més d'intensificar-se per diversos motius, especialment pel procés d'envelliment de la població– són canviants i els processos d'inclusió tenen també una relació directa amb la xarxa comunitària i els vincles personals:

Considerar les necessitats també des de la perspectiva comunitària i relacional: superar la visió “antiga” de necessitats bàsiques (menjar i higiene personal) quan de vegades és més important tenir la casa neta, sortir a passejar, relacionar-se, etc.

Les necessitats es poden conèixer, però s’ha d’aprofundir i no sempre es cobreixen totes. Moltes vegades necessita un suport a la llar, situacions bàsiques d’infraestructura de la casa. Per això, cal prioritzar, la dimensió de la necessitat ha de ser global, no només en la persona de coses bàsiques sinó el seu entorn on es mou. Cal pensar a fer un passeig, portar-la a una activitat... tan important és una necessitat bàsica d’higiene i alimentació com necessitats relacionals. Aquí hem d’obrir mirada: ens canviaran els perfils i les persones que han d’atendre i donar suport a aquestes persones. Com treballar l’aspecte relacional, que és tan bàsic com les necessitats bàsiques.

Algunes necessitats estan cobertes, d’altres no..., l’envelliment ara està canviant, situacions diverses, ja no tenen familiars per donar suport i necessiten altres recursos. Hi ha gent inclús que no vol implicar els fills en la seva cura diària.

En definitiva, un element destacable sobre el discurs que condiciona el servei d’ajuda a domicili és el seu enfocament, i es posa l’èmfasi en el fet que **caldria un treball més preventiu i proactiu**. En aquesta línia, es destaquen algunes prioritats com el suport emocional i la perspectiva comunitària, per una banda, i, per l’altra, un enfocament no només centrat en la persona que rep el servei sinó també en la seva família i entorn comunitari. Finalment, algunes entrevistes destaquen la diferència de discurs i reflexions entre els SAD dependència i social, molt menys elaborades per al segon cas:

D’altres persones no ens arriben i tenen situació de necessitat: passen gana, fred..., amb pensions molt baixes, i no ho sabem i tenen problemes que és producte del que han viscut..., i aquestes persones arriben a serveis socials en situacions molt extremes, s’ha de fer un treball més preventiu i de sensibilització.

A vegades ens centrem només en un SAD que és massa de cura, i també l’hauríem d’ajudar a mantenir al màxim la seva autonomia i aconseguir endarrerir la institucionalització en una residència i que es quedi a casa seva amb qualitat. També es vol aconseguir que les famílies tinguin un respir de la cura durant 24 hores d’aquella persona.

Els recursos s'han d'augmentar perquè una part del servei és fer neteja, llevar la persona gran, pastilles, etc. Però hi ha més serveis a fer en el SAD. A més a més, cada vegada hi ha una població més envellida i, per tant, hem d'anar ampliant la tendència, i la comarca ha d'anar a més. Si volem animar la persona a quedar-se al municipi i que no marxi, hem de donar-li un bon servei, i ara mateix s'ha d'ampliar i no és suficient.

4.1.3. Diagnòstic i indicadors de necessitats com a prioritat

Més enllà de la teoria del canvi, un altre aspecte de millora que sorgeix a les entrevistes i grups de discussió és la necessitat d'avaluar-la, especialment des de la perspectiva de les necessitats per **assolir més coneixement de la realitat que es vol intervenir**. El context en què opera el SAD ha canviat intensament en els darrers anys i, com assenyalen diverses professionals, ha comportat l'augment de situacions complexes i de més difícil tractament.

L'establiment, per tant, d'hores d'atenció del SAD hauria d'anar vinculat a les necessitats de cada territori i la població destinatària, com ho indica una persona entrevistada del Departament de Drets Socials (DSO):

Hauríem de tenir una bona anàlisi de necessitat d'hores del SAD: quantes persones de cada territori necessiten SAD, sobretot en el cas del SAD social no ho tenim. No tenim tampoc una normativa que digui quantes hores d'atenció ha de tenir cada persona: només en el cas de dependència.

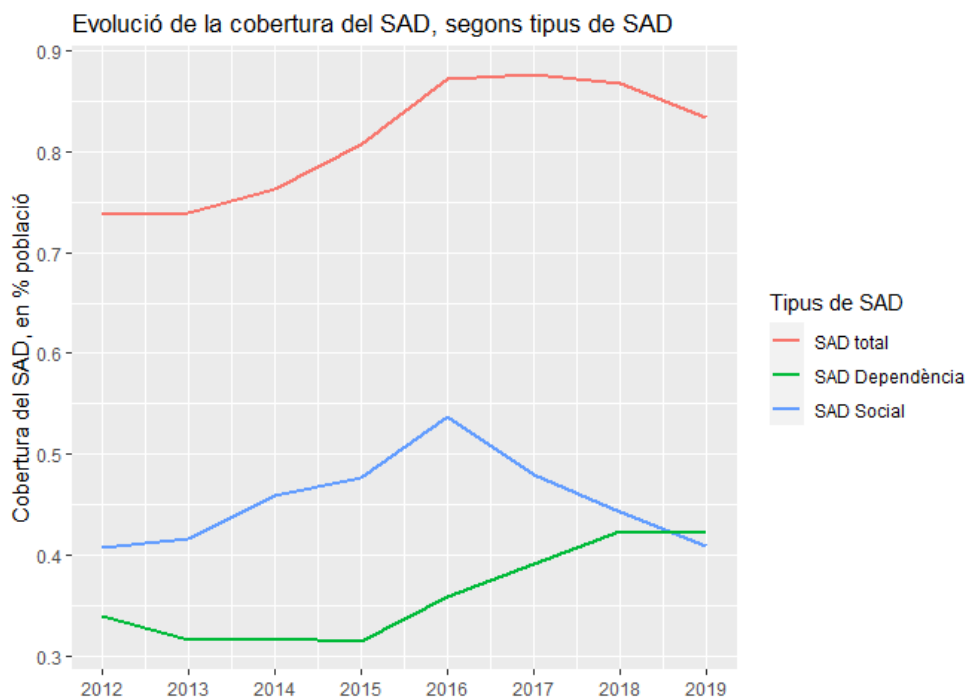
En conclusió, les persones entrevistades consideren que hi ha acord en la finalitat última del SAD, però **els obstacles sorgeixen quan s'han de concretar recursos, perfils i necessitats d'atenció**. Esdevé central el discurs sobre envellir a casa i l'atenció centrada en la persona que recull el Pla Estratègic de Serveis Socials, però es considera que no és coherent quan s'aplica a l'actual SAD perquè no s'adequa als perfils i necessitats emergents. Des d'aquesta perspectiva, la teoria del canvi no és explícita ni elabora amb precisió les necessitats, enfocaments i activitats de la política per aconseguir les finalitats plantejades. Com afirma una persona entrevistada, es produeix una *desconnexió entre discursos i la concreció pràctica* de la política.

4.2. Implementació de la política: cobertura i intensitat del SAD i la seva variabilitat territorial

4.2.1. Evolució i variabilitat del SAD

En termes generals, **la cobertura va arribar a un màxim el 2016, un any després que tots els graus estipulats en la Llei de la dependència entressin en vigor.** A partir del 2015, la cobertura del SAD dependència incrementa, com és d'esperar, mentre que la del SAD social disminueix gradualment a partir del 2016. Aquesta evolució ens dona una primera pista de la utilització del SAD social per a situacions de dependència, un punt que desenvoluparem més endavant (vegeu la Figura 3).

Figura 3. Evolució de la cobertura del SAD, 2012-2019



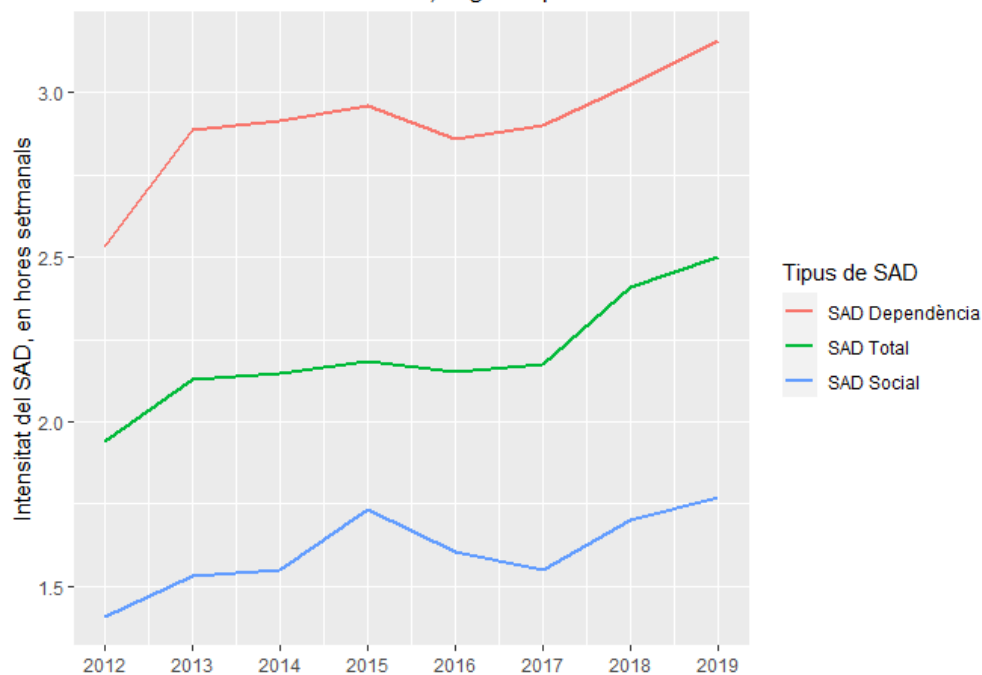
Font: elaboració pròpia.

Pel que fa a la intensitat dels dos tipus de SAD, l'evolució presentada a Figura 4 mostra unes característiques similars, sobretot el SAD dependència, per al qual a partir del 2015 s'observa un increment de quasi 0,5 hores setmanals. Pel que fa al SAD social, entre el 2015 i el 2017 hi ha una reducció de la mateixa magnitud, tot i que a finals del 2019 es recupera la intensitat del 2015. De mitjana per tots els anys inclosos en l'anàlisi quantitativa (2012-2019), la Taula 2 ens mostra que la **intensitat del SAD dependència –de quasi 3 hores setmanals– és quasi el doble que la del SAD social**, que és d'1,6 hores setmanals. Els histogrames següents (Figura

5) mostren la distribució d'hores setmanals per als dos tipus de SAD i reflecteixen les diferències entre aquests.

Figura 4. Evolució de la intensitat del SAD, 2012-2019

Evolució de la intensitat del SAD, segons tipus de SAD



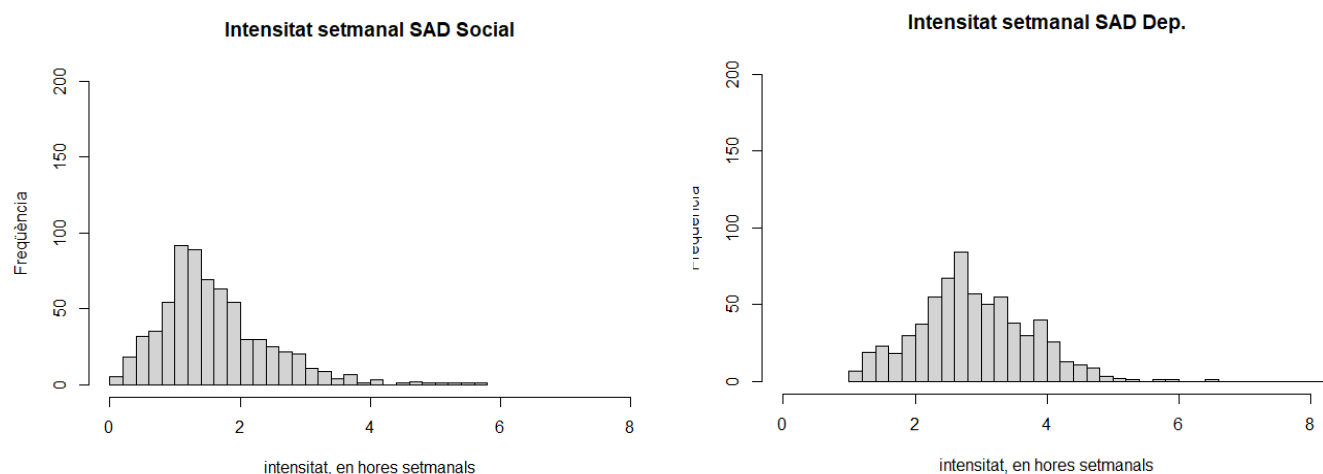
Font: Elaboració pròpia.

Taula 2. Descripció estadística de les variables de cobertura i intensitat

Variable	N	Mitjana	Desviació estàndard	Mín.	Pctl(25)	Pctl(75)	Màx.
% cobertura SAD sobre població major de 65 anys	801	3,48	2,14	0,13	1,85	4,51	13,95
Intensitat setmanal SAD (en hores)	631	2,20	0,88	0,23	1,60	2,73	8,49
Intensitat setmanal SAD social (en hores)	681	1,61	0,85	0,11	1,06	2,00	5,68
Intensitat setmanal SAD dependència (en hores)	679	2,91	0,92	1,04	2,34	3,46	12,30

Font: Elaboració pròpia.

Figura 5. Histogrames de la intensitat setmanal del SAD social i el SAD dependència

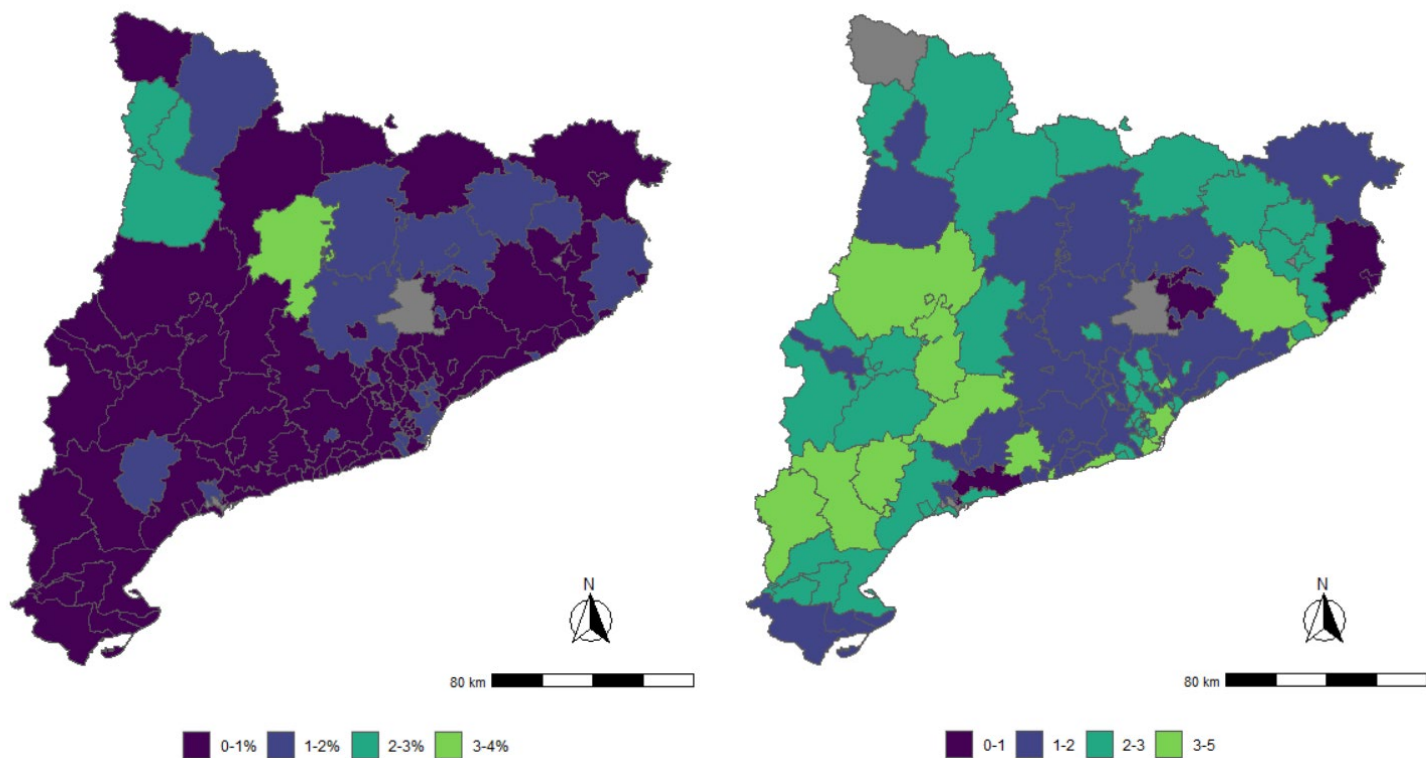


Font: Elaboració pròpia.

Pel que fa a la utilització del servei per part d’homes i dones, les xifres mostren com **el 70% dels usuaris son dones i el 70% de les hores corresponen a dones usuàries**, unes xifres que es mantenen en el temps.

Un cop vistes les distribucions de la cobertura i la intensitat, és pertinent comparar la relació entre les dues variables. Els mapes de la Figura 6 mostren com **la relació és força negativa: en les ABSS on hi ha més cobertura, tendeix a haver-hi menys intensitat setmanal d’hores del SAD i a l’inrevés**. Unes de les ABSS on hi ha més cobertura, que serien les ubicades a la Catalunya Central, són de les que tenen menor intensitat d’hores. Per contra, les ABSS situades als àmbits territorials de Lleida, Terres de l’Ebre, Camp de Tarragona i Penedès són les que tenen una cobertura menor però al mateix temps ofereixen el servei amb més intensitat. No obstant això, hi ha excepcions en aquest vincle negatiu: algunes ABSS, com la del Tarragonès, Vic, Palafrugell, Baix Empordà i la Mancomunitat Intermunicipal de la Plana, es caracteritzen per tenir poca cobertura i oferir el servei amb baixa intensitat, mentre que l’Alta Ribagorça destaca per tenir alta cobertura i intensitat.

Figura 6. Mapes d'ABSS segons cobertura i intensitat



Font: Elaboració pròpia.

La Llei 12/2007 estipula una cobertura del 4% pel SAD (total, sense diferenciar social o dependència) sobre la població major de 65 anys, i les dades del 2012-2019 de la Taula 2 mostren que **la cobertura mitjana, del 3,48%, s'apropa a aquest objectiu**. No obstant això, la Figura 7 mostra que, al darrere aquesta mitjana **hi ha una gran variabilitat**. En total, un 32% d'ABSS superen el llindar del 4%, marcat en una línia vermella vertical, que representa el 45% de la població total i un 47% de la població major de 65 anys. El mapa de la Figura 6 mostra el percentatge de cobertura de les ABSS. Veiem que les que superen el 4% es concentren a l'Alt Pirineu, Catalunya Central, Barcelona i Baix Empordà, mentre que les ABSS amb una cobertura extremadament baixa d'entre 0-1% es concentren al sud dels àmbits territorials de Lleida (Urgell, Garrigues i Segrià), així com a Calafell, Baix Penedès i Blanes, i la Val d'Aran.

Figura 7. Variabilitat de tant per cent de cobertura del SAD (total) sobre la població major de 65 anys

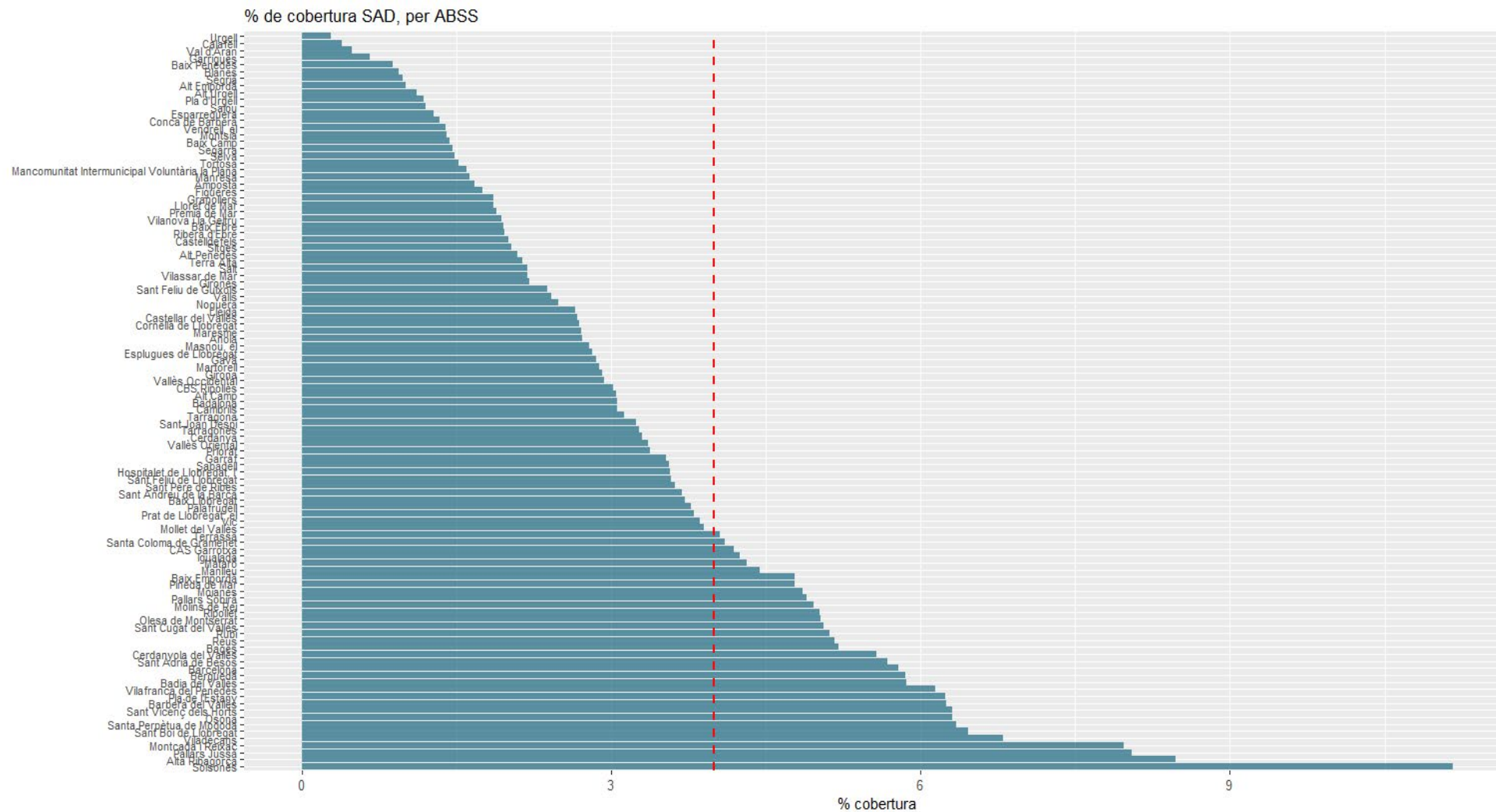
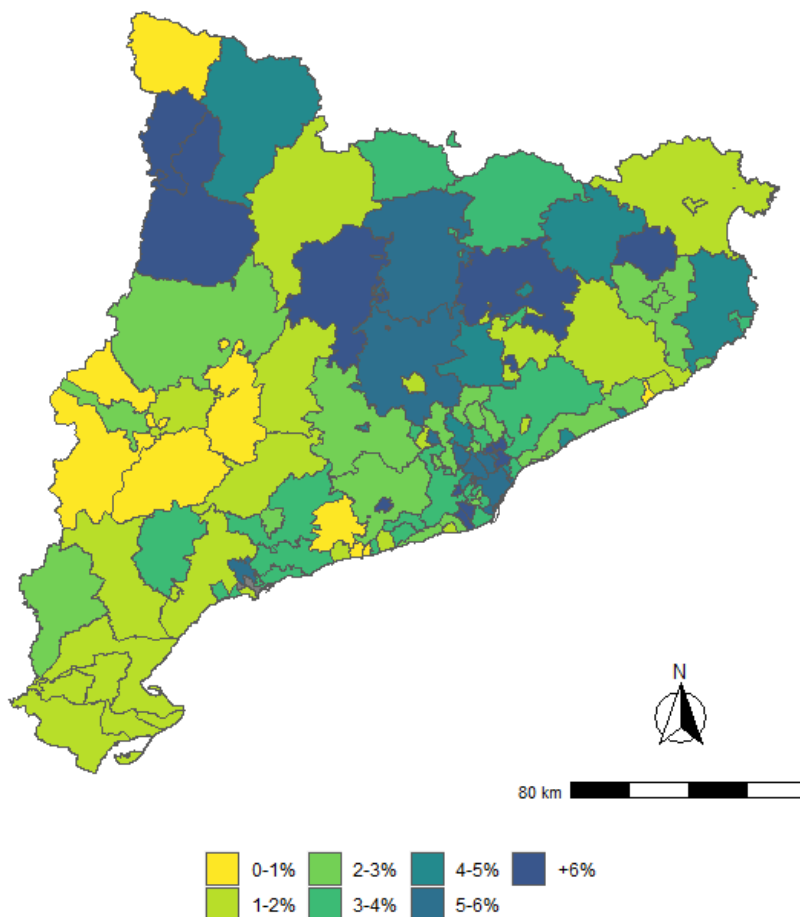


Figura 8. Mapa d'ABSS segons si superen el llindar de cobertura del SAD total per a majors de 65



Font: Elaboració pròpia.

4.2.2. Factors de variabilitat

Aquesta elevada variabilitat territorial és assenyalada per part de totes les persones participants en les entrevistes i grups de discussió i **és motiu de preocupació per les desigualtats que es produeixen quant a cobertura i intensitat de l'atenció**, i perquè les raons de la variabilitat no estan clares. Algunes persones entrevistades apunten raons de caire més polític i pressupostari, i “suposen” que també està relacionat, en certa manera, amb les necessitats, però la sensació generalitzada és de confusió respecte de les raons d'aquesta variabilitat:

Trobaran tants SAD com ABSS tenim (...) si ningú regula, cadascú entén el servei a la seva manera.

Hi ha municipis en què el SAD dependència l'enfoquen més a prestacions vinculades i que el pressupost del SAD el destinen més al SAD social. I n'hi ha d'altres en què el SAD social és més residual. Hi ha heterogeneïtat.

No sabem per què un ajuntament inverteix més hores i les sobrepassa, i un altre ajuntament no. Desconeixement total, no està contrastat ni res. Pot ser que sigui per necessitats: ràtio de població de risc i s'han d'invertir més recursos dels que aporta l'ajuntament perquè potser les famílies no tenen recursos. O també pot ser per qüestions polítiques. Hi ha ajuntaments que sempre mantenen el mateix pressupost i d'altres que van augmentant pressupost, ajustant-lo a les necessitats.

Si prescriu el SAD, com a mínim el 50% l'ha de pagar ella. Si prescriu centre de dia, no paga res, paga la Generalitat. Si l'ajuntament vol invertir diners amb el SAD, es pot prescriure. Ningú diu els criteris per fer servir el SAD. La Llei de serveis socials diu: 34% món local, 66% Generalitat. Però a la realitat, allò ordinari i administratiu ho paga el món local, i per tant, tots els serveis socials acabant sent 50%-50%. (...) La Llei de la dependència et dona uns drets, però no uns serveis.

L'anàlisi quantitativa aporta certa llum en les **causes de la variabilitat**. La Taula 3 analitza la rellevància estadística dels factors de demanda i d'oferta en explicar la variabilitat territorial pel que fa a la cobertura i intensitat dels dos tipus de SAD. Els diferents tipus de factors –demogràfics, d'exclusió social, territorials i de provisió (alternatives al SAD i finances)– hi són assenyalats, i les variables estadísticament significatives hi són marcades amb negreta i amb color blau (vermell) en cas d'estar positivament (negativament) associada a la cobertura i intensitat.

De l'anàlisi en destaquem que **tant les variables d'oferta com les de demanda són rellevants a l'hora d'explicar la variabilitat**. Pel que fa a la **demanda**, els factors que més importen són **l'envelliment de la població i el percentatge de dones**. Un augment d'un 1% de la població major de 65 anys està associat a un augment de la cobertura del SAD dependència del 8%, i tot i que no afecta particularment la cobertura del SAD social (més sobre aquest aspecte en el proper apartat), sí que afecta la seva intensitat: un augment d'un 1% de la població major de 65 anys està associat a un augment de 0,10 hores (que equival a

6 minuts) ¹⁵. El percentatge de dones en la població està associat a menys cobertura i intensitat, tot i que la variable només és estadísticament significativa per a la intensitat del SAD dependència: un augment d'un 1% en el nombre de dones fa que la intensitat disminueixi en aproximadament 0,26 hores, que són uns 15 minuts. Una possible interpretació és que a les llars on hi ha dones, siguin receptores del servei o acompanyants, aquestes assumeixen part de les funcions que es realitzen des del servei del SAD. El nombre d'expedients informatius de risc d'infants també surt significatiu per al SAD dependència, tot i que amb un coeficient força petit.

Taula 3. Models de regressió de la variabilitat

	Cobertura SAD social (1)	Intensitat SAD social (2)	Cobertura SAD dep. (3)	Intensitat SAD dep. (4)
Factors demogràfics				
% població major de 65 anys	0,027 (0,031)	0,101*** (0,034)	0,080*** (0,029)	0,048 (0,033)
% pobl. major de 75 anys sola	0,014 (0,019)	-0,005 (0,024)	-0,014 (0,015)	0,033 (0,031)
% dones	-0,052 (0,097)	-0,081 (0,103)	-0,075 (0,089)	-0,259*** (0,100)
% població nascuda en països en vies de desenvolupament	-0,027 (0,017)	-0,004 (0,028)	-0,020 (0,016)	-0,042 (0,027)
% persones amb discapacitat	0,046 (0,050)	-0,077 (0,050)	-0,085 (0,054)	0,060 (0,072)
Factors d'exclusió/inclusió social				
Taxa d'escolarització als 17 anys	0,002 (0,004)	0,0003 (0,008)	-0,005 (0,004)	0,009 (0,009)
% llars que reben ajuda al lloguer	0,014 (0,046)	-0,050 (0,047)	-0,025 (0,042)	0,022 (0,067)
% pobl. que rep ajuda alimentària	0,004 (0,013)	-0,022 (0,021)	-0,016 (0,015)	0,005 (0,020)
Expedients informatius sobre risc d'infants (per 1.000 habitants)	-0,003 (0,004)	0,007 (0,007)	-0,007** (0,003)	0,015** (0,007)
Factors de territori				
Densitat població	-0,014 (0,092)	0,052 (0,098)	0,067 (0,071)	0,180* (0,107)
% pobl. en zona de muntanya	0,125 (0,461)	-0,900* (0,513)	1,061 (0,357)	-1,288 (0,820)
Ciutat-ABSS	0,315 (0,308)	0,006 (0,401)	0,669* (0,266)	-0,080 (0,433)

¹⁵ Els coeficients d'intensitat de la taula 3 es presenten en hores. Per tant, per saber els minuts multipliquem el coeficient per 60 minuts.

Factors d'oferta

Copagament SAD soc., NO/SÍ	0,126 (0,113)	0,112 (0,162)	0,125 (0,085)	0,108 (0,153)
Gestió indirecta total	-0,011 (0,092)	0,302* (0,169)	0,003 (0,197)	0,488** (0,198)
Gestió indirecta parcial	0,174* (0,085)	0,211 (0,167)	0,049 (0,197)	0,262 (0,181)
Places residència, NO/ Sí	-0,077 (0,384)	0,420 (0,390)	-0,671** (0,374)	1,108* (0,599)
Places residència discapacitats., NO/ Sí	0,065 (0,166)	0,069 (0,186)	0,092 (0,166)	0,248 (0,217)
Places centre d'especialització per discapacitats NO/ Sí	-0,007 (0,069)	0,111 (0,106)	0,127 (0,086)	-0,121 (0,165)
Places centre ocupacional per discapacitats, NO/ Sí	-0,171 (0,162)	-0,097 (0,217)	-0,198* (0,116)	-0,185 (0,155)
Ingressos mun. a nivell ABSS, log.	0,060 (0,128)	0,030 (0,111)	0,043 (0,090)	0,101 (0,136)
% ingressos a despesa social	0,091 (1,000)	2,729 (1,904)	31,07*** (1,000)	-3,125 (1,984)
% passius financers sobre ingressos	-0,319 (0,398)	-0,081 (0,812)	-0,354 (0,366)	-0,944 (1,098)
Efectes fixos de temps	sí	sí	sí	sí
Constant	0,100 (4,707)	3,303 (4,564)	2,853 (4,459)	10,666** (4,832)
Observacions	477	452	473	456
R ² ajustat	0,104	0,025	0,404	0,041

Nota 1: per als coeficients de les columnes 1 i 3 s'ha fet la transformació següent: $\exp(\beta) - 1$ ja que la variable dependent està en logaritmes (a excepció de quan les variables independents són també en logaritmes; llavors no cal transformació i el coeficient s'interpreta directament com una elasticitat). Per tant, la interpretació dels coeficients d'aquestes columnes és de la manera següent: un increment d'una unitat (o un 1%) en el factor específic resulta en un increment de la cobertura del valor del coeficient x 100.

Nota 2: els coeficients amb asteriscos són els que són estadísticament rellevants, i per tant, els que ens interessin. Com més asteriscos, més rellevància estadística i, per tant, més importància del factor per explicar la variabilitat en la cobertura i intensitat. Més concretament, els asteriscos es corresponen a valors probabilístics de 10% (*), 5% (**) i 1% (***). Els valors probabilístics ens diuen la probabilitat que, si en la realitat, el factor en concret és irrellevant (és a dir, és zero) quan fem la regressió, ens surti diferent de zero. I per tant, com menor és la probabilitat, millor (més fiable és el resultat).

Font: Elaboració pròpia.

El **factores d'oferta** clarament rellevants per als dos tipus de SAD són el **tipus de gestió, seguit de factors de territori**. A més a més, per al SAD dependència **l'existència d'alternatives al SAD** per a la gent gran i **les finances** són molt rellevants.

Pel que fa al **tipus de gestió**, la gestió indirecta està generalment relacionada amb un increment de cobertura i intensitat. Més concretament, pel que fa al SAD social, la cobertura s'incrementa en un 17% i la seva intensitat en uns 20 minuts setmanals (0,30 hores) comparat amb aquelles ABSS i anys en què la gestió és directa. La precisió dels estimadors és bastant baixa però la magnitud dels coeficients es manté en especificacions on s'ha controlat per multicolinearietat (vegeu l'annex 3). Quant al SAD dependència, la seva cobertura no sembla estar afectada pel tipus de gestió. Això es podria explicar pel fet que, contràriament al SAD social, el SAD dependència està dotat de més especificitat legal i, per tant, hi ha menys marge d'actuació per a les ABSS. Per contra, la intensitat d'aquest tipus de

SAD sí que es veu afectat, i aquí els estimadors són força precisos i suggereixen que, en comparació amb la gestió directa, la gestió indirecta porta associat un increment de la intensitat del SAD dependència de 30 minuts setmanals (0,49 hores). **Les entrevistes corroboren la relació positiva entre externalització i augment de persones usuàries i hores:**

Tenim l'experiència que en funció del model de gestió canvia molt la situació: de la directa a la indirecta, molt ràpidament van augmentar les hores de prestació i persones usuàries.

Aquest és un servei que té una organització que varia segons cada ens i està molt influenciada pel **model de prestació**. Però, en general, és una gestió que es caracteritza per la **complexitat** de programació d'un servei amb moltes persones ateses, en què cal programar moltes visites, gestionar baixes laborals i adaptar-se a possibles canvis, tenint en compte que en alguns casos la distància entre domicilis pot ser considerable. En aquesta gestió, l'Administració pública és menys eficient i té menys flexibilitat per adaptar-se que les empreses privades:

Quan ens comencem a plantejar la gestió que comporta, resulta eficient per part nostra? Comencen a sortir empreses que presten el servei d'ajuda a domicili. Hi havia diferents posicionaments a l'inici. Suposa una major qualitat tenir el personal propi: si conec les persones, els puc donar unes línies, formar les treballadores familiars. Però la gestió és molt ineficient per part de l'Administració pública. Durant uns anys aquests dos models coexisteixen. Després, l'externalització agafa una gran importància i comencen a especialitzar-se i donar més qualitat. Hi ha empreses de tot tipus. Es tractava de buscar els models més fiables. Ara, hi ha una tendència quasi global a externalitzar i queden molt poquets que mantinguin el posicionament de tenir treballadores pròpies.

La importància de l'externalització mencionada a la citació es pot veure en el percentatge d'ABSS que tenen una gestió indirecta (total o parcial), que suma més del 84% de mitjana (en el període 2012-2019), segons es pot veure a la taula següent:

Taula 4. Tipus de gestió del SAD

Tipus de gestió	Percentatge
Directa	8%
Indirecta total	44%
Indirecta parcial	40%

Tipus de gestió	Percentatge
N. A.	8%
Total	100%

Font: Elaboració pròpia.

Malauradament, els resultats no són prou precisos per apreciar l'impacte del copagament. Sembla que com més copagament, més cobertura i intensitat, tant per al SAD social com per al SAD dependència. Dit això, els resultats no són estadísticament significatius i sembla que hi hagi un problema de precisió dels estimadors, que les anàlisis de robustesa tampoc acaben de solucionar.

Els factors de territori també semblen ser rellevants, tot i que el marge d'error és força gran i, de manera similar al copagament, les anàlisis de robustesa no aporten més llum. S'extreu de la taula que com més densitat poblacional, en general, més cobertura i intensitat, i que a les zones de muntanya la intensitat sembla ser menor.

La relació entre les alternatives al SAD en el cas del SAD dependència són rellevants. **L'existència de residències i de centres ocupacionals per a persones amb discapacitat van associada a una disminució mitjana de la cobertura del SAD dependència de 67% i del 20% respectivament.** Per contra, **l'existència de residències està associada amb un augment de la intensitat setmanal d'aproximadament una hora.** Aquí estem parlant d'efectes notables ja que, si recordem de la Taula 2 la mitjana d'hores setmanals és de quasi 3 hores. Aquest resultat s'interpreta com que hi ha un efecte substitució entre centres residencials per a la gent gran i el servei de SAD dependència, i per tant, com més centres residencials, més hores del SAD es poden proporcionar a la gent.

Finalment, i únicament per al SAD dependència, sembla que hi hagi una **associació positiva i significativa entre el percentatge d'ingressos dels ens locals destinats a despesa social i la cobertura del SAD dependència.** El SAD dependència és cofinançat per l'ens local; per contra, les alternatives institucionals, tals com residències o centres de dia, són finançades en la seva totalitat per la Generalitat. Per tant, una possible raó d'aquesta associació positiva entre ingressos i cobertura podria venir del fet que els ens locals que disposen de més finançament inverteixin més recursos al SAD dependència. Per contra, el SAD social no disposa d'alternatives tan evidents i, per tant, aquesta situació no es dona.

4.2.3. Interpretació de la variabilitat del SAD

Els factors de demanda i oferta que expliquen la variabilitat, juntament amb les entrevistes i grups de discussió, ens revelen una heterogeneïtat que, lluny de ser conseqüència dels principis de descentralització, desconcentració i proximitat als ciutadans i ciutadanes que

preveu la Llei 12/2007, sembla ser conseqüència d'una indefinició d'objectius i una implementació poc coordinada entre els diferents agents que ha derivat en **unes desigualtats existents**, de les quals en destaquem tres: desigualtat en l'accés, desigualtat en la qualitat i les desigualtats de gènere.

Desigualtat en l'accés al servei

La desigualtat en l'accés al servei és doble: per una banda, hi ha el binomi **rural-urbà**, que juga en detriment del primer, i, per l'altra, l'existència o no de **copagament**.

La distribució territorial del SAD s'apunta com un element de desigualtat ja que surt perjudicada la població en municipis rurals i de muntanya, especialment en el cas d'un major aïllament. Segons l'avaluació del SAD dependència amb atenció integral realitzada per la Generalitat de Catalunya (Generalitat de Catalunya i Fundació Avedis Donabedian, 2021), els municipis rurals tenen una oferta que és del 46% menor de SAD respecte dels municipis urbans. Aquesta iniquitat també es reflecteix en la intensitat d'hores del SAD dependència en zones rurals. La grandària del municipi és una variable clau ja que, segons la mateixa font, als municipis urbans el 7,7% de les persones amb SAD dependència reben menys d'11 hores mensuals de servei, mentre que als municipis rurals aquest percentatge és de 26,8% (Generalitat de Catalunya i Fundació Avedis Donabedian, 2021). L'anàlisi quantitativa de la Taula 3 va en la mateixa línia. La variable "percentatge de població en zona de muntanya", que reflecteix el percentatge de població de cada ABSS que viu en un municipi considerat d'alta muntanya, té coeficients negatius per la intensitat dels dos tipus de SAD. En especial, és estadísticament significatiu per la intensitat del SAD social, i indica que, **quan la població en zona de muntanya augmenta en un 1%, la intensitat del servei disminueix en gairebé una hora**.

A més, i com s'assenyala en les entrevistes, la situació en aquests territoris s'agreuja perquè, quan no hi ha recursos per a les persones grans, el millor servei que es pot oferir és el SAD, especialment en els pobles on hi ha taxes altes d'envelliment i la preferència majoritària és no fer ingressos residencials. En aquest sentit, es considera que la configuració del SAD i el seu finançament hauria d'atendre aquestes situacions ja que **no és equitatiu tenir un finançament universal per a tot Catalunya; també s'han de tenir més en compte els costos i les dificultats de desplaçaments en determinats territoris**.

Pel que fa al **copagament**, el nombre d'ABSS on hi ha copagament és majoritari, tal com mostra el mapa de la Figura 9. Com afirma una persona entrevistada, l'existència de copagament pot generar situacions en què les persones que el necessiten prefereixin demanar la prestació vinculada –només en el cas del SAD dependència– o busquin un servei alternatiu, sobretot quan s'ofereix un servei que no s'ajusta a les necessitats de la persona

usuària (canvis d'hora, treballadora, flexibilitat...). Així doncs, si s'ha de pagar un servei públic, algunes persones prefereixen pagar el servei privat per poder decidir les condicions de prestació, encara que això pot suposar un greuge per a les persones amb menor nivell de renda:

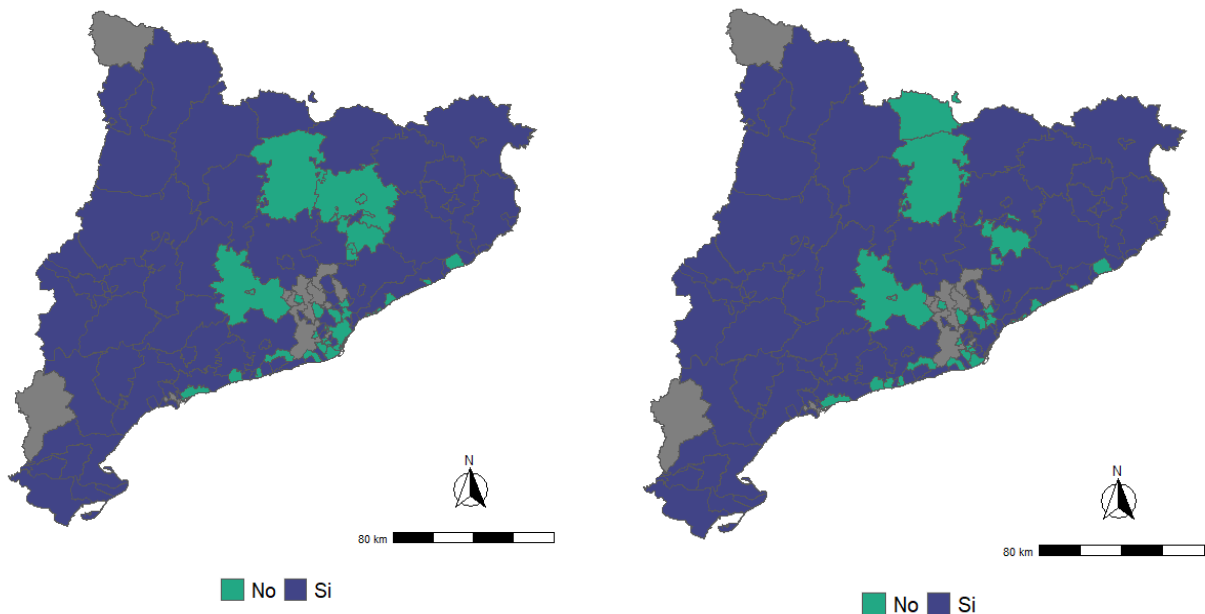
Quan la persona contracta privat, pot decidir qui l'atén, a quines hores, etc. Quan tens un servei públic, tu no decideixes.

De fet, la prestació econòmica vinculada al SAD ha anat en augment. Els factors explicatius poden ser per la flexibilitat que suposa triar el servei en el mercat i podria estar vinculat a que no hi ha suficient flexibilitat per part de l'oferta:

Abans de la Llei de la dependència hi havia poca prestació vinculada. (...). Si no tenim suficients hores, a la persona se li ofereix una prestació vinculada, i, per tant, aquesta persona pot anar al mercat i escollir una empresa. Inicialment era subsidiari, no n'hi havia. Amb el temps ha anat creixent.

Tot i que des de la Generalitat puguin cobrir totes les hores del SAD dependència que es vulguin, com que els ens locals fan licitacions per x anys que són difícils de canviar i poc flexibles, en el fons no és tan flexible.

Figura 9. Mapa ABSS de copagament del SAD social i el SAD dependència



Font: Elaboració pròpia.

Desigualtat en la qualitat del servei

Es detecten dos factors que afecten la qualitat del servei: el **tipus de gestió** (l'externalització) i les **condicions laborals**.

En la secció de variabilitat hem vist que **més d'un 80% d'ABSS tenen el servei de SAD externalitzat, parcialment o totalment**, i que la raó principal és l'eficiència. Amb el temps, el servei ha vist com la seva demanda augmentava, en quantitat i en complexitat. Com afirma una coordinadora:

[En l'inici] eren pocs casos. S'agafava personal propi. S'incorporà la figura de les treballadores familiars al món local i es contractaven en funció del volum. Això es trobava determinat segons el traspàs de diners que feia la Generalitat. (...) La gestió del SAD es va fent gran, és molt complex en la gestió ja que s'acumulen les mateixes hores de necessitats en utilitzar el servei, càlcul d'hores...

Però cal tenir en compte que una **bona externalització requereix fer seguiment i adoptar instruments de control**. Com afirmen professionals del Departament de Drets Social i d'una ABSS:

El que és important és que l'ens local no es desprengui del servei. (...) L'empresa ha de ser els teus ulls per alertar-te però el responsable del servei és l'ens local. Si s'ha de buscar un altre servei, l'empresa o entitat no ho farà, ho ha de fer l'ens local. Per això és tan important la coordinació. També es necessiten uns sistemes d'informació que facilitin la feina. És difícil de mantenir-los actualitzats si les dades no estan sincronitzades. (...) Però no es comparteixen amb l'ens local. O són interoperables o és complicat. (...) Les dades són una eina clau per coordinar-nos.

No podem perdre el control del que passa dins de les cases en un tema tan íntim com el SAD: una cosa tan preuada com que t'obrin la porta de casa teva perquè la persona està dependent s'ha de cuidar molt.

Malgrat la bona voluntat, es reconeix que **l'externalització és, en molts casos, una font de desigualtats en tant que resulta en la pèrdua de control**. En la mateixa línia, una de les coordinadores d'ABSS manifesta:

Conforme passa el temps, es coneix menys [la gestió del SAD] perquè fa més temps que està externalitzat. Tota la part de provisió la desconeixem. I han anat creixent empreses i multinacionals que presten el servei amb molta desconfiança. (...) [Fins a la nova llei de contractes del 2019] a tot Catalunya, havien evolucionat aquestes empreses tan grans,

qüestionables des del valor que tenen molta força, poder i capacitat d'aconseguir contractes.

És important tenir present que hi ha una **diversitat d'opcions de subcontractació**: ens que subcontracten tant la coordinació com la prestació del SAD i ens que només externalitzen la prestació directa, mentre que la gestió i seguiment la realitza l'ens local amb treballadores socials i familiars pròpies. O bé, un model mixt en el qual, a banda de les persones treballadores externes, algunes treballadores socials i/o familiars realitzen atencions, especialment atencions domiciliàries que requereixen un suport més personalitzat (salut mental, infància...). La Taula 4 mostra que l'ús dels models de gestió indirecta total i parcial són similars, i la gestió indirecta total representa un 44%, i la parcial, un 40% (de mitjana del 2012-2019).

Per tal de recuperar el control molts ens *intenten buscar altres fórmules per externalitzar el servei perquè ningú es planteja tornar a la gestió directa*. Així doncs, alguns territoris han començat a crear o formar part d'empreses o fundacions públiques en les quals es pugui prestar el servei amb un major control. Per exemple, a les comarques gironines, SUMAR agrupa administracions públiques de diferents comarques i territoris. Un dels aspectes mencionats com un altre punt positiu de l'entitat pública creada és que *com més volum d'hores tinguem, més eficient serà, i es podrà invertir en un model que sí que podrem controlar*.

En aquest sentit, l'any 2020 el Departament de Drets Socials va impulsar l'Acreditació de les entitats de serveis socials privades per ser proveïdores de la Xarxa de Serveis Socials d'Atenció Pública de Catalunya i prestadores del servei d'ajuda a domicili¹⁶. L'acreditació és el resultat d'un procediment d'avaluació i un requisit indispensable per a les entitats privades que vulguin ser proveïdores de la Xarxa de Serveis Socials d'Atenció Pública (XSSAP) de Catalunya i, en concret, del SAD. Aquest procediment d'acreditació garanteix que les entitats proveïdores reuneixen els estàndards de qualitat. No obstant això, des del Departament s'informa que, a data de novembre del 2021, de les primeres empreses que ho havien sol·licitat, només s'havia pogut resoldre favorablement en un cas.

¹⁶

https://canalempresa.gencat.cat/web/shared/OVT/Departaments/DSO/Documents_i_enllacos/SG/Acreditacio-dentitats-proveidores-de-la-Xarxa-de-Serveis-Socials-dAtencio-Publica/GUIA-acreditacio-entitats-SAD-DEF_2021.07.29.pdf

Una altra problemàtica que s'ha posat de manifest en la subcontractació és que, als **territoris amb més dispersió geogràfica**, s'hi presenten poques empreses proveïdores, tenen dificultats per trobar personal i empreses (...). [Hi ha] més facilitat a les ciutats per organitzar el servei i trobar treballadores.

Les condicions laborals són el segon factor d'iniquitat de la qualitat que resulta rellevant d'analitzar. Les coordinadores de diferents ABSS posen en relleu el **poc reconeixement de les funcions de les professionals del SAD i la precarietat de les seves condicions laborals**.¹⁷

En paraules seves:

No està suficientment dignificat el rol de les treballadores familiars, cal qualificar i reconèixer, s'ha de repensar. No pots deixar una persona amb fragilitat en mans de qualsevol perquè no tothom ho pot fer: cal habilitats, competències, formació... Ens obren la porta i ens donen el més "preuat": confiança, entrem a la seva vida i hem de posar el màxim, i posar les persones al centre.

[Falta] reconeixement dels i les professionals del SAD. Falta estabilitat. Hi ha molta rotació perquè són poques hores i casos i, per tant, tenen un sou baix. Falta de reconeixement econòmic i social.

Cal un reconeixement als i les professionals –en salaris i curricular. Això no hi és. I no tens possibilitats de tenir recorregut o trajectòria. Hi ha molta rotació. (...) Les treballadores i treballadors marxen perquè el sou és baix i als domicilis estan sols treballant-hi i hi ha més risc, falta suport.

(...) Això dificulta el fet que les persones que treballin en aquest sector tinguin un bon salari perquè tenen jornades parcials i no completes –contractes més reduïts– perquè normalment les persones usuàries volen gent al matí.

Manca de personal format [treballadores i treballadors familiars]. Hi ha molta rotació. Molt mal pagada i poc reconeguda.

¹⁷ El llibre *Cuidadores* recull històries i experiències de treballadores del sector de les cures, com és el servei d'atenció domiciliària i palesa les condicions precàries d'aquest sector (Cañadas, 2021).

La rotació, els salaris baixos i les condicions laborals dolentes, així com el poc prestigi curricular, són factors relacionats entre ells. Referint-se als centres de graus de formació professional, una entrevistada comenta que: *Els i les responsables tenien clar el que havien de fer en una residència o centre socioeducatiu, però no entenien què era el SAD.. Les persones que han de formar el jovent estan tan lluny de la realitat que s'hauran d'afrontar, com volem que arribin preparats? Així doncs, com a resultat de les condicions laboral es produeix una alta rotació: Hi ha molt poques noies que es quedin al SAD. Es queden a serveis residencials, centres d'acollida... La FP dual és vàlida per a altres serveis institucionalitzats, però no per al SAD (...) Ara tenen una millora del conveni, però els salaris són baixos per la responsabilitat que tenen als domicilis.*

Al poc prestigi curricular s'afegeix la manca de relleu generacional. S'ha passat d'una treballadora familiar molt implicada a jovent amb poca formació i en situació de precarietat laboral:

Ja no tenim dones motivades i implicades i que buscaven solucions perquè tenien aquells recursos. Ara tenim dones poc preparades o joves, dic noies perquè bàsicament són noies, però que la disposició... Aquestes noies joves necessiten temps per adquirir les habilitats.

Encara no tenim relleu. Abans era una treballadora familiar molt militant. Potser no tenia la titulació però ho feia molt bé, però ara s'han jubilat i ara tenim uns perfils de dones amb càrregues familiars. A les joves que ens venen, què els podem demanar? Sense experiència... Tota la figura de l'integrador o integradora social són el passat que teníem, però han de créixer a nivell vital.

La manca de formació especialitzada és encara més problemàtica amb el SAD social. En aquest sentit, en les entrevistes es ressalta:

No és el mateix aixecar una persona gran que acompanyar un infant a l'escola. El problema és que falten perfils professionals formats i especialitzats per, per exemple, acompanyar infants amb TEA perquè estan molt centrats en la gent gran.

Les malalties mentals cada vegada tenen una demanda més alta i perfils més complexos, i necessitem rols professionals especialitzats.

Altres coordinadores d'ABSS mencionen dificultats per atendre perfils més complexos i que no són per situació de dependència:¹⁸

El que atenem millor és la dependència i les discapacitats, però tenim moltes dificultat per als perfils complexos: salut mental, drogodependències..., depèn molt del perfil professional que atén. Hi hem de donar alguna volta.

Tenim dificultat amb les treballadores familiars (que és un servei externalitzat) ja que no són les més idònies per a alguns casos, com les problemàtiques de salut mental, i no podem donar-hi resposta.

[Hem de fer un] canvi de perfil: necessitem més integradores socials. No ho tenim diferenciat i tenim dificultats davant d'altres casos.

D'altres coordinadores mencionen que s'estan atenent aquestes situacions però amb un altre perfil professional:

Molta gent utilitza per a altres perfils de persones usuàries el SAD social: infància, malaltia mental, casos d'exclusió. (...) No ho faig perquè el perfil de professional que es necessita per atendre aquests casos no són les treballadores familiars que es tenen per al SAD dependència. Per treballar-ho, agafo altres perfils i contracto una integradora social.

Tenim un integrador social dins de l'equip, no fora en un altre servei. Ha d'haver-hi altres perfils professionals perquè, és cert, tu no pots demanar a una treballadora familiar determinades coses. Tenim una persona que fa això més complicat.

Tenim el perfil de les treballadores també diferenciat: el SAD social el tenim com a capítol 1 el perfil més d'integració social, en canvi, el SAD dependència està enfocat per a perfils com auxiliar en institucions sanitàries, perfil sociosanitari.

Quan ens van augmentar la ràtio el 2018 (2,5 més a tota la ABSS) vam poder escollir perfils. Són professionals [personal tècnic] de serveis bàsics però se centren en el SAD i fan

¹⁸ El model català d'atenció integrada té com a objectiu articular l'atenció domiciliària i presenta un catàleg de serveis del sector social i de salut, així com una proposta de governança i perfils professionals per fer front a les necessitats d'atenció (Departament de Salut i Departament de Drets Socials, 2022).

atenció directa en domicilis. Una problemàtica greu és la salut mental, i ens està funcionant focalitzar el nou personal professional en aquests perfils més complexos.

Una altra coordinadora explica que, per resoldre la manca d'experiència o coneixement per atendre determinats perfils del personal de l'empresa externa, s'han programat formacions comunes (per exemple, amb l'EAIA per tractar qüestions d'infància).

Pel que fa a un altre aspecte de les condicions laborals, una coordinadora manifesta insatisfacció amb l'actual servei del SAD, especialment en relació amb la **gestió horària**: *Vam passar d'unes treballadores sense control horari a un control horari ple i massa marcat. Potser allò que fèiem fa molts anys no era el millor, però tampoc ho és ara. Recuperar el que és bo dels dos models de funcionament. [Caldria] apostar per canviar una mica i organitzar-ho diferent. Una coordinadora adverteix: Volen bones condicions laborals. Però la necessitat es manté els caps de setmana. (...) Si s'apliquen condicions, ja ens podem oblidar de fer el cap de setmana.*

Finalment, un factor contextual que està tenint un efecte rellevant en el cost del servei és que recentment ha entrat en vigor el **V Conveni col·lectiu d'empreses d'atenció domiciliària de Catalunya (SAD)**, que implica un increment salarial global de 14% en els quatre anys de vigència: un 1% des de setembre del 2019, un 1% des de gener del 2020, un 4% des de gener del 2021 i un 8% des de gener del 2022. Diferents coordinadores manifesten que les empreses no estan volent prorrogar el servei *perquè amb el nou conveni amb les treballadores familiars no els surt a compte, no els és rentable.*

En definitiva, unes males condicions laborals –tant en horari com en salari– sumades a una poca formació, la complexitat del servei i l'externalització d'aquest, comporten una **qualitat limitada i altament diferent per tot el territori.**

Desigualtat de gènere

La literatura sobre la diferent càrrega de treball de cures és extensa i de conclusions inequívokes. La divisió del treball –de mercat i domèstic– existent comporta que les dones es trobin en una situació de doble presència i suportin una càrrega de treball total més elevada que els homes (De Quintana, 2021). Aquesta càrrega es pot dur a terme de forma informal i més invisibilitzada a través de familiars, normalment dones, o de forma professionalitzada, com pot ser a través de les treballadores familiars del SAD. Com és sabut, **l'àmbit social d'atenció domiciliària és un sector àmpliament feminitzat, amb una remuneració que és baixa i socialment poc considerada i en el qual es produeixen**

interseccionalitats amb altres factors de desigualtat, com pot ser l'origen de les treballadores.

Aquests rols impacten de ple en la reacció de les dones quan són elles les cuidades, i poden explicar aquesta relació negativa trobada en l'anàlisi quantitativa entre el percentatge de dones a la població i menys cobertura i intensitat del servei. **Les dones usuàries del servei ofereixen resistències** en alguns casos a l'acceptació de treballadores familiars per complir amb tasques de neteja, cuina i compra d'aliments, perquè consideren que *això no em fa falta* i que és el seu deure, com a dona, realitzar-les. Així mateix, les coordinadores entrevistades van observar que **les dones grans a la franja de 70 anys requereixen menys intensitat d'hores del SAD**, ja que realitzen més tasques domèstiques elles soles, mentre que els homes en la mateixa franja d'edat necessiten més intensitat, perquè no assumeixen aquesta funció –en el cas que les seves dones siguin les persones dependents o siguin vidus. Per tant, l'assignació d'aquesta divisió sexual de tasques produeix que **calgui una reconversió del servei** i que s'ofereixi fer un altre tipus de feines per tal que les dones usuàries l'acceptin.

La mateixa divisió de rols de gènere **dificulta l'acceptació per part d'algunes famílies o persones usuàries que treballadors homes** realitzin aquestes funcions, un aspecte mencionat per diverses coordinadores d'ABSS:

Ens hem trobat amb un home que treballa com a treballador familiar, i que les famílies rebutgen les tasques de cuidador, neteja, etc.

[Hi ha una] dificultat d'acceptació de cuidadors homes: això impacta moltíssim. S'arriba a renunciar al servei si el cuidador professional és home. Poca sensibilitat en les persones grans d'ara, en el futur això potser canviarà.

Tot i que el noi feia un servei molt ben fet, acabaven renunciant. No era acceptat. Aquesta situació de renúncia es produeix tant en homes com en dones que no volen un treballador familiar [home].

El tema és complex i no només perquè el sector està feminitzat i, per tant, són majoritàriament dones les qui pateixen el desprestigi i condicions laboral pitjors. Aquí també s'hi afegeix **que la major part de beneficiàries del SAD són dones**: l'elevada esperança de vida de les dones respecte dels homes produeix una població envellida principalment femenina i, com les dades mostren, **la població usuària del SAD dependència és 70% femenina** (Generalitat de Catalunya i Fundació Avedis Donabedian, 2021).

En definitiva, tenim una política amb objectius poc clars, mancada de mecanismes que pal·liïn desigualtats, on la població diana és majoritàriament femenina i la població que hi treballa també. Caldria afegir que de forma majoritària les principals persones cuidadores són dones i això afecta intensament la seva qualitat de vida, benestar físic i emocional (Spora Sinergies, 2018). I no obstant això, **al llarg de les entrevistes s’ha observat que hi manca la incorporació de la perspectiva de gènere en el disseny i implementació del servei**. És, en altres paraules, una política “cega” al gènere. Les coordinadores d’ABSS afirmen tenir una manca d’informació i dades específiques sobre la situació d’homes i dones i les desigualtats de gènere respecte de les treballadores familiars, les necessitats i demandes de les usuàries i familiars del servei, etc.:

| Ens falta informació, no treballem amb perspectiva de gènere. No tenim dades.

Malgrat que s’avança en normatives i plans específics per la igualtat entre homes i dones, la realitat demostra les dificultats per fer efectiva la perspectiva de gènere en les polítiques públiques (Espinosa, 2018). Així, persisteixen les polítiques considerades “cegues” al gènere i s’obvia que qualsevol acció pública no és neutral a les desigualtats entre dones i homes.

4.3. Usos del SAD Social

El tercer aspecte rellevant a destacar d’aquesta anàlisi és la confusió sobre “per a què i a qui serveix” el SAD social. L’anàlisi quantitativa de la Taula 3 revela que hi ha una relació positiva i estadísticament significativa entre l’envelliment de la població i la intensitat del SAD social: un augment d’un 1% en la població major de 65 anys incrementa la intensitat del SAD social en 5 minuts per setmana. Per tant, **en municipis molt envellits, el desplegament de recursos del SAD social és marcadament diferent dels municipis on la població envellida és escassa**. Donat que la funció del SAD social és, a priori, “socioeducativa”, aquesta relació amb la població envellida és sorprenent. Al mateix temps, l’anàlisi també revela que les variables que haurien d’estar relacionades amb la funció socioeducativa, que representen el nivell d’exclusió social –taxa d’escolarització, percentatge de llars que reben ajuda al lloguer, percentatge de població que rep ajuda alimentària, entre d’altres–, no són significatives. Per tant, **l’anàlisi reforça la idea que el SAD social s’ha desvirtuat** i la seva funció no dista molt de la funció del SAD dependència.

L’anàlisi qualitativa aporta una evidència molt rica en la mateixa direcció i ens ofereix diverses raons per les quals el SAD social és utilitzat per a finalitats més aviat pròpies del SAD dependència. En primer lloc, la mateixa **indefinició del SAD social** fa que sigui molt més flexible. Això, que podria resultar positiu, esdevé un problema quan l’alta discrecionalitat i la manca de criteris clars **provoca un desplegament territorial molt**

desigual i que depèn de la voluntat de cada ABSS. Diverses persones entrevistades consideren que la fortalesa del SAD social ve donada per l'impuls que cada ens local li ha volgut donar, especialment, quan ha confluït voluntat política i tècnica:

Sobre el paper, la diferència entre el SAD social i el SAD dependència depèn de com es finança. Però la instrucció de gestió és que no es diferenciï, sinó que es tingui en compte la necessitat. Tot i així, acaba passant que quan fas la valoració dels canvis (altes i baixes), veus treballadores socials que saben aplicar bé el recurs i són grans prescriptores i n'hi ha que no l'articulen bé. La dependència va marcar fita a l'hora de diferenciar. Però sí que és veritat que, si només es valora la necessitat i ja veurem com es paga, continua havent-hi una porta oberta amb com la treballadora social introdueix el servei. És a dir, hi ha molts satèl·lits que tenen efecte dominó amb l'entrada i sortida de casos.

Diferenciem molt entre el SAD social i el SAD dependència ja que donen resposta a problemàtiques diferents: socials versus complexitat per dependència i salut.

El SAD social i el SAD dependència estan diferenciats a nivell d'estadística i pengem de llocs diferents. Però l'empresa és la mateixa i les treballadores familiars també. Les tècniques de prescripció són diferents però no hi ha cap altra distinció.

En segon lloc, **l'augment de l'envelliment** i els problemes de dependència associats han originat que el col·lectiu de persones grans sigui preminent també en el SAD social i que s'hagin perdut els objectius de caire socioeducatiu i el focus en altres col·lectius, com la infància, l'adolescència i les famílies. De manera relacionada, tal com assenyalen diverses persones entrevistades, **cada cop es detecten més envelliments diversos** i amb situacions complexes que requereixen abordatges que superen els actuals serveis del SAD (per exemple, problemes vinculats a factors emocionals, trencament de vincles, soledat i aïllament, etc.). Per aquest motiu, **el SAD social acaba assumint perfils de persones amb manca d'autonomia però amb unes situacions que no preveu la Llei de la dependència.** A més a més, la substitució de funcions també és deguda a les necessitats de persones que, per diversos motius, estan tramitant el SAD dependència o no poden accedir-hi. Com a conseqüència de tot plegat, i com sostenen algunes persones entrevistades, **la funció del SAD social acaba desvirtuada, i assumeix perfils de fragilitat que no entren per la via del SAD dependència.** El problema és que aquesta atenció social compta amb menys recursos i, sobretot, amb serveis i perfils professionals que, segons les persones al capdavant del servei, no sempre són els més adequats. Tal com destaquen expertes i professionals del Departament de Drets Socials:

Una part del SAD social ha deixat de ser socioeducatiu –tot i que manté població jove i infants però pocs– per ser un perfil més de gent gran. Què fa la Llei de la dependència? Va atraure molt la demanda. Entraven primer grau 3, al principi. Molts serveis eren residencials. Grau 2 i grau 1, encara s’ha de potenciar molt més. La població general vol quedar-se molt a casa. El SAD dependència està molt regulat amb un mínim i màxim d’hores. No pot ser només un SAD que faci serveis de neteja, sinó també de cura.

Hi ha una Llei de la dependència i, per tant, això es vincula al SAD dependència, però això va en detriment del SAD social perquè no té llei i es deixa de preveure. Es fa molt menys SAD social, sobretot amb famílies amb infants. No es va preveure amb l’entrada a la llei, i és una necessitat que té la persona a la seva vida quotidiana. Aquesta Llei ha fet aquesta diferenciació. El SAD social no es planteja ni com un recurs.

El SAD dependència ve regulat per la Llei de la dependència, i el SAD social era el que hi havia quan no hi havia Llei de la dependència. Problema: tot el que no es pot passar al SAD dependència, es passa al SAD social. Absurditat. Una cosa és com es finança el servei, i una altra és el servei en si mateix.

Ara mateix no sabem si són la mateixa persona usuària del SAD social i del SAD dependència: no tenim dades!

En tercer lloc, **la qüestió del finançament és també un factor determinant en l’ús del SAD social**: les diferents fórmules de copagament als ens locals també comporten que una mateixa persona estigui rebent les dues “modalitats” de SAD. La via més social facilitaria un suport més intens i, segurament, amb menys cost per a la persona receptora, com afirma una de les persones expertes:

També és rellevant veure si hi ha ABSS que estiguin prescrivint SAD dependència i SAD social a la mateixa persona, per tal que la persona pagui menys (en el cas que el SAD dependència sigui de copagament i no el social).

D’altra part, la indefinició del SAD amb perfil social dona lloc a diferents enfocaments segons l’ABSS: un exemple és el cas d’atenció a la infància i la coordinació amb el SIS o en problemàtiques vinculades a la salut mental. Algunes entitats locals tenen experiències concretes de treball amb aquests perfils, i estableixen inclús modalitats de SAD específiques:

Tenim també un SAD infància (més educatiu, integració social): normalment, el perfil són mares molt joves, amb dificultats per afrontar les cures, i pel seu risc és un servei preventiu.

També hi ha el SAD infantil que penja de l'equip d'infància i només hi ha dues treballadores familiars especialitzades. Se centra a detectar hàbits familiars, organització d'àpats i d'espais a millorar, acompanyament als serveis (com, per exemple, visites mèdiques). És suport familiar a organitzar-se. No és que no puguin per temps, sinó per estructuració mental, i són famílies on s'ha detectat una falta de cura envers els infants.

5. Reptes i propostes de futur

En aquest darrer apartat s'apunten alguns punts clau que cal abordar per millorar el servei del SAD, així com algunes experiències de referència citades. Són reflexions i propostes que s'assenyalen en les entrevistes i grups de discussió i que són coherents amb altres anàlisis i propostes (vegeu, per exemple, les recomanacions sobre el nou model d'atenció a Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, 2021). En termes generals, i tal com ja s'ha recollit en aquest informe, les valoracions sobre el SAD són positives i es considera un servei indispensable i que realitza una funció de contenció i suport rellevant tot i que poc valorada. Aquestes impressions conviuen amb una sensació de desbordament del servei, que es considera poc adequat i dimensionat per les problemàtiques que ha d'atendre. En aquest sentit, algunes afirmacions són contundents: *L'actual model de SAD està superat.*

Aquesta pressió vers el servei la identifiquen totes les persones informants i es reclama un doble canvi en la planificació del SAD; primer, caldria tenir compte la diversitat local per augmentar i adaptar els recursos a les característiques dels territoris i, segon, compartir i acordar criteris i línies d'actuació:

El gran aglutinador i finançador és la Generalitat, i hauria de marcar els mínims homogenis a tot Catalunya, al marge que el món local tingui autonomia.

No podem fer homogeni un servei que no és homogeni en la prestació, ni en el seu funcionament territorial.

És un servei d'alta complexitat amb moltes diferències territorials. Fer "café per a tots" és impossible. El Departament ho ha d'ajustar a les necessitats de cada municipi i no s'ha de fer el repartiment de recursos com si tots fóssim iguals. No es pot fer homogeni un recurs que no es presta en les mateixes condicions a tots llocs.

Concretament, les persones entrevistades defensen que cal integrar el SAD social i el SAD dependència en un sol model de SAD a tot el territori i reconceptualitzar-lo. S'hauria d'establir un **marc genèric i homogeni**, ja que l'absència de patrons comuns per a les diferents ABSS provoca iniquitats entre territoris. A més a més, l'actual model del SAD no respon a totes les necessitats de la població i, per tant, hauria de superar la visió assistencial per **oferir un ventall de serveis** més ampli que vagi més enllà dels serveis bàsics de neteja, alimentació i higiene personal. Així doncs, es remarca que el nou model ha d'ofereir un servei social preventiu i comunitari, que posi la persona i el seu entorn al centre:

Hi ha una descompensació entre el que fem en el servei d'ajuda a domicili i cap a on està anant la societat o les potencialitats del SAD més enllà del que seria un servei d'atenció a la persona i a la llar entesos tal com els entenem actualment.

En diverses entrevistes apareix aquest **enfocament més comunitari i preventiu**, encara que al mateix temps es valora el SAD com un dels serveis de contenció de la dependència més rellevants. Un element que es destaca en gairebé totes les entrevistes i grups de discussió és la complexitat d'algunes situacions i com és imprescindible una atenció més preventiva.

Un repte afegit a la prestació del SAD és el fet de viure en **zones rurals o pobles petits** en relació amb els costos de desplaçament de les treballadores familiars i la dispersió geogràfica entre persones usuàries. És per això que es reivindica un finançament superior en aquests territoris per poder donar un millor servei a aquesta població; tal com una de les coordinadores d'ABSS manifesta:

El repte és donar més contingut al SAD, que passi a tenir més contingut i a falcar molt la permanència al domicili. Això passa per donar altres serveis al domicili que no s'estan donant. Per exemple, aquestes persones tenen una complicació per traslladar-se, sobretot en pobles petits, per anar al fisioterapeuta o a la perruqueria, i ningú les pot portar. Hem de sortir dels serveis bàsics que estem oferint de neteja, companyia, pastilles, higiene, etc. Nosaltres treballem perquè els serveis es desplacin al domicili, no a l'inrevés (...) També caldria augmentar la quantitat d'activitats comunitàries. Hi ha zones en què la gent gran sempre està a casa i no es fan aquestes activitats per dificultats o problemes de desplaçament. Potser caldria aconseguir transport adaptat per fer activitats conjuntes.

D'altra banda, es proposa un canvi de paradigma per assolir una veritable coordinació amb els serveis de salut i salut mental, encara que per aconseguir-ho es reconeix que és necessària la voluntat política, així com **sistemes d'informació eficients** i més dades interoperables. D'altra banda, les coordinadores aposten per un model futur on els serveis, com per exemple el servei de fisioteràpia, de podologia, etc., es desplacin a domicili i no a l'inrevés. Aquesta qüestió planteja un debat sobre quins serveis són els necessaris, quins perfils professionals nous caldrien o com s'ha d'enfocar l'atenció domiciliària des d'una perspectiva de respecte a les persones i el seu espai de convivència:

Estem doblant esforços i si tinguéssim la capacitat de coordinar-nos, no caldria per exemple tenir una quantitat tan gran de professionals passant per casa de la gent gran.

Per què no pensem en teràpies dins del domicili per millorar qualitat de vida? Pensar en temes del SIS, si es pot lligar o no en aquest vessant preventiu. Incorporar altres perfils en aquestes tasques, sempre tenint en compte que el domicili és un lloc sensible i s'ha de tenir respecte. Cal ajustar el que entenem com a ajuda a domicili amb la realitat. També, per exemple, terapeutes ocupacionals, o incorporar infermeres; un sistema més integral entre el SAD i Salut. Que no hi hagi buits sobre a qui li toca cobrir aquesta necessitat o atendre aquestes persones entre les diferents àrees.

Respecte del model de gestió, es considera que cal plantejar un model més proper i comunitari. Així mateix, també es proposa que els ens locals avancin cap a més autonomia de gestió, que els permeti flexibilitzar el servei i personalitzar l'atenció a la persona, actualment amb horaris i hores molt rígids que no s'adeqüen en molts casos a les necessitats complexes de la persona usuària:

Estem sometent les persones que atenem al funcionament que hem pensat que és millor per a elles des de les organitzacions.

En definitiva, **un dels reptes principals és avançar cap a una atenció integral, comunitària, domòtica i accessible, atenent la diversitat territorial i sociodemogràfica i garantint sempre l'accés universal:**

Està clar que aquest model no funciona (...). El salt és repensar el SAD de nou, cal sacsejar el model, ens ha servit perquè hem de protegir però no és sostenible (ajudar una persona 4 hores a la setmana no va enlloc), la mirada ha de ser molt més transversal, comunitària..., encara que no es pot canviar tot.

Els perquès d'aquesta variabilitat tan gran. És un servei que fins fa vuit o deu anys ha crescut molt. La Llei de la dependència n'ha permès el creixement.

Per una banda, crec que les visions entre diferents administracions no només no són compartides, sinó que poden arribar a ser contradictòries. El SAD dependència és imprescindible que vagi de la mà de Salut. La coordinació sociosanitària és fonamental.

Tal com s'ha mencionat en apartats anteriors, les persones entrevistades també recalquen que cal una **dignificació i reconeixement de la feina de les treballadores familiars**, majoritàriament dones, a partir d'un major reconeixement salarial i una millora de les condicions de treball. Igualment, també és important comptar amb una bona formació en

competències adequades a les necessitats de les persones usuàries, sobretot tenint en compte la diversificació de serveis. Tanmateix, actualment ens trobem amb una manca de perfils professionalitzats per atendre les diferents necessitats:

Si volem un servei de qualitat, hem de pagar-ho i no ens ho qüestionem per qualsevol altre servei que s'ha de pagar alguna quantitat econòmica, però quan parlem del SAD pensem que, si ho podem pagar a 16, millor que pagar-ho a 17.

Finalment, les persones entrevistades també es reafirmen en **la necessitat d'avaluar el SAD**, en concret, conèixer més el context i les problemàtiques a tractar a partir d'avaluacions de necessitat i avançar en el coneixement sobre els efectes de la política amb avaluacions d'impacte i així valorar els efectes i els resultats obtinguts:

En el fons, el SAD, penso que està invisibilitzant coses, però com que es fan en un domicili, l'assimilem com un lloc privat. Estem contenint tant que això fa que no es vegi l'impacte. No fem l'avaluació de l'impacte: retardem la institucionalització de les persones per respectar que visquin allà on vulguin però no estem fent l'anàlisi de l'impacte.

Realment estem complint els objectius? Fem el que podem però no avaluem i al final això ho situa en una zona..., hauríem d'apostar per una bona avaluació sobre què representa en les nostres organitzacions tenir un SAD.

Experiències de referència

En el marc de les entrevistes i grups de discussió s'han identificat algunes experiències de prestació del SAD innovadores, i s'ha considerat recollir-les ja que, moltes d'elles, responen als reptes o problemes identificats. És, per tant, una llista no exhaustiva d'experiències, algunes de referència i ja consolidades, d'altres més incipients, que són expressió de la diversitat i experimentació en el camp de l'atenció domiciliària.¹⁹

¹⁹ En les Jornades de Cures en la Comunitat: Innovació i Transformació des de les Polítiques Locals organitzades per la Diputació de Barcelona el 25 i 26 d'abril de 2022 es van presentar experiències i models de prestació del SAD a diversos municipis, com Sant Boi de Llobregat, Barcelona, Vilanova i la Geltrú, Vilassar de Dalt o Arbúcies, així com nous models de polítiques de cures amb enfocaments comunitaris i de proximitat. Més informació a <https://www.diba.cat/es/web/jornada-cures>

Hi ha diverses iniciatives a Catalunya que s'han assenyalat com a rellevants i que incideixen en alguns dels principals reptes detectats. En concret, s'han mencionat les següents:

Taula 5. Experiències de referència

Reptes de futur	Algunes experiències de referència
<ul style="list-style-type: none"> • Planificació amb evidències i atenent la diversitat • Recursos suficients i adaptats a la realitat social i territorial • Sistemes d'informació eficients • Enfocament preventiu i comunitari • Reconeixement de les cures i millors condicions laborals • Atenció integral • Perspectiva de gènere • Model de gestió comunitari i participatiu • Enfortiment de l'avaluació 	<ul style="list-style-type: none"> • Consorci d'Acció Social de la Garrotxa: planificació compartida i atenció integral • Consell Comarcal del Pallars Jussà: xecs serveis per al SAD • Gestió del SAD per part de l'empresa pública d'acció social, SUMAR • Consell Comarcal d'Osona: atenció a la salut mental • Vila Veïna i superilles socials: projecte comunitari i de cures de l'Ajuntament de Barcelona • Bones pràctiques d'integració social i sanitària en el marc del PIAISS

- A la comarca de la Garrotxa es treballa de manera col·laborativa a través del **Consorci d'Acció Social de la Garrotxa**, que agrupa les dues ABSS de la comarca (Ajuntament d'Olot i Consell Comarcal de la Garrotxa), amb l'objectiu de tenir una visió de tota la comarca i tenir una planificació compartida i unificada. En paraules d'una de les seves impulsores, *els sistemes col·laboratius són adequats perquè tota la comarca funciona amb els mateixos criteris, i hi ha dimensió, que a l'hora de gestionar és necessària per donar serveis de qualitat*. A més, aquest consorci també destaca perquè ha treballat per la integració amb els serveis sanitaris de la Garrotxa: l'atenció primària de l'ICS de la Garrotxa, l'Institut d'Assistència Sanitària i la Fundació Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa.
- Al **Consell Comarcal del Pallars Jussà** s'ofereixen xecs serveis de suport a les famílies i/o persones que amplien el SAD social i el SAD dependència, i que no requereixen prescripció tècnica, sinó que es poden sol·licitar per a intervencions puntuals per a persones més autònomes. Els recursos disponibles es posen a l'abast de tota la població, per mitjà de subvencions del cost total del servei, que inclouen serveis a domicili tals com assistència a la persona, neteja a la llar, atenció infantil, logopèdia,

fisioteràpia i suport a infants amb trastorns en el desenvolupament i dificultats d'aprenentatge. La implementació d'aquest sistema ha fet extensible el servei a una part més gran de la població, al mateix temps que ha generat un registre de les entitats que presten el servei a través d'aquest sistema i ha creat i consolidat ocupació.²⁰

- **L'empresa pública d'acció social, SUMAR**, es considerada una referència per a la gestió del SAD i altres equipaments i serveis. Formen part com a socis diversos ajuntaments, consorcis, consells comarcals, una mancomunitat i la Diputació de Girona. Des de la seva creació el 2009 ha anat augmentant la prestació dels serveis i suposa una alternativa de gestió pública davant l'externalització del SAD, el que pot implicar un major control d'aquesta gestió.
- La Fundació Osonament –que atén persones amb problemes de salut mental i addiccions a la comarca d'Osona–, en col·laboració amb el **Consell Comarcal d'Osona**, compta amb un programa de suport a l'autonomia a la pròpia llar (PSALL) i el servei d'atenció domiciliària especialitzada (SADE) en salut mental, els quals estan adreçats a potenciar les àrees d'autonomia de les persones que pateixen problemes de salut mental i que, donades les seves característiques personals, poden viure de manera autònoma en el seu propi domicili. La intervenció amb la persona es fa a través de les tasques realitzades al domicili i dels acompanyaments a les activitats que es generen fora de la llar, mantenint sempre la doble funció assistencial i educativa adreçada a potenciar l'autonomia personal de les persones ateses.²¹
- **Vila Veïna** és un projecte de l'**Ajuntament de Barcelona** que aborda les cures en unitats territorials petites. En aquestes comunitats territorials, d'entre 10.000 i 30.000 habitants, es comparteixen tots els serveis i recursos socials, sanitaris i comunitaris, amb l'objectiu que tothom pugui accedir-hi fàcilment i que es trobin a prop de casa. Ofereix beneficis i avantatges tant a les persones cuidadores com a les persones ateses i al veïnat. Per a les persones cuidadores es despleguen iniciatives per facilitar la pràctica professional i millorar les condicions laborals i el benestar. Les accions inclouen facilitar l'accés a recursos de proximitat, oferir serveis d'orientació i assessorament legal i laboral i proporcionar espais de trobada i respir. Per a les persones que necessiten atenció, especialment infants de 0 a 2 anys que no estiguin matriculats a cap escola bressol i persones de més de 75 anys que viuen soles o que

²⁰ <https://www.pallarsjussa.cat/component/content/article/36-serveis/77-programes-especcs-serveis-socials>

²¹ <https://www.osonament.cat/habitatge/>

tinguin una renda mitjana inferior als 7.500 euros anuals, s'impulsarà la planificació de l'atenció i la personalització de les cures a través dels equips del SAD, el suport a la tramitació d'ajudes i certificacions i la participació en bancs de moviment.²² Com a pas previ, a Barcelona s'han impulsat projectes de reorganització del SAD per donar respostes en unitats territorials petites amb equips que s'autogestionen, les denominades “superilles socials”.

- A partir del **Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària (PIAISS)** es crea un model d'atenció domiciliària que integra els diferents agents de salut i socials que treballen per atendre les persones al seu domicili de manera coordinada. L'objectiu és que la persona sigui el centre de l'assistència social i sanitària, tenint en compte les seves preferències, necessitats i percepcions. Per a altres **bones pràctiques d'integració social i sanitària**, es recomana la Classificació de bones pràctiques analitzades (annex 1), elaborat per la Fundació Avedis Donabedian en el marc de l'avaluació de l'atenció social i sanitària en l'entorn domiciliari del PROAVA (Generalitat de Catalunya i Fundació Avedis Donabedian, 2021).

En altres comunitats autònomes han assajat altres models de prestació del servei. És el cas de la Comunitat de Madrid, on hi ha una prestació econòmica vinculada al servei (PEV): el xec servei. Aquest xec servei d'atenció a la dependència contribueix a pagar el cost d'un servei de cures a domicili privat aprovat per aquesta comunitat autònoma. La quantitat d'hores setmanals que es poden contractar de cures a domicili amb aquest copagament varien en funció del grau de dependència i el tipus d'ajut domiciliari que se sol·licita. A més, el SAD és compatible amb aquest xec servei.

*El document *Envejecimiento y atención a la dependencia en los territorios de Euskal Herria* reflexiona sobre aquest tipus de prestació econòmica vinculada ja que l'actual normativa permet aquestes prestacions, tot i que de forma molt restrictiva: (...) si bé el recurs a aquest tipus de xecs servei pot contribuir a debilitar el concepte de responsabilitat pública, no s'ha de deixar de tenir en compte que l'accés als serveis socials mitjançant prestacions econòmiques s'ha anat estenent a Europa, entre altres raons, pel fet que permeten una major autonomia, control i capacitat d'elecció a les persones usuàries” (Eusko Ikaskuntza, 2021).*

A més de reforçar el SAD amb noves fórmules i models, es considera important avançar en programes experimentals d'integració de serveis al domicili. Aquesta és una de les

²² https://www.barcelona.cat/infobarcelona/ca/tema/serveis-socials/neix-vila-veina-per-cuidar-en-xarxa-i-en-proximitat_1061264.html

recomanacions de l'Estratègia de revertir la cura de llarga durada cap a l'entorn domiciliari i comunitari realitzada per la Diputació de Barcelona (2022b). En resum, s'han recollit experiències citades en el treball de camp que donen respostes a alguns dels principals reptes que s'assenyalen al principi d'aquest apartat: la planificació compartida, la perspectiva comunitària, l'ampliació del SAD per arribar a més persones que necessiten més cobertura, el tractament de problemàtiques que reclamen un enfocament específic, com és el cas de la salut mental, o la necessitat de continuar avançant i assajant la integració social i sanitària. En definitiva, hi ha diferents models i organitzacions del SAD que permeten que cada territori adapti el model que millor doni resposta a les seves necessitats. També s'han mencionat algunes experiències d'àmbit estatal, de les quals, un cop avaluades el seu ús i impacte, poden extreure's pràctiques i processos aplicables a l'àmbit català.

6. Conclusions

El servei d'ajuda a domicili té per objectiu donar suport a situacions de necessitat en l'entorn domiciliari i potenciar l'autonomia i la integració en l'entorn familiar i comunitari. El SAD és considerada una política estratègica davant dels canvis socials i demogràfics emergents que hauria de tenir un rol central en un futur sistema públic de cures. És també un servei rellevant per la seva dimensió i abast, que té una alta variabilitat local, presenta diferents modalitats i en què participen múltiples actors, amb un especial protagonisme dels ens locals que en tenen la competència. La Generalitat de Catalunya, a través del contracte programa de serveis socials, participa en la seva planificació i finançament. El SAD és, en conseqüència, una política pública complexa i heterogènia i que té una cobertura i intensitat –les variables clau de la política– encara insuficients davant d'unes necessitats de cura més diverses i en creixement.

Aquest **informe d'avaluació del SAD respon a la necessitat d'aprofundir en el coneixement d'aquest servei per millorar-ne el funcionament** i detectar algunes de les seves principals problemàtiques i obstacles. El focus de l'avaluació s'ha centrat en la coherència de la política, la variabilitat territorial de cobertura i intensitat del servei, i els usos del SAD Social en el context de la Llei de dependència. L'avaluació pren com a punt de partida les reflexions i anàlisis contingudes en altres estudis sobre el SAD (entre d'altres, IERMB, 2020; DTASF, 2021; Generalitat de Catalunya i Fundació Avedis Donabedian, 2021; Generalitat de Catalunya, 2022; Diputació de Barcelona, 2022) , i afegeix valor en tres aspectes diferenciats:

- En primer lloc, és el **primer estudi analític del SAD en l'àmbit de Catalunya**. Si bé s'havien fet estudis de gran qualitat, eren tots ells descriptius o bé es situaven en els àmbits regional o local.
- En segon lloc, ofereix una **aproximació al SAD social**, que ha estat objecte de relativament pocs estudis comparat amb el SAD dependència.
- En tercer lloc, l'avaluació utilitza **mètodes mixtos** per conèixer de forma més exhaustiva la realitat del SAD. La part qualitativa exposa la visió predominant del SAD dins del sector i recull les veus de diferents actors involucrats en el SAD de manera sistemàtica i rigorosa. La part quantitativa cerca factors explicatius a l'alta variabilitat i permet quantificar de manera aproximada la magnitud de les problemàtiques detectades pels actors i persones expertes del servei. Aquest valor afegit és el que permet que les conclusions siguin útils per replantejar el SAD i iniciar línies de millora en la seva prestació.

Les principals conclusions de l'anàlisi són les següents:

A. Inexistència d'objectius clars i una teoria del canvi que fonamenti la política

El SAD és una política pública que genera consens, especialment per la seva importància estratègica i els objectius que persegueix en un context de canvis socials i transició demogràfica. Tanmateix, com es desprèn de l'anàlisi qualitativa, els **objectius no acaben d'estar suficientment elaborats i concretats** i això perjudica el servei. Coexisteixen dues aproximacions al SAD que necessàriament porten a decisions sobre recursos i implementació diferents. De forma simplificada, l'una entén el SAD com un **dret bàsic de ciutadania** que s'ha de garantir i protegir, i l'altra, com una **política d'eficiència i de racionalització de recursos**. En la primera, la voluntat i el dret de la persona de romandre (o no) a casa preval sobre qualsevol decisió econòmica; en la segona, és el cost del servei comparat al cost d'institucionalització de la persona atesa el que marca l'oferta del SAD, així com la seva sostenibilitat en el futur. No existeix, per tant, una teoria del canvi de la política que sigui explícita i acordada, i sense aquesta, el repartiment de recursos i la prioritització dels diferents col·lectius no es pot fer de manera coherent per tot el territori. Davant de la falta d'objectius clars, les ABSS responen segons la seva visió del servei i els recursos disponibles.

B. Alta variabilitat que reflecteix desigualtats

L'alta variabilitat de cobertura i intensitat entre ABSS s'explica en part per elements demogràfics i d'oferta, tals com l'envelliment de població o l'existència d'alternatives institucionals al SAD. No obstant això, també s'observa que altres variables, com el tipus de gestió, la pertinença a una zona de muntanya, el copagament, les condicions laborals o el nombre de dones, afecten la cobertura i intensitat del SAD.

D'aquests resultats –obtinguts amb mètodes mixtes– se'n desprèn que **l'alta variabilitat territorial és el reflex de desigualtats existents pel que fa a l'accés al servei i la seva qualitat, així com desigualtats de gènere**. Els municipis rurals i de muntanya tenen pitjor accés al servei i la proliferació del copagament pot allunyar algunes persones usuàries del servei. La qualitat del servei es veu afectada per l'externalització –que pot ser font d'eficiència però també resulta en una pèrdua de control del servei– i les condicions laborals precàries.

Quan es mira el servei amb perspectiva de gènere, topem amb una política “cega” al gènere. La presència de dones és molt elevada, tant com a treballadores com a receptores del servei. Les condicions laborals precàries, per tant, les afecten especialment, i els rols de gènere existents resulten en la no acceptació d'alguns serveis per part seva, serveis que elles creuen

que “han” de fer per si soles. Donat que el 70% de persones beneficiàries del SAD són dones, és pertinent plantejar-se si cal una reconversió del servei i que s’ofereixi fer un altre tipus de suport per a la majoria d’usuàries.

C. Desdibuixament de les funcions i feblesa del SAD social

A ulls del personal expert entrevistat, el SAD social ha anat perdent els objectius de caire socioeducatiu i el focus en altres col·lectius, com la infància, l’adolescència i les famílies. Una visió que les dades corroboren de dues maneres: per una banda, els factors d’exclusió social i relacionats amb la funció socioeducativa no expliquen de manera significativa la variabilitat del SAD social entre les ABSS i, per l’altra, factors demogràfics, com l’envelliment, sí que n’expliquen la intensitat. El SAD social acaba sent, per tant, desplegat de manera irregular pel territori en funció de la voluntat de cada ABSS i utilitzat en perfils de persones amb manca d’autonomia que queden fora de la Llei de la dependència.

D. Possibilitat de millores en la governança

En la dimensió relacional de la política s’ha valorat la xarxa d’actors que hi participen, com són els agents institucionals, els agents executors i la població participant, tant usuària directa com indirecta. Altres actors rellevants que participen d’alguna manera en l’impuls del SAD són les entitats municipalistes, altres serveis i programes relacionats, les organitzacions vinculades al sector de les cures o, més en general, el teixit associatiu i l’entorn comunitari.

Encara que no és objectiu d’aquesta avaluació, s’ha realitzat una aproximació als aspectes relacionals del SAD, que articula una xarxa d’actors densa i diversa en la qual destaquen els actors institucionals, especialment entitats locals i Generalitat com a agents impulsors. En el treball de camp han emergit alguns desajustos entre el rol del Departament de Drets Socials de la Generalitat, com a espai aglutinador i planificador i que cofinança les polítiques de serveis socials, i les entitats locals que tenen la competència de la gestió i també assumeixen un rol planificador. En aquest sentit, es valoren positivament els espais de diàleg i intercanvi existents, però específicament des del territori es considera que cal una major incorporació de la mirada local i una planificació elaborada de forma conjunta.

7. Recomanacions i agenda de futur

Com a resultat de l'avaluació del SAD, es destaquen algunes **línies d'actuació per al futur** agrupades en tres apartats: el primer es refereix a la governança de la política i destaca el lideratge institucional de la Generalitat de Catalunya per plantejar les millores i canvis necessaris per enfortir el SAD; el segon apartat recull la necessitat d'ampliar el coneixement i millorar les fonts d'informació; el tercer apartat posa l'èmfasi en la introducció de la perspectiva de gènere i interseccional amb l'objectiu de combatre les desigualtats.

Finalment, es proposa una **agenda d'avaluació del SAD** ja que aquesta avaluació forma part del conveni plurianual signat entre Ivàlua i el Departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya. Aquest conveni situa l'avaluació com a element clau per a la presa de decisions i el retiment de comptes i assumeix el compromís del II Pla Estratègic de Serveis Socials amb l'avaluació dels programes socials, la seva qualitat i models d'intervenció així com els seus impactes i l'experiència de les persones ateses. També és un objectiu de les avaluacions comptar tant amb la participació de professionals al capdavant dels serveis com del món local, agent actiu en la definició, execució i avaluació de les polítiques socials.

1. Governança compartida i lideratge de la Generalitat

Amb l'objectiu d'assolir un disseny del SAD adequat a les demandes i necessitats actuals i futures, les entitats locals reclamen un **lideratge de la Generalitat que estableixi criteris bàsics comuns del SAD per a tot el territori a fi que no es produeixin situacions de desigualtats**. En aquest sentit, l'establiment d'espais de diàleg i intercanvi són valorats positivament, així com la promoció d'una major cooperació a escala local i connexió amb el territori. Aquesta planificació compartida i l'establiment de criteris comuns es pot concretar en algunes qüestions clau assenyalades tant en la dimensió conceptual i de disseny de la política com en la seva dimensió substantiva i operativa:

- ✓ Una primera recomanació aniria en la línia de **reforçar la coherència i discurs** que fonamenta la política. Per tant, es considera prioritari establir un marc interpretatiu compartit sobre el SAD i **avançar en una teoria del canvi** que aportarien concreció i orientacions per impulsar els canvis necessaris en la política.
- ✓ Una segona recomanació es refereix als continguts i l'organització de la política que condicionen específicament la implementació i, en definitiva, els resultats. En primer lloc, és rellevant la **planificació del SAD i la seva articulació amb altres serveis socials**, potenciant el SAED i el vincle amb altres serveis i programes, especialment la integració amb els serveis de salut, com planteja el nou model català

d'atenció integrada i el mateix SAED. En segon lloc, un element clau i compartit és la **mirada preventiva i comunitària** i, en conseqüència, la connexió dels serveis d'atenció domiciliària amb altres polítiques públiques, especialment reforçant aquelles de proximitat i d'àmbit comunitari en què els municipis tenen un rol essencial. Aquesta proximitat també és clau per apostar per la coproducció i metodologies participatives, on siguin escoltades totes les veus, especialment de les persones que reben els serveis i del seu entorn familiar i comunitari.

- ✓ En tercer lloc, cal destacar la necessària **sostenibilitat del SAD** i, per tant, anticipar escenaris de futur i projectar els recursos necessaris per assolir els objectius establerts, valorant l'ampliació de cobertures i intensitats en el servei. En aquest sentit, destaca com a prioritat la promoció i **millora de la qualitat del servei** i un ajustament dels perfils i la qualitat de les ocupacions ja que es tracta d'un sector en expansió però amb una elevada precarietat laboral.

2. Ampliar el coneixement del SAD: diagnòstic de necessitats i fonts d'informació de qualitat

Una de les prioritats que s'han assenyalat en aquesta avaluació és la necessitat de realitzar un diagnòstic de les necessitats a les quals ha de fer front el SAD, amb una perspectiva estratègica en el mitjà i el llarg termini. La transició demogràfica s'expressa sobretot en l'envelliment de la població, una situació que pressionarà els serveis de cura i, d'altra part, en l'atenció a perfils més complexos i diversos. En aquesta línia, **un diagnòstic hauria de ser útil per conèixer aquesta diversitat de perfils i plantejar l'orientació** dels serveis introduint, per exemple, una atenció més centrada en el suport emocional a les persones i amb els perfils professionals més adequats, una demanda present des de la provisió del servei. Aprofundir en el coneixement de la població destinatària i el seu context ajudaria a redefinir el SAD en el seu vessant social i els perfils a atendre, una part dels quals poden ser grups socials desatesos amb l'actual model (infància vulnerable, llars monomarentals, persones amb problemes de salut mental, situacions de soledat no volguda, etc.).

Per assolir un bon coneixement de la realitat, així com de les mateixes polítiques públiques, és fonamental disposar de fonts d'informació de qualitat. Per una part, cal una planificació de les **fonts d'informació**, imprescindibles per dissenyar i avaluar les polítiques, que siguin validades i rigoroses. La transformació dels sistemes d'informació i el redisseny del sistema d'indicadors del contracte programa són una d'aquestes línies de treball ja en marxa així com l'establiment d'indicadors de necessitat social per millorar la distribució de recursos. Per l'altra, cal avançar en la **interconnexió de dades entre administracions i serveis** com

a pas imprescindible per a la integració del SAD amb altres serveis i programes, tal i com preveu el servei d'atenció en l'entorn domiciliari.

3. Revertir les actuals desigualtats i incorporar la perspectiva de gènere i interseccional

Introduir la **perspectiva de gènere i interseccional** és considerar les desigualtats entre homes i dones i el encreuament que es produeix amb altres eixos de desigualtat per motius de renda, salut, origen, discapacitat, etc., des del disseny de la política. Aquesta perspectiva de gènere és cabdal en un servei com el SAD, molt feminitzat tant en la seva provisió com en la seva recepció. Introduir perspectiva de gènere implica reconèixer aquesta feminització doble, i dissenyar la política tenint-ho en compte i incorporant altres eixos de desigualtat i exclusió. Més concretament, implica apostar per la **corresponsabilitat i democratització de les cures** (per exemple, posar fi als estereotips de gènere i promoure l'ocupació masculina al SAD) i posar fi al poc reconeixement que com a societat atorguem a les cures, fet que explica, en gran mesura, la precarització laboral. Per tant, caldria conèixer les **necessitats diferenciades entre dones i homes** que reben el servei, i tenir en consideració la càrrega de cures que suporten principalment les dones (per exemple, posar una especial atenció envers les dones grans cuidadores).

Cap a una agenda d'avaluació del SAD

L'avaluació del SAD que es presenta en aquest informe aporta evidències per plantejar millores i canvis en la prestació d'un servei considerat estratègic i també pretén contribuir a un debat més ampli sobre el futur dels serveis de cura. En aquest sentit, la difusió amb diferents formats i mitjans dels estudis i avaluacions pot ser una aportació important per efectuar amb més rigor aquest debat. A més, aquesta aposta per l'avaluació es concreta en l'elaboració de plans d'avaluació on es prioritzen les polítiques i s'estableix una sistematització i calendari per a dur a terme les anàlisis, en la línia del que està treballant el Departament de Drets Socials.

Recollint, per tant, una inquietud compartida pels diferents agents responsables, es plantegen algunes línies futures d'avaluació del SAD. Una primera conclusió apunta que és tan necessari ampliar el coneixement sobre la realitat social per reorientar els serveis d'atenció domiciliària com conèixer els impactes que ja està tenint aquest servei. Per això, aquest darrer apartat assenyala alguns punts clau per elaborar una futura agenda d'avaluació del servei d'ajuda a domicili:

- **Avaluació de necessitats i de disseny:** en diverses parts de l'informe s'ha destacat la necessitat d'elaborar una teoria del canvi de la política que defineixi objectius i recursos de forma clara i actualitzada i plantegi la hipòtesi causal de la política. Una teoria del canvi, que idealment s'elabora de forma consensuada i participativa, aporta una informació valuosa sobre els canvis esperats i els impactes del programa i ajuda a definir les preguntes d'avaluació. En aquest sentit, també és prioritari avaluar les necessitats i analitzar si el disseny del servei i la lògica de la teoria del canvi s'adequa a la magnitud dels problemes detectats.
- **Estudi de viabilitat per a una avaluació d'impacte:** valorar els impactes d'una política, més encara quan és una intervenció social, és una tasca complexa. Per aquest motiu i per triar l'estratègia més adequada, cal valorar les fonts d'informació, les metodologies, els impactes a avaluar, així com identificar possibles limitacions d'una avaluació d'impacte.
- **Continuïtat de l'avaluació de la implementació:** aquest estudi s'ha centrat en aspectes rellevants de la implementació, com són la cobertura i la intensitat del servei i els factors explicatius de la variabilitat territorial. El procés d'implementació també es podria analitzar des d'altres elements vinculats a la gestió i organització del SAD que són clau per a l'eficàcia i qualitat del servei, com poden ser els plecs de contractació o la despesa i costos del servei, també amb una elevada variabilitat territorial. Una possible línia a explorar podria ser un estudi qualitatiu sobre diferents experiències del SAD atenent diversos criteris, com poden ser el tipus de gestió, el perfil dels serveis i la seva integració o atenent a diferències territorials i sociodemogràfiques. Un estudi de casos, per exemple, aportaria evidències sobre el funcionament del nou model SAED, així com altres experiències d'innovació en els serveis domiciliaris com són la integració social i sanitària o els models de gestió amb una forta dimensió comunitària.

Per últim, remarcar que incorporar la perspectiva de gènere i interseccional a les avaluacions continua essent un repte teòric i metodològic, una qüestió que també està relacionada a la incorporació de totes les veus en el procés d'avaluació. Això és encara més rellevant en l'àmbit de les polítiques socials ja que molts dels grups i col·lectius destinataris de les mateixes es troben en situacions de desigualtat o exclusió, el que pot dificultar la seva participació. En casos com el servei d'ajuda a domicili és un desafiament repensar la participació en la creació de coneixement de col·lectius que poden patir situacions de vulnerabilitat i manca d'autonomia així com explorar els possibles efectes d'aquestes polítiques públiques en l'assoliment de més equitat social i de gènere.

8. Agraïments

La part qualitativa d'aquest informe s'ha pogut realitzar gràcies a les valuoses aportacions de les persones que han estat entrevistades o han participat als grups de discussió. Volem agrair la disponibilitat i participació a les següents persones (per ordre alfabètic):

Laura Agud ha estat responsable d'Implantació Territorial de Foment de la Inversió de la Generalitat de Catalunya.

Pilar Cabeza, cap del Departament de Serveis Socials, Ajuntament de Viladecans.

Maria Àngels Cortès, coordinadora, Consell Comarcal Pallars Jussà.

Maria Jesús Costa, coordinadora de l'equip d'atenció a gent gran i dependència, Ajuntament de Tarragona.

Xavier Estanyol, coordinador de l'Àrea de Gent Gran i Diversitat Funcional del Consorci de Benestar Social del Ripollès.

Tèia Fàbrega, directora del Consorci d'Acció Social de la Garrotxa.

Mila Garriga, coordinadora, Consell Comarcal del Montsià.

Clara Giol, coordinadora del SAD i tècnica de l'Àrea de Serveis a les Persones, Consell Comarcal del Moianès.

Montse Gudayol, coordinadora de l'Àrea Bàsica de Serveis Socials, Consell Comarcal del Baix Empordà.

Lucia Linuesa, directora de Serveis Socials, Ajuntament de Terrassa.

Silvia Madrid, direcció tècnica de Serveis Socials, Consorci d'Osona de Serveis Socials, Consell Comarcal d'Osona.

Janina Nuno, cap de l'Àrea de Serveis Socials i Ciutadania, Mancomunitat La Plana.

Elisabet Ortega, directora del Consorci de Benestar Social del Ripollès.

Anna Maria Palou, tècnica de la Subdirecció General d'Anàlisi i Programació, Direcció General de Serveis Socials, Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, Generalitat de Catalunya.

Silvia Pérez, cap de l'Àrea de Polítiques Socials i Igualtat, Consell Comarcal del Vallès Oriental.

Núria Rius, coordinadora d'Autonomia, Consell Comarcal del Vallès Oriental.

Lourdes Rodríguez, cap d'Acció Social i coordinadora del SAD, Ajuntament de Blanes.

Anna Rufí, Direcció d'Acció Social, Ajuntament de Vic.

Carme Segarra, coordinadora, Consell Comarcal de l'Urgell.

Bàrbara Vega, Unitat de Promoció Social, Gent Gran i Dependències, Departament de Serveis Socials, Ajuntament de Viladecans.

Anna Vila, tècnica de la Subdirecció General d'Atenció i de Promoció de l'Autonomia Personal.

Antoni Vilà, expert en serveis socials, investigador de l'Institut de Govern i Polítiques Públiques (IGOP) de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB).

Encarna Zurita, cap de Dependència, Ajuntament de Santa Coloma de Gramenet.

Finalment, volem agrair el suport al personal de referència del Departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya, en especial l'acompanyament de Xavier Canals, Mercè Montero, Montserrat Dolz, Paula Pedrós, Anna Vila i Anna Maria Palou.

9. Bibliografia

Adelantado, José (ed.) (2000). *Cambios en el Estado de bienestar*. Barcelona: Icaria.

ASADE (2009). *Mejora del diseño del servicio de apoyo a domicilio (SAD)*. Madrid: Asociación de Empresas de Ayuda a Domicilio Estatal.

Cañadas, Ernest (2021). *Cuidadoras. Historias de trabajadoras del hogar, del servicio de atención domiciliaria y de residencias*. Vilassar de Dalt: Icaria Editorial.

Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J. and Tjadens, F. et al. (2011), *Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/9789264097759-en>.

De Quintana Medina, Julia (2021). *Guia pràctica 18. La perspectiva de gènere en l'avaluació de polítiques públiques*. Barcelona: Ivàlua. Accessible a: <https://ivalua.cat/sites/default/files/inline-files/Guia%20pr%C3%A0ctica%2018.%20-%20La%20perspectiva%20de%20g%C3%A8nere%20a%20l'E2%80%99avaluaci%C3%B3%20de%20pol%C3%ADtiques%20p%C3%BAbliques%20CAT.pdf>

Diputació de Barcelona (2022a). *Diagnosi dels serveis de cures d'entorn domiciliari i comunitari. Context sociodemogràfic, característiques i tendències dels serveis a la província de Barcelona*. Barcelona: Diputació de Barcelona. Accessible a: https://llibreria.diba.cat/es/libro/diagnosi-dels-serveis-de-cures-d-entorn-domiciliari-i-comunitari_66781

Diputació de Barcelona (2022b). *Informe de recomanacions per als ens locals cap a un nou sistema públic de cures en la comunitat Fòrum de Persones Expertes en Cures*. Barcelona: Diputació de Barcelona.

Diputació de Barcelona (2020). *Guia per elaborar plecs per a la contractació del servei d'ajuda domiciliària (SAD)*. Barcelona: Diputació de Barcelona. (Benestar i Ciutadania, 22).

Diputació de Barcelona (2019). *Memòria econòmic-financera per a l'establiment del preu públic per a la prestació del Servei d'Atenció Domiciliària*. Barcelona: Diputació de Barcelona. Accessible a: <https://www.diba.cat/documents/446873/272892027/Mem%C3%B2ria+Econ%C3%B2mica+Financera+Preu+P%C3%BAblic+atenci%C3%B3+domicili%C3%A0ria.pdf/798a34b7-3da1-417a-a4c6-cb3017fe48c8>

Diputació de Barcelona (2015). *Escala de valoració SAD social*. Barcelona: Diputació de Barcelona. Accessible a: <https://centredocumentacioap.diba.cat/cgi-bin/koha/opac-retrieve-file.pl?id=1d7e2a4eefcc8f9d186a1215cbe9d2e6>

Diputació de Barcelona (2011). *Manual de qualitat del servei bàsic d'ajuda a domicili*. Barcelona: Diputació de Barcelona. Accessible a: <https://www.diba.cat/documents/14465/0/Manual+Sad+any+2011.pdf>

Espinosa, Julia (2018). *Guía de género para políticas públicas más transformadoras. Orientaciones para el análisis y la incidencia política*. Oxfam- Intermón.

Eusko Ikaskuntza (2021). *Envejecimiento y atención a la dependencia en los territorios de Euskal Herria*. Accessible a: <https://www.eusko-ikaskuntza.eus/files/galeria/files/Envejecimiento%20y%20atenci%C3%B3n%20a%20la%20dependencia%20EISEV.pdf>

FEMP (2015). *La situación del servicio de ayuda a domicilio en el ámbito local y perspectivas de futuro*. Madrid: FEMP.

Franco Rebollar, Pepa, i Ruiz, Blanca (2018). *El trabajo de ayuda a domicilio en España*. Madrid: UGT.

Fundació Salut i Envel·liment (2019). *Rànquing 2019 d'entitats adjudicatàries de les licitacions del servei públic d'ajuda a domicili a Catalunya*. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona.

Generalitat de Catalunya (2022). *Atenció integral social i sanitària. Conceptualització*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut i Departament de Drets Socials (2022). *Model d'atenció integrada social i sanitària a l'entorn domiciliari*. Barcelona: Departament de Salut: Departament de Drets Socials. Accessible a: <https://salutweb.gencat.cat/web/.content/aiss/docs/domiciliaria/model-aiss-entorn-domiciliari.pdf>

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut i Departament de Treball, Afers Socials i Famílies (2020). *Marc avaluatiu del Programa d'atenció integrada a l'entorn domiciliari (PAID). Indicadors de qualitat dels equips funcionals i de governança del PAID*. Barcelona: Departament de Salut: Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. Accessible a:

<https://salutweb.gencat.cat/web/.content/aiss/docs/domiciliaria/marc-avaluatiu-domiciliaria.pdf>

Generalitat de Catalunya. Departament de Treballs, Afers Socials i Famílies (2021a). *Memòria del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies 2020*. Barcelona: Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. Accessible a: <https://dretssocials.gencat.cat/web/.content/01departament/07memories/2020/Memoria-DTSF-2020.pdf>

Generalitat de Catalunya. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies (2021b). *Promoció de l'autonomia i de l'atenció a les persones amb suport de llarga durada a l'entorn comunitari a Catalunya: recomanacions per impulsar el nou model: informe executiu*. Barcelona: Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. (Col·lecció Papers, núm. 32). Accessible a: https://dixit.gencat.cat/ca/detalls/Article/promocio_autonomia_atencio_persones_suport_llarga_durada_informe_executiu

Generalitat de Catalunya. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies (2021c). *II Pla Estratègic de Serveis Socials 2021-2024*. Barcelona: Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. Accessible a: https://dixit.gencat.cat/ca/detalls/Article/pla_estrategic_serveis_socials_2021_2024

Generalitat de Catalunya. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies (2021d). *Mapa de Serveis Socials de Catalunya*. Barcelona: Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. Accessible a: https://dretssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/serveis_socials/estadistiques/mapaserveissocials/2021/

Generalitat de Catalunya. Departament de Drets Socials (2021d). *Estat actual del servei d'atenció domiciliària model SAED (servei d'atenció en l'entorn domiciliari)*. [Document intern]

Generalitat de Catalunya. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies (2020). *Registre unificat de dades dels ens locals (RUDEL). Informe de retorn de dades 2018*. Barcelona: Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. Accessible a: https://dretssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicos/15serveissocials/recursos_ens_locals/documents/informe_retorn_2018_Rudel.pdf

Generalitat de Catalunya. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies (2016). *Informe sobre l'estat dels serveis socials a Catalunya*. Barcelona: Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. Accessible a:

https://dretssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematics/15serveissocials/sistema_catala_serveis_socials/documents/informe_estat_serveis_socials/informe_ss_2016.pdf

Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social i Família (2015). *Model de serveis socials bàsics de Catalunya*. Barcelona: Departament de Benestar Social i Família. (Col·lecció Eines, núm. 22). Accessible a: https://dixit.gencat.cat/web/.content/home/04recursos/02publicacions/02publicacions_de_bsf/11serveis_socials/model_serveis_socials_basics_catalunya/model_serveis_socials_basics_catalunya.pdf

Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social i Família (2010). *I Pla Estratègic de Serveis Socials 2010-2013*. Barcelona: Departament de Benestar Social i Família. Accessible a: https://dretssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematics/15serveissocials/pla_estrategic_serveis_socials/Pla_estrategic_serveis_socials_catalunya_NOU/I_PESSC/03_pla_estrategic_ss_catalunya/documents/documents_10_12_2010/presentacions_colaboracions.pdf

Generalitat de Catalunya i Fundació Avedis Donabedian (2021). *Avaluació de l'atenció integrada social i sanitària a l'entorn domiciliari*.

Ginesta, Mercè (coordinadora) (2017). *Els Serveis Socials Bàsics a la província de Barcelona. Situació actual i propostes de millora*. Barcelona: Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya.

Institut d'Estudis Regionals i Metropolitans de Barcelona (2020). *Polítiques locals de cura i atenció a l'envelliment*. Barcelona: IERMB.

Leitner, Sigrid (2003) "Varieties of Familialism: The Caring Function of the Family in Comparative Perspective" a *European Societies* 5(4):353-375

Martí, Marc, i Rosetti, Natalia (2021). Construir ciudadanía a lo largo de la vida: nuevas aproximaciones de las políticas públicas al envejecimiento. En G. Ubasart i R. Gomà (coord.), *Vidas en transición. (Re)construir la ciudadanía social*, Madrid: Editorial Tecnos.

Ministerio de Sanidad y Política Social. Memòria del Pla Concertat de Prestacions Bàsiques de Serveis Socials en Corporacions Locals (2008). Accessible a https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/servicios-sociales/docs/prestaciones-pc/memorias-pc/MemoriaPCdePBdeSSCCLL2007_08.pdf

Navarro i Pazos Moran (coord.) (2020) *El cuarto pilar del estado del bienestar*. Barcelona: Public Policy Center, UPF.

Pelegrí, Xavier (2010). *El sistema català de serveis socials (1977-2007): cultura i política*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. (Col·lecció Serveis Socials, núm. 1).

Sanz, J. (2011). *Guia pràctica 8—La metodologia qualitativa en l'avaluació de polítiques públiques* Barcelona: Ivàlua. (Col·lecció Ivàlua de guies pràctiques sobre avaluació de polítiques públiques). Accessible a: https://ivalua.cat/sites/default/files/2019-10/11_04_2011_10_41_12_Guia8_MetodologiaQualitativa.pdf

Spora Sinergies SCCL (2018). *Salut i qualitat de vida de les dones cuidadores de familiars. Resultats i valoració dels serveis municipals de suport a les cures*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.

Ubasart, Gemma, i Gomà, Ricard (coord.) (2021) *Vidas en transición. (Re)construir la ciudadanía social*. Madrid: Editorial Tecnos.

10. Glossari de sigles i acrònims

ABSS: Àrea Bàsica de Serveis Socials

CA: comunitat autònoma

CP: contracte programa per a la coordinació, la cooperació i la col·laboració entre el Departament de Drets Socials i els ens locals en matèria de serveis socials, altres programes relatius al benestar social i polítiques d'igualtat

DSO: Departament de Drets Socials

DTASF: Departament de Treball, Afers Socials i Famílies

LAPAD: Llei 39/2006, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència

LRBRL: Llei 7/1985, de 2 d'abril, reguladora de les bases del règim local

LRSAI: Llei 27/2013, de 27 de desembre, de racionalització i sostenibilitat de l'Administració local

MQI: mínims quadrats ordinaris

OMS: Organització Mundial de la Salut

PEV: prestació econòmica vinculada

PIA: Programa individualitzat d'atenció

RUDEL: Registre Unificat de Dades dels Ens Locals

SAAD: Sistema de promoció de l'autonomia i atenció a les persones amb dependència

SAD: servei d'ajuda a domicili

SAED: servei d'atenció en l'entorn domiciliari

11. Annexos

11.1. Annex 1 - Variables d'interès per a l'anàlisi estadística

Taula 6. Variables d'interès per a l'anàlisi de variabilitat de cobertura i intensitat

Variable	Definició i mesura	Font	Anys disponibles	Variable inclosa en l'anàlisi del SAD...	
				Social	Dependència
Cobertura i intensitat					
Cobertura SAD social	% del nombre de persones que reben SAD social/dependència entre la població total.	RUDEL	2012-2019	✓	✗
Cobertura SAD dependència				✗	✓
Intensitat SAD social	Nombre d'hores de provisió del SAD social/dependència entre el nombre de persones cobertes.	RUDEL	2012-2019	✓	✗
Intensitat SAD dependència				✗	✓
				✓	✓
Variables sociodemogràfiques					
Població de 65 anys o més	% població més gran de 65 anys sobre el total de població. <i>Dades municipals agregades a nivell ABSS.</i>	IDESCAT	2012-2019	✓	✓
Població de 75 anys o més que viu sola	% població de 75 anys o més que viu sola sobre el total de població. <i>Indicador disponible a nivell ABSS.</i>	IDESCAT	2012-2019	✓	✓
Dones majors de 65 anys	% de dones majors de 65 anys sobre el total de població major de 65 anys. <i>Dades municipals agregades a nivell ABSS.</i>	IDESCAT	2012-2019	✓	✓
Persones amb discapacitat	% persones amb discapacitat sobre el total de població. <i>Dades municipals agregades a nivell ABSS.</i>	IDESCAT	2012-2019	✓	✓
Immigració	Proporció de població nascuda en països en vies	IDESCAT	2012-2019	✓	✓

Variable	Definició i mesura		Font	Anys disponibles	Variable inclosa en l'anàlisi del SAD...	
	de desenvolupament sobre el total de població. <i>Indicador disponible a nivell ABSS.</i>					
Variables d'exclusió/inclusió social						
Nivell educatiu	Població de 17 anys escolaritzada segons lloc de residència, sobre el total de la població de 17 anys. <i>Indicador disponible a nivell ABSS.</i>		IDESCAT	2012-2019	✓	✓
Prestacions d'ajut al lloguer	Nombre de llars que reben prestacions d'ajut al lloguer sobre el total de llars. <i>Indicador disponible a nivell ABSS.</i>		IDESCAT	2012-2019	✓	✓
Ajuda alimentària	Nombre de persones que reben ajuda alimentària sobre població total. <i>Indicador disponible a nivell ABSS.</i>		IDESCAT	2012-2019	✓	✓
Expedients informatius i de risc d'infants i adolescents	Nombre d'expedients informatius i de risc d'infants i adolescents per cada 10.000 habitants. <i>Indicador disponible a nivell ABSS.</i>		IDESCAT	2012-2019	✓	✓
Variables de provisió i territori						
Copagament	Existència de copagament, NO/SÍ <i>Indicador disponible a nivell ABSS.</i>		DSO	2012-2019	✓	✓
Tipus de gestió del SAD	Gestió del SAD: directa, indirecta parcial, indirecta total. <i>Indicador disponible a nivell ABSS.</i>		DSO	2013-2019	✓	✓
Densitat	Població sobre superfície, en km ² . <i>Dades municipals agregades</i>	IDESCAT	2012-2019	✓		✓

Variable	Definició i mesura	Font	Anys disponibles	Variable inclosa en l'anàlisi del SAD...	
	<i>a nivell ABSS.</i>				
Zona de muntanya	% població de l'ABSS que viu en una zona de muntanya. <i>Dades municipals agregades a nivell ABSS.</i>	DSO	2012-2019 No varia en el temps	✓	✓
Variables sobre alternatives al SAD					
Residències per a gent gran	Indicador 1: % places en residències per a gent gran sobre la població major de 65 anys. Indicador 2: existència de places en residències per a gent gran, NO/SÍ. <i>Dades municipals agregades a nivell ABSS.</i>	IDESCAT	2012-2019	✓	✓
Centres de dia per a gent gran	Indicador 1: % places en centres de dia per a gent gran sobre la població major de 65 anys. Indicador 2: existència de places en centres de dia per a gent gran, NO/ Sí. <i>Dades municipals agregades a nivell ABSS.</i>	IDESCAT	2012-2019	✓	✓
Centres o llars residencials per a persones amb discapacitat	Indicador 1: % places en centres o llars residencials per a persones amb discapacitat sobre la població total. Indicador 2: existència de places en centres o llars residencials per a persones amb discapacitat, NO/ Sí. <i>Dades municipals agregades a nivell ABSS.</i>	IDESCAT	2012-2019	✓	✓
Centres d'atenció especialitzada per a	Indicador 1: % places en centres d'atenció especialitzada per a	IDESCAT	2012-2019	✓	✓

Variable	Definició i mesura	Font	Anys disponibles	Variable inclosa en l'anàlisi del SAD...	
persones amb discapacitat (diürn)	persones amb discapacitat sobre la població total. Indicador 2: existència de places en centres d'atenció especialitzada per a persones amb discapacitat, NO/ SÍ. <i>Dades municipals agregades a nivell ABSS.</i>				
Centres ocupacionals per a persones amb discapacitat	Indicador 1: % places en centres ocupacionals per a persones amb discapacitat sobre la població total. Indicador 2: existència de places en centres ocupacionals per a persones amb discapacitat, NO/ SÍ. <i>Dades municipals agregades a nivell ABSS.</i>	IDESCAT	2012-2019	✓	✓
Variables sobre finances dels ens locals					
Situació financera ABSS - ingressos totals	Ingressos totals de l'ABSS, en milions d'euros. <i>Dades municipals agregades a nivell ABSS.</i>	Portal de la Transparència de la Generalitat de Catalunya	2012-2019	✓	✓
Situació financera ABSS - despesa social	% d'ingressos destinats a la partida de despesa "serveis socials i promoció social". <i>Dades municipals agregades a nivell ABSS.</i>				
Situació financera ABSS - passius financers	% passius financers sobre el total d'ingressos. <i>Dades municipals agregades a nivell ABSS.</i>				

Font: Elaboració pròpia.

11.2. Annex 2 – Estratègia d'identificació de l'anàlisi estadística

Estratègia d'identificació

Una estimació amb el mètode de mínims quadrats ordinaris (MQO) resultaria en uns coeficients amb errors estàndards erronis. La raó és que les dades no són obtingudes d'una mostra aleatòria en diferents punts del temps, sinó que es traça l'evolució de dades de *les mateixes ABSS* en el temps. La conseqüència és que hi haurà factors no observats idiosincràtics de cada ABSS que afectaran la cobertura i intensitat en diversos anys. Aquests factors normalment no són mesurables i, per tant, s'inclouen en l'error de la regressió. En el cas del SAD es podria estar parlant de factors històrics de provisió; per exemple, una cultura o vocació històrica a proveir (o no) serveis socials, idiosincràcies i maneres de fer que es creen dins dels ens locals, etc. Donat que aquests factors no varien en el temps, es trobaria un cas d'autocorrelació d'errors que provoca uns errors estàndards incorrectes amb el mètode de MQO.

Quan aquest és el cas, s'utilitzen mètodes propis de les dades de panell, com els efectes aleatoris o efectes fixos a nivell d'ABSS. Quan es creu que no només hi ha autocorrelació, sinó que aquests errors de variables no observables poden estar correlacionats amb les variables independents de la regressió, es recomana utilitzar efectes fixos, els quals eliminen les variables no observables abans de fer l'estimació dels coeficients. Els efectes aleatoris, en canvi, si bé eliminen l'autocorrelació en l'error, no eliminen la correlació entre l'error i les variables independents, i per tant es recomana la seva utilització quan es té la certesa que aquesta correlació no existeix.

En general, és bastant difícil d'argumentar que els errors no observables *no* estan correlacionats amb les variables independents de la regressió. En el cas que ens ocupa, és probable que la cultura de l'ABSS de proveir serveis socials estigui relacionada amb el tipus de gestió, o altres variables d'oferta. Per tant, fora bo estimar l'efecte de les variables utilitzant el mètode d'efectes fixos. No obstant això, els efectes fixos tenen un inconvenient per a aquesta anàlisi, que és que ens informen sobre la variabilitat de la cobertura i intensitat *en el temps*, de mitjana, *dins* de cada ABSS. Donat que l'interès és primordialment en la variabilitat de la cobertura i intensitat *entre* ABSS, i no *dins*, els efectes fixos no són molt útils. Els **efectes aleatoris**, en canvi, ens informen sobre la variabilitat de la cobertura i intensitat *entre* ABSS i *durant* el temps i, per tant, malgrat que no solucionen el problema de correlació entre l'error no mesurable i les variables independents, són més informatius que els efectes fixos.

Per tant, l'estratègia d'identificació és la següent: primer s'analitzarà la variabilitat utilitzant el MQO, que, tot i saber que dona coeficients esbiaixats i errors estàndards incorrectes, és igualment informatiu. Aquí se li afegiran els efectes de temps per controlar factors conjunturals temporals. Llavors s'estimarà la variabilitat utilitzant efectes aleatoris, i per tant els errors estàndard seran correctes, però els coeficients continuaran tenint un cert biaix. Per qüestió d'espai, els resultats només informaran del resultat amb efectes aleatoris, però els resultats utilitzant MQO estan també disponibles a demanda.

11.3. Annex 3 - Taules de robustesa de l'anàlisi estadística

Les taules següents corresponen a les anàlisis de robustesa que s'han efectuat per cada regressió de la Taula 3 – per la cobertura del SAD Social, la intensitat del mateix, la cobertura del SAD Dependència i la intensitat del mateix. Cada taula segueix el mateix patró:

- La columna (1) correspon al model base de la Taula 3.
- Les columnes (2)-(4) analitzen els resultats tenint en compte una possible multicolinearietat dels factors. A la taula de correlacions de l'anàlisi descriptiva hem vist que hi ha moltes variables que estan altament correlacionades entre elles. Quan aquest és el cas i totes s'afegeixen a la mateixa anàlisi, pot resultar en problemes de multicolinearietat, que es deriven en problemes d'errors estàndards molt grans, i per tant, pot comportar la desestimació d'un factor com a rellevant quan realment ho és. L'estratègia adoptada per minimitzar aquest problema ha estat la següent: primer hem comprovat si hi ha potencials problemes de multicolinearietat mitjançant la regressió de cada variable independent (cada factor) sobre la resta d'altres factors. Aquestes regressions no es mostren per temes d'espai, però estan disponibles a demanda. Per cada regressió s'ha mirat l'R². Si aquest és més gran que 70%, hem conclòs que hi pot haver problemes de multicolinearietat (la *rule of thumb* és de 75%, aquí hem estat més conservadors). Per cada variable amb R² superior a 70% hem analitzat quin factor estava relacionat amb un augment de R² substancial.

La Taula següent mostra la relació de variables que mostraven un R² superior a 70% (primera columna) i les variables que contribuïen més a l'increment de l'R² (el nombre en cada casella és l'increment de R² atribuïble a cada factor):

Taula 7. Anàlisi de multicolinearietat

		Factors que més contribueixen a un R ² alt						
	R ²	Pob. + 65 anys	Pob. + 75 sola	% Dones	Immigració	Lloguer	Densitat	Període

		Factors que més contribueixen a un R ² alt						
Immigració	84%					7%	17%	
Ajut al lloguer	70%		13%		16%		23%	17%
Densitat	76%			24%	15%	15%		
Capital - ABSS	71%	15%		32%	14%			

Amb aquesta informació, s’han realitzat les anàlisis de robustesa següents:

- Columna (2): s’ha conservat el factor ‘immigració’ i s’ha tret el factor ‘lloguer’, ‘densitat’ i ‘capital-ABSS’.
- Columna (3): s’ha conservat el factor ‘lloguer’ i s’ha tret els factors ‘població més gran de 75 anys sola’, ‘immigració’, ‘densitat’, ‘període’ i ‘capital ABSS’.
- Columna (4): s’ha conservat el factor ‘densitat’ i ‘capital-ABSS’ i s’ha tret ‘població més gran de 65 anys’, ‘% dones’, ‘immigració’ i ‘lloguer’.

Per cada columna es revisa si les conclusions principals varien.

- Les columnes (5)-(7) efectuen una anàlisi de robustesa relacionat amb el nombre d’observacions. Hi ha dues variables – el % de persones amb discapacitat i el tipus de gestió – que tenen significativament menys observacions disponibles que la resta, i per tant, quan s’afegeixen, el nombre d’observacions baixa considerablement, com s’observa a la Taula 3. En aquestes tres columnes es comprova que si s’eliminen aquestes dues variables i per tant augmenta el nombre d’observacions, els resultats no varien. La columna (5) elimina el factor ‘% de persones amb discapacitat’, la columna (6) elimina el factor ‘tipus de gestió’, i la columna (7) elimina els dos.
- Finalment, la columna (8) dicotomitza la variable cobertura i intensitat amb el tall fet a la mediana. Per tant, les variables cobertura i intensitat prenen valor 0 si la cobertura de l’ABSS per un any determinat està per sota la mediana, i valor 1 si està per sobre la mediana. Aquí es vol comprovar si un canvi en la manera de quantificar les variables dependents altera significativament els resultats.

Taula 8. Cobertura SAD Social

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
% població major de 65 anys	0.027 (0.032)	0.019 (0.030)	0.042 (0.029)		0.018 (0.028)	0.048 (0.032)	0.020 (0.026)	0.001 (0.018)
% població major de 75 anys sola	0.014 (0.019)	0.013 (0.019)		0.009 (0.018)	0.007 (0.013)	0.014 (0.018)	0.011 (0.014)	0.016 (0.011)
% dones	-0.053 (0.102)	-0.016 (0.085)	0.077 (0.086)		-0.040 (0.087)	-0.147 (0.091)	-0.111 (0.075)	-0.003 (0.075)
% pob. nascuda en països en vies desenv.	-0.027 (0.017)	-0.019 (0.016)			-0.020 (0.016)	-0.020 (0.018)	-0.016 (0.017)	-0.020 (0.013)
% persones amb discap.	0.045 (0.051)	0.057 (0.051)	-0.079* (0.046)	0.067 (0.050)		0.012 (0.057)		-0.013 (0.031)
taxa d'escolarització 17 Anys	0.002 (0.004)	0.002 (0.004)	0.005 (0.004)	0.004 (0.004)	0.003 (0.004)	0.001 (0.004)	0.003 (0.004)	0.003 (0.005)
% llars que reben ajuda a lloguer	0.014 (0.047)		0.037 (0.029)		0.032 (0.043)	0.018 (0.044)	0.040 (0.040)	0.056 ^c (0.033)
% pob. rep ajuda alimentària	0.004 (0.013)	0.005 (0.014)	0.011 (0.014)	0.002 (0.014)	0.005 (0.013)	0.012 (0.013)	0.012 (0.012)	-0.002 (0.012)
Expedients info risc d'infants (per 1000 hab)	-0.003 (0.004)	-0.003 (0.004)	0.004 (0.003)	-0.003 (0.004)	-0.002 (0.004)	-0.006 (0.004)	-0.004 (0.004)	0.002 (0.004)
Densitat població	-0.014 (0.092)			-0.054 (0.089)	-0.025 (0.081)	-0.000 (0.097)	-0.023 (0.083)	0.033 (0.059)
% pob. en Zona de muntanya	0.118 (0.618)	-0.060 (0.538)	-0.099 (0.537)	0.147 (0.536)	-0.122 (0.596)	-0.247 (0.629)	-0.436 (0.586)	0.085 (0.296)
Ciutat-ABSS	0.274 (0.368)			0.149 (0.343)	0.220 (0.336)	0.261 (0.353)	0.212 (0.316)	-0.045 (0.212)
Copagament SAD Soc. NO/SI	0.119 (0.120)	0.110 (0.115)	0.093 (0.116)	0.103 (0.116)	0.092 (0.101)	0.022 (0.110)	0.022 (0.097)	-0.079 (0.090)
Gestió indirecta total	-0.011 (0.097)	-0.011 (0.092)	-0.070 (0.106)	-0.031 (0.090)	-0.153 (0.096)			-0.020 (0.110)
Gestió indirecta parcial	0.160* (0.089)	0.156* (0.085)	0.112 (0.103)	0.144* (0.083)	-0.039 (0.100)			0.140 (0.108)
Places resid., NO/SI	-0.080 (0.485)	0.027 (0.395)	-0.767** (0.383)	-0.166 (0.472)	-0.419 (0.353)	-0.116 (0.497)	-0.379 (0.345)	-0.019 (0.289)
Places resid. discap., NO/SI	0.063 (0.181)	0.054 (0.184)	0.179 (0.170)	0.086 (0.186)	0.138 (0.170)	-0.165 (0.174)	-0.075 (0.177)	-0.007 (0.118)
Places c. d'espec. Discap, NO/SI	-0.007 (0.071)	0.005 (0.072)	-0.002 (0.074)	-0.013 (0.076)	-0.006 (0.065)	0.070 (0.097)	0.043 (0.093)	0.029 (0.076)
Places c. ocup. Discap., NO/SI	-0.187 (0.177)	-0.198 (0.180)	-0.180 (0.202)	-0.195 (0.175)	-0.083 (0.103)	-0.062 (0.135)	-0.022 (0.078)	0.060 (0.120)
Ingressos mun. a nivell ABSS, log.	0.058 (0.137)	0.017 (0.118)	-0.064 (0.118)	0.013 (0.128)	0.072 (0.124)	0.121 (0.127)	0.141 (0.119)	0.034 (0.076)
% ingressos a despesa social	0.087 (1.898)	0.204 (1.819)	-0.160 (1.785)	0.090 (1.827)	0.437 (1.621)	0.954 (1.607)	0.857 (1.436)	1.817* (1.065)
% passius financers s. ingressos	-0.384 (0.507)	-0.298 (0.488)	0.020 (0.494)	-0.381 (0.518)	-0.490 (0.462)	-0.497 (0.520)	-0.660 (0.486)	-0.821** (0.400)
Efectes fixos de temps	si	si	si	si	si	si	si	Si
Constant	0.100 (4.707)	-1.606 (4.062)	-4.719 (4.219)	-1.884* (1.067)	0.383 (4.027)	4.579 (4.083)	3.464 (3.400)	0.694 (3.272)
Observations	477	477	477	477	582	574	702	477
Adjusted R ²	0.104	0.108	0.029	0.105	0.090	0.074	0.084	0.066

Nota 1: per interpretar correctament els coeficients d'aquesta taula s'ha de realitzar la següent transformació: $\exp(\beta) - 1$, ja que la variable dependent està en logaritmes (a excepció de quan les variables independents són també en logaritmes; llavors no cal transformació i el coeficient s'interpreta directament com una elasticitat). Un cop feta la transformació, la interpretació dels coeficients d'aquestes columnes serà de la manera següent: un increment d'una unitat (o un 1%) en el factor específic resulta en un increment de la cobertura del valor del coeficient x 100.

Taula 9. Intensitat SAD Social

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
% població major de 65 anys	0.101*** (0.034)	0.094*** (0.034)	0.101*** (0.032)		0.085*** (0.028)	0.086*** (0.031)	0.072*** (0.027)	0.040** (0.020)
% població major de 75 anys sola	-0.005 (0.024)	-0.006 (0.023)		0.006 (0.021)	-0.007 (0.019)	-0.001 (0.022)	-0.005 (0.018)	0.001 (0.013)
% dones	-0.081 (0.103)	-0.035 (0.090)	-0.024 (0.093)		-0.067 (0.086)	-0.099 (0.100)	-0.094 (0.088)	0.001 (0.073)
% pob. nascuda en països en vies desenvolupament	-0.004 (0.028)	-0.002 (0.022)			0.006 (0.023)	-0.005 (0.025)	0.005 (0.022)	-0.020 (0.017)
% persones amb discap.	-0.077 (0.050)	-0.078 (0.048)	-0.059 (0.054)	-0.021 (0.049)		-0.073 (0.050)		-0.043 (0.044)
taxa d'escolarització als 17 anys	0.0003 (0.008)	0.0001 (0.007)	-0.001 (0.006)	0.004 (0.007)	0.005 (0.007)	0.003 (0.007)	0.007 (0.006)	-0.007 (0.005)
% llars que reben ajuda a lloguer	-0.050 (0.047)		-0.041 (0.027)		-0.071 (0.047)	-0.002 (0.044)	-0.023 (0.045)	0.0003 (0.039)
% pob. rep ajuda alimentària	-0.022 (0.021)	-0.025 (0.021)	-0.033* (0.020)	-0.023 (0.021)	-0.027 (0.019)	-0.016 (0.021)	-0.012 (0.018)	-0.001 (0.017)
Expedients informatius risc d'infants (per 1000 hab)	0.007 (0.007)	0.007 (0.007)	0.001 (0.006)	0.009 (0.007)	0.001 (0.007)	0.009 (0.007)	0.002 (0.007)	0.007 [†] (0.004)
Densitat població	0.052 (0.098)			0.011 (0.102)	0.022 (0.095)	0.100 (0.087)	0.082 (0.087)	0.040 (0.060)
% pob. en Zona de Muntanya	-0.900* (0.513)	-0.997** (0.459)	-1.101** (0.442)	-0.734 (0.741)	-0.263 (0.670)	-0.722 (0.528)	-0.155 (0.630)	-0.161 (0.265)
Ciutat-ABSS	0.006 (0.401)			-0.253 (0.386)	0.083 (0.385)	-0.154 (0.386)	-0.135 (0.370)	0.091 (0.218)
Copagament SAD Soc. NO/SI	0.112 (0.162)	0.089 (0.156)	0.107 (0.150)	0.096 (0.165)	0.118 (0.147)	0.095 (0.128)	0.084 (0.110)	0.061 (0.084)
Gestió indirecta total	0.302* (0.169)	0.323* (0.167)	0.341** (0.171)	0.242 (0.153)	0.177 (0.140)			0.152 (0.140)
Gestió indirecta parcial	0.211 (0.167)	0.228 (0.167)	0.238 (0.176)	0.155 (0.149)	0.094 (0.126)			0.041 (0.117)
Places resid., NO/SI	0.420 (0.390)	0.207 (0.321)	0.266 (0.339)	0.415 (0.418)	0.718** (0.356)	0.379 (0.400)	0.778** (0.334)	0.713** (0.318)
Places resid. discap., NO/SI	0.069 (0.186)	0.078 (0.189)	0.023 (0.190)	0.137 (0.206)	-0.030 (0.175)	0.144 (0.172)	0.074 (0.161)	0.217 [†] (0.113)
Places c. d'espec. Discap, NO/SI	0.111 (0.106)	0.093 (0.108)	0.125 (0.114)	0.066 (0.116)	0.120 (0.104)	0.076 (0.117)	0.076 (0.112)	0.022 (0.066)
Places c. ocup. Discap., NO/SI	-0.097 (0.217)	-0.126 (0.215)	-0.143 (0.195)	-0.075 (0.220)	-0.060 (0.153)	-0.141 (0.190)	-0.076 (0.137)	-0.034 (0.153)
Ingressos mun. a nivell ABSS, log	0.030 (0.111)	0.053 (0.102)	0.043 (0.092)	-0.012 (0.121)	-0.034 (0.112)	0.007 (0.110)	-0.075 (0.117)	-0.015 (0.069)
% ingressos a despesa social	2.729 (1.904)	3.317 [†] (1.781)	3.195 [†] (1.838)	2.973 (1.842)	1.361 (1.699)	3.178** (1.614)	1.744 (1.555)	1.374 (1.142)
% passius financers s. ingressos	-0.081 (0.812)	-0.088 (0.779)	-0.220 (0.808)	-0.213 (0.838)	-0.304 (0.754)	-0.878 (0.967)	-1.175 (0.901)	-0.101 (0.575)
Efectes fixos	si	si	si	si	si	si	si	si
Constant	3.303 (4.564)	1.611 (4.026)	0.840 (4.104)	0.501 (1.250)	2.363 (3.972)	4.185 (4.462)	3.533 (4.044)	0.503 (3.268)
Observations	452	452	452	452	548	543	660	452
Adjusted R ²	0.025	0.028	0.022	0.011	0.031	0.039	0.052	0.028

Nota:

 * p < 0.05
 ** p < 0.01
 *** p < 0.001

Taula 10. Cobertura SAD Dependència

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
% població major de 65 anys	0.077** (0.029)	0.049 (0.030)	0.086** (0.026)		0.064** (0.026)	0.074** (0.028)	0.080** (0.027)	0.062** (0.017)
% població major de 75 anys sola	-0.014 (0.015)	-0.015 (0.015)		-0.014 (0.014)	-0.015 (0.012)	-0.010 (0.016)	-0.011 (0.013)	0.011 (0.011)
% dones	-0.078 (0.093)	0.036 (0.079)	0.009 (0.073)		-0.019 (0.089)	-0.106 (0.090)	-0.080 (0.084)	-0.079 (0.088)
% pob. nascuda en països en vies de desenv.	-0.020 (0.016)	-0.000 (0.015)			-0.002 (0.016)	-0.022 (0.018)	-0.007 (0.017)	-0.023 (0.014)
% persones amb discap.	-0.089 (0.056)	-0.071 (0.056)	0.015 (0.042)	-0.054 (0.056)		-0.060 (0.060)		-0.061* (0.036)
taxa d'escolarització als 17 anys	-0.005 (0.004)	-0.005 (0.004)	-0.006 (0.004)	-0.002 (0.004)	-0.001 (0.004)	-0.005 (0.004)	-0.001 (0.004)	0.003 (0.005)
% llars que reben ajuda a lloguer	-0.025 (0.043)		0.058* (0.031)		-0.057 (0.040)	-0.014 (0.048)	-0.034 (0.046)	-0.058 (0.047)
% pob. rep ajuda alimentària	-0.016 (0.015)	-0.014 (0.015)	-0.031** (0.016)	-0.013 (0.015)	-0.017 (0.013)	-0.017 (0.018)	-0.020 (0.016)	-0.008 (0.013)
Expedients informatius risc d'infants (per 1000 hab)	-0.007** (0.003)	-0.007** (0.003)	-0.002 (0.003)	-0.006* (0.003)	-0.006* (0.003)	-0.008** (0.004)	-0.007* (0.004)	0.004 (0.004)
Densitat població	0.065 (0.074)			0.019 (0.070)	0.036 (0.076)	0.039 (0.074)	0.022 (0.075)	0.129** (0.060)
% pob. en Zona de muntanya	0.723 (0.441)	0.135 (0.343)	0.153 (0.350)	0.845* (0.481)	0.844* (0.441)	0.374 (0.379)	0.583 (0.410)	1.135*** (0.364)
Ciutat-ABSS	0.512* (0.309)			0.262 (0.311)	0.388 (0.294)	0.589* (0.317)	0.510* (0.305)	0.284 (0.228)
Copagament SAD Soc. NO/SI	0.118 (0.089)	0.074 (0.100)	0.053 (0.105)	0.087 (0.093)	0.094 (0.087)	-0.015 (0.093)	-0.003 (0.077)	-0.042 (0.078)
Gestió indirecta total	0.003 (0.219)	0.028 (0.211)	0.121 (0.193)	-0.030 (0.222)	-0.062 (0.152)			0.012 (0.086)
Gestió indirecta parcial	0.048 (0.219)	0.065 (0.210)	0.136 (0.193)	0.019 (0.221)	-0.033 (0.155)			-0.021 (0.073)
Places resid., NO/SI	-1.114** (0.468)	-1.264*** (0.418)	-0.885** (0.341)	-1.215** (0.455)	-0.734* (0.338)	-1.013** (0.485)	-0.816** (0.323)	-0.257 (0.313)
Places resid. discap., NO/SI	0.088 (0.181)	0.093 (0.192)	-0.037 (0.201)	0.164 (0.184)	0.170 (0.165)	0.013 (0.134)	0.076 (0.133)	0.050 (0.122)
Places c. d'espec. Discap, NO/SI	0.120 (0.090)	0.124 (0.088)	0.112 (0.120)	0.093 (0.089)	0.091 (0.090)	0.160 (0.112)	0.149 (0.113)	-0.072 (0.083)
Places c. ocup. Discap., NO/SI	-0.221* (0.123)	-0.261** (0.113)	-0.405*** (0.119)	-0.214* (0.116)	-0.451** (0.196)	-0.280*** (0.099)	-0.502*** (0.150)	0.096 (0.100)
Ingressos mun. a nivell ABSS, log	0.042 (0.094)	0.006 (0.094)	0.120 (0.088)	-0.015 (0.100)	0.005 (0.094)	0.108 (0.086)	0.100 (0.089)	-0.007 (0.080)
% ingressos a despesa social	3.468*** (1.149)	4.155*** (1.134)	5.198*** (1.279)	3.565*** (1.192)	3.207*** (1.063)	3.389*** (1.057)	3.366*** (0.977)	-0.363 (1.773)
% passius financers s. ingressos	-0.437 (0.455)	-0.293 (0.478)	-0.360 (0.531)	-0.393 (0.477)	-0.399 (0.433)	-0.797 (0.521)	-0.785 (0.489)	0.333 (0.600)
Efectes fixos	si	si	si	si	si	si	si	si
Constant	2.853 (4.459)	-1.614 (3.824)	-2.567 (3.570)	0.361 (1.111)	-0.588 (4.232)	4.097 (4.300)	2.109 (3.937)	3.598 (4.046)
Observations	473	473	473	473	570	570	689	473
Adjusted R ²	0.404	0.391	0.322	0.389	0.346	0.389	0.336	0.197

Nota 1: per interpretar correctament els coeficients d'aquesta taula s'ha de realitzar la següent transformació: $\exp(\beta) - 1$, ja que la variable dependent està en logaritmes (a excepció de quan les variables independents són també en logaritmes; llavors no cal transformació i el coeficient s'interpreta directament com una elasticitat). Un cop feta la transformació, la interpretació dels coeficients d'aquestes columnes serà de la manera següent: un increment d'una unitat (o un 1%) en el factor específic resulta en un increment de la cobertura del valor del coeficient x 100.

Taula 11. Intensitat SAD Dependència

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
% població major de 65 anys	0.048 (0.033)	0.021 (0.033)	0.035 (0.026)		0.058** (0.027)	0.040 (0.033)	0.038 (0.027)	0.025 (0.021)
% població major de 75 anys sola	0.033 (0.031)	0.023 (0.030)		0.024 (0.026)	0.028 (0.026)	0.042 (0.034)	0.032 (0.027)	0.001 (0.010)
% dones	-0.259*** (0.100)	-0.109 (0.094)	-0.123 (0.086)		-0.236** (0.102)	-0.235** (0.098)	-0.196** (0.099)	-0.177** (0.070)
% pob. nascuda en països en vies de desenvolupament	-0.042 (0.027)	-0.017 (0.020)			-0.030 (0.025)	-0.043 (0.032)	-0.025 (0.029)	-0.012 (0.016)
% persones amb discap.	0.060 (0.072)	0.089 (0.081)	0.121 (0.083)	0.090 (0.080)		-0.007 (0.075)		-0.0004 (0.031)
taxa d'escolarització als 17 anys	0.009 (0.009)	0.009 (0.008)	0.005 (0.007)	0.011 (0.007)	0.006 (0.007)	0.006 (0.009)	0.002 (0.008)	0.010* (0.005)
% llars que reben ajuda a lloguer	0.022 (0.067)		-0.053 (0.034)		0.013 (0.064)	-0.031 (0.071)	-0.057 (0.065)	0.012 (0.040)
% pob. rep ajuda alimentària	0.005 (0.020)	-0.006 (0.020)	-0.010 (0.019)	-0.005 (0.019)	0.003 (0.020)	0.004 (0.021)	0.001 (0.020)	0.011 (0.014)
Expedients informatius risc d'infants (per 1000 hab)	0.015** (0.007)	0.013* (0.007)	0.005 (0.005)	0.015** (0.007)	0.010* (0.006)	0.011* (0.006)	0.007 (0.005)	0.006 (0.006)
Densitat població	0.180* (0.107)			0.068 (0.098)	0.176* (0.102)	0.170 (0.110)	0.137 (0.104)	0.057 (0.058)
% pob. en Zona de Muntanya	-1.288 (0.820)	-1.622** (0.786)	-1.717*** (0.652)	-1.406 (1.011)	0.050 (0.773)	-0.935 (0.817)	0.375 (0.816)	0.073 (0.389)
Ciutat-ABSS	-0.080 (0.433)			-0.325 (0.394)	0.081 (0.403)	0.097 (0.393)	0.174 (0.384)	0.236 (0.239)
Copagament SAD Soc. NO/SI	0.108 (0.153)	0.069 (0.162)	0.084 (0.155)	0.077 (0.165)	0.129 (0.128)	0.135 (0.208)	0.083 (0.169)	0.078 (0.059)
Gestió indirecta total	0.488** (0.198)	0.495*** (0.192)	0.528*** (0.198)	0.426** (0.197)	0.286* (0.165)			0.176** (0.085)
Gestió indirecta parcial	0.262 (0.181)	0.265 (0.180)	0.284 (0.189)	0.211 (0.176)	0.081 (0.137)			0.159** (0.077)
Places resid., NO/SI	1.108* (0.599)	0.813 (0.564)	1.004* (0.537)	0.990 (0.606)	0.822* (0.423)	0.766 (0.597)	0.889** (0.437)	0.302 (0.261)
Places resid. discap., NO/SI	0.248 (0.217)	0.206 (0.227)	0.192 (0.221)	0.244 (0.223)	0.249 (0.215)	0.175 (0.201)	0.179 (0.198)	0.249** (0.127)
Places c. d'espec. Discap, NO/SI	-0.121 (0.165)	-0.091 (0.153)	-0.083 (0.157)	-0.104 (0.161)	-0.031 (0.157)	0.002 (0.189)	0.068 (0.176)	-0.195* (0.112)
Places c. ocup. Discap., NO/SI	-0.185 (0.155)	-0.232 (0.164)	-0.236 (0.158)	-0.249 (0.156)	-0.154 (0.119)	-0.166 (0.138)	-0.089 (0.129)	0.004 (0.102)
Ingressos mun. a nivell ABSS, log	0.101 (0.136)	0.112 (0.103)	0.082 (0.102)	0.001 (0.130)	0.030 (0.132)	0.085 (0.131)	-0.017 (0.134)	0.127 (0.077)
% ingressos a despesa social	-3.125 (1.984)	-2.332 (2.005)	-2.709 (1.982)	-2.859 (1.966)	-2.082 (1.597)	-2.580 (1.677)	-2.103 (1.415)	-1.930 (1.176)
% passius financers s. ingressos	-0.944 (1.098)	-0.839 (1.054)	-0.869 (1.117)	-0.907 (1.092)	-0.995 (1.051)	-1.434 (1.075)	-1.499 (1.034)	-0.404 (0.575)
Efectes fixos	si	si	si	si	si	si	si	si
Constant	10.666** (4.832)	4.993 (4.928)	6.037 (4.234)	-0.418 (1.626)	10.514** (5.083)	10.496** (4.598)	9.422* (4.893)	7.671** (3.238)
Observations	456	456	456	456	545	549	659	456
Adjusted R ²	0.041	0.038	0.044	0.035	0.046	0.075	0.078	0.023

Nota:

* p ** p*** p<0.01

Avaluar per millorar

A Ivàlua promovem la cultura de l'avaluació de polítiques públiques a Catalunya.
Avaluem polítiques públiques, difonem evidències, oferim formació i elaborem recursos.

Institucions membres d'Ivàlua

