

# Avaluació de necessitats

## Les cures a Catalunya

Identificació, dimensionament i anàlisi de la seva provisió des de l'esfera familiar i dels principals serveis públics.



# Avaluació de necessitats Les cures a Catalunya

Identificació, dimensionament i anàlisi de la seva provisió des de l'esfera familiar i dels principals serveis públics.

**Informe final**  
Maig 2024

**Avaluació realitzada per:**  
Ivàlua

**Equip de treball:**

Júlia de Quintana Medina (coordinació),  
Cristina Ferrer, Marta Mirambell  
(col·laboradora externa), Sandra  
Ezquerria i Christel Keller - Càtedra  
UNESCO Dones, Desenvolupament i  
Cultures de la Universitat de Vic-  
Universitat Central de Catalunya  
(col·laboradores externes)

**Avaluació encarregada i finançada per:**

Direcció General de Cures, Organització  
del Temps i Equitat en els Treballs.  
Departament d'Igualtat i Feminismes.

© Institut Català d'Avaluació de  
Polítiques Públiques (Ivàlua), 2024.

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

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



## Xifres clau

**2.257.157**

Persones amb necessitats de cures físiques a Catalunya, el 29% de la població.

**20%**

Població de més de 15 anys amb malestar emocional o depressió.

**7,4%**

Població menor de 15 anys amb problemes de salut mental.

### Provisió de cura per part dels serveis públics

- 56%** cobertura de les escoles bressol respecte a la població 0-3: un 38% correspon a places públiques i un 18% a places privades.
- 30%** cobertura dels principals serveis per a la població dependent. El 20% en combina l'ús amb el suport d'un familiar.

### Provisió de cura per part de les famílies

- 7,5 h** mitjana d'hores a la setmana que les persones dediquen a les tasques de cures i domèstiques: les dones hi dediquen 6h/setmana més que els homes.
- 20%** de les persones treballant a temps parcials ho fan per motiu de cures. Un 89% d'aquestes són dones.
- 18%** de les persones inactives ho són per motius de cura. Un 85% d'aquestes són dones.
- 92%** de les excedències per cures de fills i el 78% de les de cures per familiars són dones.

## Resum executiu

Per impulsar polítiques públiques adreçades a garantir el dret de totes les persones a ser cuidades i a poder cuidar en dignitat, és necessari identificar quantes persones necessiten cures i qui i com les està proveint. Aquesta avaluació té el triple objectiu de dimensionar la població amb necessitats de cures, determinar quins serveis i recursos estan donant resposta a aquestes necessitats i analitzar l'encaix entre les necessitats de cures i la seva provisió.

### Quin abast tenen les necessitats de cures?

- Les necessitats de cures són universals, però varien en funció de l'etapa del cicle de vida. Les necessitats de cures es poden classificar en físiques, emocionals i indirectes, tot i que són indissociables.
- A Catalunya 2.257.187 persones tenen necessitats de cures físiques, el 29% de la població: el 49% d'elles són infants, el 30% població adulta i el 18% població de 75 anys i més; això contrasta amb l'imaginari habitual que associa la necessitat de cura a la vellesa i ressalta la universalitat d'aquestes necessitats.
- Les necessitats emocionals són rellevants. En la infància 7,4% tenen problemes de salut mental i en la població adulta i la vellesa aproximadament el 20% tenen malestar emocional i depressió, tot i que s'intensifiquen especialment entre les dones adultes i entre la gent gran.

### Com es dona resposta a aquestes necessitats?

- Les necessitats de cura es resolen en 4 espais socials que conformen el diamant de la cura: la família, les polítiques públiques, el mercat i el sector no lucratiu. Catalunya té un model de provisió de cures molt familista que es caracteritza per un rol central de la família i una participació dèbil del sector públic.
- Les dones assumeixen molt majoritàriament els treballs domèstics i de cures el que afecta la seva presència i desenvolupament en el mercat de treball. El suport públic per cuidar des de la família es mostra insuficient per revertir la familiarització i feminització de la provisió de cures. L'externalització és una estratègia per les famílies amb més recursos, però el poc valor que s'atorga a aquestes tasques magnifica les desigualtats de gènere i origen.
- Els serveis públics s'adrecen principalment a les persones que tenen necessitats de cures físiques especialment intenses tant en la vellesa com en la infància. Per la gent gran, la cobertura dels serveis es baixa i creix el rol del sector privat. En la infància no hi ha una oferta de serveis de cures uniforme al conjunt del territori a excepció de les escoles bressol.

### Quines necessitats estan cobertes i quines no?

- Els serveis públics atenen les necessitats de cures especialment intenses, tant en la infància com en la vellesa, però no aconsegueixen cobrir les necessitats menys intenses i sobrevingudes que són també les més majoritàries.

## Contingut

<b>1. Introducció</b>	<b>8</b>
<b>2. Necessitats de cures: tipus i perfils</b>	<b>10</b>
2.1. Tipus de necessitats de cures	11
2.2. Perfils i persones amb necessitats de cures	11
<b>3. Aspectes metodològics</b>	<b>21</b>
3.1. Limitacions de l'informe	24
<b>4. Necessitats de cures físiques i emocionals</b>	<b>27</b>
4.1. Necessitats de cures físiques	27
4.2. Necessitats de cures emocionals	38
<b>5. Provisió de cures: esferes, famílies i sector públic</b>	<b>46</b>
5.1. Esferes de provisió de cures	46
5.2. Anàlisi de la provisió de cures per part de les famílies	52
5.3. Anàlisi de la provisió de cures per part dels principals serveis públics	76
<b>6. Encaix entre les necessitats de cures i la seva provisió</b>	<b>104</b>
<b>7. Conclusions</b>	<b>107</b>
<b>8. Recomanacions</b>	<b>112</b>
<b>9. Referències</b>	<b>117</b>
<b>10. Annex I. Detall de recursos de suport públic a la cura per les persones i les famílies.</b>	<b>122</b>

## Índex de taules:

Taula 1. Relació entre perfils, tipus i intensitats de necessitats de cures .....	16
Taula 2. Prevalença de necessitats de cures segons edat, grau d'organització i gènere .27	
Taula 3. Prevalença de necessitats de cures segons classe i gènere .....	30
Taula 4. Nombre de persones amb necessitats de cures físiques a Catalunya, per perfil i gènere. ....	28
Taula 5. Prevalença de necessitats de cures per comarca.....	32
Taula 6. Cura dins i fora de la llar segons perfil de la persona cuidada .....	54
Taula 7. Població inactiva per cura de terceres persones per sexe. 2022 .....	56
Taula 8. Prestacions per naixement i cures d'un menor per província.....	63
Taula 9. Resum estratègies de provisió de cures per part de les famílies .....	71
Taula 10. Nombre d'escoles bressol per naturalesa i titularitat .....	78
Taula 11. Nombre d'escoles bressol per grau d'urbanització i naturalesa .....	79
Taula 12. Nombre de ludoteques i places segons grau d'urbanització .....	85
Taula 13. Resum de la capacitat dels serveis d'infància per atendre les necessitats de cures.....	89
Taula 14. Places en centres de dia per a gent gran segons tipus de plaça. 2022.....	95
Taula 15. Places en centres residencials de gent gran segons tipus de plaça. 2022 .....	97
Taula 16. Dades de cobertura pels principals serveis d'atenció a la gent gran amb necessitats de cures. ....	100
Taula 17. Percentatge de persones amb dependència segons servei utilitzat per trajectòries .....	101

## Índex de figures:

Figura 1. Estructura de la població respecte la població amb necessitats de cures per grau d'urbanització, sexe i perfil d'edat. ....	30
Figura 2. Mapa de prevalença de necessitats de cures per municipis .....	32
Figura 3. Proporció relativa de cada perfil sobre la prevalença de la comarca.....	35
Figura 4. Relació entre la prevalença de necessitats de cures i l'IST per comarques .....	36
Figura 5. Necessitats emocionals (depressió i malestar emocional) segons gènere.....	41
Figura 6. Depressió segons gènere i edat .....	42
Figura 7. Benestar emocional segons sexe i edat. ....	43
Figura 8. Necessitats emocionals segons classe social.....	43
Figura 9. Necessitats emocionals segons situació econòmica de la llar. ....	44
Figura 10. Tipus de provisió de cura segons col·lectiu .....	53
Figura 11. Hores setmanals dedicades a les feines de la casa, segons sexe i edat .....	60
Figura 12. Hores setmanals dedicades a les feines de la casa, segons classe social .....	61
Figura 13. Excedències per cura de fills i familiars per gènere.....	65
Figura 14. Persones cuidadores no professionals, 2022 segons gènere i edat.....	66

Figura 15. Cobertura escoles bressol per comarca.....	80
Figura 16. Relació entre població 0-3 i cobertura de les escoles bressol per comarques .	81
Figura 17. Taxa d'escolarització no obligatòria per grup d'edat a Catalunya i Espanya. Curs 2022-2023.....	82
Figura 18. Cobertura efectiva del SAD per comarca. 2022.....	92
Figura 19. Cobertura efectiva del servei de teleassistència en la població dependent per comarca. 2022. ....	94
Figura 20. Cobertura efectiva dels centres de dia per gent gran per comarca. 2022. ....	96
Figura 21. Places de residència per a gent gran segons tipus. 2006-2022.....	98
Figura 22. Cobertura efectiva de les residències per gent gran per comarca. 2022.....	98
Figura 23. Relació entre necessitats i provisió de serveis.....	103

## 1. Introducció

La Direcció General de Cures, Organització del Temps i Equitat en els Treballs del Departament d'Igualtat i Feminismes (d'ara endavant DGCOTET) té entre els seus objectius fomentar la corresponsabilitat per assolir l'equitat de gènere en els treballs, tant remunerats com no remunerats, i avançar en la dignificació del treball domèstic i de cures de les persones. A tal efecte, es planteja impulsar polítiques públiques adreçades a cobrir les necessitats de cures de la població, abordar desigualtats en els usos dels temps i millorar les condicions de les persones que cuiden. En aquest context, la DGCOTET es posa en contacte amb Ivàlua per elaborar una avaluació de necessitats que permeti dimensionar les necessitats de cures a Catalunya, determinar quins recursos i serveis existeixen per donar-hi resposta i identificar on cal reforçar-los per donar resposta a les necessitats de cures del conjunt de la població. En concret, l'objectiu de l'avaluació és donar resposta a les següents preguntes:

- Quin és l'abast de les necessitats de cures a Catalunya? A quanta i quin perfil de gent afecten?
- Com s'està donant resposta a aquestes necessitats? Quins són els recursos i serveis disponibles?
- Quines necessitats de cures estan sent cobertes amb els recursos i serveis existents i quines no? Qui les està cobrint i com?

Per tal de donar resposta a aquestes preguntes, l'avaluació elabora tres anàlisis específiques: en primer lloc, es presenta un dimensionament de necessitats de cures per perfils, amb l'objectiu de determinar quina proporció de la població catalana té necessitats de cures, en què consisteixen i com es distribueixen territorialment. En segon lloc, s'analitza com es proveeixen les necessitats de cures per part de l'esfera familiar i per part dels principals serveis públics de cures. Les anàlisis contribueixen a mostrar com s'estan abordant les necessitats de cures en el nostre context així com les implicacions d'aquest model en termes de desigualtats per raó de gènere i desigualtats socials.

L'informe s'estructura de la següent manera:

- La secció 2 defineix què són les necessitats de cures, les operacionalitza i defineix perfils amb necessitats de cures diferents segons el cicle de vida.
- La secció 3 defineix els aspectes metodològics claus de l'informe.



- La secció 4 dimensiona les necessitats de cures a Catalunya. D'una banda, les necessitats de cures físiques a partir d'un índex de prevalença de cures físiques per municipis i comarques. D'altra banda, les necessitats de cures emocionals per a les persones joves i adultes a partir de diversos indicadors sobre salut mental i benestar emocional.
- La secció 5 explora la provisió de cures, explica com es proveeix des de les principals esferes socials. La secció 5.2 analitza la provisió de cures per part de les famílies, considerant quin rol té la família en la provisió de cures i en qui recauen habitualment les tasques relacionades amb les cures. La secció 5.3 analitza la provisió de cures per part dels principals serveis públics per infància i gent gran, n'explora les cobertures i la distribució territorial.
- La secció 6 presenta una anàlisi qualitativa de l'encaix entre les necessitats de cures i els recursos i serveis que hi donen resposta. A partir de l'anàlisi de provisió de necessitats de cures que explora la secció 5 s'explica quines necessitats de cures estan sent cobertes i quines no.
- La secció 7 exposa les conclusions finals.
- La secció 8 detalla les recomanacions que emanen de l'anàlisi.
- Addicionalment, s'inclou un annex per complementar la informació presentada a l'informe.

## 2. Necessitats de cures: tipus i perfils

Les cures són un conjunt de treballs i d'estats afectius que possibiliten la sostenibilitat de la vida quotidiana. Tal com les van definir Fisher i Tronto (1990), les cures inclouen tot el que fem per mantenir, continuar i reparar el nostre "món" perquè puguem viure-hi el millor possible. Aquest món inclou els nostres cossos, el nostre ésser i el nostre entorn, elements que busquen entrellaçar una xarxa complexa que sustenta la vida.

Els estudis feministes, de la mà de les reivindicacions del moviment polític, es van centrar en un primer moment en les cures com a treball i forma d'opressió específica que pateixen les dones al si de la família. Tot i que aquesta denúncia s'ha mantingut i estès als treballs remunerats de cures, paral·lelament s'ha donat una re-valorització de les cures en tant que activitat fonamental per a la vida i el benestar de les persones. En aquest sentit, l'aproximació feminista actual a les cures parteix de dues premisses fonamentals: la vulnerabilitat universal i la interdependència (Orozco, 2014).

La primera- la vulnerabilitat universal- es refereix al fet que totes les persones tenim necessitats de cures al llarg de tota la vida, tot i que, en alguns períodes, aquestes es puguin intensificar o puguin requerir respostes específiques; i la segona- la interdependència- implica que totes les persones depenem de les cures d'altres i que, per tant, la dicotomia entre persones considerades dependents i persones considerades plenament autònomes és un miratge basat en un estrabisme androcèntric profundament implantat en les ciències socials.

La conceptualització feminista condueix a parlar de les cures com a necessitat humana fonamental (Carrasco, 2011) que ha de ser coberta per part del conjunt social, amb un clar protagonisme de les administracions públiques, i no com a problema individual i privat. Pensar les cures d'aquesta manera no és, en realitat, una mirada tan diferent a pensar-les en clau d'activitat i treball. Més aviat, reconèixer la cura com a necessitat universal la converteix en una responsabilitat col·lectiva i, per tant, hauria de tenir un impacte en el repartiment del treball de cures, així com en el reconeixement del seu valor social i econòmic.

Com apuntàvem a la introducció, en una avaluació de necessitats, partir d'una definició clara i precisa del fenomen a analitzar esdevé crucial per poder-lo identificar i quantificar. En el cas de les necessitats de cures, això és especialment rellevant perquè no disposem d'una única definició consensuada de què són les necessitats de cures i de com aquestes es manifesten o concreten. La complexitat és major si considerem que les

necessitats de cures varien segons el moment del cicle de vida i tindran implicacions diferents per l'efecte de fenòmens transversals com el gènere o el nivell socioeconòmic, entre d'altres. Així, abans de començar l'exercici d'identificació i de dimensions, cal concretar a què ens referim per necessitats de cures i com les operacionalitzem.

## 2.1. Tipus de necessitats de cures

Entenem per necessitat de cures cadascuna de les dimensions de la vulnerabilitat intrínseca dels éssers humans i, per tant, universals, que han de ser sostingudes per tal que la vida sigui viable i totes les persones puguin assolir el seu màxim potencial. Hi ha necessitats de cura directa de les persones (físiques i emocionals), així com necessitats de cura indirecta, que són requisits de context, infraestructura i entorn perquè les necessitats de cura directa puguin ser cobertes (Carrasco et al., 2011). Aquesta categorització ens permet diferenciar entre tres tipus concrets de necessitats de cures:

- **Cures directes físiques**, aquelles que resolen les necessitats físiques i fisiològiques. Per exemple: rebre aliment, higiene, moviment, desplaçament o suport en un procés de malaltia (rebre medicació o cures mèdiques, per exemple).
- **Cures directes emocionals**, aquelles que sostenen la dimensió psicològica i afectiva de les persones. Per exemple: ser escoltada i tinguda en compte, rebre afecte, consol o suport en la gestió de conflictes.
- **Cures indirectes**, aquelles que preparen un entorn adequat o proveeixen de béns necessaris per a la cura. Per exemple: gaudir d'un espai net, segur, ventilat o amb temperatura adequada; tenir a disposició menjar, roba o material adequat als interessos i necessitats de cada etapa del cicle de vida.

Si bé els tres tipus de cures són fonamentals per fer viable el sosteniment de la vida i promoure el màxim potencial de totes les persones, les cures directes físiques són les que tenen més visibilitat social i aquelles emocionals i indirectes sovint són més obviades. Així mateix, tot i que a nivell conceptual és possible distingir-les, cal destacar que moltes d'aquestes es donen de forma sincrònica i, per tant, aquesta distinció té únicament sentit analític d'una realitat que no es pot fragmentar.

## 2.2. Perfils i persones amb necessitats de cures

A banda de definir i categoritzar les necessitats de cures existents en la seva diversitat i complexitat, cal explicitar les diferències resultants del moment en el cicle de vida en què es troben les persones, així com altres factors transversals, per entendre la

configuració de perfils diversos de persones amb necessitats de cures en tota la seva especificitat. Com s'apuntava anteriorment, totes les persones tenen necessitats de cures, però aquestes varien, s'intensifiquen o alleugereixen, durant el cicle vital fruit en gran part de la biologia humana, però també d'altres factors com accidents o malalties sobrevingudes, la presència d'una discapacitat, el gènere, l'origen o la classe socioeconòmica, entre d'altres.

Dit això, tot i la variabilitat entre persones i l'existència d'altres factors més enllà dels biològics (socials, econòmics, culturals, psicològics), l'edat és un dels factors que més determina les necessitats de cures al llarg del cicle de vida. En qualsevol cas, les criatures neixen immadures i necessiten d'un suport intensiu en la vida quotidiana que va minvant amb el pas dels anys fins a arribar a l'edat adulta. Així mateix, generalment, en l'arribar a la vellesa, les persones tornen a necessitar un suport que pot ser més o menys intens fins al final de la vida. Per aquest motiu, en aquesta avaluació s'utilitza el cicle de vida com a eix central per categoritzar diferents grups o perfils socials amb necessitats de cures. Així, els grans grups de població que estructuraven aquesta avaluació són (1) la infantesa i adolescència, (2) l'adulthood i (3) la vellesa.

Tot i la rellevància de l'edat, aquest factor s'entrecrua amb altres eixos (entre els quals destaquem la diversitat funcional, el gènere, l'origen o la classe socioeconòmica) que interseccionen amb l'edat i generen al seu torn altres grups o perfils, amb situacions i necessitats més específiques. Si bé les necessitats de cures, tal com s'ha dit, són universals, aquests eixos transversals generen situacions concretes en què les formes de resoldre les cures es diversifiquen. Per exemple, totes les persones tenen necessitat de moviment, però una persona amb una discapacitat física pot requerir un suport diferent d'una persona que no la té. Així, cal pensar en aquesta intersecció per definir perfils.

D'acord amb la consideració de l'efecte de l'edat i els eixos transversals (diversitat funcional gènere, origen i classe socioeconòmica) es concreten els següents perfils de persones amb necessitats de cures.

### **2.2.1. Perfil 1. Infantesa i adolescència (+ sub-grups)**

Aquest grup està marcat per una enorme heterogeneïtat en les seves necessitats de cures, de manera que es divideix, al seu torn, en 3 subgrups amb necessitats clarament diferenciades: de 0 a 3 anys, de 4 a 11 i de 12 a 16. Aquesta classificació sintetitza, d'una banda, els canvis evolutius que es donen al llarg de l'etapa i, d'altra, les franges d'edat que utilitzen diversos serveis de cures, especialment els educatius. Pel que fa a l'anàlisi

dels canvis de necessitats en cada subetapa, Esperanza Ochoita i Mari Ángeles Espinosa (2012) recorden que els primers mesos de vida són una etapa d'especial vulnerabilitat per als nadons a nivell físic, però també que des de l'inici de la vida és necessari atendre les necessitats emocionals i acompanyar les primeres capacitats dels nadons i generar unes relacions afectives d'aferrament segur.

Entre els 3 i els 6 anys es donen una gran quantitat d'avenços en el desenvolupament en diferents dimensions, destacant la participació social i interiorització de les normes, el desenvolupament del llenguatge i de moltes habilitats motores. Tanmateix, la consecució d'aquestes fites físiques, psicològiques i socials només es pot donar si es genera l'entorn adequat per satisfer les seves necessitats. Dels 6 als 12 anys és considerada l'etapa més tranquil·la de la criança en què els nens i nenes han adquirit moltes habilitats per la seva autonomia física, pel seu propi aprenentatge i desenvolupament cognitiu, i també per tenir una interacció social més ampla i autònoma. De nou, tots aquests progressos només són possibles si es garanteix i acompanya els infants en un entorn adient, destacant la importància de l'educació formal i informal, així com la participació social.

Pel que fa a l'adolescència, quan en certa manera es tornen a incrementar les necessitats de suport, cal diferenciar entre els canvis físics i biològics que es donen en aquest moment del cicle vital -la pubertat- i els canvis psicològics i identitaris que anomenem pròpiament adolescència. Si bé el primer és un fenomen universal fisiològic propi de l'espècie, el segon està construït de forma eminentment cultural, de manera que les maneres de resoldre aquestes necessitats no són universalitzables. En aquest període les necessitats físiques són especialment intenses (alimentació, descans, sexualitat saludable), però també ho són les emocionals i socials. Concretament la necessitat de participació, d'interacció amb iguals, la formació de vincles afectius nous i d'una educació sexual.

Durant la infància, i més enllà de la gran centralitat de la família en la provisió de cures, moltes d'aquestes funcions són assumides pels centres educatius i existeix una línia difosa entre què es considera educació i què es considera cura. Donat que les cures han estat històricament, i encara avui, poc valorades i invisibilitzades per trobar-se inscrites en l'àmbit domèstic i familiar, els i les professionals de centres educatius, especialment a les etapes infantils, reivindiquen que la seva tasca és educativa i no cuidadora. Tanmateix, aquesta és una disputa més aviat terminològica motivada, en gran part, pel baix prestigi social de les cures en comparació a l'educació i per la necessitat de professionalitzar les primeres, més que no pas pel desig de distingir nítidament entre

tipus d'activitats (Marco, 2014). Des de la definició àmplia que aquí s'assumeix de cures, no només les escoles bressol i infantils cuiden, sinó que també ho fan tots els serveis que atenen a persones i cobreixen les seves necessitats en totes les dimensions descrites anteriorment.

## **2.2.2. Perfil 2. Adultesa (+ sub-grups)**

Durant l'edat adulta gran part de la població pot donar resposta a les seves necessitats de cura amb relativament poc suport, ja que es tracta, en general, de l'etapa de la vida amb una major autonomia. Així, habitualment, les necessitats de cura directes físiques i emocionals les poden resoldre les persones adultes per si mateixes o bé conjuntament amb familiars o persones de l'entorn. Només en situacions particulars, temporals o permanents, de malaltia, incapacitat física o malestar mental greu les persones requereixen suport substancial per part d'una altra o altres persones per resoldre aquestes necessitats. En aquests casos pot ser que, més enllà del suport informal de familiars i entorn, sigui necessari el suport professional (per exemple cures mèdiques o suport psicològic). Pel que fa a les necessitats de cura indirectes, les persones adultes també tenen capacitat per resoldre-les per si soles o bé mitjançant acords familiars (marcats per les desigualtats de gènere). Tanmateix, un determinat sector de la població (les classes mitjanes i altes) resol part d'aquestes necessitats de cura mitjançant la contractació de serveis al mercat, més per la impossibilitat de conciliar satisfactòriament els temps laborals i de cura (o falta de voluntat d'entomar les necessitats de cura exclusivament en l'àmbit familiar o a nivell individual), que no pas per la incapacitat de fer-ho de forma autònoma.

## **2.2.3. Perfil 3. Vellesa (+ sub-grups)**

En general, a la vellesa les necessitats de cura tornen a intensificar-se. Tanmateix, es tracta d'una etapa amb realitats molt diverses i en què moltes persones mantenen una gran autonomia fins a pràcticament el final de la vida. Segons Jerónimo González i Raquel de la Fuente (2014), es pot distingir entre tres situacions d'envelliment, que comporten, al seu temps, diferents intensitats de necessitats de cura.

La majoria de la gent gran acaba desenvolupant una o més malalties cròniques que produeixen discapacitat i dependència, especialment en les edats més avançades, i que és el que es considera l'envelliment normal. Un segon grup de persones, poc nombrós, envelleixen sense malalties i conserven el nivell funcional fins gairebé el final de la vida, el que es considera "envellir amb èxit". I un tercer grup de persones, tampoc molt

nombrós, que envelleix amb molta discapacitat i dependència fruit d'altres malalties no necessàriament lligades a l'envelliment.

Per tant, la necessitat de cures en la vellesa està molt relacionada amb la salut i amb el deteriorament de la mateixa amb el pas del temps com a procés biològic. Les persones grans experimenten canvis en quatre dimensions: 1) Físics i fisiològics: el sistema nerviós es deteriora provocant lentitud i pèrdua de reflexes, augmentant la possibilitat de malalties cardiovasculars, respiratòries, digestives, múscul-esquelètiques, del sistema immunològic, dèficits sensorials (d'oïda i vista) i del sistema urinari, entre altres. 2) Psicològics i cognitius: hi ha una predisposició a la tristesa, la melancolia i la depressió, relacionats amb la pèrdua d'autonomia i/o aspectes socials i un major aïllament; i també hi ha canvis cognitius com pèrdua d'atenció, memòria, percepció i orientació. 3) Psicomotors: es pot produir una desestructuració en l'esquema corporal i dificultats de reconeixement del propi cos, problemes d'equilibri i orientació, provocant al seu temps una disminució de la capacitat de desplaçament i involució en les qualitats físiques (coordinació, flexibilitat, força, velocitat i resistència). I 4) Canvis socioafectius: relacionats amb l'estatus social que ocupa la gent gran.

Amb l'envelliment de la població i l'augment de l'esperança de vida, la vellesa ha passat a ser un període llarg i els importants canvis físics i mentals que experimenten les persones contribueixen a intensificar les necessitats de cures amb l'avenç de l'edat. Per aquest motiu, considerem necessari dividir-la en dos subgrups: 1) dels 65 fins aproximadament els 75 o 80 anys, i 2) des dels 80 fins al final de la vida. Aquesta distinció ens sembla important, en primer lloc, per evitar les estigmatitzacions edatistes de la gent gran com a grup monolític i inherentment necessitat de cures de llarga durada. També és necessari tenir-la en compte per filar més prim a l'hora de donar resposta a les necessitats de cura de les persones grans que, tal com s'apuntava prèviament, tendeixen a incrementar-se amb el pas dels anys (veure Ezquerria, Pla, Salanova i Subirats, 2016).

La identificació de tipus de necessitats de cures i perfils de necessitats de cures i la reflexió de com varien en funció de l'etapa del cicle de vida i a causa de l'efecte dels eixos transversals dibuixa necessitats de cures específiques per cada perfil, amb intensitats variants. La Taula 1 sintetitza com es concreten el tipus i la intensitat de les necessitats de cures per als diversos perfils considerats.

**Taula 1. Relació entre perfils, tipus i intensitats de necessitats de cures**

Perfil	Sub-grups	Necessitat de cura directa física	Necessitat de cura directa emocional	Necessitats de cura indirecte
Infància	Població de 0-3 anys	Necessitat de cura directa física molt intensa (proporcionar menjar, canvi de bolquer, realització d'higiene, entre altres).	Necessitat de cura emocional molt intensa (centrada en la presència constant, les mostres d'afecte i de consol).	Necessitat de cura indirecta molt intensa (proporcionar tots els béns i la infraestructura necessària per a la vida).
	Població de 4-11 anys	Necessitat de cura directa física mitja i minvant a mesura que avança la franja d'edat (proporcionar menjar, acompanyar a dormir, donar suport per vestir-se, entre altres).	Necessitat de cura emocional intensa (centrada en l'assoliment d'autonomia, la construcció d'una autoestima sana i l'acompanyament en les relacions entre iguals).	Necessitat de cura indirecta intensa (proporcionar tots els béns i la infraestructura necessària per a la vida).
	Població de 12 a 16	Necessitat de cura directa física baixa.	Necessitat de cura emocional intensa (centrada en el reconeixement i l'acompanyament a la construcció de la identitat).	Necessitat de cura indirecta mitja i minvant a mesura que avança la franja d'edat (en l'adolescència les persones ja es poden autoproveir d'alguns béns i serveis, per exemple, netejar l'espai, la roba o preparar menjars senzills).
	Infants i adolescents amb diversitat funcional	Necessitat de cura directa física que es pot veure intensificada a cada franja d'edat en relació al tipus de discapacitat de la persona.	Necessitat de cura directa emocional que es pot veure intensificada a cada franja d'edat en relació al tipus de discapacitat de la persona.	Necessitat de cura indirecta que es pot veure intensificada a cada franja d'edat en relació al tipus de discapacitat de la pers/ona.
Adultesa	Població adulta	Necessitat de cura directa física baixa o esporàdica (per exemple en moments de malaltia)	Necessitat de cura emocional baixa o esporàdica (per exemple en situacions de crisi mental).	Necessitat de cura indirecta mitja (les persones adultes es poden auto proveir dels béns i mantenir la infraestructura amb relativament poc suport).



Perfil	Sub-grups	Necessitat de cura directa física	Necessitat de cura directa emocional	Necessitats de cura indirecte
	Població adulta amb diversitat funcional	Necessitat de cura directa física que es pot veure intensificada en relació al tipus de discapacitat de la persona.	Necessitat de cura directa emocional que es pot veure intensificada en relació al tipus de discapacitat de la persona.	Necessitat de cura indirecta que es pot veure intensificada en relació al tipus de discapacitat de la persona.
Vellesa	Població de 65 a 80 anys	Necessitat de cura directa física baixa o mitja i creixent a mesura que avança la franja d'edat (per exemple, suport en els desplaçaments o en la higiene).	Necessitat de cura emocional baixa o mitja i creixent a mesura que avança la franja d'edat (per exemple, suport en malestars emocionals vinculats a la vellesa com ara la soledat no desitjada).	Necessitat de cura indirecta mitja i creixent a mesura que avança la franja d'edat (per exemple, suport amb la neteja de la llar, la compra o l'elaboració d'aliments)
	Població major de 80 anys	Necessitat de cura directa física mitja o alta (per exemple, suport en els desplaçaments, la higiene, el subministrament de medicació o la ingesta d'aliments).	Necessitat de cura emocional mitja o alta (per exemple, suport en malestars emocionals vinculats a la vellesa com ara la soledat no desitjada).	Necessitat de cura indirecta mitja o alta (per exemple, suport amb la neteja de la llar, la compra o l'elaboració d'aliments).

Font: elaboració pròpia

#### 2.2.4. Eixos transversals

Tal com ja s'ha apuntat, el cicle de vida ens permet identificar grans sectors de la població amb necessitats diferents de cures. Tanmateix, a més de l'edat de les persones, hi ha factors socials que tenen un impacte substancial sobre les necessitats de cura i que permeten generar nous subgrups o perfils amb necessitats comunes. Entre aquestes categories en destaquem quatre: la diversitat funcional, el gènere, l'origen i la classe socioeconòmica. Addicionalment, també es considera la dimensió territorial per entendre en quina mesura les necessitats de cures varien en funció del grau d'organització dels territoris.

En primer lloc, la **diversitat funcional** fa referència al fet que no totes les persones posseeixen les mateixes capacitats físiques ni intel·lectuals (Romañach i Lobato, 2005). El que socialment es percep com a “normalitat” és el conjunt de capacitats que tenen les persones amb major autonomia i que, tot i ser estadísticament majoritària, invisibilitza i marginalitza la realitat de la resta de persones. Així, les persones afectades per alguna discapacitat física o intel·lectual poden veure intensificades les seves necessitats de cures de tota mena i no trobar una resposta suficient o adequada en els recursos i serveis que utilitza la majoria de la població. Ja sigui en la infància, en l'adulthood o en la vellesa, la discapacitat pot generar una major necessitat de suport i d'especialització del mateix per tal que les persones puguin desenvolupar tot el seu potencial i la seva autonomia. Una part de les persones amb discapacitat necessiten tant serveis especialitzats per atendre la seva situació particular, com també uns serveis generals que incorporin en els seus objectius i les seves funcions l'especificitat de les seves experiències i les seves necessitats.

En segon lloc, **el gènere** té un impacte determinant sobre les condicions de vida de les persones i també sobre les seves necessitats de cura, especialment en l'adulthood i la vellesa. Donat que les dones viuen més anys i que la feminització de la pobresa s'agreuja a la vellesa com a resultat de discriminacions múltiples existents tant al mercat laboral com al sistema de protecció social (Ezquerria, Alfama i Cruells, 2016), la precarietat de les condicions de vida de moltes dones grans els fa requerir també més suports per cobrir les seves necessitats de cura de tot tipus. Els estereotips de gènere presents a la societat, finalment, tenen un impacte en la salut de les persones, en la seva capacitat i disponibilitat per a l'autocura i en l'atenció que reben per part dels serveis.

En tercer lloc, **l'origen** de les persones pot determinar els mitjans que aquestes tenen per cobrir les seves necessitats de cura i, en general, les persones migrades es situen a

un lloc de major vulnerabilitat. Cal a dir, però, que les situacions de la població estrangera són molt diverses en funció de l'àrea geogràfica i cultural de la qual provenen i també en gran mesura de la classe socioeconòmica. Els serveis sovint no arriben a les persones d'origen estranger en la mateixa mesura que a la població autòctona per diversos motius. D'una banda, el sistema de provisió social és desconegut per algú que ve de fora, pel que ha de passar tot un procés de vinculació fins que les persones arriben als diferents serveis i recursos. D'altra banda, quan hi arriben, aquests poden suposar un xoc cultural que actuï com a barrera d'accés, igual que ho és el desconeixement de les llengües vehiculars. L'allunyament dels serveis públics encara s'agreuja més quan les persones es troben en situació d'irregularitat administrativa. A més, la població d'origen migrant pot comptar en menor mesura amb una xarxa familiar que faciliti o doni suport la resolució de les cures durant la totalitat del cicle vital.

En quart lloc, la **classe socioeconòmica** determina, primer de tot, els mitjans dels que disposen les persones per cobrir les seves necessitats de cura: a menor renda disponible de les famílies, menys possibilitats d'obtenir suports per via del mercat. Però a més, la classe socioeconòmica determina la salut de les persones, tant en una dimensió física com mental. L'OMS (2021) senyala com l'accés a un habitatge digne, les oportunitats laborals, l'accés a entorns segurs, aire net i a una alimentació saludable, tenen un impacte directe sobre la salut. Les persones i famílies que viuen en situació de pobresa disposen d'una pitjor salut i benestar al moment present, però a més tenen més possibilitats de desenvolupar malalties i situacions de vulnerabilitat a futur. Finalment, cal destacar que sovint un menor nivell socioeconòmic pot estar relacionat, per diferents motius, amb una major pobresa de temps que, al seu torn, repercuteix clarament en la capacitat de provisió i recepció de cura (Ezquerria i Fernández, 2023). Per tant, la pobresa econòmica, i en combinació amb altres fonts de desigualtat, pot ser un intensificador de les necessitats de cures.

En darrer lloc, el **territori**. Tot i que no s'ha trobat literatura que parli específicament de necessitats de cura diferents en l'àmbit rural i urbà, sí que hi ha alguns indicadors indirectes que ens parlen de la qualitat de vida i la salut de les persones i, per tant, de com les necessitats de cures poden ser diferents en funció del grau d'urbanització dels territoris. Diferents estudis que comparen la realitat en l'àmbit rural i urbà de gent gran (Agulló, Zorrilla i Gómez, 2019; Rueda, 2020) i adolescència (Jiménez et al., 2022) mostren algunes diferències importants que poden interferir en la intensitat de les necessitats de cures en funció del grau d'urbanització. En primer lloc, senyalen el major aïllament de les persones a les ciutats, major individualisme, menors vincles i compromís de

veïnatge. En la línia de les “teories clàssiques” sobre la comunitat, en l'àmbit rural es manté certa solidaritat orgànica, implicació i corresponsabilitat entre les persones; mentre a la ciutat hi ha més soledat. Aquesta major soledat afecta tant a les persones amb necessitats intenses de cures (gent gran) i a l'adolescència (per exemple, hi ha més conflictes i desvinculació de la comunitat educativa a les ciutats), com a les persones cuidadores. La major connexió entre persones a l'entorn rural, d'altra banda, facilita la detecció de necessitats així com el compartir informació sobre els recursos disponibles; mentre que a l'àmbit urbà hi ha més infradetecció (gent que no és conscient de les seves pròpies necessitats de suport i/o que no coneix l'existència de recursos). També es dona una afectació sobre la salut de les persones joves, que mostren una millor qualitat de vida, i especialment pel que fa a la salut psicològica, en l'àmbit rural.

En segon lloc, senyalen els mateixos estudis, en l'àmbit rural hi ha menys accés a serveis, tant generals com específics i especialitzats, i el transport en complica l'accés. Això afecta també tant a la gent gran, que a l'entorn rural depèn més del suport familiar i comunitari, com a la infància i adolescència, que tenen, per exemple, menys activitats extraescolars, però també menys recursos i serveis especialitzats d'atenció (com ara CDIAP o CSMIJ). A més a més, en general, als territoris rurals les famílies tenen rendes més baixes i més dificultat d'accés a serveis privats, de manera que l'absència de recursos públics es supleix en major mesura amb treball de cures familiar. Tanmateix, també opera la “paradoxa de la ciutat”: tot i que és aquí on hi ha major disponibilitat i diversitat de serveis, els sectors socials més desafavorits viuen a les perifèries urbanes i són qui accedeix en menor mesura als serveis. És a dir, les ciutats estan molt més polaritzades, concentrant tant la població que rep un major suport de serveis públics i privats, com la que en rep menys, especialment de privats, la població més pobre.

Un darrer factor diferenciador entre els entorns urbans i els entorns rurals és l'ús de l'espai públic. A les àrees urbanes hi ha molta dificultat per accedir de forma fàcil i segura a espais verds i al contacte amb la natura (una necessitat i un dret tant de la infància com d'altres col·lectius com gent gran i persones amb discapacitat). En aquest sentit, es dona un important biaix de classe, de manera que les famílies urbanes amb recursos poden accedir-hi però les més pobres no. Així, qui té una major privació d'aquest dret és també en termes generals la població a la ciutat.

### 3. Aspectes metodològics

Per dimensionar les necessitats de cures físiques a Catalunya s'utilitzen indicadors demogràfics i indicadors específics de necessitats de cures. S'han utilitzat dades del padró continu (Idescat, 2022), dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya de 2021 (l'ESCA) i dades de persones amb dependència facilitades pel Departament de Drets Socials. Combinant la informació d'aquestes bases de dades, es presenta un índex de prevalença de necessitats de cures físiques per municipi.

L'índex de prevalença té per objectiu il·lustrar quina proporció de la població catalana té necessitats de cures físiques directes, així com detectar en quins municipis la prevalença és més gran. S'utilitzen de base les dades demogràfiques del padró continu de Catalunya (2022) i dades de prevalença de necessitats de cures físiques extretes de l'ESCA (2021). En línia amb la discussió conceptual, les necessitats de cures físiques es relacionen amb l'autonomia funcional, i es considera que tenen necessitats de cures totes aquelles persones que necessiten acompanyament habitual per fer activitats quotidianes.

Per a la població de més de 15 anys, aquesta apreciació s'ha operacionalitzat a partir de la variable "V48" de l'ESCA, que detalla quina proporció de la població es veu limitada per realitzar les activitats quotidianes<sup>1</sup>. La variable té tres categories segons grau de limitació: (1) greument limitat/da, (2) limitat/da però no greument i (3) no limitada. Per assegurar la representativitat de la mostra, la prevalença s'ha calculat classificant les categories (1) i (2) com a limitació sense distingir segons grau.

La prevalença és el resultat de multiplicar la població dels municipis segons la prevalença de persones amb necessitats de cures estreta de l'ESCA i dividir-la pel conjunt de població del municipi. Per a la població menor de 15 anys, l'ESCA no inclou la mateixa variable i per tant no se'n pot extreure la mateixa informació. Per a aquest grup, s'assumeix que tots els infants de 0-14 anys tenen necessitats de cures físiques directes<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> La variable està formada a partir de dues preguntes que formen part del mòdul europeu mínim de salut (MEHM): una que interroga sobre el nivell de limitació per fer les activitats habituals com a conseqüència d'un problema de salut, i una altra que interroga sobre la durada de la limitació.

<sup>2</sup> La intensitat d'aquestes cures varia. Per exemple, per a la franja de 0 a 3 anys la intensitat és màxima ja que, més enllà de requerir suport per a pràcticament totes les activitats bàsiques de la vida diària, els nens i nenes necessiten de la presència constant d'una persona adulta. En canvi, la intensitat de les necessitats de cura físiques directes va minvant d'una forma clara entre els 4 i els 11 anys fins arribar a

en tant que no son autònoms per fer les activitats quotidianes i se'ls assigna una prevalença del 100%.

Amb l'objectiu de presentar dades el més acurades possibles es calcula la prevalença de necessitats de cures segons tres variables: etapa del cicle de vida, sexe i grau d'urbanització del municipi on es resideix. En línia amb els arguments de la secció 2.3, es considera que aquestes tres variables són rellevants en la configuració de necessitats de cures i, per tant, que cal revisar la prevalença per cada perfil. Per assegurar la representativitat de la prevalença s'han agrupat les tres variables en diverses categories que s'expliquen a continuació:

- **Etapa del cicle de vida:** en línia amb la conceptualització presentada a la secció 2.2 s'han seleccionat 3 grups:
  - Infància: població d'entre 0 i 14 anys<sup>3</sup>.
  - Adultesa: població entre 15 i 74 anys.
  - Vellesa: població de 75 anys o més.
- **Gènere:** per operacionalitzar-ho s'ha utilitzat la variable sexe del padró i de l'ESCA, que té dues categories: dones i homes.
- **Territori:** per considerar el possible efecte que el territori té en les necessitats de cures físiques de la població a Catalunya s'ha explorat la prevalença de necessitats de cures físiques segons grau d'urbanització a partir de la variable "degurba" (*degree of urbanization*) publicada per l'IDESCAT i que classifica els municipis en el contínuum urbà-rural en tres categories: (1) ciutats grans, (2) àrees semidenses i (3) àrees rurals. Per assegurar la representativitat de la variable s'han agrupat les categories 2 i 3 en una sola, distingint així entre dues categories: (1) ciutats grans i (2) àrees semidenses i rurals.

Així doncs, amb les dades disponibles s'ha calculat la prevalença segons perfil considerant les variables rellevants (cicle de vida, gènere i territori). Per al grup d'edat 0-14 la prevalença és teòrica i del 100%. Per a la població de 15 anys o més la prevalença és real i representativa i es calcula tenint en compte les tres variables considerades

---

l'adolescència situada entre els 12 i els 14 anys on encara és menys intensa. Tanmateix, s'ha optat per considerar que fins els 14 anys les necessitats de cures físiques són generalitzades independentment del sexe, el territori o altres factors.

<sup>3</sup> Per a la població 0-14 s'assumeix una prevalença del 100%, per a la resta de grups, la prevalença és real, extreta de l'ESCA (2021).

(sexe, edat i grau d'urbanització del municipi). La Taula 2 a la secció següent (pàgina 23) detalla les prevalences de cada perfil.

La prevalença dels municipis es calcula utilitzant dades del padró i multiplicant la població per la seva prevalença corresponent segons la seva edat, el seu sexe i la classificació degurba del seu municipi, i dividint aquesta pel conjunt de població de cada territori. La fórmula és la següent:

$$\frac{\sum_{i=1}^3 \sum_{j=1}^2 (\text{Subgrup}_{ij} * \text{Prevalença}_{ij})}{\text{Població total}}$$

On  $i$  correspon al grup d'edat (infància, adultesa o gent gran),  $j$  correspon al sexe (homes i dones) i la prevalença és la que correspon al municipi segons el seu grau d'urbanització.

Per calcular prevalences a un nivell més agregat que el municipi (com la comarca o pel conjunt de Catalunya), la fórmula és la següent:

$$\frac{\sum_{i=1}^3 \sum_{j=1}^2 \sum_{k=1}^2 (\text{Subgrup}_{ijk} * \text{Prevalença}_{ijk})}{\text{Població total}}$$

On s'afegeix l'índex  $k$  que correspon al grau d'urbanització del municipi (centres urbans o àrees semi-denses i rurals) on resideix el subgrup de població segons sexe i edat.

#### Principals limitacions de l'índex:

L'ESCA només disposa d'indicadors de persones no institucionalitzades, per tant, es probable que s'infraestimïn les necessitats de cures físiques directes al no considerar totes aquelles persones que resideixen en residències i/o centres de cura de llarga durada i que és habitual que tinguin limitacions per fer activitats en la vida diària. Per tal d'explorar la magnitud d'aquesta limitació, s'ha quantificat el nombre de persones amb dependència institucionalitzades en residències de gent gran, un col·lectiu amb altes necessitats de cura que no captura les dades de l'ESCA. Les dades facilitades per Drets Socials indiquen que al 2022 hi havia 27.478 persones en situació de dependència funcional en residències de gent gran, el que representa menys d'un 1% de la població. D'aquestes, la majoria són dones (el 75%) i tenen una edat mitjana de 87 anys. Segons el grau d'urbanització, 13.519 resideixen en ciutats grans (49%), 10.188 en ciutats mitjanes o àrees semidenses (37%) i 3.771 en àrees rurals (14%). Per tant, el fet que el càlcul de l'índex no contempli aquest col·lectiu no suposa una preocupació rellevant, donada la

seva petita magnitud. Però tenir-les en compte implicaria un lleuger increment de la prevalença de necessitats de cures, sobretot entre les dones majors de 75 anys.

**Per explorar les necessitats de cures emocionals** de la societat catalana s'han revisat indicadors de l'Enquesta de Salut de Catalunya (2021) (l'ESCA) i s'ha fet una revisió de dades d'altres fonts secundàries publicades en informes. Donada la complexitat d'obtenir dades de necessitats de cures emocionals desagregades per territori, no es presenta informació desagregada a escala municipal.

**Per explorar la provisió de necessitats de cures per part de la família i dels principals serveis del sector públic** s'han revisat nombrosos indicadors provinents de fonts secundàries que es referencien durant el text.

### 3.1. Limitacions d l'informe

Abans de procedir amb la presentació dels resultats i la discussió s'exposen algunes limitacions de l'informe pel que fa a la informació considerada.

En primer lloc, pel que fa a l'anàlisi de les necessitats de cures:

- **No s'han analitzat les necessitats de cures especialment intenses en el cas de la infància amb diversitat funcional.** L'informe presenta una conceptualització de cures que n'emfatitza la universalitat i en paral·lel reconeix que situacions específiques, com la presència d'una diversitat funcional, generen necessitats d'acompanyament i atenció especialment intenses, per exemple, que requereix més hores o d'un acompanyament especialitzat. Si bé aquesta qüestió es menciona a la conceptualització, l'índex no l'ha pogut capturar. No s'ha disposat de dades d'infants amb necessitats especials a nivell de municipi, per tant, no s'han pogut crear aquesta informació amb les dades del padró que s'utilitzen a l'índex. L'informe assumeix que tots els infants i adolescents menors de 15 anys tenen necessitats de cures físiques, però no examina les necessitats de cures especialment intenses en els casos on hi ha present un diversitat funcional.
- **La disponibilitat de dades sobre necessitats emocionals es limitades.** Aquesta qüestió s'ha treballat a partir de literatura i examinant alguns dels indicadors de l'ESCA (2023). Destaquen, però dues limitacions importants. D'una banda, tant per infància i adolescència com per població adulta l'anàlisi mesura les necessitats emocionals a partir de diversos indicadors de benestar i malestar emocional i de depressió. Si bé, aquests indicadors són rellevants, no capturen totes les dimensions



de les necessitats emocionals, per exemple i entre d'altres, no es disposa d'informació de necessitats de suport i relacions socials, que també seria interessant considerar. D'altra banda, la limitació de disponibilitat de dades pel que fa a les necessitats emocionals ha fet que **no fos possible analitzar les necessitats de cures físiques i emocionals conjuntament**. Tot i que al llarg de l'informe s'emfatitza que ambdós tipus de necessitats són indissociables, l'anàlisi no ha permès oferir un índex de necessitats de cures únic que vincules les dues dimensions, pel fet que la informació disponible i el nivell de desagregació pels quals hi ha informació.

- **No s'analitzen les necessitats de les persones cuidadores.** Al llarg de l'informe i especialment en la secció 5.2, s'emfatitza que les cures han estat tradicionalment un àmbit invisibilitzat i la resposta a aquestes necessitats ha estat precària recaient en la família i especialment les dones o abordant-se dels del mercat o sector públic amb unes condicions laborals precàries i un grau molt alt d'irregularitat. Tanmateix, l'avaluació no aprofundeix en les necessitats de les persones cuidadores perquè l'anàlisi d'aquesta qüestió no era viable considerant els recursos necessaris per poder-ho tractar amb profunditat.

Pel que fa a l'anàlisi dels recursos:

- **No es tenen en compte tots els serveis públics de cures.** L'anàlisi s'ha centrat en els principals recursos de cures per la infància i la vellesa, és a dir, aquells serveis i recursos que són més majoritaris i extensos a nivell de territori. Addicionalment, en el cas de la infància s'han analitzat també dos serveis que eren d'especial interès per la DG: les ludoteques i els espais familiars. Aquesta decisió s'ha pres considerant tres factors. En primer lloc, les limitacions de temps i recursos de l'avaluació que no permetien una anàlisi exhaustiva de tots els recursos que donen resposta a necessitats de cures. En segon lloc, la disponibilitat de dades, que varia molt segons servei i recurs i era més àmplia pels recursos considerants. En tercer lloc, la selecció respon també a l'interès de la DG de prioritzar els serveis més importants i pels quals és més possible identificar limitacions i problemes que es puguin abordar des de les seves competències. Això implica que, entre d'altres, l'informe no analitza serveis rellevants com els Centres de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç (CDIAP) o Centres de Salut Mental d'Adults (CSMA) així com serveis d'atenció diürna per a persones amb diversitat funcional com el Servei de Teràpia sense auxiliar (STO), Servei de Teràpia Ocupacional (STO) o els Centres d'Atenció Especialitzada (CAE).

Tot i aquestes limitacions, l'informe presenta informació exhaustiva i detallada de les necessitats de cures més habituals i dels serveis públics de cures més generalistes. En general, el conjunt de decisions metodològiques s'han pres prenent de referència l'encàrrec d'avaluació i la conceptualització de necessitats de cures presentada a l'informe, que prové de la literatura feminista i que defineix les cures com una necessitat universal i no subjecte a situacions de més intensitat com la presència d'una diversitat funcional.

## 4. Necessitats de cures físiques i emocionals

A l'apartat 2 s'ha detallat que les necessitats de cures fan referència a les dimensions de la vulnerabilitat que han de ser sostingudes per a que la vida sigui viable i totes les persones puguin assolir el seu màxim potencial. S'ha distingit entre necessitats de cures físiques, relacionades amb l'autonomia, i necessitats de cures emocionals, relacionades amb la dimensió psicològica. En les següents seccions es dimensionen les necessitats de cures físiques (secció 4.1) i les necessitats emocionals (secció 4.2) a Catalunya.

### 4.1. Necessitats de cures físiques

Com detallàvem a l'apartat 2.1, les necessitats de cures físiques són aquelles referides a aspectes físics i fisiològics, per exemple: rebre aliment, higiene, moviment, desplaçament o suport en un procés de malaltia (rebre medicació o cures mèdiques, per exemple). Per analitzar-les pel conjunt de Catalunya, s'utilitza informació de l'ESCA sobre població amb limitacions per realitzar activitats quotidianes. Segons dades de l'ESCA (2021), la prevalença de persones majors de 15 anys amb limitacions per realitzar les activitats quotidianes es del 17%, un 12,6% tenen limitacions lleus i un 4,4% limitacions greus. Alhora, les dades mostren diferències en la propensió a patir limitacions segons la classe, l'edat, el gènere i el territori. La Taula 2 detalla la prevalença per cada grup per etapa del cicle de vida, grau d'urbanització i gènere. Com s'ha comentat a l'apartat anterior, per a la població 0-14 la prevalença és teòrica i del 100%, per la resta de perfils la prevalença s'ha extret de l'ESCA.

**Taula 2. Prevalença de necessitats de cures segons edat, grau d'urbanització i gènere**

Etapa del cicle de vida	Grau d'urbanització	Gènere	Prevalença de necessitats de cures físiques.
0-14	Centres urbans i àrees semi-denses i rurals	Homes i Dones	100%
15-74	Centres urbans	Homes	8,5%
15-74	Centres urbans	Dones	13,9%
15-74	Àrees semi-denses i rurals	Homes	13,9%
15-74	Àrees semi-denses i rurals	Dones	16,2%
75 i més	Centres urbans	Homes	36,0%
75 i més	Centres urbans	Dones	52,6%
75 i més	Àrees semi-denses i rurals	Homes	47,5%
75 i més	Àrees semi-denses i rurals	Dones	58,4%

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'ESCA (2021).

Tal i com s'apuntava en la conceptualització dels perfils de persones amb necessitats de cures (seccions 2.2 i 2.3), les dades mostren que hi ha una proporció més alta de dones amb limitacions per realitzar les activitats quotidianes que homes en tots els grups d'edat, i que en l'etapa de la vellesa s'intensifiquen aquestes limitacions, fent d'aquests perfils més susceptibles a la necessitat de cura. Pel que fa l'eix transversal del territori, les persones en àrees semi-denses i rurals també presenten majors limitacions en comparació als centres urbans.

Aplicar les prevalences d'edat, gènere i territori a les dades del padró ens permet dimensionar les persones amb necessitats de cures a Catalunya per cada perfil i determinar la prevalença a nivell territorial. Així, combinant les dades de l'ESCA (2021) i el padró (2022) podem determinar que a Catalunya hi ha 2.257.187 persones amb necessitats de cures directes físiques, segons el dimensionament fet a partir de la metodologia explicada. La Taula 3 presenta el nombre de persones amb necessitats de cures directes segons edat, sexe i grau d'urbanització.

**Taula 3. Nombre de persones amb necessitats de cures físiques a Catalunya, per perfil.**

Etapa del cicle de vida	Grau d'urbanització	Gènere	Volum (nombre de persones) amb necessitats de cures físiques.
0-14	Centres urbans	Homes	344.533
0-14	Centres urbans	Dones	324.729
0-14	Àrees semi-denses i rurals	Homes	227.793
0-14	Àrees semi-denses i rurals	Dones	211.530
15-74	Centres urbans	Homes	152.858
15-74	Centres urbans	Dones	258.044
15-74	Àrees semi-denses i rurals	Homes	155.723
15-74	Àrees semi-denses i rurals	Dones	174.818
75 i més	Centres urbans	Homes	77.517
75 i més	Centres urbans	Dones	165.914
75 i més	Àrees semi-denses i rurals	Homes	62.474
75 i més	Àrees semi-denses i rurals	Dones	101.254
<b>Total</b>	-	-	<b>2.257.187</b>

Font: elaboració pròpia a partir de dades del padró continu 2022 i l'ESCA 2021.

La prevalença de les necessitats de cures físiques per al conjunt de Catalunya és del 29%, és a dir, gairebé el 30% de la població catalana té necessitats de cures físiques.

L'increment de la prevalença respecte a la detectada a l'ESCA (del 17%) té a veure amb el fet que es considera que tota la població de 0-14 té necessitats de cures. Així doncs, de les persones amb necessitats de cures el 49,1% són infants, el 32,9% persones d'entre 15 i 74 anys i el 18,0% població de 75 anys i més. La infància (0-14) representa el gruix de persones amb necessitats de cures, seguida per la població de 15 a 74 anys i finalment per la població de 75 anys o més.

Per entendre bé les dades és important distingir la prevalença de necessitats de cures per perfil (Taula 2) del volum de persones amb necessitats de cures (Taula 4). D'una banda, la prevalença per grups d'edat és del 100% en el cas de la infància, del 13% en el cas de la població de 15 a 74 anys i del 49% en el cas dels majors de 75 anys. D'altra banda, si bé entre la població de 75 anys o més hi ha una major prevalença de necessitats de cures, en termes de població són menys nombrosos, el que provoca que sigui el grup d'edat menys nombrós entre la població amb necessitats de cures. Per contra, en termes de població, són més nombrosos els infants i les persones de 15 a 74 anys que tenen necessitats de cures. Així, si bé les necessitats de cures són més habituals entre la població de 75 anys o més, el gruix de persones amb necessitats de cures a Catalunya són infants i persones d'entre 15 i 74 anys. Aquestes dades contribueixen a revisar l'imaginari habitual de què és una persona amb necessitats de cures i a revisar la noció de dependència com a característica o inherent al fet de "ser gran", inclòs l'estereotip edatista de les persones grans. Alhora, aquestes dades també confirmen la necessitat de reconèixer la universalitat de la vulnerabilitat humana així com de l'enfortiment dels recursos públics de cura per garantir l'atenció transversal i generalitzada a la interdependència.

Respecte les diferències de gènere, la prevalença de necessitats de cures físiques és del 31% entre les dones i del 27% entre els homes, és a dir, les dones tenen més necessitats de cures. Del total de persones amb necessitats de cures un 54,4% són dones i un 45,6% són homes, una diferència que s'explica per la bretxa en la propensió a necessitar cures que s'observa en la població adulta i la gent gran (13,7% dels homes i 20,1% de les dones) i també per la feminització de les cohorts de persones més grans com a resultat d'una major esperança de vida entre les dones: del total de persones de 75 anys o més un 65,0% són dones i un 35,0% homes.

Si tenim en compte la dimensió rural-urbà, trobem que la prevalença de necessitats de cures físiques és del 27% entre les persones que viuen en ciutats grans i del 31% entre les que viuen en ciutats mitjanes i àrees rurals, en línia amb la major propensió de necessitats per a aquestes últimes (Taula 2). Tanmateix, donat que la població en ciutats

grans és molt més nombrosa, del total de persones amb necessitats de cures un 58,6% es troben en ciutats grans i el 41,4% restant en àrees semi-denses o rurals.

La classe social també és un eix que afecta la propensió a necessitar cures físiques. La prevalença de població amb necessitats de cures és del 8,1% entre la classe alta, gairebé es dobla per la classe mitjana (15,2%) i puja fins al 17,1% per la classe baixa (Taula 4).

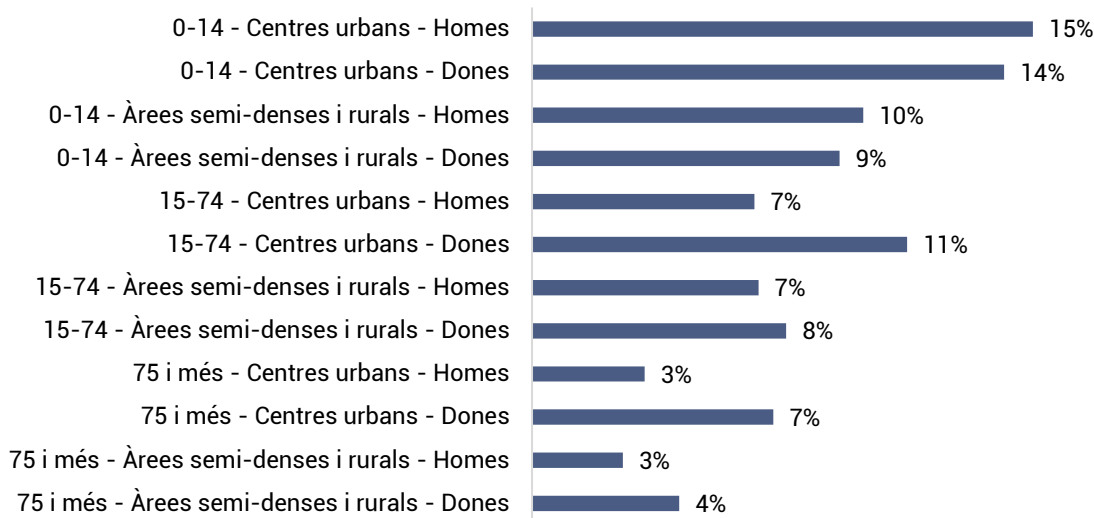
**Taula 4. Prevalença de necessitats de cures segons classe i gènere**

Classe social	Homes	Dones	Total
Alta	7,5%	8,9%	8,1%
Mitjana	10,4%	19,1%	15,2%
Baixa	14,5%	19,8%	17,1%

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'ESCA (2021).

La relació entre el factor edat, sexe i grau d'urbanització s'il·lustra en la Figura 1<sup>4</sup>, que presenta el pes de cada perfil sobre el total de persones amb necessitats de cures.

**Figura 1. Pes sobre el total de persones amb necessitats de cures segons perfil d'edat, sexe i grau d'urbanització.**



Font: elaboració pròpia a partir de dades del padró continu 2022 i l'ESCA 2021.

Destaca, en primer lloc, un major pes de necessitats de cures de la infància en les ciutats grans respecte els àrees semi-denses i rurals, tant per nens com nenes. Les diferències

<sup>4</sup> No es poden aplicar les prevalences per classe social per no comprometre la representativitat de les dades.

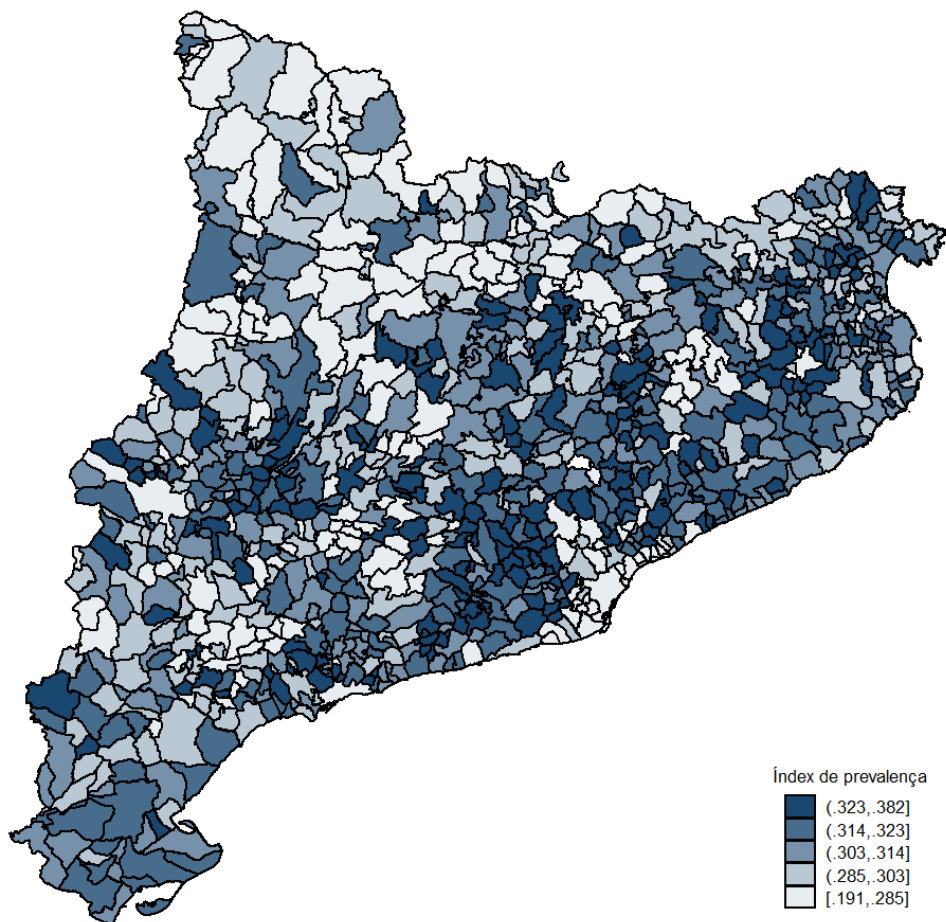
urbà-rural no són tant pronunciades en cap altre grup d'edat. En segon lloc, un major pes de les dones amb necessitats de cures respecte els homes en les centres urbans, que és 4 punts percentuals major tant en la població adulta com en la vellesa. Aquesta distància és només d'un punt percentual en les ciutats mitjanes i les àrees rurals.

Combinar les dades de prevalença i població permet, d'acord amb la prevalença de cada grup, quantificar quantes persones tenen necessitats de cures i, per tant, dimensionar-les.

#### **4.1.1. Índex a nivell de municipi i comarca**

Per tal de poder identificar en quins territoris hi ha més població amb necessitats de cures es presenta la prevalença desagregada a escala municipal i comarcal. A escala municipal observem que la prevalença de persones amb necessitats de cures físiques se situa en una forquilla del 19,1% al 38,2%, essent la prevalença més elevada al Juià (Gironès) i menys elevada a la Granera (Moianès - Barcelona). La majoria de municipis tenen una prevalença d'entre el 28,1% i el 32,9% i només 28 municipis se situen per sota del 25,0%. La Figura 2 il·lustra la prevalença per cada municipi marcant amb blau més fosc aquells municipis amb una prevalença més alta.

Figura 2. Mapa de prevalença de necessitats de cures per municipis



Font: elaboració pròpia a partir de dades del padró continu 2022 i l'ESCA 2021.

La desagregació territorial emfatitza la major prevalença en àrees semi-denses i els municipis rurals, tot i que s'observa bastanta heterogeneïtat pel conjunt del territori.

Per tal de mostrar la informació de manera més sintètica i poder explorar el pes relatiu de cada perfil sobre la prevalença total del territori **s'ha agregat la prevalença dels municipis en comarques**. La mitjana de prevalença per comarca s'ha calculat sumant tota la població amb necessitats de cures dels municipis de la comarca i dividint pel conjunt de població de la comarca. La mitjana de prevalença de necessitats de cures per comarca és del 30,6%, i se situa en una forquilla del 26,3% al 32,5%, essent més elevada al Pla de l'Estany i la menys elevada al Barcelonès. La Taula 5 mostra la prevalença per cada comarca en ordre descendent.

Taula 5. Prevalença de necessitats de cures per comarca.

Comarca	Prevalença
Pla de l'Estany	32,5%
Alt Penedès	32,4%
Pla d'Urgell	32,3%



Comarca	Prevalença
Urgell	32,0%
Osona	32,0%
Segarra	31,8%
Montsià	31,6%
Alt Camp	31,6%
Baix Penedès	31,6%
Garrotxa	31,6%
Moianès	31,5%
Solsonès	31,5%
Alt Empordà	31,5%
Baix Ebre	31,4%
Noguera	31,4%
Terra Alta	31,4%
Garrigues	31,3%
Conca de Barberà	31,3%
Selva	31,2%
Baix Empordà	31,1%
Berguedà	31,0%
Ripollès	30,6%
Pallars Jussà	30,6%
Anoia	30,5%
Vallès Oriental	30,5%
Alt Urgell	30,4%
Priorat	30,4%
Ribera d'Ebre	30,3%
Bages	30,1%
Baix Camp	30,1%
Cerdanya	29,9%
Lluçanès	29,9%
Gironès	29,7%
Tarragonès	29,6%
Alta Ribagorça	29,5%
Pallars Sobirà	29,5%
Garraf	29,5%
Maresme	29,5%

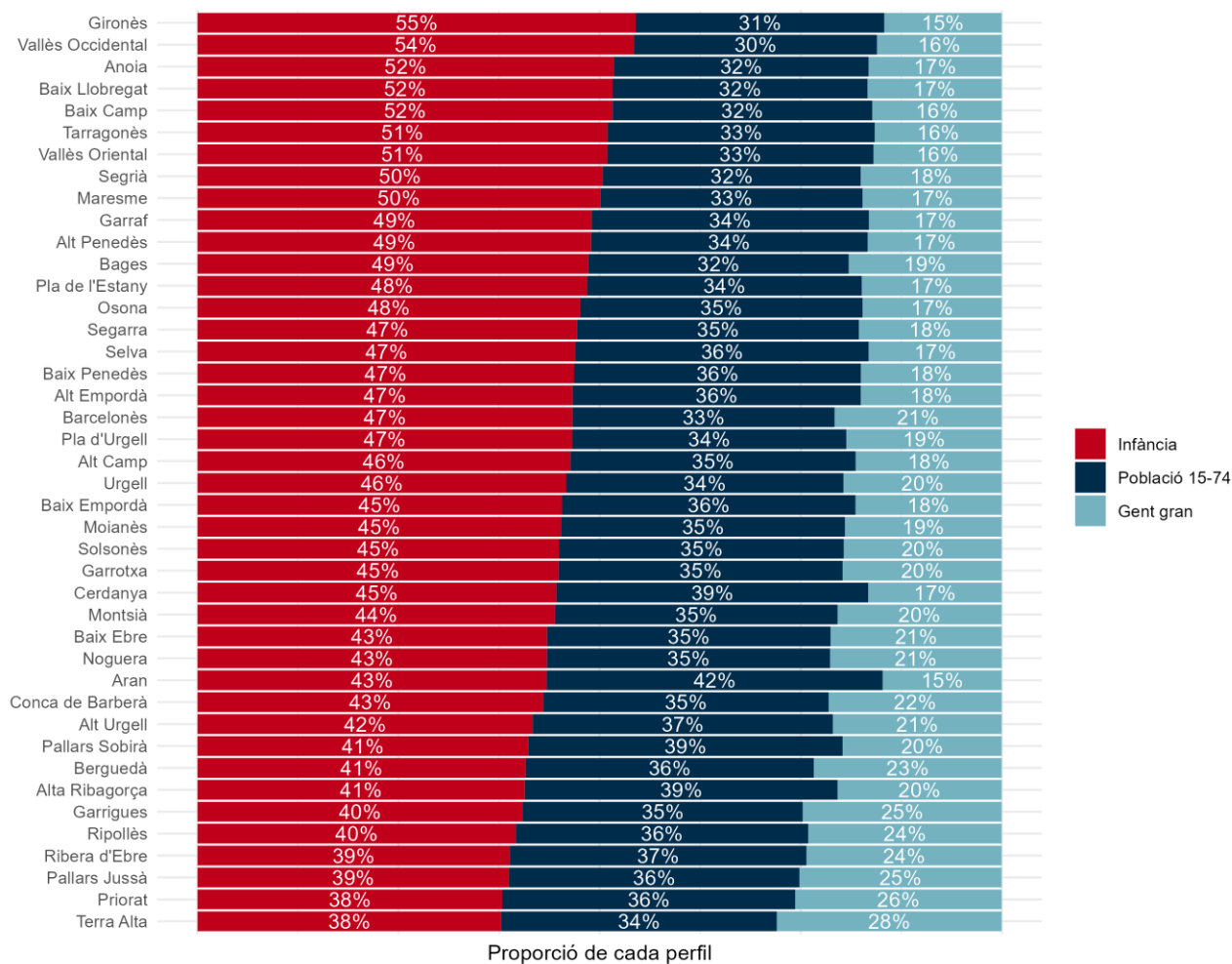
Comarca	Prevalença
Baix Llobregat	29,4%
Segrià	29,1%
Vallès Occidental	29,0%
Aran	28,6%
Barcelonès	26,3%

Font: elaboració pròpia a partir de dades del padró continu 2022 i ESCA 2021

En aquest cas, destaca una prevalença més elevada de necessitats de cures a les Comarques del Pla de l'Estany, l'Alt Penedès i el Pla d'Urgell, en els tres casos per sobre del 32%, i una prevalença inferior en les comarques del Vallès Occidental, l'Aran i el Barcelonès, amb prevalences inferiors al 29%. Tanmateix, destaca que, a excepció del Barcelonès, amb una prevalença del 26,3%, les comarques tenen un prevalença de necessitats de cures bastant similar, que se situa entre el 29 i el 32% de la població de la comarca.

Adicionalment, s'ha analitzat la proporció que representa cada etapa del cicle de vida sobre la prevalença total de la comarca (Figura 3), i s'han ordenat les comarques en funció del pes relatiu de la infància (població 0-14). Tal com s'observa a la Figura 3, per a totes les comarques el pes més elevat és la infància, que varia entre un 55% i un 38%, essent més elevada al Gironès i menys elevada a la Terra Alta. Pel que fa la població adulta, la proporció varia entre el 42% i 30%, essent la més elevada a l'Aran i la menys elevada al Vallès Occidental. Finalment, pel que fa la població de 75 anys o més la proporció varia entre 28% i 15% i és més elevada a la Terra Alta i menys elevada al Gironès.

**Figura 3. Proporció relativa de cada perfil sobre la prevalença de la comarca**



Font: elaboració pròpia a partir de dades del padró continu 2022 i ESCA 2021.

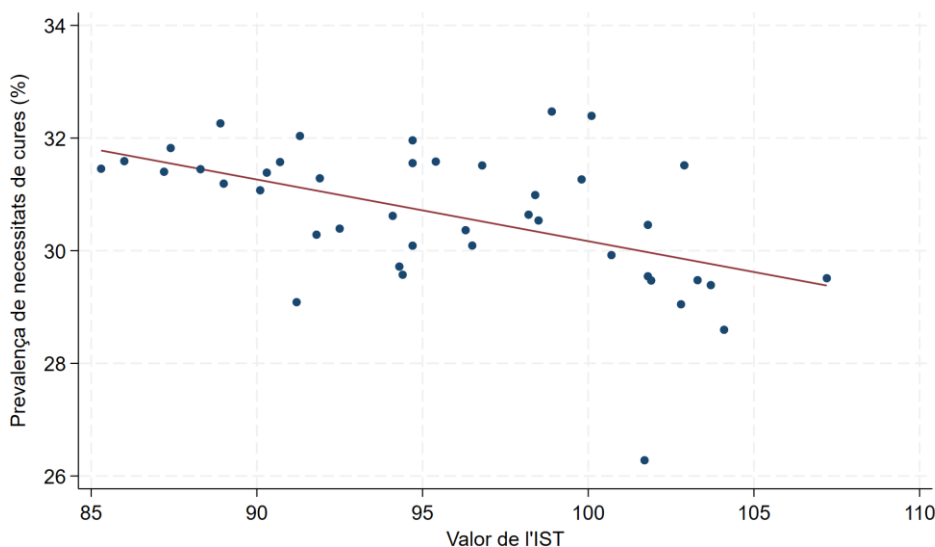
En general, hi ha heterogeneïtat entre comarques pel que fa a quin grup d'edat té més pes sobre el conjunt de la prevalença. Aquesta varietat territorial està relacionada amb l'estructura demogràfica dels territoris i el grau d'urbanització dels municipis, així com amb la relació entre aquests dos factors.

Per tal d'explorar una mica més quins factors socioeconòmics de la comarca es relacionen amb la prevalença de les necessitats de cura s'ha analitzat la relació entre la prevalença de necessitats de cures al territori i l'Índex Socioeconòmic Territorial (IST), un índex sintètic publicat per l'IDESCAT que resumeix en un únic valor diverses característiques socioeconòmiques de la població del territori<sup>5</sup>. L'anàlisi constata que quan una comarca o municipi té una proporció major de la població amb necessitats de

<sup>5</sup> L'índex concentra la informació de 6 indicadors sectorials: població ocupada, treballadors de baixa qualificació, població amb estudis baixos, població jove sense estudis postobligatoris, estrangers de països de renda baixa o mitjana i renda mitjana per persona.

cures, té un valor més baix en l'IST, indicant-ne un desenvolupament socioeconòmic comparativament pitjor que en altres territoris (Figura 4). Concretament, la correlació entre la prevalença i el valor de l'índex és de  $-0.51$  i, per tant, indica que el desenvolupament socioeconòmic de la comarca i les necessitats de cures podrien estar inversament relacionades. Tanmateix, s'ha revisat la correlació entre les necessitats de cures per cada grup (infància, població adulta i vellesa) i l'IST i no s'observa cap correlació destacada.

**Figura 4. Relació entre la prevalença de necessitats de cures i l'IST per comarques**



Font: elaboració pròpia a partir de dades d'Idescat, del padró continu 2022 i ESCA 2021.

En síntesi, l'anàlisi de l'índex de prevalença a Catalunya indica que, de mitjana, el 29% de la població de Catalunya té necessitats de cures físiques i, per tant, hi ha necessitat d'impulsar polítiques i programes per abordar-les, atenent a les especificitats de cada perfil. La prevalença varia entre municipis però sempre se situa per sobre del 19% de la població, per tant, les necessitats de cures són destacades pel conjunt del territori.

La distinció per perfil fa evident que calen polítiques i programes dirigits especialment a infància, que representa la proporció més gran de població amb potencials necessitats de cures. Per a la població adulta i la gent gran la prevalença també es destaca. Les dades de prevalença per perfil fan evident que és molt més habitual tenir necessitats de cures en la vellesa; tanmateix les dades de l'índex contribueixen a fer visible que el volum de població d'entre 15-74 anys amb necessitats de cures també és rellevant. En general, els resultats posen de manifest que les necessitats de suport de cura han d'anar més enllà de la primera infància (0-3) i la vellesa (75 anys o més) i que les cures, en clar

reflex del caràcter inherent de la vulnerabilitat humana, són una necessitat universal i present al llarg de tot el cicle de vida.

En clau de gènere destaca que les necessitats de cures són més habituals entre les dones grans, especialment en l'àmbit rural, i per tant, caldria pensar en mecanismes i/o intervencions ajustades a aquest perfil. Addicionalment, el dimensionament permet constatar que no són un col·lectiu molt nombrós (són 267.000 dones que representen el 3% de les persones amb necessitats de cures a Catalunya, 166.000 en ciutats grans i 101.000 en àrees semi-denses i rurals), per tant, es podrien pensar accions específiques focalitzades per a aquests perfils.

L'anàlisi desagregada a escala municipal i comarcal permet constatar certa heterogeneïtat territorial, especialment si es considera la prevalença a escala municipal i segons els diferents perfils. Les diferències entre territoris estan relacionades amb l'estructura demogràfica dels municipis i comarques i el grau d'urbanització. Es constata una variació significativa en l'índex de prevalença a escala municipal pel que fa al grau de necessitat de cures. A escala comarcal, la variació entre comarques és menys destacada, però hi ha variabilitat pel que fa a la rellevància de cada perfil en relació al col·lectiu amb necessitats de cura majoritari. Un exemple il·lustratiu d'aquesta qüestió són les diferències entre el Ripollès i el Pallars Jussà front l'Anoia i el Vallès Oriental. Les comarques tenen una prevalença de necessitats de cures molt similar, del 30,6% de la població de la comarca en els dos primers casos i del 30,5% en els dos següents. No obstant això, el pes relatiu de cada perfil varia: mentre que en el Ripollès, el Pallars Jussà el nombre de persones adultes i gent gran amb necessitats de cures és destacat (38% i 24% enfront del total de persones amb necessitats de cures) a l'Anoia i el Vallès Occidental, el perfil que més contribueix a la prevalença de la comarca és la infància (un 52 i 51% respectivament front el 32 i 17% de la població adulta i la gent gran). Aquests resultats apunten al fet que és rellevant considerar la prevalença total però també revisar la seva composició per perfils per tal d'intervenir de manera adequada i ajustar les intervencions al perfil de població que requereix suport.

En definitiva, l'anàlisi de prevalença apunta que les necessitats de cures són presents al llarg del cicle de vida. A nivell territorial, les necessitats de cura de la població estan directament relacionades amb l'estructura de la població i amb les variacions de la mateixa territorialment i també amb el grau d'urbanització dels territoris. Addicionalment, les dades apunten al fet que la prevalença de necessitats de cures varia entre territoris i el grup que més en genera també, quelcom rellevant per definir on i de quina manera cal intervenir.

## **4.2. Necessitats de cures emocionals**

Com detallàvem a l'apartat 2.1, les necessitats de cures emocionals són aquelles que sostenen la dimensió psicològica i afectiva de les persones; per exemple: ser escoltada i tinguda en compte, rebre afecte, consol o suport en la gestió de conflictes. Tal com s'ha explicat, es considera que el total de la població les té, independentment de l'edat. Tanmateix, algunes situacions intensifiquen les necessitats de cura emocional. D'una banda, pel que fa al cicle de vida, en la infància i l'adolescència es succeeixen diferents tipus de necessitats d'acompanyament emocional al desenvolupament que són molt intenses. En aquest sentit, es pot considerar que el total de la població infantil i adolescent té una necessitat intensa de cura emocional. Tanmateix, també durant l'adulthood i a vellesa hi ha situacions de malestar que poden intensificar la necessitat de suport emocional.

El repte clau en la identificació de les necessitats emocionals és la informació disponible. Per infància, hi ha molt poques fonts d'informació que visualitzin aquestes necessitats. Per adulthood i gent gran, els indicadors de salut mental i de benestar/malestar emocional de l'ESCA permeten visualitzar aquestes situacions específiques. A continuació oferim una descripció general de les necessitats de cures emocionals en l'adolescència i en l'adulthood a partir de diverses dades de fonts secundàries i informes que analitzen aquestes qüestions.

### **4.2.1. Necessitats emocionals d'infants i adolescents**

En els últims anys, la literatura i algunes enquestes específiques apunten a un augment important de les necessitats de cures emocionals entre els infants i adolescents, que ja són de partida intenses. L'adolescència és una etapa de la vida amb necessitats de suport emocional molt concretes. Per a López Sánchez (2015) des del punt de vista mental, més enllà dels símptomes psiquiàtrics, hi ha dos problemes freqüents a l'adolescència: el fracàs escolar i la manca d'una interpretació positiva del sentit i les possibilitats de la vida. Des del punt de vista afectiu i social són molt freqüents els patiments de soledat, frustració, inseguretats emocional i interpersonal. La necessitat de contacte i vinculació afectiva amb cuidadors incondicionals és totalment essencial.

Un altre problema social estructural molt rellevant a la nostra societat és la manca de participació dels adolescents en la presa de decisions que els afecten, dins de la família, l'escola i la societat. Pel que fa als trastorns mentals i emocionals, aquests són freqüents durant l'adolescència. Segons l'OMS (2021) un 3,6% dels infants o adolescents entre 10 i 14 anys pateix un trastorn d'ansietat, així com un 4,6% dels de 15 a 19 anys. El trastorn

per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH) afecta el 3,1% dels infants o adolescents entre 10 i 14 anys i el 2,4% d'entre 15 i 19 anys. Pel que fa al trastorn disocial (amb símptomes de comportament destructiu o deafiador), es produeix en el 3,6% dels infants o adolescents entre 10 i 14 anys i en el 2,4% dels de 15 a 19 anys. El suïcidi és la quarta causa de mort entre els adolescents grans (15 a 19 anys).

Per la seva banda, UNICEF (2022) alerta que a Espanya el 20,8% dels infants i adolescents d'entre 10 i 19 anys té problemes de salut mental diagnosticats, una dada que contrasta amb la de la UE (16,3%) i amb la de nivell global (13,2%). S'han identificat diversos factors socials que estan impactant de forma negativa en la salut mental dels i les adolescents. Primer, cal destacar models de relacions familiars i entre iguals que es caracteritzen per l'abandonament emocional, un fenomen que afecta de forma creixent a totes les classes socials i que és difícil d'identificar. Segon, els condicionants estructurals com l'atomització social, la privatització de les relacions i dels espais, i l'individualisme que accentua una mala convivència entre iguals, la generalització de l'ús de pantalles i xarxes socials entre infants i adolescents, l'assetjament o els conflictes creixents entre grups. Així mateix, els darrers anys emergeixen forts sentiments d'incertesa i precarietat en la població més jove, generats per fenòmens de gran magnitud com l'emergència climàtica o la pandèmia de la COVID19, produint estrès, angoixa i comportaments antisocials (veure Ortiz de Villate et al., 2023).

En aquets sentit, l'impacte de la pandèmia de la COVID19 en la salut mental d'infants i adolescents ha estat evident. El Grup de Treball Multidisciplinar en Salut Mental en la Infància i l'Adolescència (2022) assenyala el confinament i les mesures posteriors de restricció com a detonants d'aquest empitjorament. La Societat Espanyola d'Urgències Pediàtriques (SEUP) va analitzar els diagnòstics relacionats amb trastorns mentals a les unitats d'urgències pediàtriques entre març del 2019 i març del 2021. Globalment, els diagnòstics relacionats amb trastorns mentals a les unitats pediàtriques van augmentar un 10%. Els diagnòstics que més es van incrementar van ser "intoxicació no accidental per fàrmacs" (122%), "suïcidi, intent de suïcidi o ideació autolítica" (56%), "trastorn de conducta alimentària" (40%), "depressió" (19%) i "crisi d'agresivitat" (10%) (López, 2015).

A Catalunya, segons dades de l'ESCA 2022, el 7,4% dels infants de 4 a 14 anys té probabilitat de tenir un problema de salut mental. La tendència era creixent des del 2014-2015, quan la proporció era notablement inferior (del 4,2%) i es va accentuar especialment entre 2019 i 2020, on va arribar a 10,6% dels infants. Des de llavors ha disminuït lleugerament, però continua per sobre dels nivells pre-pandèmia. Es troben

diferències bastant rellevants per gènere: en tota la sèrie temporal hi ha més nens que nenes amb probabilitat de tenir un problema de salut mental (exceptuant el 2019-2020) però la distància ha augmentat i és 3,2 punts percentuals major pels nens el 2021-2022. Les diferències encara són més rellevants segons classe social i nivell d'estudis: els problemes de salut mental són més freqüents entre els nens i nenes de la classe social menys afavorida (9,3% respecte el 4,2% en classe social més afavorida) i entre els nens i nenes amb progenitors amb estudis secundaris (9,1%, respecte el 4,7% dels fills de progenitors amb estudis universitaris (Schiaffino A.; Medina A.; 2022).

#### 4.2.2. Necessitats emocionals en l'adulthood i vellesa

Amb l'objectiu d'oferir una imatge general de les necessitats emocionals de cures a Catalunya per les persones adultes, s'han explorat diverses fonts i indicadors. A partir de dades de l'ESCA (2021) s'analitzen l'índex de depressió (PHQ8)<sup>6</sup> i l'escala de benestar mental (WEMWBS)<sup>7</sup>. Segons aquestes variables, el 22% de la població catalana de més de 15 anys té depressió i un 22,5% de la població es troba en una situació de malestar emocional. Aquestes dades evidencien que les necessitats de cures emocionals són bastant destacades i s'han de considerar a l'hora de desenvolupar serveis de cures. En general, però, aquests trastorns varien destacadament segons l'edat i també segons el gènere.

La Figura 5 desagrega els dos indicadors de necessitats emocionals per gènere. Com s'observa, les situacions associades a necessitats de cures emocionals són bastant més rellevants en les dones que en els homes. Les dones reporten un major malestar que els homes en tots els indicadors. Tanmateix, aquestes diferències poden tenir també un biaix per raó de gènere, en el sentit que els malestors emocionals de les dones es patologitzen més, mentre que els dels homes poden passar més desapercibuts ja que els homes tendeixen a no reconèixer problemes de salut mental o malestar emocional fins que es troben en estats més avançats.

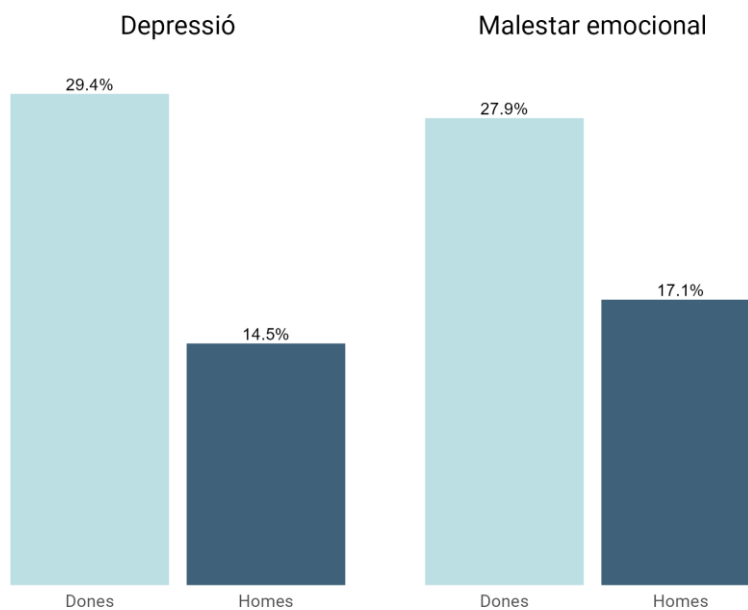
---

<sup>6</sup> Es tracta d'una escala de l'1 (Sense depressió) al 5 (Depressió greu). Es re-categoritza a depressió sí (si la persona té depressió lleu o superior, índex  $\geq 2$ ) o no (si la persona no té depressió, índex=1)

<sup>7</sup> Es tracta d'un instrument d'avaluació del benestar psicoafectiu en base a catorze preguntes que pren valors entre 14 i 70 punts. Es re-categoritza a malestar emocional sí ( $\leq 53$  punts) o no ( $>53$  punts).



Figura 5. Necessitats emocionals (depressió i malestar emocional) segons gènere.



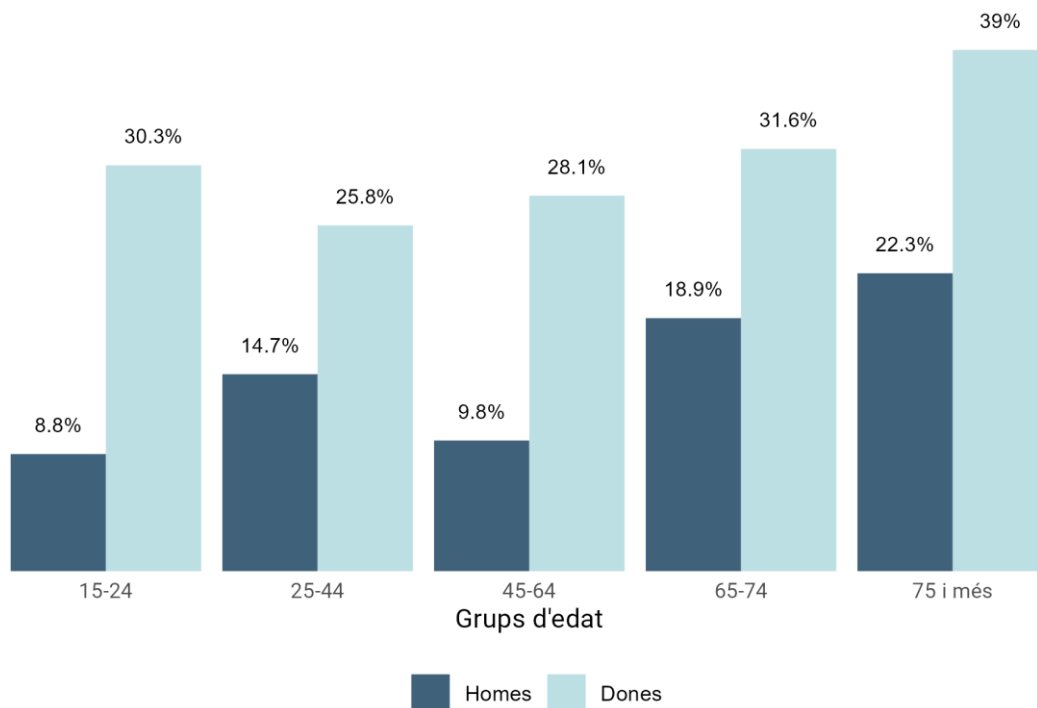
Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'ESCA 2021.

Les dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona (2021) reforcen parcialment aquests resultats. A Barcelona, el mal estat de salut mental és superior entre els joves de 16 a 24 anys i per a les persones amb 75 o més anys. Així mateix, s'observen diferències rellevants per gènere, essent superior en les dones (del 31,5% vers 21,6%). Les diferències de gènere es mantenen per totes les etapes del cicle de vida. Pel que fa al consum de fàrmacs, s'observa que va creixent de manera rellevant amb l'edat i també que es van accentuant les diferències de gènere. Entre els 16 i 24 anys un 8,35% de la població en consumeix, i el consum és superior entre els homes (9,9 vers 6,7%). A partir dels 45 anys augmenta molt la proporció de població que en consumeix i el consum entre dones quasi duplica el dels homes (un 25,2% de les dones i un 13,7% dels homes). En les etapes posteriors, el consum creix i s'accentuen les diferències de gènere, entre la població de 75 anys i més un 46,5% de les dones consumeix psicofàrmacs, davant un 24% dels homes. Com ja s'ha assenyalat, aquestes diferències no s'expliquen únicament per la prevalença més gran de problemes de salut mental entre les dones, sinó per la medicalització de la seva salut i una menor expressió per part dels homes dels seus problemes de salut mental resultant possiblement d'una menor acceptabilitat social dels mateixos.

Analitzant més a fons els indicadors de necessitats emocionals de l'ESCA, observem diferències en termes d'edat, classe social i nivell d'estudis. Pel que fa l'edat, la Figura 6 mostra el percentatge de persones diagnosticades amb depressió segons l'escala PHQB per sexe i edat. Com s'observa, la depressió és més freqüent entre les dones i a més va

creixent al llarg del cicle de vida, essent més prevalent entre la població de 75 anys i més, tan per als homes com per a les dones.

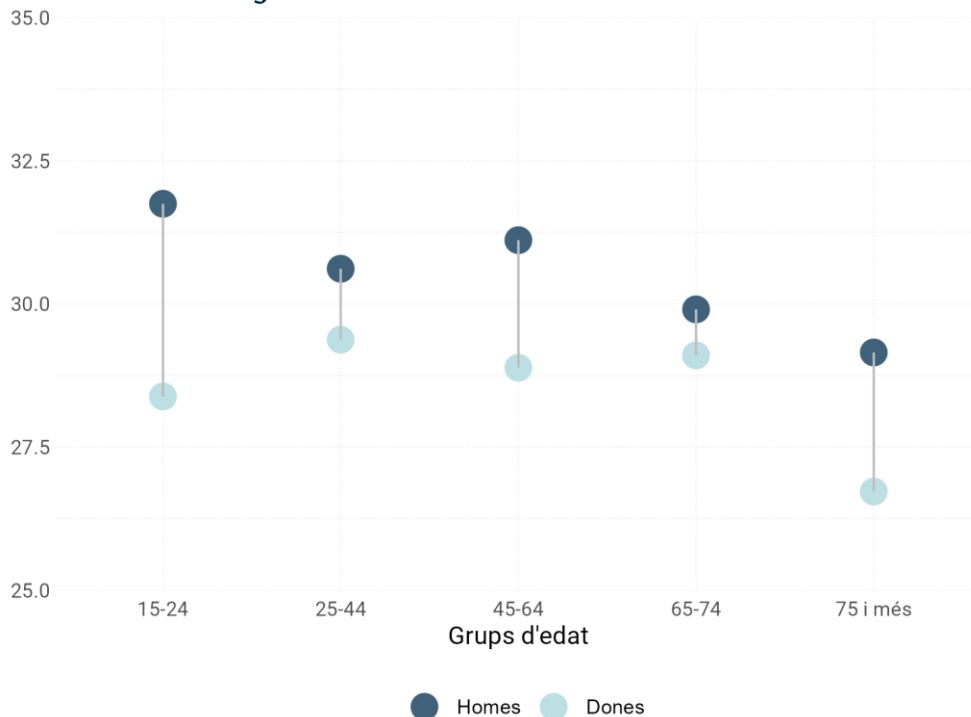
**Figura 6. Depressió segons gènere i edat**



Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'ESCA 2021.

La mateixa dinàmica s'observa en la Figura 7, on es mostra la puntuació obtinguda en l'escala de benestar mental (WEMWBS) segons sexe i edat. S'observa un major malestar mental (menys puntuació en l'escala de benestar) entre les dones en general i especialment entre les dones més grans i també les més joves.

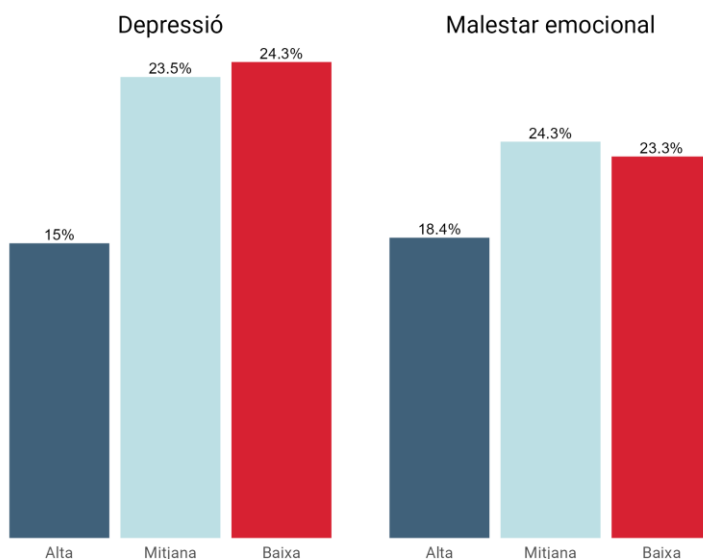
**Figura 7. Benestar emocional segons sexe i edat.**



Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'ESCA 2021.

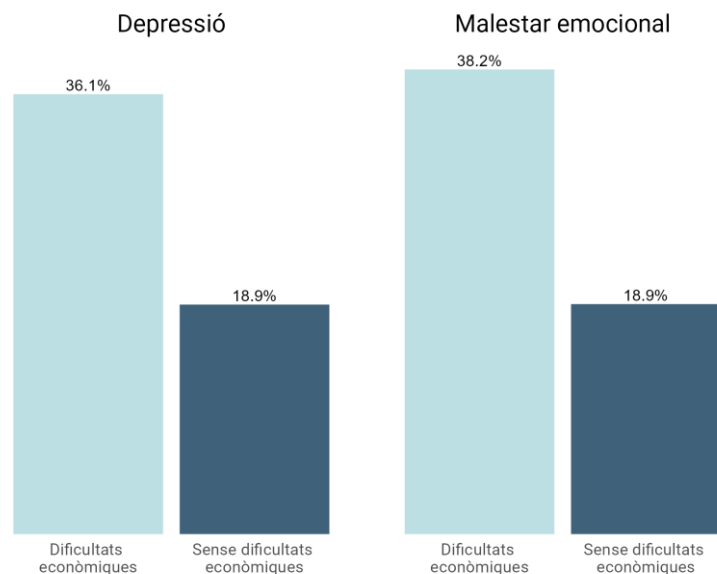
Així mateix, observem diferències per classe social i segons el nivell socioeconòmic de la llar. Tant si considerem la classe social de la llar (Figura 8), on les classes altes semblen ser les que estan més protegides contra la depressió i el malestar emocional, com si comparem les llars que tenen dificultats econòmiques amb les que no (Figura 9), les diferències es mantenen més o menys constants per a totes les edats, tot i que en general s'accentuen per a la gent major de 75 anys.

**Figura 8. Necessitats emocionals segons classe social.**



Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'ESCA 2021.

**Figura 9. Necessitats emocionals segons situació econòmica de la llar.**



Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'ESCA 2021.

En definitiva, pel que fa a les necessitats emocionals es constata una prevalença rellevant al llarg de totes les etapes del cicle de vida, però més variabilitat segons edat, essent especialment destacades per a les persones entre 15 i 24 anys i per a les persones de 75 anys o més. Els indicadors també apunten que les dones i les persones amb dificultats econòmiques tenen més necessitats de cures emocionals. Els tipus de necessitats emocionals prenen diferents formes segons l'etapa del cicle de vida: per als joves les necessitats de suport emocional emergeixen per manca d'expectatives, oportunitats i suport social; per a la gent gran, i especialment les persones de 75 anys o més, prenen forma de trastorns depressius i consum de fàrmacs. Addicionalment, la literatura i veus expertes apunten a un creixement rellevant en els darrers anys de les necessitats de cures emocionals entre els joves.

Cal destacar que si bé hem presentat les necessitats de cures físiques i emocionals de manera separada, més enllà d'aquelles situacions en què la font primària de necessitat sigui un malestar emocional, les cures físiques comporten també una cura emocional, fent-les en gran part indistingibles. En aquest sentit, sempre que existeix una atenció a les necessitats de les persones hi ha una dimensió emocional intrínseca a la relació de cures. És a dir, quan una persona rep ajuda per menjar o vestir-se l'ha de rebre des del respecte, l'escolta i el reconeixement, de manera que quan sorgeix una necessitat de suport físic es dona simultàniament una necessitat de suport emocional. En aquest sentit, quan estem mostrant una determinada necessitat de cura física no podem deixar de banda que aquesta inclou sempre la dimensió relacional i emocional.

En síntesi, s'ha constatat que les necessitats de cures emocionals són permanents al llarg de la vida, tot i que el tipus de necessitats varien. Les dades sobre necessitats de cures emocionals per a Catalunya apunten en dues direccions. D'una banda, indiquen que les necessitats de cures emocionals són destacades per al conjunt de la població de Catalunya i, per tant, que cal pensar en mecanismes, programes i polítiques per abordar-les, especialment entre els i les joves i les persones de 75 anys o més. D'altra banda, l'exploració d'indicadors constata que la informació per a aquest tipus de necessitats és limitada per a l'adulthood i la vellesa i gairebé inexistent per a la infància. En aquest sentit, per obtenir un millor dimensionament de les necessitats emocionals cal ampliar la informació disponible per a tots els perfils i aconseguir una aproximació exhaustiva per territori.

## **5. Provisió de cures: esferes, famílies i sector públic**

A l'apartat anterior hem identificat quins són els perfils amb més necessitats de cures i les hem dimensionat, identificant el volum de persones amb necessitats de cures per cada perfil a Catalunya i a escala comarcal i municipal. En una avaluació de necessitats, a banda d'identificar i dimensionar la problemàtica, en aquest cas les necessitats de cures, s'ha d'explorar de quina manera s'adreça i de quins recursos es disposa per donar-hi resposta. Les seccions següents exploren aquestes qüestions. En primer lloc, es descriuen les quatre esferes de provisió de cures (famílies, sector públic, mercat i sector no lucratiu) i s'explica en què consisteix i com es caracteritza la provisió en cada una d'aquestes esferes (secció 5.1). En segon lloc, s'analitza amb més profunditat la forma que pren la provisió de cures des de les famílies (secció 5.2) i des dels principals serveis del sector públic (secció 5.3).

### **5.1. Esferes de provisió de cures**

El conjunt d'espais socials on es resolen les necessitats de cura són la família, les polítiques públiques, el mercat i el sector no lucratiu. Razavi (2007) va anomenar diamant de la cura aquest conjunt d'espais, facilitant visualitzar el mapa complet de qui i a on s'assumeix la resolució de les cures a la nostra societat. Cadascun dels quatre vèrtexs del diamant té unes peculiaritats i atendre les necessitats de cura des d'un o l'altre té implicacions diferents tant per les persones amb necessitats de cures com per les persones cuidadores. L'Estat espanyol, com altres països del Sud d'Europa, té un model de provisió de cures molt familista que es caracteritza per un rol central de la família i una participació dèbil del sector públic. Això té diverses implicacions: d'una banda, a petita escala i on hi ha teixit comunitari, es desenvolupen iniciatives comunitàries arrelades a les necessitats específiques dels territoris. D'altra banda, les famílies tendeixen a l'externalització de treball domèstic i de cures i, per tant, a la seva mercantilització, que sol recaure en dones migrants.

Els estudis acadèmics de les polítiques socials han invisibilitzat la importància històrica de la família en la provisió de cures. Tanmateix, mentre que les anàlisis de l'Estat del benestar d'inicis de la dècada dels anys norantes van tipificar els diferents règims de benestar en funció de la seva capacitat desmercantilitzadora i estratificadora (Esping-Andersen, 1990), des dels estudis de gènere sobre protecció social es va començar a reivindicar uns anys més tard la necessitat d'analitzar i visibilitzar en quina mesura les polítiques socials i els estats de benestar promouen processos de desfamiliarització pel que fa a la provisió de benestar. D'aquesta manera, es va posar el concepte de cura en el

centre d'anàlisi (McLaughlin i Glendinning, 1994; Lewis, 1997) i es va començar a preguntar sobre com es reparteixen les cures entre l'Estat, les famílies, els mercats i la societat civil (Anttonen i Sipilä, 1996; Daly i Lewis, 2000; Leitner, 2003; Bettio i Plantenga, 2004; Lyon i Glucksman, 2008; Martín Palomo, 2008, 2014; Martínez Buján, 2010). Dit d'una altra manera, en comptes d'examinar exclusivament el vincle existent entre les polítiques públiques i el mercat, aquestes autores amplien el camp d'anàlisi per comprendre les relacions multidireccionals presents entre el mercat, les polítiques públiques i la família, i com aquestes es veuen articulades en diferents règims de cura.

Aquesta revisió de la tipificació inicial dels règims de benestar occidental per part d'Esping-Andersen contribueix a ubicar el sistema de benestar i espanyol en una tradició familista i assistencialista de responsabilitat individual- també anomenat de solidaritat familiar o de parentiu- en el marc del que ha vingut a denominar-se model mediterrani de règims de benestar (veure Esping-Andersen, 1990; Leitner, 2003; Salido i Moreno, 2007; Rodríguez Cabrero, 2007; Romero, Palomo i Rosado, 2010; Brullet, 2010; Martínez Buján, 2010; Moreno, 2012; Flaquer, Pfau-Effinger i Artiaga Leiras, 2014; Martín Palomo, 2014; Artiaga Leiras, 2015; Roca, 2017; Cano, 2018). Això significa que, com l'espanyol, el model català de política social dona per descomptada la autosuficiència de les llars en allò relatiu al suport material i les cures personals, que resulta en una política familiar poc proactiva i gairebé sense desenvolupar, així com en un model basat en la sobreexplotació dels recursos familiars, particularment aquells proporcionats per les dones.

### **5.1.1. Famílies**

La família assumeix una gran part de les cures quotidianes. Tot i que durant les darreres dècades hi ha hagut canvis importants en els models de família, en el nostre context, la presència de la família en la provisió de cures és molt pronunciada. La família és el centre de l'organització social de la cura. Això respon a una forta divisió entre les esferes pública i privada que col·loca les responsabilitats de cura a l'àmbit domèstic i familiar, invisibilitzant i naturalitzant aquestes activitats com a pròpies de les dones i tractant-les com quelcom privat i no polític (Ezquerria i De Eguia, 2020).

La familiarització de les cures no és únicament una qüestió cultural. El desenvolupament (o la manca) de polítiques socials i de benestar a l'Estat espanyol n'ha perpetuat l'assumpció privada i domèstica. A diferència d'altres drets fonamentals dels Estats de Benestar (la sanitat, l'educació i les pensions), no hi ha hagut una aposta

política i institucional forta per proveir d'una infraestructura pública significativa en el suport a les cures.

Adicionalment, la cura en l'àmbit familiar es caracteritza encara per la seva **feminització**. Les dones inverteixen més temps que els homes a la cura dins de la família i són normalment les encarregades de l'organització (Ezquerria i Fernández, 2023), assumint el que s'anomena la càrrega mental, és a dir, la demanda d'activitat cognoscitiva que comporta una tasca determinada i algunes de les seves variables són minuciositat, concentració, varietat de tasques, urgència de temes, complexitat, volum i velocitat (Ministerio de la Protección Social, 2008).

Pel que fa als efectes sobre les persones cuidades, rebre la cura en l'àmbit familiar reuneix molts elements que es valoren positivament. La familiaritat s'entén sovint com a sinònim de calidesa i intimitat, i moltes persones tenen com a preferència ser cuidades en aquest context. La majoria de persones grans, per exemple, volen ser cuidades a casa i també moltes famílies consideren que les criatures més petites han de ser cuidades per la família. Tanmateix, en aquest context les relacions de cura no sempre són les òptimes. La sobrecàrrega que pateixen moltes persones cuidadores pot interferir negativament també en les relacions de cura, on poden sorgir sentiments de culpa, ressentiment o sobreprotecció. D'altra banda, la capacitat d'una persona de decidir com vol ser cuidada pot entrar en conflicte amb les dinàmiques de les relacions al si de la família, posant en dubte el dret de les persones a decidir sobre qüestions bàsiques de la vida quotidiana relacionades amb les seves necessitats de cures.

Quan les necessitats de cura que es resolen dins el marc familiar són intenses, això genera diferents perjudicis sobre les persones cuidadores. Principalment, la cura genera una gran pobresa de temps que alimenta la pobresa econòmica de qui cuida, ja que fer-se càrrec d'una persona amb necessitats intenses redueix o elimina el temps disponible per al mercat laboral, així com per a la vida social, el descans, l'autocura o la participació política i comunitària (Ezquerria i Fernández, 2023). D'altra banda, la tasca cuidadora pot tenir un impacte negatiu sobre la salut física i mental de qui l'exerceix, generant diverses malalties, afectacions i situacions de malestar, així com provocant un increment de les necessitats de cura d'aquestes persones. Aquests efectes negatius de la cura sobre qui l'assumeix s'accentuen de forma notable quan una persona ho fa en solitari, com ara en el cas de les famílies monoparentals, o de forma intensiva, com és freqüent amb les famílies amb membres amb necessitats de cura de llarga durada. A més, la cura proveïda en l'àmbit familiar es caracteritza per la informalitat i, com a



resultat, per una major precarietat i invisibilització social que aquella realitzada en el sector formal, tant públic com mercantil.

Les famílies en la seva diversitat necessiten, al seu temps, de serveis i recursos diferents en funció de la seva realitat. Així, les polítiques pensades per a un prototip de família normatiu no són útils per al conjunt de la població. Per aquest motiu, més enllà de les necessitats individuals de suport que tenen les persones lligades al cicle de vida i a altres factors, és fonamental tenir en compte en quin tipus de família es dona aquesta necessitat i com això condiciona els serveis i recursos que seran més adients en cada cas.

## **5.1.2. Sector públic**

Des del sector públic es proveeixen cures molt diverses a la població, en funció de l'edat i de les necessitats específiques de les persones. A mesura que la família ha deixat de proveir íntegrament les cures i s'ha reduït l'acceptació social de la lògica caritativa, s'ha avançat en drets socials i han sorgit nous serveis i recursos públics. Alguns són institucions tradicionals, com escoles, hospitals o residències, que han anat adaptant-se a noves realitats socials i formes d'entendre l'acompanyament a les persones; i altres són recursos nous generats ad hoc per a necessitats concretes (com ara els espais familiars o l'oci inclusiu). Estem parlant, doncs, d'un ampli ventall de realitats.

En general, i en teoria, el sector públic és el que garanteix unes condicions de treball més dignes a les persones cuidadores. Tanmateix, tal com s'ha dit, la lògica d'externalització va en la direcció contrària. De la mateixa manera, la reducció de despesa pública en diferents serveis pot empitjorar les condicions laborals, com ha passat per exemple en l'educació i la sanitat públiques, així com en els serveis socials, arran de la gestió política de la crisi econòmica iniciada l'any 2008.

Pel que fa a les implicacions de la cura al sector públic sobre les persones cuidades, aquest té la capacitat de generar una cura de qualitat; però les mateixes lògiques que afecten a la baixa les condicions de treball tenen també un impacte negatiu sobre la qualitat de la cura. En recursos com ara les escoles bressol, els centres d'educació infantil i primària (CEIP) i els instituts d'educació secundària (IES), s'ha donat els darrers anys un retrocés en la capacitat d'atendre les necessitats de la infància i l'adolescència amb un augment de les ràtios. En altres recursos, la pressió assistencial és tan elevada que sovint tampoc s'està garantint una cura plenament satisfactòria.

### 5.1.3. Mercat

Les cures en l'àmbit mercantil han patit un creixement exponencial les darreres dècades en diferents fronts. D'una banda, la contractació de treball a la llar ha estat la solució que han trobat moltes famílies per resoldre necessitats de cura, especialment de persones grans, i també de cures indirectes, com ara la cura de la llar. D'altra banda, també hi ha un sector en expansió de serveis i recursos de cures privats (com ara residències per a gent gran o llars d'infants) que venen a donar resposta a un augment de les necessitats de cures a nivell social. Dins aquest sector, també hi ha moltes empreses i entitats que, a més de proveir directament serveis de cures, també proveeixen cures per a l'administració pública en el marc de serveis públics, donat que una part important del sistema públic de cures (els recursos de suport a la dependència) està basat en l'externalització dels serveis i en la privatització (veure Ezquerria & De Eguía, 2020).

Tot i que es donen realitats molt diferents, el treball de cures realitzat al mercat es caracteritza per la seva precarització en comparació amb la majoria de sectors laborals. En la pitjor situació es troba el treball a la llar, que presenta al seu temps casuístiques molt diferents. Aquí es donen les situacions de major vulneració de drets a les cuidadores, amb un índex d'informalitat del voltant d'un 30%, baixos salaris i jornades molt llargues en el cas del treball intern, arrossegant trets del treball de servitud propi d'altres èpoques.

Actualment, es tracta d'un nínxol laboral que ocupen majoritàriament dones d'origen migrant, en alguns casos en situació administrativa irregular, especialment, de nou, en les tipologies més precaritzades com el treball intern; mentre que les dones d'origen autòcton es troben sobretot al treball per hores (Gorfinkiel i Martínez-Buján, 2018). El canguratge d'infants és també un sector que es caracteritza per la informalitat, especialment quan no es dona de forma simultània a altres feines de cura a la llar. En millor situació pel que fa als seus drets es troben aquelles persones que treballen en serveis de cures gestionats per empreses públiques o privades. De totes maneres, aquest sector es caracteritza també per uns baixos salaris, una important càrrega de feina, una alta rotació, parcialitat i temporalitat. Les licitacions per a l'externalització de la gestió d'alguns serveis de cures comporten que les empreses busquin retallar despeses a costa de les condicions laborals (Ezquerria i Eguía, 2020).

D'aquesta manera, la cura en el mercat provoca situacions de pobresa i de vulnerabilització en les persones cuidadores professionals. Per exemple, a la ciutat de

Barcelona, l'any 2015, del conjunt de 3.503 treballadores que hi havia a la ciutat, 1.561 (44,6 %) tenien un contracte temporal; 2.665 (76,1 %) tenien un contracte a temps parcial; i 3.352 (95,7 %) guanyaven un sou inferior als 9,47 euros bruts/hora. Finalment, el 38,9 % del total patien precarietat laboral en forma d'un salari baix, un contracte temporal i una jornada parcial i, en clar contrast, únicament el 2,7 % del conjunt de la plantilla no patien cap tipus de precarietat (Ajuntament de Barcelona, 2016).

Pel que fa a les persones receptores de cures, el mercat ofereix múltiples opcions que depenen, en qualsevol cas, dels recursos econòmics dels quals es disposa. En aquest sentit, les persones que compten amb recursos suficients poden assolir una cura suficient i de qualitat. Tanmateix, això depèn sovint de trets personals de les treballadores de cures, ja que una part del mercat, sobretot l'informal, es caracteritza per la manca de requeriments formatius, allunyant aquests llocs de treball de la plena professionalització, i sovint relegant la qualitat de les cures a l'arbitrarietat.

#### **5.1.4. Sector no lucratiu**

El quart vèrtex del diamant de la cura reuneix tota una sèrie d'iniciatives no lucratives promogudes per la societat civil organitzada per a la provisió de les cures i amb graus molt dispars de formalitat. Aquí es troben les entitats del Tercer Sector d'Acció Social<sup>8</sup> i també l'Economia Social i Solidària<sup>9</sup>, incloses cooperatives, fundacions i associacions, així com totes les iniciatives informals que conformen la xarxa comunitària. Moltes d'aquestes entitats es troben a un punt entremig entre el mercat, la comunitat i el sector públic, ja que participen de les dinàmiques de licitació dels serveis públics externalitzats, concursant sovint amb una preeminència dels criteris econòmics que impacten negativament sobre les condicions laborals i també sobre la qualitat de la cura. Tanmateix, la seva naturalesa no lucrativa, així com la gestió democràtica de gran part d'aquestes entitats, a vegades poden actuar com a contrapès a favor de les persones

---

<sup>8</sup> Les entitats del Tercer Sector d'Acció Social són les organitzacions de caràcter privat, sorgides de la iniciativa ciutadana o social, sota diferents modalitats, que responen a criteris de solidaritat i de participació social, amb finalitats d'interès general i absència d'ànim de lucre, que impulsen el reconeixement i l'exercici dels drets civils, així com dels drets econòmics, socials o culturals de les persones i grups que pateixen condicions de vulnerabilitat o que es troben en risc d'exclusió social Llei 43/2015, de 9 de octubre, del Tercer Sector d'Acció Social (Art.2.1.).

<sup>9</sup> S'anomena economia social al conjunt de les activitats econòmiques i empresarials, que en l'àmbit privat duen a terme aquelles entitats que (...) persegueixen bé l'interès col·lectiu dels seus integrants, bé l'interès general econòmic o social, o tots dos. Llei 5/2011, de 29 de març, d'Economia Social (Art.2)

cuidadores i de les persones cuidades, que en ocasions formen part de les estructures de les pròpies entitats.

D'altra banda, hi ha les iniciatives comunitàries de menor escala, sorgides de les pròpies persones afectades, que s'agrupen i auto organitzen per donar resposta a necessitats de cura no cobertes per altres actors o institucions socials. Alguns exemples són els grups de criança, els espais de suport mutu o els bancs de temps. Es tracta d'un univers dispers i heterogeni de pràctiques i, per tant, resulta difícil fer-ne afirmacions genèriques. Tanmateix, a grans trets, el seu potencial es troba en generar un acompanyament de qualitat entre les persones, precisament perquè aquests espais no es guien per lògiques econòmiques i funcionen, en gran part, gràcies al treball voluntari de persones properes a les situacions de necessitats de cures i a la cerca del benestar col·lectiu. Dit això, per aquests mateixos motius, la seva capacitat de generar una ocupació de qualitat al sector de les cures, així com de sostenir els projectes comunitaris de cura en el temps, és molt reduïda (Keller, 2023).

## **5.2. Anàlisi de la provisió de cures per part de les famílies**

Tal com s'ha explicat, el nostre sistema de cures es caracteritza per la seva familiarització, una realitat que és alhora un distintiu cultural patriarcal així com el resultat d'unes polítiques públiques cegues al gènere que reproduïxen les desigualtats intrínseques al model. Entenem per model familista aquell en què la família és la principal responsable de la cura quotidiana de la població i en què els suports per part de les institucions públiques no busquen tant desplaçar el protagonisme de la família com complementar-lo amb altres serveis o recursos. Així mateix, en el model familista, l'externalització cap al mercat és habitual i s'entén en termes culturals com a indesitjada i com una opció que aflora només quan la família no pot assumir el seu rol de proveïdora.

En aquest apartat s'aporten dades sobre aquesta realitat en un doble vessant: primer es visibilitza en quina mesura la família és la proveïdora principal de cures i, segon, s'aporten dades sobre els suports que aquesta rep per part del sector públic. De forma transversal s'analitza la feminització de les cures que és consubstancial al model de família hetero patriarcal i que l'esforç per alleugerir la família mitjançant suports públics no aconsegueix transformar. Així, per revisar com es caracteritza la provisió de cures per part de les famílies a Catalunya, s'han analitzat diversos indicadors que aporten informació sobre en quina mesura i de quines maneres les famílies proveeixen

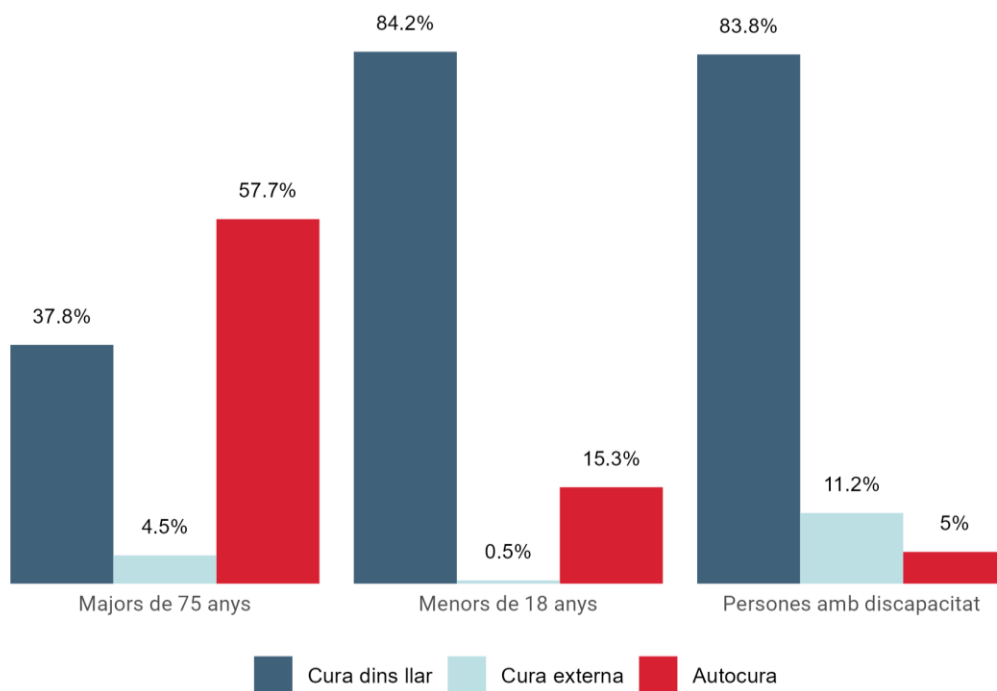
cures, de quins recursos disposen per cuidar i quins efectes té aquesta provisió en termes de divisió sexual del treball i desigualtat de gènere.

### 5.2.1. Familiarització de les cures

Segons dades de l'ESCA, la rellevància de les cures dins la família és molt destacada. A Catalunya 2,1 milions de persones viuen amb almenys un menor de 18 anys a la llar, 700.000 conviuen amb almenys una persona major de 75 anys i 600.000 amb almenys una persona amb discapacitat. Tal com s'ha descrit en aquest informe, totes elles són persones que poden requerir necessitats de cures més intenses, malgrat la variabilitat que hi ha dins cadascuna d'aquestes categories.

Una part d'aquestes persones (menors de 18 anys, persones amb discapacitat i majors de 75 anys) no requereix cap suport a la cura, però un 80% sí requereix algun tipus d'atenció, segons indiquen les persones amb qui conviuen. La necessitat de suport de cura varia segons perfil i és més destacada per a les persones amb discapacitat (del 95%) i els menors de 18 anys (del 84,7%) i inferior per les persones majors de 75 anys (del 42,7%). La Figura 10 descriu el tipus de provisió de cura per cada un d'aquests col·lectius i detalla si aquestes persones poden auto cuidar-se o si bé necessiten cures i en aquests casos, si la cura es proveeix dins la llar o externament.

**Figura 10. Tipus de provisió de cura segons col·lectiu**



Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'ESCA 2021.

De forma agregada, en els casos en què es requereix un suport, la provisió de la cura es fa en una majoria aclaparadora per part de la família (95%), i només de forma puntual amb un suport extern a la llar. De fet, segons un informe de l’OECD (2022), l’Estat Espanyol, juntament amb Itàlia, és dels països amb un percentatge de persones cuidadores que són familiars o coneguts de la persona cuidada més destacat, amb aproximadament un 15,3% de la població. Segons el mateix estudi, Espanya també és dels països on la provisió de cures és més intensa en hores, amb la majoria de persones cuidadores informals dedicant més de 20 hores a la setmana a les tasques de cures. Per tant, el rol de la família en la provisió de cures és molt rellevant.

Tanmateix, hi ha diferències significatives en funció dels col·lectius de persones amb necessitats intenses de cures (Taula 6). Així, en el cas dels menors de 18 anys l’assumpció per part de la família és pràcticament total (99,4%), mentre que quan la persona cuidada té alguna discapacitat o bé és una persona major de 75 anys, el suport extern es situa en un 11,8% i un 10,6% respectivament. Cal puntualitzar, però que en el cas dels menors de 18 anys l’educació dona resposta a necessitats de cures i és probable que sense aquest suport, la necessitat d’incorporar suport extern fos molt superior.

**Taula 6. Cura dins i fora de la llar segons perfil de la persona cuidada**

	Cura persona amb discapacitat a la llar	Cura menors 18 a la llar	Cura majors 75 a la llar
Cura dins llar	88,2%	99,4%	89,4%
Cura externa	11,8%	0,6%	10,6%

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l’ESCA 2021.

Dades de l’Enquesta de qüestions de gènere 2019 del Centre d’Estudis d’Opinió (CEO), també mostren que la proporció de tenir una persona contractada per atendre necessitats de cura varia segons la persona cuidada i és d’un 20,2% per atendre necessitats de cura de gen gran, malalts i dependents, d’un 16,6% de les llars té alguna persona contractada per ajudar en les tasques domèstiques i un 3,3% té alguna persona que l’ajuda en la cura dels fills i filles.

Aquest fet es relaciona amb diversos factors. D’una banda, amb la dificultat i el grau d’especialització que requereix cada tipus de cura i que és major en determinades situacions de discapacitat i/o dependència que presenten situacions complexes tant a nivell físic com cognitiu. En aquests casos el suport extern pot ser més necessari que en la cura de menors de 18 anys amb un desenvolupament i capacitats dins la norma. D’altra banda, la cura cap als infants, tot i la seva intensitat en determinats moments, es considera la més desitjada, pel que hi ha una menor predisposició a externalitzar-la.

S'han analitzat diferències segons classe social i situació econòmica de les llars i no hi ha diferències per cap dels perfils pel que fa a si la cura és interna o externa. Tanmateix, cal destacar que l'ESCA no inclou persones residents en centres de cura de llarga durada, on probablement l'efecte de classe o renda sigui més rellevant.

Adicionalment, algunes dades sobre ús de serveis per cura de menors de 18 anys ens ajuden a dimensionar el rol de la família en la provisió de cures. Segons dades del mòdul especial sobre conciliació laboral i familiar de l'EPA 2018, a Espanya el 17% de les persones que van cuidar de fills menors de 15 anys van utilitzar serveis de cura per a tots els seus fills. Per contra, el 83% no els van utilitzar, ja que van organitzar la cura dels fills sols o amb la seva parella (el 49,52%) o bé sols o amb l'ajuda d'avis, parents o amics (19,84%) (INE, 2019).

### **5.2.2. Treball productiu i reproductiu i divisió sexual del treball: absències i presències**

La nostra societat es basa en una profunda **diferenciació i separació entre l'esfera pública i la privada**, i entre allò productiu (el món laboral) i allò reproductiu (les tasques que fan possible la vida: menjar, dormir, atendre les malalties, criar, cuidar de persones dependents, etc.). Tot i que el món laboral i la continuïtat de tota la societat en el seu conjunt no seria possible sense les tasques de reproducció, no es fa visible la interdependència d'ambdues esferes i les dinàmiques del mercat laboral no tenen en compte ni s'adapten als requeriments de la cura. Precisament perquè les dues esferes són incompatibles però també indissociables, tant els indicadors de mercat de treball com els de treball domèstic i de cures ens aporten informació de necessitats de cures proveïdes per les famílies, de com es resolen i de qui se n'encarrega.

La diferenciació entre treball productiu i reproductiu té un fort biaix de gènere, en la mesura que la distribució de responsabilitats en el si de les famílies recau majoritàriament en les dones. El concepte **divisió sexual del treball** descriu la distribució del temps i les funcions del treball d'acord amb el sexe, per la qual cosa en general s'assigna als homes el treball productiu, remunerat i reconegut, propi de l'àmbit públic, i se subordina les dones a l'àmbit privat i a la realització del treball reproductiu no remunerat, infravalorat i que limita la seva participació en l'àmbit públic. Si bé en les darreres dècades les dones s'han incorporat massivament al mercat laboral formal, persisteixen dinàmiques pròpies de la divisió sexual del treball i les cures encara recauen majoritàriament en les dones. A continuació es revisen diversos indicadors de

mercat de treball i de treball domèstic i de cures amb l'objectiu de mostrar com les famílies i en concret les dones assumeixen responsabilitats de cures.

A Catalunya hi ha 1.071.800 homes en situació d'inactivitat i 1.426.100 dones, el que representa unes taxes d'inactivitat del 35% i el 43%, respectivament, segons dades de l'Enquesta de Població Activa de 2022 (INE). La diferència entre homes i dones és més pronunciada en aquelles franges d'edat en què apareixen els fills i filles (de 25 a 54 anys). De forma congruent, si analitzem el motiu d'inactivitat que donen les persones, trobem com un 17,9% declara fer-ho per dedicar-se a les feines de la llar. Però la proporció de dones inactives per a feines de la llar és del 26,7%, quatre vegades superior als homes (6,2%). Si bé per a les dones aquest és el segon motiu més freqüent per estar inactives després de la jubilació (motiu del 35% de les dones inactives), les feines de la llar són el tercer motiu més freqüent pels homes, després de la jubilació (58,9%) i ser estudiant (19,8%)<sup>10</sup>.

Paral·lelament, dades provinents d'Idescat indiquen que les dones que es troben en aquesta situació per tenir cura de terceres persones tripliquen els homes, el 36% de les dones inactives enfront el 10,1% dels homes inactius.

**Taula 7. Població inactiva per cura de terceres persones per sexe. 2022**

	Homes	Dones	Total
Catalunya	10,1%	36,2%	26,0%

Font: Idescat, a partir de l'Enquesta de població activa de l'INE.

L'assumpció de cures per part de les famílies i la feminització de les cures també és evident entre la població ocupada: la taxa de parcialitat és del 19% entre les dones i del 6% entre els homes, fent que les dones que es troben ocupades a temps parcial gairebé tripliquin els homes: 324.000 en front 118.000 (EPA, 2022). Els motius darrere la parcialitat que donen les persones tornen a revelar diferències en clau de responsabilitats de cures: entre les dones que treballen a temps parcial, el 5,4% afirmen fer-ho per la cura de fills i familiars i el 13% per altres motius familiars i personals, mentre que la proporció és del 3,3% i el 2,8% entre els homes, respectivament.

<sup>10</sup> La resta de motius d'inactivitat per les dones són la percepció d'una pensió diferent a la de jubilació (15,9%), els estudis (15,6%), la incapacitació laboral (3,9%) i d'altres (2,9%). La resta de motius d'inactivitat pels homes són la incapacitació laboral (5,2%), la percepció d'una pensió diferent a la de jubilació (4,8%) i d'altres (5,2%).



Segons dades de l'Enquesta de qüestions de gènere 2019 del Centre d'Estudis d'Opinió (CEO), la preferència pel temps parcial (menys de 30h a la setmana) té com a principal motiu per a les dones la cura de les filles i fills, en un 36,4% dels casos, respecte al 15,6% en el cas dels homes. Així mateix, el percentatge de dones que decideixen treballar amb una jornada parcial per cures de persones dependents duplica el dels homes (11,8% i 6,3% respectivament).

Alhora, les necessitats de provisió de cura poden aparèixer de forma intermitent i en diferents graus d'intensitat, podent afectar les hores de feina de les persones que les proveeixen. Segons dades de l'EPA, els motius que donen les persones per no treballar totes les hores en una setmana de referència venen donats habitualment pel naixement d'un fill en un 15% dels casos i a altres responsabilitats familiars o personals en un 0,6% dels casos. Si bé no s'observen diferències entre dones i homes amb motiu de permisos per naixement d'un fill (que és obligatori pels dos progenitors), sí es mostra una proporció major de dones amb motiu d'excedència per naixement d'un fill (3,2% front a 2,3%) o per altres responsabilitats familiars (0,7% front a 0,4%).

Les dades de l'EPA de 2018 aprofundeixen més sobre aquest tema, en un mòdul especial sobre la conciliació de la vida laboral i familiar. Tot i que les dades per Catalunya no estan disponibles, els resultats a nivell estatal indiquen que el 28% de les persones de 18 a 64 anys van tenir responsabilitats de cura de menors de 15 anys o de familiars dependents per sobre d'aquesta edat. La cura dels dos col·lectius va recaure en les dones en major mesura: el 6,5% de les dones enfront del 3,6% dels homes pel que fa als familiars dependents i el 29% de les dones front al 27,5% dels homes pel que fa als menors de 15 anys. Aquestes diferències s'accentuen per la població en situació de desocupació o inactivitat, i també si tenim en compte la duració de les interrupcions que suposa la cura en la vida laboral, que és de mitjana més llarga entre les dones.

Més enllà de totes aquelles situacions de cura que es poden preveure i planificar i que, tal com s'ha explicat, estan al darrere d'estratègies com la inactivitat o parcialitat laborals, hi ha tota una sèrie de necessitats sobrevingudes que escapen d'aquests indicadors. La cura d'infants i familiars comporta sovint alterar la jornada laboral prevista i haver d'absentar-se'n de forma imprevista durant dies o hores. Això recorda tant la universalitat de les necessitats de cura, com la seva singularitat: totes les persones són susceptibles de necessitar suport al llarg de tot el cicle de vida, però les situacions són diverses i particulars, no només pel que fa a la naturalesa de les necessitats que sorgeixen, sinó també en funció del context en què emergeixen.

Per tot això, atendre les cures sempre té cert grau d'imprevisibilitat que dificulta el seu encaix a un mercat laboral massa poc flexible. Tot i les poques dades disponibles sobre les absències puntuals a la feina per a la cura de fills i altres familiars, resulta significatiu que les dones reporten més dificultats de conciliació de la vida laboral i familiar que els homes: una mitjana de 6,65 punts vs. un 5,46 punts pels homes essent 0 cap esforç 10 molt esforç, tal com apunten les dades de la Enquesta de Qüestions de Gènere del 2019 (CEO). Aquestes dificultats no són tampoc les mateixes per a totes les dones, sinó que depèn, a més d'altres factors, del seu lloc de treball, la seva qualificació o la política interna de l'empresa. Així, dades a nivell europeu apunten que són les persones en feines qualificades les que tenen més facilitat per flexibilitzar la seva jornada laboral. En el mateix sentit, són les persones amb un nivell d'educació més elevat les que tenen més possibilitats per adaptar la seva jornada, en comparació a qui té un nivell d'estudis baix (34,3% en front de 17,1%) (Eurostat, 2020).

Tot plegat impossibilita garantir l'accés al dret a la cura de forma generalitzada i, de fet, la possibilitat d'atendre les necessitats de cura existents en el context familiar està marcada per l'arbitrarietat i discrecionalitat. La recent aprovació, dins el marc de la coneguda com a Llei de Famílies, de 8 setmanes per la cura d'un infant fins que aquest compleix 8 anys té l'objectiu de cobrir en part aquesta carència, que s'acarnissa precisament amb les famílies, i particularment les dones, amb menys recursos.

Amb relació a la possibilitat de realitzar teletreball al domicili particular, que pot facilitar la conciliació de l'ocupació amb la provisió de cures, les dades de l'EPA de 2022 indiquen que el 10,5% de les dones ho fa més de la meitat dels dies que treballa, enfront del 7,5% dels homes. Alhora, la proporció d'homes que no fa mai teletreball és més elevada que la de les dones (84,1% enfront del 81,4%). Així mateix, alguns estudis qualitius examinant l'efecte de la pandèmia i el teletreball en la corresponsabilitat entre homes i dones en les tasques domèstiques i de cures apunten que el teletreball desdibuixa la frontera entre treball productiu i reproductiu i augmenta les càrregues de cura per a les dones, contribuint a accentuar el rol central de les famílies i específicament les dones en la provisió de cures (Borras & Moreno, 2021).

Adicionalment, les dades de participació en el mercat de treball apunten al fet que quan hi ha infants i adolescents a càrrec la participació laboral de les dones és menor. Segons un informe de l'OECD (2022), a l'Estat espanyol la participació laboral de les dones d'entre 15 i 64 anys varia segons el nombre de menors de 14 anys que tenen a càrrec: se situa al voltant del 70% quan hi ha un menor, lleugerament inferior en el casos de dos menors de 14 anys i baixa fins al 50% en casos en què hi ha 3 o més menors de 14 anys

a la llar. Les implicacions en l'ocupació de les mares varia segons nivell educatiu i la penalització és més alta per a les mares amb un nivell d'estudis baix que per a les que compten amb educació mitjana o superior.

A Catalunya, les dades de l'Enquesta de Qüestions de Gènere del 2019 del CEO indiquen que per un 78,6 % dels homes haver tingut fills/es o tenir cura d'una persona dependent no els ha suposat cap canvi en la seva vida professional, mentre que aquest percentatge es redueix destacadament és el cas de les dones i és d' un 45,8%. Les tasques de cures han fet que un 21,8% de dones redueixi la seva activitat laboral, un 19,3% interrompi la feina més enllà del temps de permís de maternitat i per un 12,3% ha suposat una limitació de les seves oportunitats de promoció. Així mateix, aquesta desigual assumptió de càrregues de cures es reflecteix en les preferències personals alhora d'escollir una feina. Segons la mateixa enquesta, per les dones, que la feina sigui compatible amb les responsabilitats familiars és el segon factor més rellevant a l'hora d'escollir on treballar, només per sota del salari. En el cas dels homes és el quart factor, per darrere del salari, les condicions laborals i el fet que la feina sigui interessant.

L'altra cara dels indicadors de participació i absències del mercat laboral són els **indicadors d'usos del temps i de treballs domèstic i de cures**, que evidencien en què es tradueixen les responsabilitats de cures dins les famílies i també qui les assumeix majoritàriament. Tot i que les dades sobre aquestes qüestions són molt limitades<sup>11</sup>, l'ESCA disposa d'informació sobre les hores dedicades a la realització del treball domèstic, part indispensable del treball de cures. Les dades indiquen que de mitjana les persones dediquen aproximadament 7,5 hores entre setmana i 2,5 hores al cap de setmana a les tasques de les llars. De forma segregada, les dades mostren la divisió sexual d'aquests treballs, amb les dones doblant les hores de treball domèstic dels homes. Si bé elles hi dediquen gairebé 2 hores en un dia laboral i gairebé 3 hores al cap de setmana, els homes hi dediquen 1 hora diària entre setmana i 2 hores el cap de setmana.

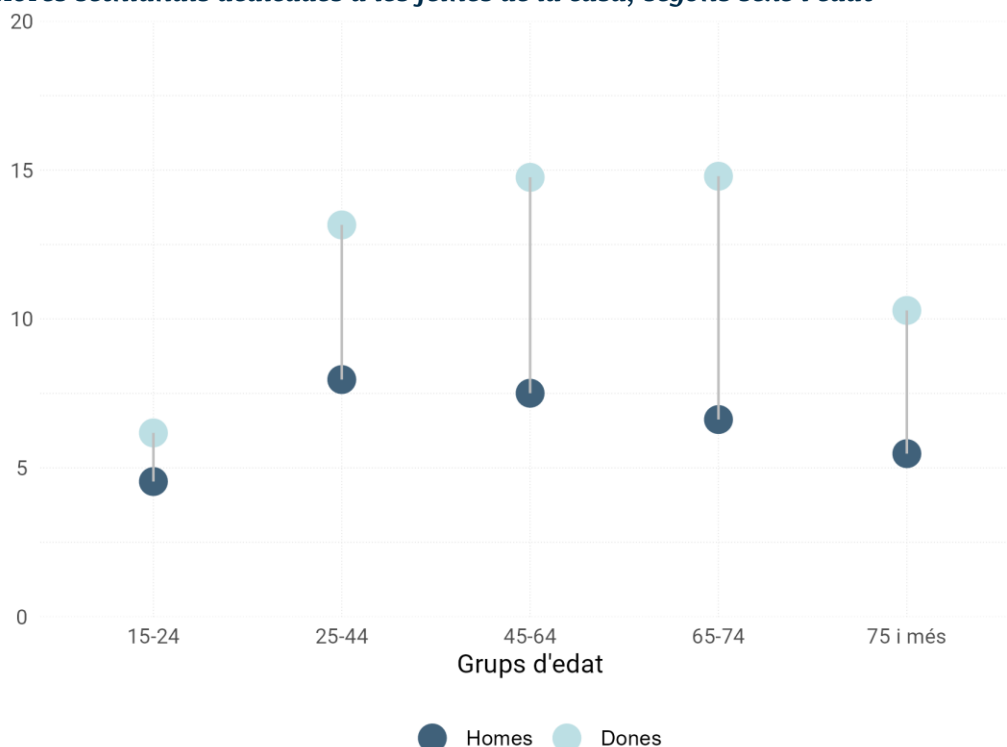
Tal com mostra la Figura 11, aquesta segregació per sexe varia segons l'edat, tornant-se més pronunciada en alguns moments del cicle vital. Aquí conflueixen diversos factors. D'una banda, les dades podrien reflectir el canvi cultural, lent però existent, en què els homes es responsabilitzen d'una part creixent dels treballs domèstics i de cures. Per

---

<sup>11</sup> L'Enquesta d'Usos del Temps té informació molt més detallada de les hores invertides en tasques domèstiques i de cures. Tanmateix, l'última onada és del 2011 i no es treballen aquestes dades perquè es probable que no reflecteixin bé la situació actual.

tant, les generacions més joves són més igualitàries en el repartiment que les generacions més grans. Tanmateix, aquesta tendència igualitària es frena a partir del moment en què apareixen els fills (a la franja d'edat de 25 a 44 anys), quan el treball de cures augmenta significativament. Segons l'ESCA, les hores setmanals dedicades al treball domèstic s'incrementen de 9,4 a 10,6 quan hi ha menors de 15 anys en una llar. Davant d'aquest increment d'hores de treball domèstic, les dones són qui assumeixen proporcionalment una part major.

**Figura 11. Hores setmanals dedicades a les feines de la casa, segons sexe i edat**



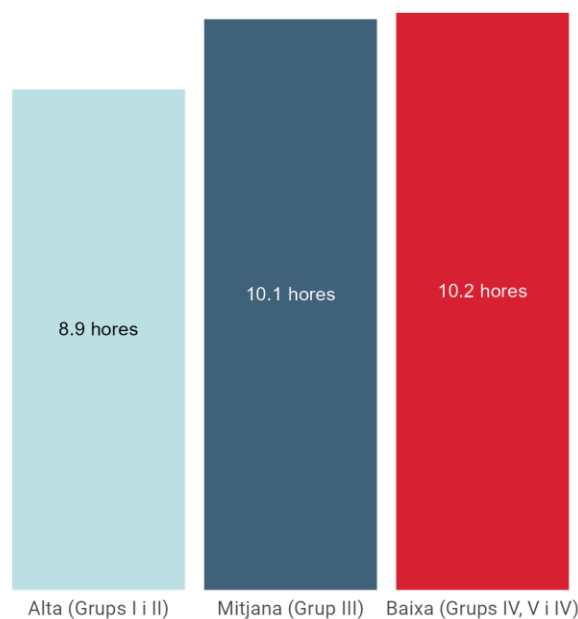
Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'ESCA 2021.

Pel que fa les franges d'edat més elevades les dades podrien mostrar tant aquest enfortiment de la divisió sexual del treball arran de l'arribada dels fills com les reminiscències del segle XX, quan la divisió de treballs i esferes era més rígida. D'altra banda, les dones de la franja d'edat entre els 45 i els 64, i les més pròximes tant de la franja superior com inferior, formen part de l'anomenada "generació sandwich", ja que poden haver de fer-se càrrec tant de les cures d'infants i adolescents a càrrec com de les seves pròpies mares i pares. Tanmateix, mentre la cura de d'infants i adolescents es dona dins la mateixa llar, el suport a la generació més gran pot donar-se en altres ubicacions si no hi ha convivència, i per això, les hores dedicades a aquesta cura no es reflectirien en els indicadors d'usos del temps dedicats al treball domèstic i/o la cura.

Una altra qüestió rellevant és la dimensió cultural del treball domèstic i de cures i la variació dels estàndards d'ordre i neteja al llarg del temps. Un exemple evident és l'abandonament gradual de la pràctica de planxar la roba entre les generacions més joves, però també una menor elaboració dels àpats, dedicació a la compra d'aliments, neteja de la llar o reparació de peces de roba, entre altres. Per tant, les generacions de dones més grans continuen invertint més temps en el treball domèstic, encara que ja no tinguin a càrrec d'infants i adolescents, per assolir els estàndards que consideren adequats i també pel fet de disposar del temps necessari a partir d'abandonar la participació en el mercat de treball.

D'altra banda, hi ha una relació entre la quantitat d'hores de treball de cura que s'assumeixen en el marc de la família en funció de la classe social de la llar (Figura 12). Així, quan les llars poden externalitzar una part del treball domèstic i de cures ho fan, normalment, contractant una treballadora de la llar que es faci càrrec d'una part, majoritàriament tasques de neteja i manteniment (cures indirectes) però també de suport en la cura a d'infants i adolescents o persones amb una dependència.

**Figura 12. Hores setmanals dedicades a les feines de la casa, segons classe social**



Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'ESCA 2021.

Així doncs, cal destacar que les implicacions del treball de cures no afecten igual a totes les famílies. La Figura 12 destaca la rellevància que el nivell d'ingressos de les llars té amb relació a com es resolen les necessitats de cures i fa evident que les llars, i especialment les dones d'ingressos baixos, tenen més pobresa no només econòmica sinó també de temps. De fet, molts factors relacionats amb la llar poden incrementar les dificultats per atendre el treball domèstic i de cures i perpetuar la pobresa de temps,

especialment entre les dones. Per exemple, segons dades de l'Idescat el primer trimestre de 2023 hi havia a Catalunya 63.344 llars monoparentals. D'aquestes el 94,5% la persona adulta és una dona, enfront del 5,4% dels casos en què és un home. Per les llars monomarentals les dificultats de conciliació entre el treball productiu i reproductiu són especialment complicades i les dones soles amb fills a càrrec són dels col·lectius amb més risc de patir pobresa econòmica i pobresa de temps.

En definitiva, els indicadors de **mercat de treball i de treball domèstic i de cures fan visible la familiarització i especialment la feminització de la cura**: tant la inactivitat com la parcialitat son fruit en gran part de la impossibilitat de les dones de mantenir una participació plena al mercat laboral a causa d'acumular una gran quantitat de responsabilitats de cures a l'àmbit familiar, quelcom que es fa evident en els indicadors de treball domèstic i de cures. El model familista de cures comporta també la seva feminització: la cura es proveeix per part de la família en tant que hi ha algú, les dones, responsable de les activitats i treballs que es duen a terme a aquesta esfera social i econòmica.

### **5.2.3. Suport públic a la provisió de cures per part de les famílies**

Les persones i les famílies poden obtenir suport públic a la cura en diferents formes. Es poden obtenir suports en forma de transferències monetàries, beneficis o incentius fiscals, permisos o altres tipus de reorganització dels temps de treball remunerat i en forma de serveis. A més, aquest suport pot estar dirigit a la cura d'infants o a la cura d'altres membres adults de la família. L'Annex I detalla les principals formes de suport públics per cada etapa.

En aquest apartat en centrem en aquelles per les quals hi ha dades disponibles: les prestacions per naixement i cures del menor, les excedències per cura de fills i filles, les excedències per cura de familiars i les prestacions per a persones cuidadores no professionals. En les seccions següents presentem dades d'aquestes formes de suport públics a la cura d'infants i/o persones adultes i valorem en quina mesura serveixen per reduir la familiarització i feminització de la provisió de cures per part de les famílies.

#### *Prestacions per naixement i cures del menor*

Els **permisos de maternitat i paternitat** constitueixen un dels principals indicadors del suport d'un país a les famílies. El seu principal objectiu és donar suport a mares i pares per conciliar la seva vida laboral i familiar durant els primers mesos o anys de vida de les criatures. Aquests permisos també contribueixen a protegir la salut de les mares

amb una feina remunerada i de les criatures, així com a mantenir les mares al mercat laboral. També proporcionen a tots els progenitors l'oportunitat de passar temps a casa amb els seus fills i filles quan encara són petites. En anys recents, a més, aquests permisos s'han utilitzat cada cop més per promoure l'equitat de gènere i la redistribució entre homes i dones del treball no remunerat en el marc de la llar.

A l'Estat espanyol el 2019, la prestació per naixement i cura de menor va substituir les antigues prestacions de maternitat i paternitat i les va equiparar, fent-les iguals per a tots dos progenitors. Actualment, el permís és de 16 setmanes i es reconeix com un dret individual, obligatori i no transferible. D'aquestes 16 setmanes, sis d'elles són obligatòries i s'han de gaudir immediatament després del part o resolució judicial o administrativa en els casos d'adopció, guarda o acolliment. La resta del temps es pot disposar en períodes successius i no és obligatori. Amb aquest canvi, en l'actualitat l'Estat espanyol compta amb el permís de paternitat més llarg i generós del conjunt de països de l'OECD. El permís de maternitat, en canvi, és dues setmanes més curt que la mitjana de 18,1 setmanes de l'OECD i no s'ha vist ampliat a l'Estat espanyol des de la dècada dels anys vuitantes.

L'any 2022, la Seguretat Social va tramitar 84.287 prestacions per naixement i cures del menor al conjunt de Catalunya. Del total, 39.199 corresponen al primer progenitor, habitualment la mare (un 46,5% del total) i 45.088, al segon progenitor, normalment el pare (un 53,49% del total). La despesa associada a aquesta prestació se situa en els 639.333.266 € anuals. Per províncies, Barcelona va rebre un total de 62.652 prestacions (74% del total), Girona 8.493 (10% del total), Lleida 4.855 (6% del total) i Tarragona 8.287 (10% del total).

**Taula 8. Prestacions per naixement i cures d'un menor per província**

Província	Total prestacions	Total primer progenitor	Total segon progenitor	Despesa gener/desembre 2022
Catalunya	84.287	39.199	45.088	639.333.266 €
Barcelona	62.652	29.651	33.001	492.340.319 €
Girona	8.493	3.764	4.729	57.223.737 €
Lleida	4.855	2.066	2.789	32.298.608 €
Tarragona	8.287	3.718	4.569	57.470.602 €

Font: elaboració pròpia a partir de dades de la Seguretat social (Gener-Desembre 2022)

Les dades permeten constatar una major igualtat en termes de gènere si assumim, tal com detalla l'Institut Nacional de la Seguretat Social, que el primer progenitor és habitualment la mare i el segon és habitualment el pare. De fet, destaquen més

permisos per al segon progenitor que per al primer, el que pot estar relacionat amb el fet que la inactivitat i precarietat laboral és més freqüent en les dones i per tant potser tenen menys accés als permisos retribuïts.

En els últims anys, l'Estat Espanyol ha ampliat de manera molt destacada els permisos de paternitat. Les dades indiquen un increment rellevant de les persones que s'acullen als permisos. Tanmateix, alguns estudis apunten que aquesta millora no té perquè acabar-se traduint en un increment generalitzat de la implicació dels homes en el treball de cures a mitjà i llarg termini. En un estudi examinant els efectes de l'ampliació del permís de paternitat a 2007 de 2 a 15 dies, González i Farrè (2017) destaquen que el canvi de normativa va augmentar en un 400% el take-up dels permisos de paternitat, i va millorar la probabilitat de reinserció laboral de les mares poc després del part. González i Zoabi (2021) troben que els efectes van ser heterogenis segons el tipus de parella: entre les parelles més igualitàries en termes de sou, formació i edat, els canvis en el permís de paternitat va implicar un augment consistent del temps que els pares dediquen a la cura i va incrementar en un 8% la inserció laboral de les mares fins a dos anys després del part. Per contra, no va alterar les dinàmiques entorn el treball de cures en altres tipus de parelles.

No es disposa encara d'estudis examinant els efectes que ha tingut l'última reforma, molt més amplia i generosa; el que si que s'observa és un increment significatiu dels homes que s'acullen als permisos, és l'únic indicador de cura sense bretxa de gènere. Tanmateix, com veurem a les seccions següents, examinant altres indicadors sobre prestacions i permisos per cures de persones més enllà del naixement s'observen unes bretxes de gènere molt significatives que apunten al fet que la implicació dels homes no s'està produint de manera homogènia en totes les necessitats de cures cobertes per part de les famílies.

### *Excedències per cura de fills i familiars*

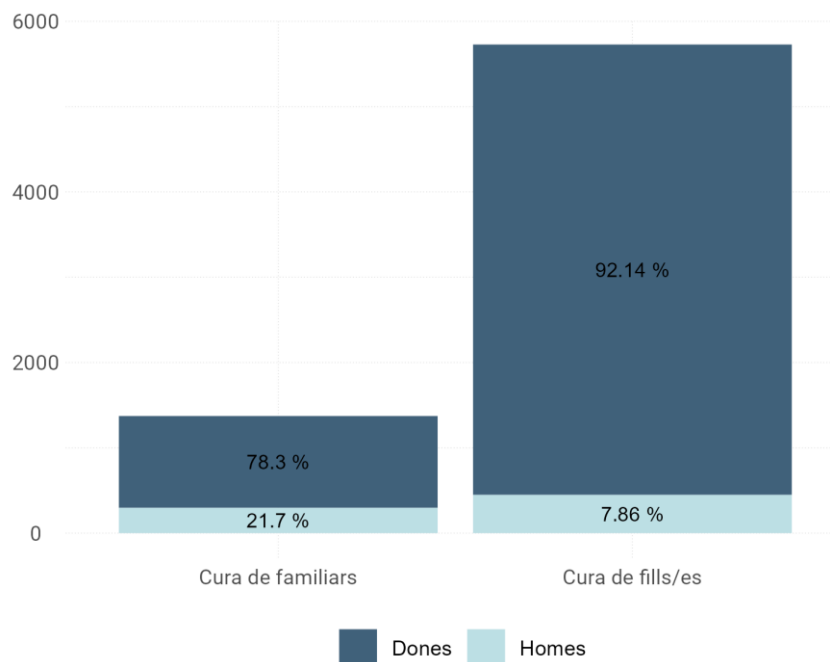
Les **excedències per cura de fills i familiars** consisteixen en una suspensió del contracte laboral i salari a petició de la persona treballadora que impliquen la reserva del seu lloc de treball durant un període determinat. És a dir, a diferència dels permisos previs, comporten una interrupció dels ingressos i de la cotització. Hi tenen dret totes aquelles persones treballadores que vulguin o necessitin alliberar temps per atendre les necessitats de cures dels seus fills o familiars. L'excedència de cura de fills té una durada màxima de tres anys i es pot gaudir fins que l'infant fa 3 anys. L'excedència per cura de



familiars té una durada màxima d'entre 2 i 3 anys i s'hi poden acollir aquelles persones que han d'encarregar-se de la cura familiar directa de fins a segon grau que, per raons d'edat, accident o malaltia mental o discapacitat no es pugui valer per si mateix i no exerceixi cap activitat retribuïda.

A 2021, a Catalunya un total de 5.700 persones van sol·licitar una excedència per cura de fills i 1.400 persones una excedència per cura de familiars. La bretxa de gènere és molt destacada (Figura 14): del total d'excedències per cura de fills el 92,14% les van sol·licitar dones i només el 7,85% homes. Pel que fa a les excedències per cura de familiars dependents, un 78,3% d'excedències per cura de familiars dependents van ser demanades per dones i un 21,7% homes.

**Figura 13. Excedències per cura de fills i familiars per gènere**



Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Insituto de las Mujeres (2021).

Així doncs, quan el suport públic és molt menys intens (no retribuït i amb pèrdues de cotitzacions) són les dones en gran majoria les que abandonen el mercat laboral per atendre les necessitats de cures de fills i familiars.

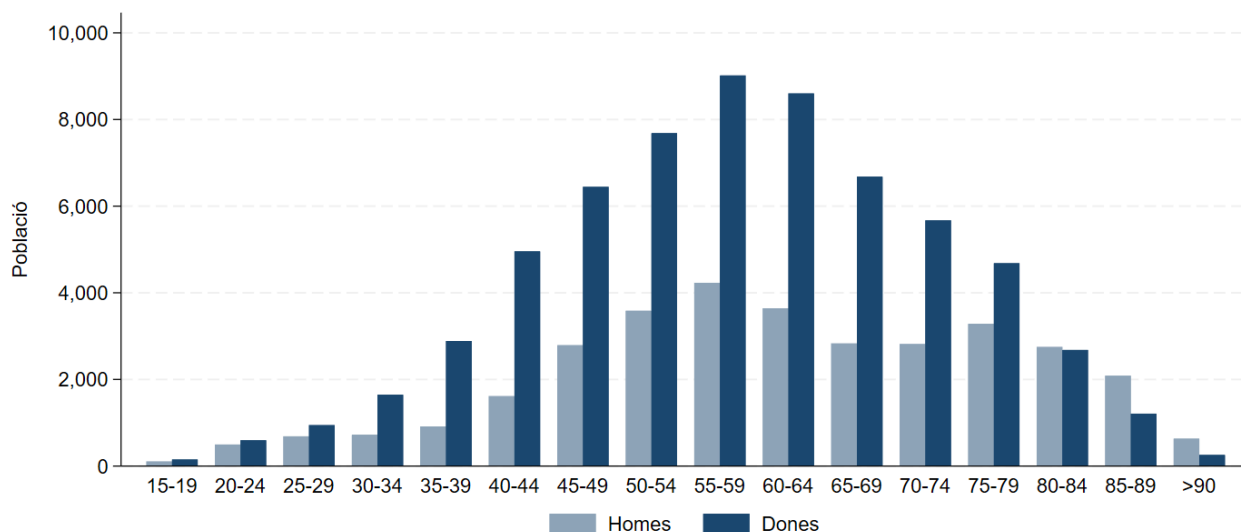
### *Prestacions econòmiques per a persones cuidadores no professionals*

Finalment, un altre indicador de suport públic a la cura que es proveeix des de les administracions públiques és la **prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar i suport als/a les cuidadors/es no professionals**, una prestació garantida per a les

persones en situació de dependència adreçada a l'atenció a la persona beneficiària quan aquesta és atesa pel seu entorn familiar. Les quantitats de la prestació són les següents: 387 euros mensuals per Grau III, 268 euros per Grau II i 153 euros per Grau I.

Segons dades del Departament de Drets Socials, a Catalunya hi ha 97.323 persones cuidadores no professionals: un 35% són homes i un 65% són dones. La Figura 14 mostra el nombre de persones cuidadores no professionals segons sexe i edat.

**Figura 14. Persones cuidadores no professionals, 2022 segons gènere i edat**



Font: elaboració pròpia a partir de dades del Departament de Drets Socials.

Com s'observa, el perfil majoritari d'una persona cuidadora és una dona d'entre 55 i 64 anys. La Figura 15 encaixa basant amb la Figura 12, i remarca que les dones de més de 45 anys són les que acumulen més responsabilitats de treball domèstic i de cures i són un col·lectiu en risc important de sobrecàrrega i pobresa de temps. Si explorem una mica més les dades veiem que l'edat mitjana de la persona a la que cuiden és de 64 anys, la mediana és de 74 i hi ha 10.804 persones menors de 18. La majoria de persones cuidades són dones (58%) front al 42% d'homes. La majoria de persones a les que cuiden són dependents amb grau I i II (41% i 40%, respectivament), i un 19% amb grau III.

Entre els cuidadors de menors de 18 (l'11% dels cuidadors), el parentiu més habitual és ser pare o mare de la persona cuidada: de les persones cuidadores, el 97% són els progenitors de les persones cuidades i el 3% tenen altres parentius, un 88% són dones i 12% són homes, i tenen una mitjana d'edat de 43 anys. Entre els cuidadors de majors de 18 (el 89% dels cuidadors), el parentiu més habitual és ser fill o filla de la persona cuidada: de les persones cuidadores, un 37% són fills o filles, un 36% són parella de la persona cuidada i un 15% són pares o mares; el 63% són dones i 37% són homes, i tenen

una mitjana d'edat de 61 anys. Així doncs, destaca que la mitjana d'edat de la persona cuidada i de la persona cuidadora és similar, fent-se evident que la frontera entre necessitar suport de cures i proveir suport de cures és més difusa del que a priori podria semblar.

Les dades indiquen que hi ha diferències de gènere entre els cuidadors no professionals segons l'edat de la persona cuidada: si bé per a tots els grups d'edat hi ha més dones cuidadores que homes, la diferència s'eixampla quan les persones dependents a cuidar són menors de 30 anys, on hi ha més de 5 dones per cada home cuidador, enfront d'una ràtio d'entre 1 i 2 dones per homes cuidador en edats superiors als 50 anys. Alhora, també apareixen diferències segons el sexe de la persona cuidada: a les dones en situació de dependència les cuiden tant homes (49%) com dones (51%), però als homes en situació de dependència els cuiden majoritàriament dones (86%) i només ho fa un home en el 14% dels casos. Addicionalment, els homes cuidadors atenen principalment les seves parelles (el 44% dels casos per als homes front el 25% per a les dones).

Aquestes dades van molt en línia amb el que s'observa a nivell europeu, constatant una menor implicació dels homes en les cures de persones joves i una major implicació quan són més grans per cuidar de les seves parelles (OECD, 2022). Tot plegat sembla indicar que els homes s'incorporen en les tasques domèstiques i de cura quan ja no estan en edat de participar al mercat laboral i/o quan és la seva parella qui requereix atenció.

Les excedències per cura de fills i familiars i les prestacions per persones cuidadores no professionals presenten unes bretxes de gènere molt significatives que no s'observen en el cas dels permisos per naixement i cura d'infants i adolescents. Tot i que amb aquests indicadors només podem fer una anàlisi parcial, les dades apunten en dues direccions. D'una banda, hi ha certa desigualtat pel que fa al suport públic a la provisió de cures segons l'etapa del cicle de vida. El grau de suport públic entre aquestes ajudes i permisos és molt diferent. Els permisos per naixement i cura de d'infants i adolescents estan 100% remunerats. Per contra, les excedències no són remunerades i les prestacions per cuidadors no professionals tenen unes quanties baixes que en cap cas superen els 400 € mensuals.

En els últims anys s'ha avançat bastant en el suport que es dona a les cures durant els primers mesos de vida dels infants. Tanmateix, el suport és molt inferior després d'aquests primers mesos i també molt inferior en els casos en els quals són persones adultes i gent gran les que necessiten cures. Les necessitats de cures dels nadons són

molt intenses, però també ho són les necessitats de cures de persones adultes i grans amb graus de dependència i discapacitat reconeguts. Per a aquests últims casos, el suport públic a les famílies i persones cuidadores és poc rellevant i és discutible si permet compensar les absències del mercat laboral i cuidar i ser cuidat amb dignitat.

D'altra banda, pel que fa a les implicacions en termes de gènere, s'observa que quan el suport públic és menys significatiu, la presència dels homes és molt inferior, de fet és gairebé anecdòtica i són les dones les que assumeixen les responsabilitats de cures. Així, podem entreveure que el suport públic actual no aconsegueix revertir la feminització de les cures en l'àmbit de la família. De fet, la falta de suport i la durada d'aquest són factors que semblen estar relacionats amb el fet que hi hagi menys homes cuidant. Allà on el suport és significatiu i de duració específica, els homes s'han incorporat a les tasques de cures. Per contra, quan el suport públic és poc important i les necessitats de cures s'han de cobrir per períodes llargs, les responsabilitats i les tasques de cures recauen de manera molt majoritària en les dones.

## Conseqüències de la provisió de cures per les dones

La literatura apunta que l'assumpció generalitzada del treball domèstic i de cures per part de les dones té conseqüències negatives per la seva participació en el mercat de treball, el seu nivell d'ingressos i la seva salut. Com ja apuntàvem amb els indicadors de mercat laboral, les tasques de cures fan difícil una participació plena i interrompuda al treball remunerat. En conseqüència, per acomodar les responsabilitats de cures i la participació en el mercat laboral les dones tendeixen a reduir la participació, ja sigui a través de reduir la jornada o a través de períodes d'absència en forma d'excedències, permisos o inactivitat. A llarg termini, això comporta una feminització de la pobresa que s'expressa de manera evident en les bretxes de gènere de les pensions. Segons dades de la Seguretat Social de juliol de 2023, la bretxa és, de mitjana per Espanya, de 470€ mensuals menys per a les dones pensionistes, i segons dades d'Idescat referents a la pensions contributives de 2021, la pensió mitjana a Catalunya era 370€ menor per a les dones (veure Ezquerria, 2016). La provisió de cures també s'associa a problemes de salut física i mental de les persones que cuiden, especialment quan són dones. Tot i que no és objecte d'aquest informe aprofundir en les conseqüències de la cura en les persones que cuiden, no es poden deixar de mencionar aquestes implicacions. Per a més informació sobre aquesta qüestió es poden consultar diversos informes que ho exploren amb profunditat (Colombo et al., 2011; Muñoz & Lorenzo, 2022; Navarro-Vargas, Lara & Porcel, 2022)

#### **5.2.4. L'externalització del treball domèstic i de cures**

Les dades exposades en les seccions anteriors ens parlen d'una assumptió insuficient de les responsabilitats de cures dels homes en conjunt, de les dificultats de les dones per ser plenament presents en l'àmbit productiu a causa de les càrregues de cures i d'un suport públic insuficient per corregir la familització i feminització de les cures. En aquest context, les famílies, quan s'ho poden permetre, tendeixen a traslladar les responsabilitats domèstiques i de cures al sector privat.

L'externalització és una realitat fonamental de com les famílies resolen la necessitat de provisió de cures, tot i que es disposa de poca informació sobre la dimensió del fenomen. A l'Estat espanyol l'externalització té un pes més elevat que per al conjunt d'Europa: a la UE les persones treballadores de la llar suposen el 0,9% dels treballadors i a l'Estat espanyol són el 3,25% (UGT, 2019). Com ja s'ha comentat, la cura té molt poc valor i reconeixement social i en conseqüència aquesta externalització es dona en condicions molt precàries i amb un grau d'informalitat molt elevat. De fet, gran part de les tasques de cures que s'externalitzen al mercat es cobreixen subcontractant dones amb menors ingressos, majoritàriament d'origen migrant. L'organització Servicio Doméstico Activo (SEDOAC, 2017) estima que el 97% de les treballadores de la llar són dones i més de la meitat, migrants. Segons Oxfam (2021), a l'Estat espanyol una de cada quatre d'aquestes treballadores de la llar d'origen migrant viu en situació irregular, i prèviament a la pandèmia de la Covid-19, el 32,5% vivia sota el llindar de pobresa.

El treball domèstic i de cura que es duu a terme de forma remunerada i formal té molt poc reconeixement social i una baixa valoració salarial, i destaca en particular la persistent desprotecció que pateix el servei domèstic que es realitza als domicilis. Quan es dona de forma regular es considera una "relació laboral de caràcter especial", no plenament incorporada encara al Règim General de la Seguretat Social, amb pitjors condicions de cotització per a les pensions i fins a l'octubre de 2022 sense possibilitat d'accedir al subsidi d'atur i a altres proteccions bàsiques com els riscos laborals o la intervenció de la Inspecció de Treball (Oxfam, 2021). Les condicions laborals també són molt precàries pel que fa a la jornada: generalment les jornades són o molt curtes, de poques hores i esporàdiques, el que indica treball fragmentat, o molt llargues, pròpies de les persones que resideixen en les llars on desenvolupen les cures (treball en règim intern). Aquestes mancances tenen molt a veure amb el poc reconeixement social de la cura i amb el fet que és un sector altament feminitzat i racialitzat.

Segons dades de l'EPA del primer trimestre de 2022, a Espanya hi ha 540.700 persones ocupades com a personal domèstic a la llar, el 89% de les quals són dones i el 10,1% homes. Segons dades de la Seguretat Social, la xifra total és menor, ja que només compta les persones que tenen un contracte regulat (375.490 persones) però la bretxa de gènere persisteix: el 95,5% són dones i el 4,5% homes (Observatori Quotidiana, 2023). Addicionalment, externalitzar aquest suport de forma irregular és molt habitual. Gálvez (2020), estima que a l'Estat espanyol 70.000 dones en situació irregular estan treballant en tasques domèstiques i de cures. Així mateix, l'Observatori Quotidiana (2023) apunta al fet que el 30% del personal domèstic i de cures, com a mínim, estaria treballant en l'economia informal, amb la manca de drets laborals, socials i de ciutadania que això implica.

En definitiva, la familiarització de les cures comporta també una doble feminització en tant que en el si de la família són les dones les que assumeixen les càrregues de cures i en cas d'externalització són també les dones, especialment les d'origen migrant, que les proveeixen en condicions de precarietat. L'externalització és una qüestió de mercat que no podem abordar amb tota la profunditat que requereix en aquest informe. Tanmateix, és rellevant situar-ho en context amb la provisió familiar perquè és una conseqüència directa del rol central de la família i les dones en la provisió de cura i del suport públic insuficient que reben aquestes per cuidar.

La Taula 9 ofereix un resum de les consideracions explicades en aquesta secció. Per cada estratègia o recurs que utilitzen les famílies per atendre necessitats de cures s'indica el nombre de persones que s'hi acullen, les diferències de gènere i es mesura la bretxa de gènere que il·lustra si la desigualtat de gènere es gran o petita amb un percentatge entre 0 i 100, on 0 és màxima desigualtat i 100 igualtat total<sup>12</sup>. D'altra banda, es mostren les conseqüències de recórrer a aquestes estratègies, indicant les seves implicacions en termes de pobresa econòmica, pobresa de temps i desigualtats socials.

---

<sup>12</sup> La bretxa de gènere (BG) es calcula a partir de la ràtio entre el nombre de dones (x) i el nombre de persones que resultaria d'un repartiment equilibrat (la meitat del nombre total de persones, y):

$$BG = 1 - \left| \frac{x}{y} - 1 \right|$$

**Taula 9. Resum estratègies de provisió de cures per part de les famílies**

Estratègia de provisió de cures per part de les famílies	Afectació	Bretxa de gènere (0 màxima desigualtat 100 màxima igualtat)	Implicacions en termes de pobresa econòmica	Implicacions en termes de pobresa de temps	Implicacions en termes de desigualtats socials
Inactivitat general	2.497.900 persones 39,10% sobre població en edat de treballar	1.071.800 homes 1.426.100 dones Bretxa de gènere: 85,82%	Generalment, porta associats pocs ingressos, limitats a subsidis, pensions i altres rendes. Genera pobresa econòmica en el moment present i també en el futur, ja que a la llarga té repercussió en les pensions de jubilació contributives. Part de l'impacte econòmic de la inactivitat es redueix per la compensació pels fills i/o filles tinguts en el càlcul de la pensió de jubilació.	Allibera totalment el temps dedicat al treball productiu i facilita la gestió dels altres temps de vida. Alleugereix totalment la pobresa de temps.	Reprodueix les desigualtats per raó de gènere a causa de l'assumpció desproporcionada de les dones dels treballs domèstics i de cures, però també per raó de classe socioeconòmica, d'origen i situació administrativa, donat que les persones migrants i en pitjor situació econòmica es concentren en major mesura al treball informal. La inactivitat no només comporta una limitació dels ingressos sinó que priva de l'accés a altres drets (l'atur, pensions contributives o dificulta l'accés a altres com ara l'habitatge).
Inactivitat per motius de cura fills o familiars o altres responsabilitats familiars o personals	446.600 persones 17,9% respecte el total d'inactius	66.500 homes 380.100 dones Bretxa de gènere: 29,78%	Comporta uns ingressos menors. Genera pobresa econòmica en el moment present i també en el futur, ja que a la llarga té repercussió en les pensions de jubilació contributives.	Allibera una part del temps dedicat al treball productiu i facilita la gestió dels altres temps de vida, inclòs el de cures de persones a càrrec. Alleugereix parcialment la pobresa de temps.	Reforça les desigualtats econòmiques, especialment per raó de gènere, d'edat i de situació familiar: són les dones amb fills/es a càrrec les que assumeixen en major mesura treball a temps parcial. És superior en les dones amb nivell d'estudis primaris, eixamplant la

Estratègia de provisió de cures per part de les famílies	Afectació	Bretxa de gènere (0 màxima desigualtat 100 màxima igualtat)	Implicacions en termes de pobresa econòmica	Implicacions en termes de pobresa de temps	Implicacions en termes de desigualtats socials
Temps parcial per motiu de cures	88.600 persones 20% respecte total temps parcial	9.900 homes 78.700 dones Bretxa de gènere: 22,35%			desigualtat de gènere i la desigualtat social.
Permisos de maternitat i paternitat	84.287 prestacions 80,9% permisos d'almenys un progenitor sobre el total de parts	39.199 dones 45.088 homes Bretxa de gènere: 93,01% (amb més permisos per H que per D)	No té repercussió sobre els ingressos donat que són remunerats al 100%. Al contrari, aquests augmenten pel fet de reduir-se les retencions durant el període de permís. Els permisos cotitzen a la Seguretat Social i, per tant, tampoc comporten una pèrdua d'ingressos a la llarga a l'hora de calcular la quantia de la pensió de jubilació contributiva.	alliberen totalment el temps dedicat al treball productiu per dedicar-se intensament a la cura dels fills/es recent nascuts, acollits o adoptats. Alleugereix totalment la pobresa de temps durant un període de temps determinat.	Reproduïen les desigualtats econòmiques, de gènere i d'origen, proporcionant un temps de cures remunerades en funció de la situació laboral prèvia determinada per aquests eixos. La major durada fins ara dels permisos de maternitat tenia l'efecte d'eixamplar la desigualtat de gènere al mercat laboral, un efecte que s'hauria d'estar reduint arran de l'equiparació. Tanmateix, tot i l'equiparació, el gaudi dels permisos per part dels homes és desigual i a nivell global menor que el de les dones.



Estratègia de provisió de cures per part de les famílies	Afectació	Bretxa de gènere (0 màxima desigualtat 100 màxima igualtat)	Implicacions en termes de pobresa econòmica	Implicacions en termes de pobresa de temps	Implicacions en termes de desigualtats socials
Excedències per cura de familiars	1.373 persones 0,04% respecte total ocupats	298 homes 1.075 dones Bretxa de gènere: 43,41%	Disminueixen dràsticament els ingressos. Genera pobresa econòmica en el moment present i també en el futur, ja que a la llarga té repercussió en les pensions de jubilació contributives. Tanmateix, part d'aquest impacte econòmic es redueix per la compensació pels fills i/o filles tinguts en el càlcul de la pensió de jubilació.	Alliberen totalment el temps dedicat al treball productiu per dedicar-se intensament a la cura de persones a càrrec. Alleugereix totalment la pobresa de temps durant un període de temps determinat.	Reforcen les desigualtats econòmiques per raó de gènere. En tant que són les dones amb persones a càrrec qui les pren en major mesura, amb una limitació dels recursos presents (salari) i futurs (pensions). Així mateix, la retirada temporal del mercat penalitza la carrera professional, minvant les opcions laborals al reincorporar-se, especialment per als perfils menys qualificats i que ja parteixen de menors ingressos.
Excedències per cura de fills	5.728 persones 0,16% respecte total ocupats	450 homes 5.278 dones Bretxa de gènere: 15,71%			
Prestacions econòmiques per a persones cuidadores no professionals	97.323 persones 36,22% respecte total persones dependents amb grau reconegut	33.200 homes 64.100 dones Bretxa de gènere: 68,24%	Les minses quanties associades (que van dels 180€/mensuals pel grau I, als 315 per al grau II i els 455 al grau III) tenen un clar efecte econòmicament empobridor de la persona cuidadora, que al assumir aquesta responsabilitat veu impossibilitada la seva participació al mercat laboral, especialment per atendre graus II i III.	Assumir el rol de cuidadora familiar té un fort impacte d'empobriment de temps, especialment en els graus II i III, els quals requereixen d'atenció pràcticament permanent.	Agreuja les desigualtats econòmiques per raó de gènere en tant que limita la possibilitat d'obtenir uns ingressos mínims i afecta principalment a dones.

Estratègia de provisió de cures per part de les famílies	Afectació	Bretxa de gènere (0 màxima desigualtat 100 màxima igualtat)	Implicacions en termes de pobresa econòmica	Implicacions en termes de pobresa de temps	Implicacions en termes de desigualtats socials
Ús de permisos puntuals de cura de fills i familiars	No hi ha dades d'afectació. Cal reforçar els indicadors en aquesta dimensió.		No té repercussió directa sobre els ingressos, tot i que per normes i pràctiques de gènere pot limitar el progrés laboral de les persones que s'hi acullen.	Alliberen puntualment temps dedicat al treball productiu per atendre la cura de persones a càrrec. L'alleugeriment que fan de la pobresa de temps de les persones amb doble jornada / presència és limitat i circumscrit a un període molt determinat (dies o hores).	Reprodueixen les desigualtats preexistents. Tot i que no generen de forma immediata cap canvi, són les persones amb alts nivells d'estudis i feines més qualificades qui poden gaudir-ne en major mesura, ja que tenen major autonomia per gestionar el seu temps laboral.
Hores de treball domèstic i de cures (doble jornada)	De mitjana les persones dediquen 7,5 hores entre setmana i 2,5 el cap de setmana a les tasques de cures.	7h/set homes 13h/set dones Bretxa de gènere: 6h/set.	L'assumpció del treball domèstic i de cures no empobreix per si mateixa sinó que ho fa quan dificulta o limita la participació al mercat de treball i l'obtenció d'ingressos econòmics. D'altra banda, una major quantitat de treball domèstic i de cures assumit de forma gratuïta a les llars suposa un "estalvi" respecte a opcions externalitzades.	El treball domèstic i de cures porta associat un procés d'empobriment de temps fruit de la naturalesa de la pròpia activitat, especialment quan hi ha a càrrec persones amb necessitats intenses i la cura és omniabarcant i difícil de limitar en el temps.	La dedicació de temps al treball domèstic i de cures reproduceix les desigualtats socials de gènere, sent les dones les que ho assumeixen en major mesura amb l'efecte de privar-les de l'accés a recursos. Això afecta de manera especial les dones amb menys recursos, qui tenen menys alternatives per externalitzar una part d'aquests treballs.

Estratègia de provisió de cures per part de les famílies	Afectació	Bretxa de gènere (0 màxima desigualtat 100 màxima igualtat)	Implicacions en termes de pobresa econòmica	Implicacions en termes de pobresa de temps	Implicacions en termes de desigualtats socials
Externalització	No hi ha dades d'afectació		<p>L'externalització de les cures cap al mercat porta associat un cost econòmic que variarà molt en funció de les necessitats a cobrir i de les característiques del servei. D'altra banda, quan aquesta externalització es dona cap als serveis públics, el cost pot ser zero o reduït.</p>	<p>L'externalització de cures comporta un alliberament de temps per a les persones familiars que es fan càrrec de la persona cuidada.</p>	<p>L'externalització de les cures al mercat reproduceix les desigualtats de classe entre les famílies que poden contractar-les i alliberar temps i les que no. L'externalització cap al sector públic també pot reproduir desigualtats en funció de l'origen i la situació administrativa ja que, en funció d'aquesta segona, les famílies poden tenir o no dret a accedir a serveis públics. D'altra banda, reproduceix les desigualtats de gènere, donat que són les dones qui assumeixen les cures també als serveis públics o privats, així com al mercat del treball de la llar, tots ells sectors laborals fortament precaritzats. Aquestes són, a més a més, dones migrants en gran part i/o de classes desfavorides.</p>

Font: elaboració pròpia.

### **5.3. Anàlisi de la provisió de cures per part dels principals serveis públics**

Aquesta secció examina el paper dels serveis públics en la provisió de cures, considerant els serveis més rellevants i pels quals s'ha disposat de dades. Donada la centralitat de la família en el nostre model de cures, el paper que queda als serveis i al suport públic és subsidiari. En el nostre context, el familisme va començar a erosionar-se tímidament amb l'aprovació de la Llei de Dependència al 2006 i la Llei catalana de Serveis Socials de 2007, instaurant un nivell bàsic de protecció de la dependència, introduint noves mesures d'atenció a les cures personals tant a nivell de serveis, sobretot estenent els preexistents, com especialment de les prestacions econòmiques, que prevalen per sobre del desenvolupament de serveis públics, alimentant d'aquesta manera el sector mercantil de les cures.

Tanmateix, les polítiques públiques no han buscat necessàriament eliminar el protagonisme de la família en la provisió de cures sinó, d'una banda, complementar-lo amb suports específics i, d'altra banda, compensar-la en els casos que la família no estigui present o disponible, i en situacions d'extrema necessitat i/o d'exclusió social (Rodríguez Cabrero, 2011; Martínez Buján, 2014). D'altra banda, no existeix una xarxa de serveis de cura consolidats sinó serveis diversos que van dirigits a diferents perfils i destinats a cobrir necessitats de cures especialment intenses. A més, destaca que els serveis públics de cura estan gestionats des de diferents departaments i nivells de l'administració amb un paper molt rellevant de l'administració local.

Des de la mirada feminista, són les polítiques públiques les que han de portar el lideratge la resolució de les cures per tal que deixin de ser concebudes com un problema privat que depengui dels recursos individuals de les persones i famílies. Amb voluntat d'identificar en quina mesura els serveis públics donen resposta a les necessitats de cures i contribueixen a consolidar-la com un dret, aquesta secció analitza la provisió de cures per part dels principals serveis de cures per a infància i gent gran.

#### **5.3.1. Serveis públics per infància**

Pel que fa als serveis de cura a la infància, a Catalunya el recurs principal és la provisió pública del servei d'escola bressol i la subvenció d'oferta d'escoles bressol privades. El model espanyol i català es caracteritzen per una cobertura limitada de les escoles infantils, que actuen com a recursos de conciliació estretament lligats a les absències totals, parcials o puntuals de les dones del mercat laboral. Aquesta realitat s'emmarca en l'escàs desenvolupament de les polítiques familiars i adreçades a la infància, que tot

i haver assolit certa volada la primera dècada del segle XXI, també es van frenar arran de la crisi del 2008 (Comas-d'Argemir, 2018).

Més enllà de les escoles bressol, hi ha una oferta molt limitada d'altres tipus de serveis com ludoteques, espais familiars o serveis públics de canguratge, que tenen una cobertura molt poc rellevant. Una absència que dona lloc a un mercat de serveis privats allà on hi ha una demanda suficient, de manera que a nuclis grans i especialment a les ciutats podem trobar una oferta creixent de serveis adreçats a la infància i a les famílies, en el cas dels més menuts.

Paral·lelament guanyen pes les iniciatives comunitàries que actuen com un recurs de cura per als infants però amb una implicació directa de les famílies. Aquests projectes inclouen des de col·lectius de famílies que s'autoorganitzen per generar projectes d'acompanyament a la criança intensius, tipus "escoleta", a altres que generen una activitat menys intensa, com ara espais setmanals de joc en família o grups de suport a la criança. Des de la pròpia administració pública s'estan promovent aquestes xarxes comunitàries, per exemple en els grups de postpart o de suport a la lactància organitzats des dels centres de salut, o fins i tot els propis espais familiars, que generen també el vincle entre famílies. Tot i que no són serveis que permetin deslliurar temps a les famílies de forma substancial, sí assoleixen el trencament de l'aïllament que suposa la cura en solitari.

En termes de gestió, els serveis d'infància estan àmpliament descentralitzats, sent la gestió de la majoria de serveis d'àmbit local. A continuació s'exploren algunes dades dels principals serveis de cura per a infants: escoles bressol, ludoteques, espais familiars i serveis de cures puntuals en equipaments, aquests últims s'han estès a partir de 2021, en el marc del programa Temps per Cures.

## **Escoles bressol**

Les escoles bressol són el recurs principal per a la resolució de les necessitats de cura a la primera infància més enllà de la família. Atenen infants des dels 4 mesos fins a l'inici de l'escolarització als 3 anys, durant un horari i calendari similars als escolars (depenent dels municipis). Es tracta d'un bon indicador del suport públic que reben les famílies per poder delegar una part de la cura dels seus infants més petits i d'un indicador clau del compromís dels serveis públics amb la cobertura de les necessitats de cures. Les escoles bressol també són un recurs essencial per a la conciliació de les persones adultes, especialment les mares pel protagonisme que prenen com a cuidadores principals en aquesta etapa. Així mateix, en termes de política educativa, la

literatura apunta que són un recurs essencial pel desenvolupament dels infants i que l'educació durant aquesta etapa té un impacte positiu en les seves habilitats cognitives i socials, especialment per a infants d'origen socioeconòmic baix, origen migrant o amb necessitats educatives especials (Blasco, 2016).

Segons dades del departament d'Educació, a Catalunya hi ha 1.589 escoles bressol, 974 (el 61,3%) de titularitat pública i 615 (el 38,7%) de titularitat privada. Aquestes escoles bressol estan repartides en 600 municipis. Barcelona és el municipi amb més escoles bressol (274), seguit de Terrassa (38), Sabadell (36), l'Hospitalet de Llobregat (35), Lleida (35) i Badalona (32). Destaca que en un 36,6% dels municipis de Catalunya (347) no hi ha escoles bressol, mentre que en el 45,9% dels casos (435 municipis) n'hi ha una. La distribució de les escoles bressol respon principalment a la iniciativa i capacitat de les administracions locals i el desenvolupament de l'oferta privada lligat a les diferents demandes dels territoris (Blasco, 2016).

La Taula 10 mostra el nombre d'escoles bressol per titularitat. Es destaca que les escoles bressol de titularitat privada pertanyen majoritàriament a societats mercantils (243) i les iniciatives de l'economia social tenen un paper menys rellevant (80). D'altra banda, pel que fa a les escoles bressol de titularitat pública, és molt destacat el paper de l'àmbit local (845) i en menor mesura del Departament d'Educació (129).

**Taula 10. Nombre d'escoles bressol per naturalesa i titularitat**

Titularitat	Escoles privades	Escoles públiques
Associacions	40	-
Cooperatives	40	-
Corporacions Locals	-	845
Departament d'Educació	-	129
Església Catòlica	8	-
Fundacions	85	-
Ordes i Congregacions Catòlics	46	-
Persones Físiques	120	-
Societats Civils	33	-
Societats Mercantils	243	-
<b>Total</b>	<b>615</b>	<b>974</b>

Font: elaboració pròpia a partir dades proporcionades pel Departament d'Educació.

La Taula 11 mostra el nombre d'escoles bressol i la proporció de públiques i privades segons grau d'urbanització del territori. Com s'observa, la proporció d'escoles bressol privades és molt més important en les ciutats grans, on superen a les públiques en

percentatge, mentre que és menys important a les ciutats mitjanes i àrees semi-denses i anecdòtica en les àrees rurals, on no hi ha la demanda suficient per tal que hi hagi una oportunitat de mercat en aquest sector.

**Taula 11. Nombre d'escoles bressol per grau d'urbanització i naturalesa**

Grau d'urbanització	Nombre d'escoles	% privades	% públiques
Ciutats grans	815	58,65%	41,35%
Ciutats mitjanes i àrees semi-denses	403	31,51%	68,49%
Àrees rurals	371	2,70%	97,30%
<b>Total</b>	<b>1589</b>	<b>615</b>	<b>974</b>

Font: elaboració pròpia a partir dades proporcionades pel Departament d'Educació.

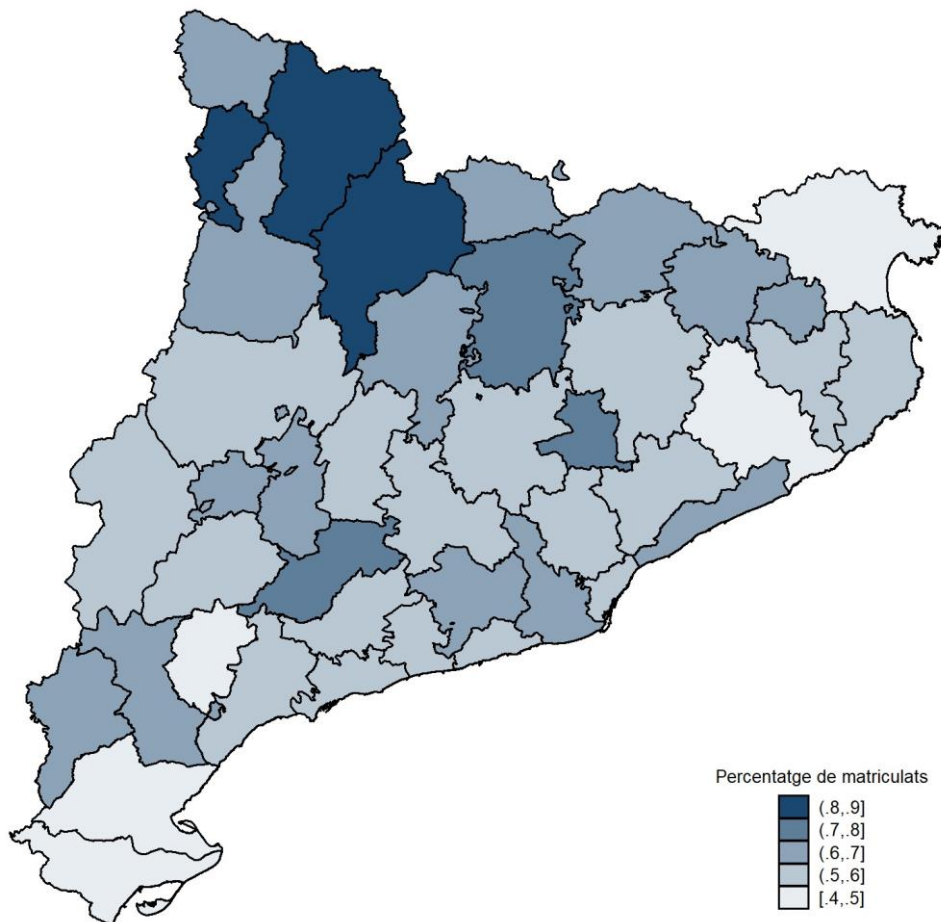
A Catalunya, actualment hi ha 77.275 infants matriculats a escoles bressol. Pel que fa al nombre de matriculats per naturalesa del centre, hi ha més infants matriculats en escoles públiques que en escoles privades, tot i que la proporció per tipus de titularitat varia destacadament entre territoris. La diferència entre el nombre d'alumnes matriculats en escoles públiques i privades és notablement superior en molts casos com per exemple en l'Alt Empordà, Baix Llobregat o el Bages. Per contra, el Barcelonès és la comarca amb més infants matriculats en escoles privades (el 48,07%), donada la insuficiència de cobertura de les escoles bressol públiques.

Considerant les dades sobre infants matriculats, i en comparació al nombre d'infants de 0 a 3 anys que podria accedir-hi, la cobertura global de les escoles bressol pels nascuts a 2021, 2022 i primers cinc mesos del 2023<sup>13</sup> és del 56,2%, un 38% d'aquesta cobertura és d'escoles bressol públiques i un 18,2% d'escoles bressol privades. Tanmateix, aquesta cobertura varia segons el territori. La Figura 15 presenta el percentatge d'infants inscrits en relació amb el total d'infants que podrien accedir a escoles bressol. S'observa heterogeneïtat territorial, destaca el Pallars Sobirà amb un 83,3% de la població dels infants matriculats en escoles bressol, l'Alt Urgell (82,2%) i l'Alta Ribagorça (81,7%).

---

<sup>13</sup>Les dades de naixements a 2023 encara no estan disponibles. El càlcul de cobertura està fet amb tots els infants nascuts a 2021 i 2022 i sumant 5/12 d'infants nascuts a 2022, assumint que els naixements a 2023 seran pròxims als de 2022.

Figura 15. Cobertura escoles bressol per comarca



Nota: el percentatge de cobertura és el resultat de la divisió entre les matrícules en escoles bressol i la població de 0-3 anys a la comarca. Font: elaboració pròpia a partir dades proporcionades pel Departament d'Educació i Estadística de naixements (Idescat).

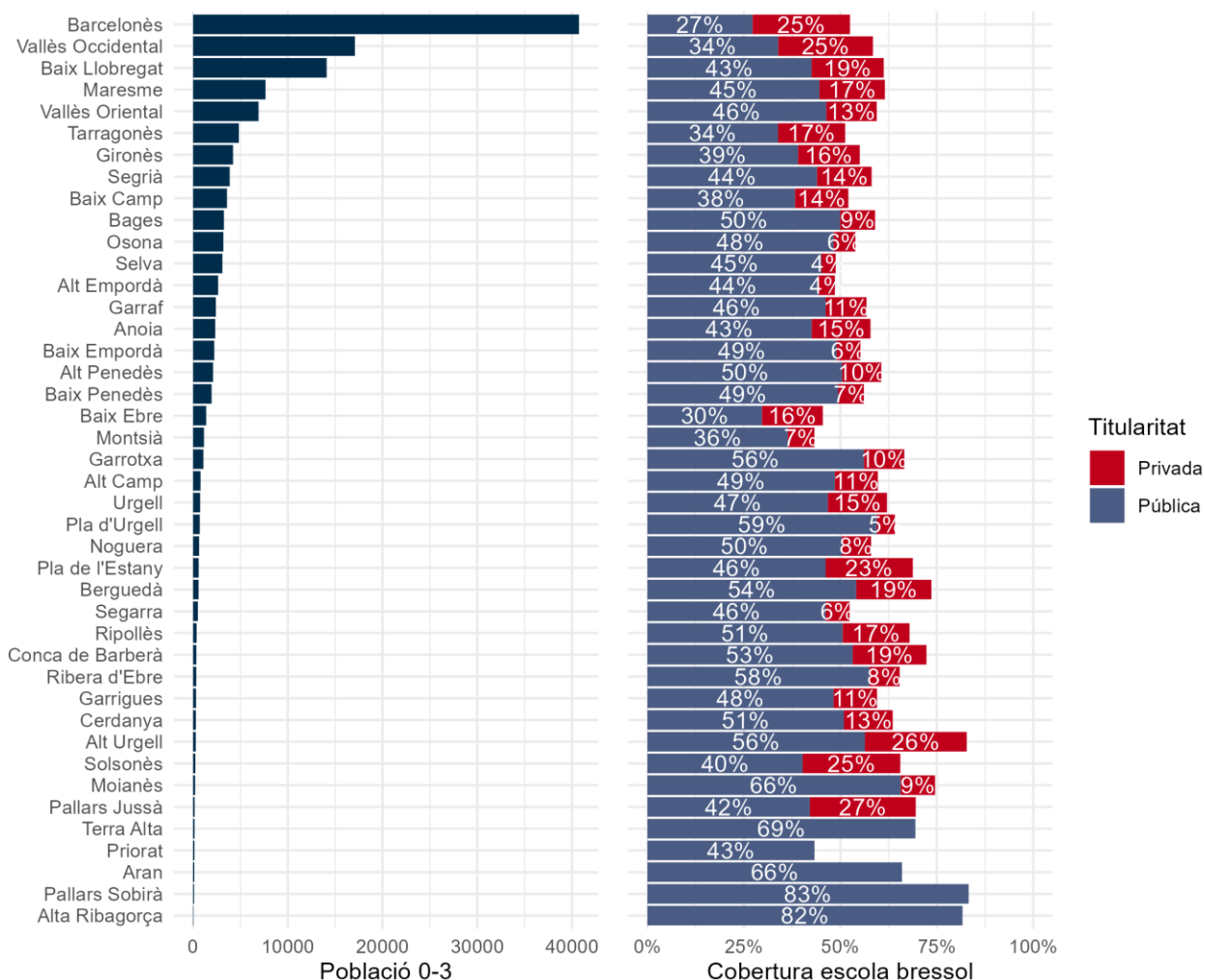
Com s'ha comentat, les diferències territorials poden estar motivades per factors que condicionen l'oferta, com la iniciativa de l'administració local o la presència d'oferta privada o iniciatives comunitàries alternatives; així com per factors relacionats amb la demanda, per exemple, les preferències i necessitats de les famílies de les comarques en relació amb l'escolarització 0-3.

Si posem en relació les dades de matrícules públiques i privades amb la població diana de les escoles bressols als territoris (Figura 16) s'observa que els territoris urbans amb molta més població 0-3 tenen cobertures més baixes i un paper molt més rellevant de les escoles bressol privades. Destaquen especialment el cas de Barcelona i el Vallès occidental on gairebé la meitat de la cobertura de les escoles bressol és de provisió privada. A nivell general i tret d'algunes excepcions, s'observa que la cobertura pública va augmentat de manera destacada a mesura que disminueix el volum d'infants 0-3.



Les zones més rurals i amb un volum més baix de població 0-3 són les que tenen més cobertura en general i on la proporció més important d'aquesta cobertura és pública. Destaquen especialment els casos de l'Aran, el Pallars Sobirà i l'Alta Ribagorça amb cobertures altes i completament públiques.

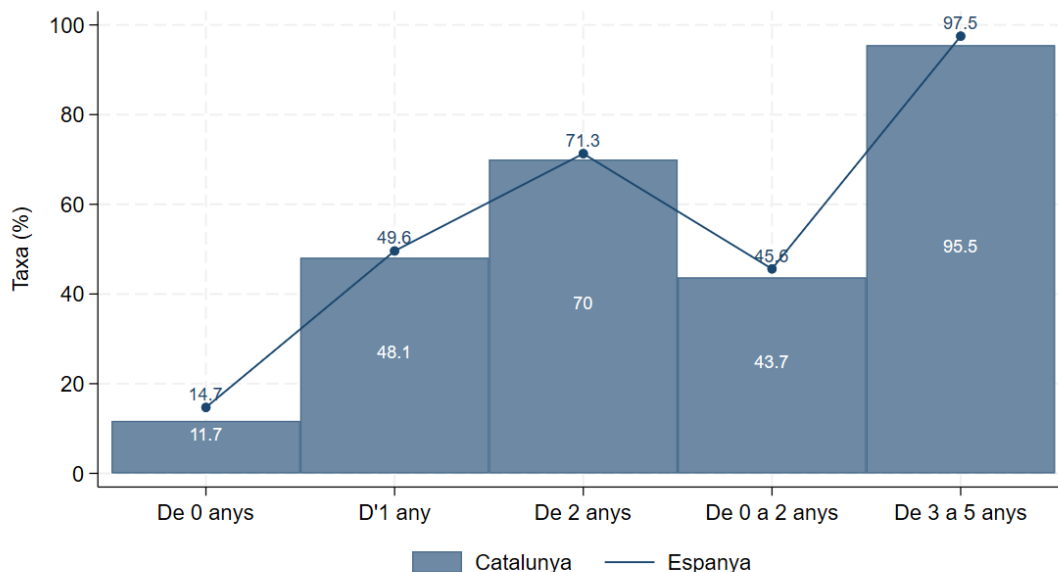
**Figura 16. Relació entre població 0-3 i cobertura de les escoles bressol per comarques**



Nota: el percentatge de cobertura és el resultat de la divisió entre les matrícules en escoles bressol i la població de 0-3 anys a la comarca. Font: elaboració pròpia a partir dades proporcionades pel Departament d'Educació i Estadística de naixements (Idescat).

Les dades sobre l'escolarització no obligatòria (Figura 17) indiquen que l'ús de l'escola com a servei de cura quan aquesta no és obligatòria és molt freqüent a partir dels 3 anys, però menys de la meitat dels menors de 0 a 2 anys estan escolaritzats. L'evolució de les taxes d'escolarització des de l'any 2000 ha sigut creixent pels infants de 0 a 2 anys, passant d'un 26,3% l'any 2000 al 43,7 al 2020, però ha caigut entre els menors de 3 a 5 anys, passant del 100% l'any 2000 al 95,5% el 2022.

Figura 17. Taxa d'escolarització no obligatòria per grup d'edat a Catalunya i Espanya. Curs 2022-2023



Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Ministeri d'Educació i Formació Professional

Tot i que són dades molt parcials, mostren que habitualment les famílies s'ocupen de les necessitats de cures dels infants de 2 anys o menys i que l'ús de serveis és poc extens, del 43,7%. En termes comparatius, aquestes dades situen a Catalunya lleugerament per sota de l'estat espanyol. En comparació amb els països de l'OECD, Catalunya està per sobre de la mitjana de la OECD i amb taxes similars a Portugal, Alemanya, Irlanda, Suècia i Regne Unit i per sobre d'Itàlia i Grècia, però per sota de països on la taxa se situa al voltant del 60% com els Països Baixos, Korea, Luxemburg, França, Islàndia, Bèlgica i Noruega i Dinamarca (OECD, 2022). Tanmateix, és important destacar que les diferències entre països es poden deure a combinacions diverses entre polítiques de suport a la cura i la taxa d'escolarització pot estar reflectint diferents factors i arranjaments en funció del país.

Adicionalment, la literatura apunta que la demanda per l'escolarització 0-3 és diversa entre els territoris i que els decalatsges entre oferta i demanda també varien molt territorialment. En àrees rurals i municipis mitjans i petits les escoles bressol són suficients per cobrir la demanda mentre que a les ciutats grans la situació és inversa i les places tant públiques com privades no aconsegueixen cobrir el conjunt de demanda (Blasco, 2016). No s'ha disposat del nombre de places ofertes i demandades i no es poden identificar de manera més concreta territoris amb problemes en termes d'oferta i problemes en termes de demanda.

Tanmateix, la literatura apunta que el dèficit de places afecta principalment ciutats grans i que acaba generant un gran protagonisme de l'oferta privada i la consegüent exclusió dels sectors socials més desfavorits (Navarro, 2018). Les dades de cobertura i protagonisme de l'escola bressol privada segons grau d'urbanització apunten en la mateixa direcció. Considerades aquestes dinàmiques, alguns estudis suggereixen que sense incentivar la demanda per part de certes famílies, la inversió en escola bressol podria ser regressiva (Blasco, 2016). Com hem mostrat en la secció anterior, això també té implicacions en la cura informal en l'àmbit familiar que es reflecteix en la retirada total o parcial de les dones del mercat, especialment de les que tenen menys ingressos i també en una participació molt important d'avis i àvies en la cura dels infants (Tobío et al., 2010)

Més enllà de la insuficiència de cobertura en determinats territoris, el decalatge entre oferta i demanda genera també efectes sobre la qualitat del servei. Així, mentre que als territoris més tensionats les ràtios entre infants i professionals arriben al límit permès (8 infants per educadora als 0 anys, 13 a l'any, i 20 als 2 anys), en els territoris amb menys pressió demogràfica d'infants de 0 a 3 aquestes milloren substancialment.

En definitiva, les escoles bressol representen el principal recurs de cura pels primers anys de vida dels infants. Les dades mostren un volum important d'oferta pública i un ús dels serveis rellevant tot i que es troba lluny de ser universal. La cobertura general se situa al voltant de 56%, però és molt heterogènia territorialment i la literatura apunta manca de places en les ciutats més grans que s'ha de cobrir amb oferta privada i que pot contribuir a eixamplar les desigualtats socials.

## **Espais familiars**

Un altre dels recursos disponibles per la cura dels infants 0-3 són els espais familiars. Aquests prenen diferents modalitats en funció de l'edat dels infants, de la intensitat de l'ús o del paper dels professionals (per exemple, hi ha serveis per nadons de pocs mesos més centrats en oferir orientacions a la cura per a les famílies i espais per més grans més centrats en el joc). Tot i que es tracta d'un recurs minoritari al conjunt del territori català, els espais familiars són un format molt interessant per donar suport a les famílies amb la criança en la primera infància.

D'una banda, pot ser un suport per a famílies que no fan ús de les escoles bressol per diferents motius (per exemple, per no haver obtingut plaça o bé per no desitjar un recurs tan extensiu en hores). Però també en fan ús famílies usuàries d'escoles bressol que ho compatibilitzen. D'altra banda, es tracta d'un espai que genera xarxa comunitària i de

suport entre famílies, de manera que és un espai de cura no només per a les criatures, sinó també per a les persones cuidadores que troben suport entre iguals i també per part de professionals. Trencar amb l'aïllament que pot generar la cura és també una forma de cura cap a les persones cuidadores que pren un significat específic durant la cria, quan sorgeixen dubtes, inseguretats i neguits que afecten de forma aclaparadora a les mares, en tant que cuidadores principals sobre les qual recau el mandat social molt exigent en vers la maternitat (Keller i Sol,2019).

A Catalunya hi ha 160 espais familiars repartits en 168 municipis (Departament de Drets Socials, s.d.). Entre els municipis que en tenen, destaquen Barcelona amb 39, Cornellà de Llobregat amb 7, l'Hospitalet de Llobregat amb 7, Sant Boi de Llobregat amb 5, Santa Coloma de Gramenet amb 6 i Badalona amb 6. Per contra, en la gran majoria de municipis de Catalunya (879) no es disposa d'aquest recurs. Si ho analitzem segons grau d'urbanització, observem d'una banda, que la majoria de Espais Familiars (el 72.5%) són a les ciutats grans, un 13.75% a les ciutats mitjanes i àrees semi-denses i un 13.75% està en àrees rurals.

Per comarca, també s'observen diferències rellevants pel que fa al total de d'Espais Familiars així com diferències pel tipus de titularitat. Per exemple, destaquen comarques com el Baix Llobregat i el Barcelonès amb una alta concentració de centres, principalment privats. Per contrast, altres regions com el Gironès i l'Alt Empordà mostren una presència més modesta d'espais familiars, amb una distribució més equilibrada entre titularitats. No disposem de dades de places en espais familiars i no és possible calcular-ne la cobertura. Cal apuntar, però, que molt espais familiars públics treballen de la mà de serveis socials i faciliten l'accés a aquest recurs per part de les famílies amb una major necessitat, no necessàriament econòmica sinó sobretot relacional (com ara mares soles). Per aquest motiu, tot i que per a la població general tingui segurament una cobertura molt baixa, l'impacte que pot tenir sobre determinats sectors socials pot ser qualitativament rellevant. Tanmateix, tal com s'ha mostrat la presència d'aquest recurs es molt desigual a nivell territorial.

Així doncs, els espais familiars suposen un recurs molt interessant que acompanyen a les famílies en la seva tasca cuidadora, oferint orientacions per millorar la qualitat de la cura, però sobretot oferint suport emocional i xarxa relacional en una etapa complexa. Al mateix temps ofereixen per als infants espais de cura i entorns estimulants. Tanmateix, estan molt poc present arreu del territori i no és un recurs que

allibera temps, en tant que requereixen l'assistència dels infants amb els seus progenitors o tutors.

## Ludoteques

Les ludoteques són espais amb una finalitat lúdica, educativa i comunitària que tenen com a objectiu principal garantir el dret dels infants al joc i afavorir el seu desenvolupament integral. Hi ha hagut certa tensió entorn el paper de les ludoteques com a espais socioeducatiu o de cures i sobre el que constitueix una ludoteca. De fet, el Govern de la Generalitat va aprovar el Decret 94/2009, de 9 de juny, pel qual es regulen les ludoteques, amb l'objectiu de definir el seu règim jurídic i les seves funcions respecte a altres centres que tenen cura de nenes i nens. Tanmateix, especialment a partir dels 6 anys quan l'ús dels serveis deixa de requerir l'acompanyament dels tutors, poden esdevenir un recurs molt interessant per resoldre necessitats de cura alhora que treballar activament el desenvolupament dels infants.

A Catalunya, hi ha només un total de 36 ludoteques acreditades. Només 16 municipis tenen una o més ludoteques a tot el territori. Barcelona encapçala la llista amb 18 ludoteques, seguida de Lleida amb 6 i Cornellà de Llobregat amb 3. Hi ha 935 municipis que no disposen de cap ludoteca. Pel que fa al grau d'urbanització, cap ludoteca està ubicada en zones rurals. La majoria es troben a les ciutats grans (33), mentre que només n'hi ha 3 en ciutats mitjanes i àrees semi-denses (Taula 12) .

**Taula 12. Nombre de ludoteques i places segons grau d'urbanització**

Grau d'urbanització	Número de ludoteques	Places disponibles <sup>[1]</sup>
Ciutats grans	33	4.282
Ciutats mitjanes i àrees semi-denses	3	215
Àrees rurals	0	0
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>4.497</b>

[1] No hi ha informació de places disponibles per 2 ludoteques.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades facilitades per dades proporcionades pel Departament d'Educació.

La informació de la qual disposem en termes de places és poc precisa, no detalla hores de participació o edats dels infants i no permet fer una bona anàlisi. Tanmateix, es fa evident que es un recurs molt minoritari i poc present al conjunt del territori, que es concentra fonamentalment en espais urbans.

### **Serveis de cures puntuals en equipaments o fora de l'horari escolar**

Les necessitats de cures dels infants a partir dels 3 anys queden resoltes parcialment pel sistema educatiu. Tanmateix, aquestes necessitats no desapareixen fora de l'horari escolar i s'intensifiquen, per exemple en període de vacances o de manera puntual per malaltia. De la mateixa manera i en relació amb la cura dels infants 0-3, les escoles bressol tenen horaris concrets i poc flexibles i no se'n pot fer us en cas de malaltia, ni és el recurs adient per fer-ho, per tant, tot i que s'aconseguís la seva extensió total pel conjunt del territori encara quedarien necessitats de cures per resoldre. Considerar aquests vuits és especialment rellevant tenint en compte que les famílies poden tenir necessitats de cures molt diverses, per exemple perquè treballen el cap de setmana o en horari nocturn, perquè tenen jornades flexibles i canviants o perquè emergeixen necessitats de cures puntuals o tenen altres dependents a càrrec (Blasco, 2016). En aquests casos, el potencial resolutiu dels serveis educatius és menor.

Un indicador rellevant per determinar la importància d'aquests tipus de serveis és el decalatge entre la jornada laboral mitjana i les hores de mitjana setmanal que els infants estan a l'escola; de fet a Catalunya el Pacte Nacional per a la Reforma Horària de 2017 reclamava entre altres que els horaris laborals havien d'anar d'acord amb els horaris escolars. Segons dades de l'EU – SILC de 2016, a l'estat espanyol aquesta bretxa és important: de mitjana una jornada laboral està lleugerament per sota de les 40 hores, mentre que l'horari escolar pels infants d'entre 6 i 12 anys és d'aproximadament 30 hores (Ludwinek, A i Clevers, F, 2020). Comparativament, la diferència és menor que en països com Romania, Bulgària o Grècia però superior a Dinamarca, Suècia, Portugal, Luxemburg o Itàlia. A més si s'examina la diferència en funció del gènere s'observen dos factors . D'una banda, les dades reflecteixen de nou la desigual càrrega de cures entre homes i dones i el fet que les dones tenen jornades més curtes. D'altra banda, es posa de manifest que de mitjana, les seves jornades encara són superiors al temps que els infants estan a l'escola, indicant que les absències parcials del mercat laboral són insuficients per resoldre les necessitats de cures.

Si revisem aquestes dades per Catalunya veiem que la jornada mitjana entre la població ocupada a jornada completa és de 38,9 hores (EPA, 2023) mentre que amb caràcter general, els centres públics de segon cicle d'educació infantil i primària, incloent-hi els d'educació especial, l'horari lectiu és de 9 a 12.30 h. i de 15 a 16.30, és a dir un total de 25 hores setmanals sense contar les hores de menjador i puja a 30 hores lectives setmanals per l'alumnat de secundària obligatòria i batxillerat. Per tant, s'observa el mateix decalatge i es constata que és superior en les etapes educatives amb necessitats de cures

més intenses. Addicionalment, els horaris se solen concentrar i segons dades de 2020, un 88% dels centres de secundària fan jornada continuada, ampliant el decalatge pel fet que els horaris laborals i lectius no coincideix. Finalment, també es rellevant que la jornada als centres privats és de mitjana una hora més llarga (Consell Escolar de Catalunya, 2020).

A banda de les diferències entre jornades escolars i laborals s'ha de tenir presents dues complicacions addicionals. D'una banda, portar els infants a l'escola o altres serveis de cura també requereix temps, en aquet sentit s'hauria de considerar com a necessitat de cures el temps addicional que les famílies dediquen a traslladar els infants d'anada i tornada a les escoles o als serveis fora de l'horari escolar, que és especialment rellevant en territoris menys densos i amb distàncies grans. D'altra banda, el rol resolutiu de l'escola en termes de necessitats de cures no es dona en períodes de vacances. De mitjana a Catalunya hi ha 177 dies lectius, per tant, en 188 dies de l'any s'intensifiquen de manera rellevant les necessitats de cuers, especialment si considerem que els dies de vacances les persones treballadores són molt inferiors.

Donat aquest decalatge entre hores de feina i jornades lectives, un indicador rellevant sobre el rol dels serveis públics de cures per la infància són les iniciatives que existeixen fora de l'horari escolar. Existeixen diverses definicions d'aquesta tipologia de serveis, però en general s'utilitza el concepte per referir-se a activitats formals generalment dirigides a infants d'entre 6 i 12 anys i que es poden donar abans i després de l'escola, durant les pauses per dinar i durant les vacances escolars (Ludwinek, A i Clevers, F, 2020). Així, els serveis i recursos fora de l'horari escolar o el període lectiu poden ser molt diversos i comprendre des de casals d'estius i activitats extra-escolars oacollides de matí i tarda a les escoles fins a serveis com canguratges a domicili o en equipament o serveis de corda.

Segons l'OECD (2021), molt pocs països han desenvolupat sistemes de cures per a infants abans o després de l'horari escolar. Entre els països en què s'ha apostat per aquests serveis hi ha Hongria, Dinamarca, Eslovènia i Suècia amb cobertures pròximes al 60% sobre els infants d'entre 6 i 11 anys. L'estat espanyol, per contra, es troba a la cua pel que fa a el desplegament d'aquests tipus de serveis, amb una cobertura per sota del 10% molt per sota de la mitjana de la OECD (al volant del 30%) i només superior a Irlanda, Lituània i els Estats Units.

En el context català, no hi ha una oferta estructurada d'aquest tipus de serveis i el seu desenvolupament varia molt segons el tipus de recurs. Per exemple, pel que fa als

recursos per períodes de vacances hi ha una oferta diversa de casals d'estiu. La literatura apunta que ha augmentat significativament l'oferta pública i la cobertura, però que encara hi ha certa desigualtat territorial i dificultats d'accés especialment entre col·lectius vulnerables (Soler, et al.; 2022). Pel que fa als recursos en període lectiu i després de l'horari escolar, és rellevant el rol de les activitats extraescolars. De nou no es disposa de dades estructurades per aquesta tipologia de servei, però alguns informes apunten a bretxa d'origen socioeconòmic a favor de les famílies amb nivell socioeconòmic mitjà o alt. De fet, és una tensió pròpia d'aquests tipus de serveis que també s'observa en països en els quals estan més consolidats (Ludwinek, A., & Clevers, F.; 2020)

Pel que fa a altres tipus de recursos, com els canguratsges a domicili o equipaments, els serveis de corda a les escoles no hi ha dades sobre com s'articulen, però són experiències disperses i escasses, destacant especialment els serveis d'acollida a les escoles que han desenvolupat moltes AFAS. Des de 2021 i en el marc del programa Temps per Cures s'han finançat alguns serveis de cura puntual i de proximitat adreçats a nenes i nens de 0 a 16 anys entre els quals s'inclouen serveis d'acollida a les escoles i serveis de cures puntuals en equipaments, destinats precisament a resoldre aquestes necessitats no cobertes pel sistema educatiu. Entre 2021 i 2022 el programa ha finançat 459 serveis d'acollida a l'escola, 367 cangurs en equipament i 40 cangurs a domicili. Aquests serveis es troben repartits entre 77 ens locals diferents, sent el consell comarcal del Maresme, Castelldefels, Lleida i el consell comarcal del Moianès els territoris on s'han impulsat un major nombre de serveis innovadors.

Tanmateix, l'avaluació de la implementació del programa posa de manifest que aquests serveis són molt minoritaris i s'han desenvolupat només en alguns territoris, a més els serveis es concreten principalment en canguratsges lligats a activitats o serveis municipals i no s'ha desplegat exactament com a serveis de cures fora de l'horari escolar i adaptats a diversos contextos. En general, es constata una oferta molt limitada d'aquest tipus de serveis, fent evident una absència important de serveis de cures per infància fora dels horaris de l'escolarització obligatòria i no-obligatòria, més enllà de les activitats amb més caire educatiu com els casals o les extraescolars.

## **Conclusions**

La Taula 13 resumeix les consideracions de la secció. Per cada recurs detalla la seva cobertura pel conjunt de Catalunya, el seu potencial alliberador de temps i les possibles implicacions del sistema actual en termes de desigualtat socials.



**Taula 13. Resum de la capacitat dels serveis d'infància per atendre les necessitats de cures**

Servei	Cobertura del servei sobre la població diana	Potencial alliberador de temps per les famílies	Implicacions en termes de desigualtats socials
<b>Escoles bressol</b>	56,2 % pel conjunt de Catalunya, però variabilitat territorial rellevant. La cobertura pública és del 38% la privada del 18,2%.	Elevat però limitat a l'horari d'activitat. És poc flexible per famílies amb jornades laborals llargues, de nits o en caps de setmana. S'ha de complementar amb recursos fora de l'horari de servei.	En territoris urbans hi ha més demanda de places que oferta, especialment d'escoles bressol públiques. La demanda es desplaça cap al sector mercantil i per tant els dèficits estructurals poden contribuir a ampliar les desigualtats socials.
<b>Ludoteques</b>	Cobertura molt poc rellevant, hi ha molt poques ludoteques acreditades i es concentren en espais urbans.	Varia en funció de l'edat de l'infant. Fins als 4 anys han d'anar acompanyats d'un tutor. A partir dels 4 anys s'hauria de complementar amb serveis que alliberessin temps de transport entre servei i servei.	Hi ha poca informació al respecte, però pot ser un recurs poc conegut en certs sectors socials. El seu desenvolupament limitat accentua les desigualtats en l'eix rural-urbà.
<b>Espais familiars</b>	Molt poc rellevant, hi ha molt pocs espais familiar, no es disposa d'informació de places i es concentren en zones urbanes.	Poc important perquè requereix l'acompanyament de progenitors o tutors, tot i que té potencial per ser un recurs de suport i acompanyament per a persones cuidadores.	Hi ha poca informació al respecte, però pot ser un recurs poc conegut en cert sectors socials. El seu desenvolupament limitat accentua les desigualtats en l'eix rural-urbà.
<b>Serveis de cures puntuals en equipaments</b>	Gairebé inexistent, en termes de servei públic només s'han començat a implementar recentment en el marc del programa TempsXCures i no en tots els territoris.	Alt, sobretot per ajustar els decalats entre jornades en centres educatius i jornades laborals. Pot servir per alleugerar els temps de transports entre espais de cures i centres educatius i per atendre necessitats de cures que sorgeixen de manera esporàdica.	La inexistència d'aquest tipus de serveis delega la resolució de les necessitats de cures puntuals a les famílies, i en especial les dones. Les famílies que s'ho poden permetre tendeixen a contractar serveis al sector privat. La carència d'aquest tipus de servei eixampla les desigualtats per raó de gènere i socials.

Font: elaboració pròpia.

La revisió dels serveis de cura per infància posa en evidència que no existeix una xarxa ben tramada per atendre totes les necessitats de cures dels infants. El servei més extens són les escoles bressol que, si bé representen un recurs essencial i que arriba a una proporció important dels infants, també té limitacions. Concretament, les dades fan evidents problemes de cobertura i un rol rellevant del sector mercantil en ciutats grans, la qual cosa pot incrementar les desigualtats socials. D'altra banda, es tracta d'un model que, tot i cobrir una franja relativament extensa d'hores i tenir capacitat d'adaptar-se dins d'aquesta a les necessitats particulars de les famílies, no pot donar resposta a les casuístiques de totes les llars, com ara aquelles que tenen un horari laboral partit, de

tarda o de nit. Així mateix, les dades sobre l'escolarització no obligatòria posen de manifest que un 56,3% dels infants 0-2 no fan ús del recurs, tampoc en el sector privat. De fet, a banda de les escoles bressol, no hi ha cap recurs públic que doni una cobertura extensa al conjunt del territori per entendre necessitats de cures de la infància 0-3. Serveis alternatius i interessants com les ludoteques i els espais familiars són molt limitats i molt poc presents a la major part del territori català i durant l'etapa de la primera infància requereixen la presència dels progenitors, per tant, no alliberen temps ni faciliten la conciliació. Tal com s'ha apuntat a la secció 5.2, les necessitats de cures d'aquest d'infants no escolaritzats les resolen majoritàriament les dones mares i s'acaben traduït en diverses formes d'absència del mercat laboral amb conseqüències negatives en termes de pobresa econòmica i de temps, i contribuint a eixamplar les desigualtats per raó de gènere i socials.

D'altra banda, es constata que no existeix cap recurs extens i uniforme al conjunt del territori per atendre necessitats de cures a partir dels 3 anys. Durant totes les etapes de la infància, l'escola té un rol rellevant en la resolució de les necessitats de cures. Tanmateix, les dades comparant la jornada laboral amb la jornada escolar fan evident un decalatge rellevant entre ambdues que exposa la manca de suport a les famílies en l'atenció de les necessitats de cura. La literatura apunta que es rellevant desenvolupar serveis de cures fora de l'horari escolar. No obstant això, en el context català s'ha prioritzat recursos en períodes no lectius, com els casals i recursos educatius després de l'escola, com les activitats extraescolars, ambdós recursos que exclouen una part dels infants i famílies d'origen socioeconòmic baix. Per contra els serveis d'hores i suport, com els canguratsges o els serveis de corda, que tenen un potencial resolutiu rellevant són gairebé inexistent.

### **5.3.2. Serveis públics per gent gran**

Pel que fa als serveis públics per cures de gent gran, el cas català es caracteritza per un model de cures de llarga durada batejat per Martínez Buján (2010 i 2014) com familista professionalitzat, on la prevalença de la cura familiar continua sent molt rellevant però es complementa amb serveis de cures, especialment en casos on les necessitats de cures són molt intenses. En aquesta secció es revisen quatre serveis clau d'atenció a les cures de gent gran: el servei d'ajuda a domicili, el servei de teleassistència, els centres de dia i les residències de gent gran.

## El Servei d'Ajuda a Domicili

El Servei d'Ajuda a Domicili (SAD) té per objectiu donar suport a situacions de necessitat a l'entorn domiciliari i potenciar l'autonomia i la integració a l'entorn familiar i comunitari. És considerat 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 necessitat de suport al mateix espai de convivència. Els serveis de suport a la pròpia llar permeten allargar l'autonomia de les persones grans i la permanència en el seu entorn físic i sociocomunitari. A més, envellir a la pròpia llar és el format preferent per a la majoria de la gent gran.

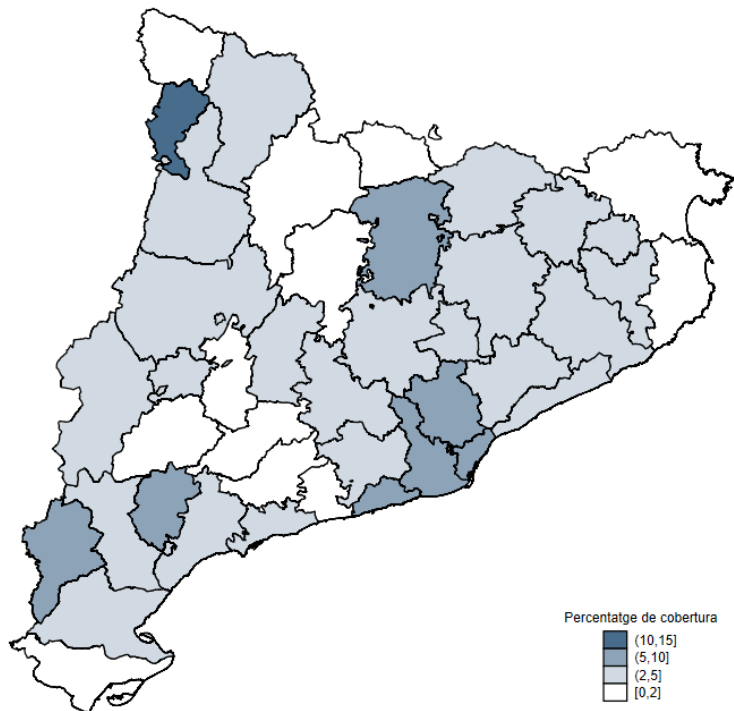
El SAD és el principal recurs de suport que tenen les persones en situació de dependència funcional per romandre a la llar i cobrir les seves necessitats de cura tant directes com indirectes. És un dels primers recursos que poden sol·licitar les persones que comencen a perdre la plena autonomia i incrementar la dotació d'hores de suport a mesura que augmenti el grau de dependència de la persona. Tanmateix, les hores de suport que reben les persones sovint no aconsegueixen garantir aquesta autonomia i són les famílies les que han de complementar aquesta cobertura insuficient. Per això, la dotació del SAD és un bon indicador del suport públic tant a les pròpies persones en situació de dependència com a les seves famílies.

A Catalunya hi ha 32.058 persones amb dependència que utilitzen el SAD. Si les comparem amb el total de població de més de 65 anys amb necessitats de cures<sup>14</sup>, trobem que el servei té una cobertura efectiva del 5,5%. La Figura 18 mostra com aquesta cobertura es distribueix territorialment. A la franja alta destaca l'Alta Ribagorça amb un 12,5% de la població amb necessitats de cures coberta pel SAD, i el Barcelonès i el Priorat amb vora el 8%. Per la cua, a l'Aran i l'Alt Urgell es cobreix a menys de l'1% de la potencial població usuària.

---

<sup>14</sup> Calculada mitjançant la metodologia presentada en l'apartat 3.

Figura 18. Cobertura efectiva del SAD per comarca. 2022.



Nota: el percentatge de cobertura és el resultat de la divisió entre la població dependent usuària del SAD i la població de 65 anys o més amb necessitats de cures de la comarca.

Font: elaboració pròpia a partir de dades del padró continu 2022, l'ESCA 2021 i el Mapa de Servei Socials 2022.

El SAD atén principalment a dones, que representen el 72% de les usuàries, i l'edat mitjana és de 79 anys. El perfil més comú de persona usuària presenta una dependència moderada o de grau I (el 46%) o dependència severa o de grau II (36%), i en menor mesura s'hi atenen persones amb gran dependència o de grau III (17%). A mesura que augmenta la situació de dependència, les persones acostumen a combinar el SAD amb altres serveis: el 35% amb el servei de teleassistència, el 17% amb prestacions per cuidadors no professionals i el 5% amb ambdós serveis. Només el 40% de les persones usuàries utilitzen únicament el SAD.

L'avaluació del SAD realitzada per Ivàlua entre el 2021 i 2022 identifica una alta variabilitat de cobertura i intensitat que genera desigualtats territorials importants especialment relacionada amb factors demogràfics com ara l'envelliment de la població o l'existència d'alternatives institucionals al SAD. Així mateix, l'avaluació també apunta que en general, els municipis rurals i de muntanya tenen pitjor accés al servei i, per altra part, el copagament podria allunyar algunes persones usuàries del servei. Així doncs, s'identifiquen alguns dèficits estructurals pel que fa el desplegament del servei.

En termes del rol del SAD en la provisió de cures, l'avaluació identifica que no està molt clar quin és l'objectiu de la política i que entre els professionals i decisors coexisteixen

dues aproximacions: una que entén el servei com un dret bàsic de ciutadania que s'ha de garantir i protegir; i una altra que accentua que és una política d'eficiència i racionalització de recursos d'atenció a la dependència. A la primera, la voluntat i el dret de la persona de romandre (o no) a casa seva preval sobre qualsevol decisió econòmica; a la segona, és el cost del servei comparat amb el cost d'institucionalització de la persona atesa allò que marca l'oferta del SAD, així com la seva sostenibilitat en el futur.

## **Teleassistència**

En el mateix sentit que el SAD, el servei de Teleassistència és un suport a la cura a la pròpia llar que pot allargar l'autonomia de les persones. Tanmateix, no és un recurs per a persones en situació de dependència sinó fonamentalment per a gent gran que viu sola. La seva funció és donar seguretat a aquestes persones davant de situacions d'emergència que puguin patir a la llar com per exemple una caiguda o una fuga de gas; però també du a terme una labor preventiva fent un seguiment de l'estat general de les persones usuàries per via telefònica.

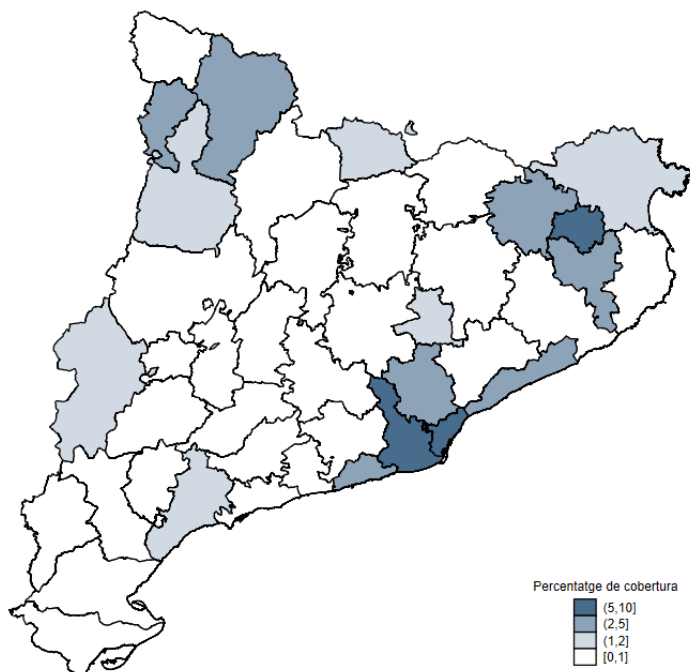
L'any 2021 el servei de teleassistència va atendre a 230.578 persones: gairebé el 70% de les quals eren dones, el 50% tenien més de 85 anys i el 47% entre 65 i 85 anys. Es tracta d'un servei que cobreix vora 200.000 llars a través de 198.000 aparells, i que pot cobrir necessitats de cures físiques directes, però també necessitats de cures més de caire emocional, al prevenir la por o angoixa de viure solt si passa alguna cosa.

Les dades disponibles permeten analitzar el nombre de persones usuàries del servei que tenen reconeguda una situació de dependència: en són 24.087 en tot Catalunya<sup>15</sup>, el que representa el 4,1% del total de persones amb potencials necessitats de cures de més de 65 anys. La cobertura del servei entre la població dependent presenta força disparitats territorials (Figura 19) sent les comarques properes a Barcelona i Girona les que tenen més cobertura, i contrasten amb la resta del territori on la cobertura és gairebé nul·la.

---

<sup>15</sup> El nombre de persones amb dependència i que fan ús de la teleassistència pot ser més gran. Segons la Subdirecció General d'Atenció i de Promoció de l'Autonomia Personal els registres de dependència que s'han utilitzat no recullen la totalitat de persones que tenen grau de dependència i tenen teleassistència.

**Figura 19. Cobertura efectiva del servei de teleassistència en la població dependent per comarca. 2022.**



Nota: el percentatge de cobertura és el resultat de la divisió entre la població dependent usuària del servei de teleassistència i la població de 65 anys o més amb necessitats de cures de la comarca.

Font: elaboració pròpia a partir de dades del padró continu 2022, l'ESCA 2021 i el Mapa de Servei Socials 2022.

Les persones amb dependència que utilitzen el servei són majoritàriament dones (77%) amb una edat mitjana de 82 anys. Segons grau de dependència: el 50% tenen dependència moderada o de grau I, el 37% dependència severa o de grau II i el 13% tenen gran dependència o de grau III (13%). Entre les persones que utilitzen el servei de teleassistència, pràcticament totes utilitzen també altres serveis: el 54% és usuària del SAD, el 32% reben l'assistència de cuidadors/es no professionals, el 6% d'ambdós serveis i la resta altres combinacions (6%).

### Centres de dia

Els centres de dia són sovint un pas entremig en què la persona gran passa una part del dia a un recurs institucional i l'altra part a casa. Pot ser un pas previ a la plena institucionalització o no. En aquesta opció híbrida la família també hi pot tenir un paper central per cobrir les nits i hores a casa, però evitant o disminuint la sobrecàrrega. Als centres de dia les persones poden gaudir d'activitats d'oci i sociabilitat importants per al benestar emocional, així com activitats d'exercici mental i físic que ajuden a endarrerir el deteriorament. Al mateix temps, romandre a casa a les nits evita una institucionalització total, en què les persones poden perdre vincles sociocomunitaris i

capacitat de decidir sobre la seva vida quotidiana. Per aquest motiu és un recurs molt interessant, tant per a les persones usuàries com per a les famílies.

A Catalunya hi ha 908 centres de dia: 473 es troben en ciutats grans (el 52%), 297 en ciutats mitjanes i àrees semidenses (el 33%) i 138 en àrees rurals (el 29%), i hi ha 609 municipis sense cap centre de dia. Aquests centres ofereixen en total 20.140 places, segons dades del Mapa de serveis socials de 2022, incloent places privades i places que reben finançament públic. El suport públic pren diverses formes segons el tipus de centre on s'ubiqui la plaça: centres de titularitat pública, centres concertats (establiments privats que ofereixen places cedides a la xarxa pública), centres col·laboradors (establiments privats que ofereixen places cedides a la xarxa pública, però a diferència dels centres concertats, sense ser de titularitat pública) o en centres privats mitjançant prestacions econòmiques vinculades al servei (PEV) adreçades a persones dependents que ocupen places en aquests centres. Poc més de la meitat de places en centres de dia (el 53%) reben finançament públic, ja sigui perquè són places en centres de titularitat pública (5.833), places concertades o col·laboradores en establiments privats (3.480) o prestacions econòmiques adreçades a persones dependents que ocupen places en centres privats (1.441).

**Taula 14. Places en centres de dia per a gent gran segons tipus de plaça. 2022**

Tipus de plaça	Nombre de places	%
Places públiques	5.833	29,0%
Places concertades	822	4,1%
Places col·laboradores	2.658	13,2%
Prestacions econòmiques vinculades al servei (PEV)	1.441	7,2%
Places privades	9.386	46,6%
<b>Total</b>	<b>20.140</b>	<b>100%</b>

Font: Mapa de Serveis Socials de Catalunya (2022).

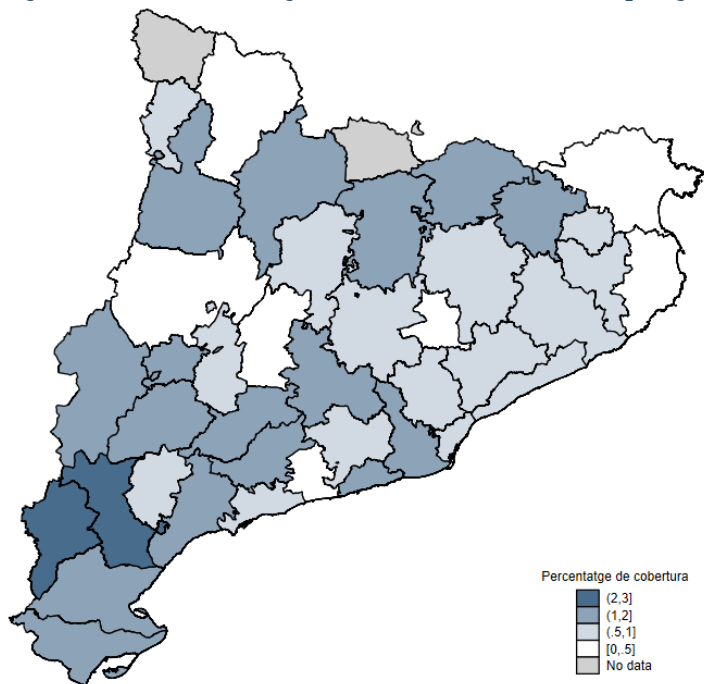
Si comparem el nombre de places disponibles amb la població de 65 anys i més amb necessitats de cures<sup>16</sup>, trobem que el servei podria cobrir només el 3,4% de les persones, i només l'1,8% si comptem únicament les places amb suport públic.

Més encara, si analitzem les places amb suport públic que estan ocupades segons les dades proporcionades per Drets Socials (5.395 places, 920 d'elles corresponents a PEV), la cobertura efectiva del servei és de l'1% de la població amb necessitats de cures de més

<sup>16</sup> Calculada mitjançant la metodologia presentada en l'apartat 3.

de 65 anys. La Figura 22 mostra la distribució territorial d'aquesta cobertura, que va del 0,17% al Pallars Sobirà fins al 2,57% a la Terra Alta. La baixa cobertura no és conseqüència d'una falta de demanda, doncs el servei compta amb una llista d'espera de 6.128 persones, segons dades de Drets Socials de setembre de 2023.

**Figura 20. Cobertura efectiva dels centres de dia per gent gran per comarca. 2022.**



Nota: el percentatge de cobertura és el resultat de la divisió entre les places ocupades en centres de dia per gent gran i la població de 65 anys o més amb necessitats de cures de la comarca.

Font: elaboració pròpia a partir de dades del padró continu 2022, l'ESCA 2021 i dades proporcionades per Drets Socials.

La majoria de les places ocupades en centres de dia les ocupen persones amb una situació de dependència reconeguda: 5.181 persones segons les dades facilitades per Drets Socials<sup>17</sup>. Les persones que utilitzen aquest servei tenen 85 anys de mitjana, i el 91% tenen més de 75 anys. Són majoritàriament dones (73%) i tenen diversos graus de dependència: el 28% té dependència moderada o de grau I, el 51% té dependència severa o de grau II i el 21% té una gran dependència o de grau III. Les persones amb graus més elevats de dependència acostumen a comptar també amb un cuidador no professional (el 46% dels casos de dependència severa i el 55% dels casos de gran dependència),

<sup>17</sup> El decalatge entre el nombre de places ocupades i les persones amb dependència que ocupen les places ve per dos motius: no es disposa de dades de persones usuàries dependents amb PEV en centres de dia i degut a que una mateixa plaça la poden ocupar més d'una persona si no l'utilitzen en jornada completa.



remarcant que el recurs no substitueix la provisió de cures per part de les famílies, tampoc en els casos de dependència de grau més elevat.

### Residències de gent gran

Les residències són, en general, un recurs per a persones amb una dependència severa o amb una gran dependència, que són generalment les persones més grans i que tenen moltes dificultats per romandre a la pròpia llar.

A Catalunya hi ha 61.322 places en residències de gent gran, 41.472 de les quals (el 68%) reben algun tipus de suport públic i 19.850 (el 32% restant) són totalment privades i no reben finançament públic, segons dades del Mapa de serveis socials de 2022. Tal i com mostra la Taula 15, la privatització del servei és evident: només el 17% de les places es troben en centres de titularitat pública, tot i que l'extensió del suport públic als establiments privats aconsegueix que el 67,6% de les places ofertes rebin finançament dels recursos públics. Aquestes places s'ubiquen dins de 952 centres, el 54% dels quals es troben en ciutats grans, el 33% en ciutats mitjanes i àrees semidenses i el 12% en àrees rurals, repartits en 305 municipis. En el altres 642 no hi ha cap centre residencial.

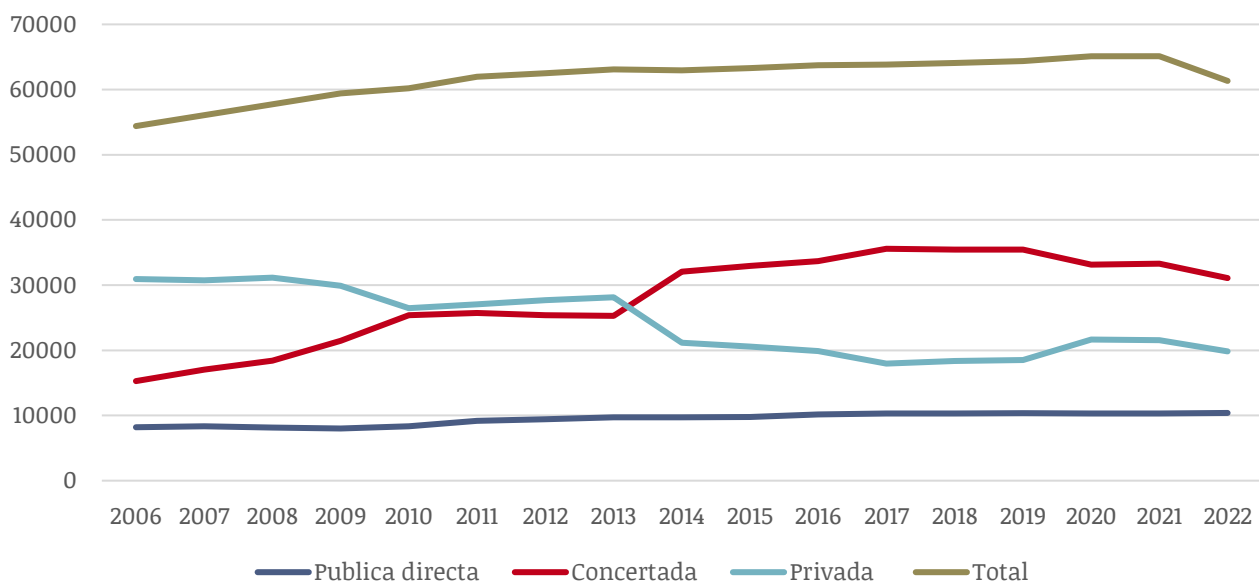
**Taula 15. Places en centres residencials de gent gran segons tipus de plaça. 2022**

Tipus de plaça	Nombre de places	%
Places públiques	10.390	16,9%
<i>Generalitat</i>	5.200	-
<i>Administració local</i>	5.190	-
Places concertades	7.507	12,2%
Places col·laboradores	13.854	22,6%
Prestacions econòmiques vinculades al servei (PEV)	9.721	15,9%
Places privades	19.850	32,4%
<b>Total</b>	<b>61.322</b>	<b>100%</b>

Font: Mapa de Serveis Socials de Catalunya (2022).

Durant els darrers anys el nombre de places públiques només ha augmentat lleugerament, mentre les places concertades, col·laboradores i les PEV guanyen pes sobre el total de places en detriment de les purament privades, que van disminuint des de 2013 a excepció de petits repunts els anys 2019 i 2020.

**Figura 21. Places de residència per a gent gran segons tipus. 2006-2022.**



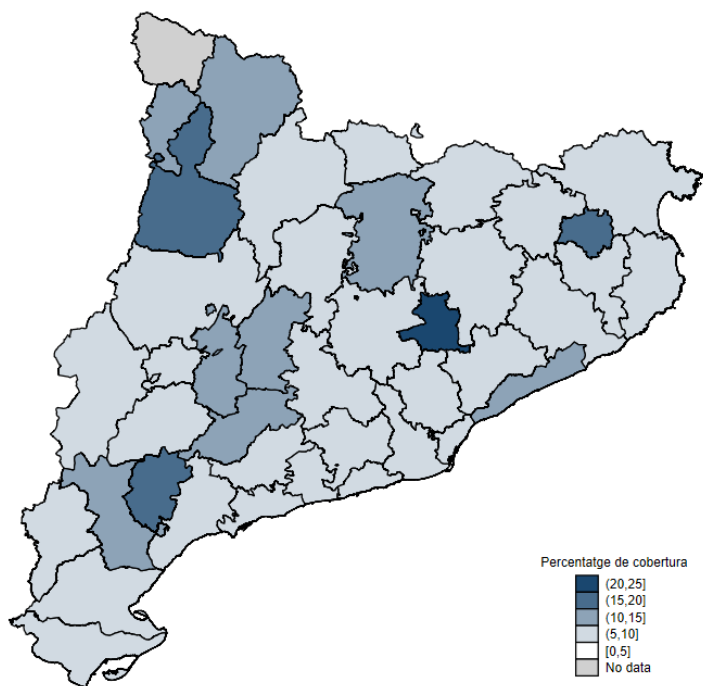
Font: Mapa de Serveis Socials de Catalunya. Nota: l'any 2022 no es comptabilitzen al Mapa de Serveis Socials les places de la llarga estada en centres socio-sanitaris.

Són suficients aquestes places per cobrir les necessitats de cures entre la gent gran? Si comparem les places disponibles amb la població amb necessitats de cures de més de 65 anys<sup>18</sup>, trobem que la cobertura potencial del servei és del 10,4%, o del 7% si comptem només les places que reben suport públic.

Les dades proporcionades pel Departament de Drets Socials permeten anar més enllà i analitzar quines places amb finançament públic estan ocupades: 42.171 places, de les quals 12.771 places es cobreixen amb PEV. Per tant, la cobertura efectiva del servei és del 6,6% de la població diana. La baixa cobertura no és conseqüència d'una falta de demanda, doncs el 94,3% de les places disponibles estan ocupades i hi ha 18.598 persones en llistes d'espera. Aquesta cobertura efectiva, però, presenta algunes diferències territorials, i va del 5% a l'Alt Empordà fins al 21% al Moianès (Figura 22).

**Figura 22. Cobertura efectiva de les residències per gent gran per comarca. 2022.**

<sup>18</sup> Calculada mitjançant la metodologia presentada en l'apartat 3.



Nota: el percentatge de cobertura és el resultat de la divisió entre les places ocupades en residències per gent gran i la població de 65 anys o més amb necessitats de cures de la comarca.

Font: elaboració pròpia a partir de dades del padró continu 2022, l'ESCA 2021 i dades proporcionades per Drets Socials.

Les dades disponibles permeten analitzar el perfil de les persones usuàries del servei que tenen reconeguda una situació de dependència: unes 36.269 persones, 8.791 d'elles amb PEV<sup>19</sup>. No hi ha diferències en el perfil de persones segons si tenen PEV o no en termes de sexe, edat i grau de dependència, per tant, sembla que les dues modalitats s'utilitzen indistintament.

Les persones usuàries del servei de residència per a gent gran són majoritàriament dones (76%) amb una edat mitjana de 87 anys. El 92% té més de 75 anys, edat en la qual s'intensifiquen les necessitats de cures en línia amb l'anàlisi de les necessitats de cures físiques de l'apartat 4.1. Segons el grau de dependència de la persona (grau I, II o III), el servei es presta de forma més especialitzada i té un cost de referència més alt. Les persones amb dependència severa o grau II representen el 56% de la població usuària, i les persones amb gran dependència o grau III el 44%.

---

<sup>19</sup> El decalatge entre el nombre de places ocupades i les persones amb dependència que ocupen les places ve per dos motius: hi ha persones en centres residencials sense la valoració de dependència i que hi estan per risc social i degut a un impàs d'informació entre bases de dades.

## Conclusions

La cobertura dels serveis públics (considerant places públiques i concertades) per gent gran amb necessitats de cures físiques varia segons el tipus de servei, però són en general molt reduïdes. La Taula 16 resumeix les dades de cobertura clau per tots els serveis: la població usuària, la cobertura potencial considerant les places públiques i la cobertura potencial total considerant les places públiques i privades. Com s'observa, per les residències i els centres de dia la cobertura pública és molt baixa, especialment en el cas dels centres de dia. Les places privades suposen un increment rellevant per ambdós serveis que augmenten la cobertura total fins al 3,4% en el cas dels centres de dia i fins al 10,4% en el cas de les residències. Pel que fa a el SAD i la Teleassistència només disposem de la cobertura real (basada en el nombre de persones usuàries): s'observa que és reduïda en el cas del SAD (del 5,5%) i molt superior en el cas de la teleassistència que cobriria el 36% de les persones majors de 65 anys amb necessitats de cures físiques. Tanmateix, per aquest últim servei s'ha de tenir present que en poden fer ús persones que no tenen limitacions en la vida quotidiana.

**Taula 16. Dades de cobertura pels principals serveis d'atenció a la gent gran amb necessitats de cures.**

Serveis	Població usuària	Cobertura potencial pública	Cobertura potencial pública i privada
SAD	32.058	5,5%	-
Teleassistència	230.578	39,0%	-
Centres dia	5.916	1,8%	3,4%
Residències	39.121	6,6%	10,4%

Nota: la cobertura potencial es calcula com el nombre de places disponibles (o població usuària en SAD i Teleassistència) entre la població amb necessitats de cures de més de 65 anys. Font: elaboració pròpia amb dades del Mapa de Serveis Socials 2022 i dades proporcionades per Drets Socials.

Si tenim en compte tota la població de més de 65 anys amb necessitats de cures, tots els serveis ofereixen una baixa cobertura. Tanmateix, aquesta augmenta de manera rellevant si passem a considerar l'ús dels serveis entre les persones amb dependència, que són en termes efectius la població elegible per aquests serveis, tret de la teleassistència. Segons dades del Departament de Drets Socials a setembre de 2023 hi ha 270.300 persones dependents. Un 30,5% de la població dependent utilitza algun dels serveis analitzats<sup>20</sup> (teleassistència, SAD, centre de dia i/o residència) i poden utilitzar més d'un servei a la vegada. De fet, tal com mostra la Taula 17 el solapament entre

<sup>20</sup> O un 13,94% de la població de més de 65 anys amb necessitats de cures físiques.

serveis és molt freqüent amb algunes excepcions. Així, la població amb dependència que està en residències, (el 43,94% de la població amb dependència), no fa ús de cap altre servei ja que aquest cobreix la totalitat de les seves necessitats de suport. També hi ha un 16,16% de les persones en situació de dependència que només fa ús del SAD, probablement per no requerir d'un suport més intens. D'altra banda, hi ha un 2,66% que només utilitza un centre de dia i un 2,52% que només utilitza el Teleassistència. Per contra, el 35% de la població dependent combina diferents serveis per donar resposta a la seva situació particular i poder romandre a la pròpia llar, com l'ús del SAD i la teleassistència (13,59%), l'ús de la teleassistència i la prestació per cuidador/a no professional (9,11%) o l'ús del SAD amb la prestació per cuidador/a no professional (6,58%).

**Taula 17. Percentatge de persones amb dependència segons servei utilitzat per trajectòries**

“Trajectòries”	Residència	Centre de dia	SAD	Teleassistència	Cuidador no professional	% sobre la població amb dependència atesa
Track 1	■					43,94%
Track 2			■			16,16%
Track 3			■	■		13,59%
Track 4				■	■	9,11%
Track 5			■		■	6,58%
Track 6		■				2,66%
Track 8				■		2,52%
Track 7		■			■	1,90%
Track 9			■	■	■	1,83%
Altres						<2%

Font: elaboració pròpia amb dades proporcionades per Drets Socials.

L'anàlisi d'aquestes trajectòries mostra, per una banda, que el solapament entre serveis és la norma entre aquelles persones que romanen a la llar i, per l'altra, que fins que no arriba aquest punt és molt habitual que els serveis es combinin amb la prestació per cuidador/a no professional el que mostra que la provisió de la cura per part de la família manté un paper rellevant en l'atenció a les cures de persones dependents. De fet, segons dades proporcionades per Drets Socials aquesta prestació cobreix a 97.323 persones, el 36% de la població amb dependència i en conseqüència presenta una cobertura més elevada que la resta de serveis junts (del 30,5%). Només 16.302 persones dependents (el 6%) combinen la prestació amb centres de dia, SAD o teleassistència. Aquestes dades contribueixen a mostrar que la família continua sent una part fonamental i protagonista pel que fa a la provisió de cures.

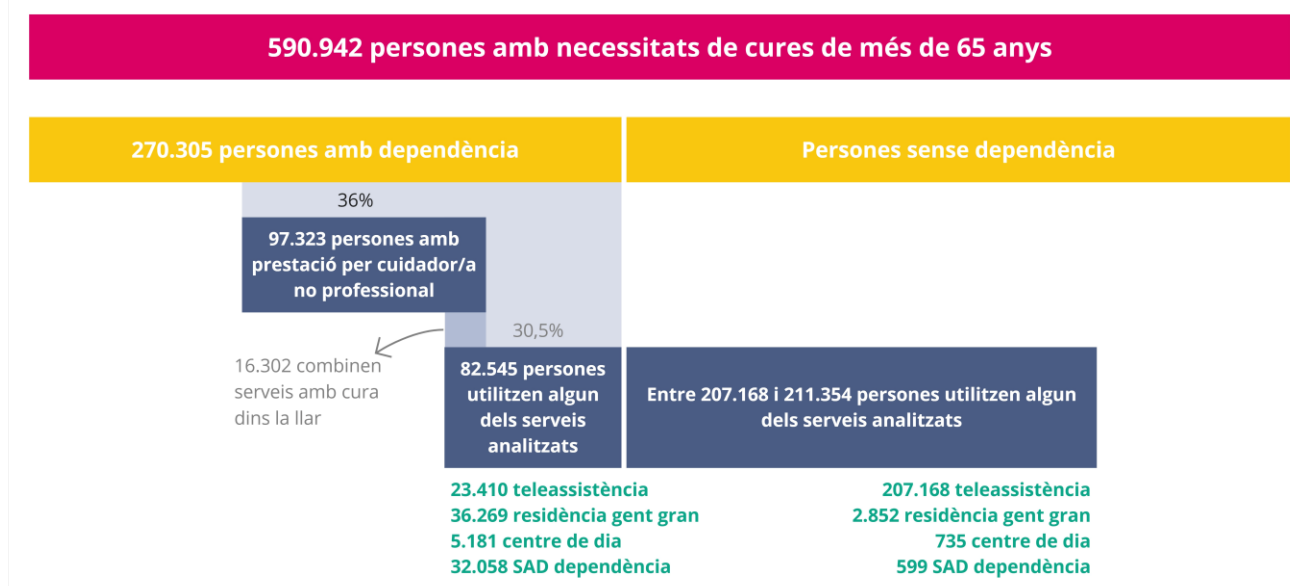
La Figura 23 mostra la relació entre la població diana (les persones amb necessitats de cures), la població elegible pels serveis analitzats (les persones amb dependència) i la població usuària d'aquests serveis i recursos. Les dades no es permeten fer una anàlisi d'encaix perquè no es possible determinar quina proporció de les 591.942 persones tenen reconegut algun grau de dependència. Tanmateix, permet identificar diverses qüestions.

D'una banda, entre les persones amb dependència, el recurs públic més utilitzat és la prestació per persona cuidadora no professional. Per contra, l'ús dels serveis és menys destacat i la cobertura conjunta de tots els serveis és inferior a la de les prestacions (del 30% versus el 36%). Els serveis més usats són el SAD dependència i les residències de gent gran, mentre que el rol dels centres de dia és menys rellevant. Un 6% de les persones amb dependència fa un ús combinat dels serveis públics i de la prestació per cura dins la llar fent evident el solapament de provisió de cures entre l'esfera familiar i l'esfera pública.

Les dades semblen apuntar al fet que els serveis analitzats també cobreixen persones sense dependència: una proporció molt petita fa ús del SAD, de les residències i dels centres de dia i una proporció molt més important fa ús de la teleassistència, la qual cosa que encaixa amb les funcions de cada servei. Tanmateix, les dades dels registres de dependència i l'ús del SAD, residències i centres de dia en cas de persones no dependents poden estar mostrant errors de registre i casuístiques concretes que no podem copsar.

Les dades mostren una bona focalització dels recursos disponibles. Els serveis específicament pensats per atendre necessitats de cures intenses (SAD, centres de dia i residències) cobreixen majoritàriament a persones dependents, i en gran mesura dones. Com hem vist a la secció 4 són el col·lectiu amb més necessitats de cures físiques. D'altra banda el servei de teleassistència, que no té cap activitat específica per la cura de dependents, arriba majoritàriament a persones sense dependència. No obstant això, en global les dades també fan evident que els serveis no arriben al conjunt de persones amb necessitats de cures físiques i més de 65 anys i cobreixen només parcialment les persones amb necessitats de cures especialment intenses.

**Figura 23. Relació entre necessitats i provisió de serveis**



Nota: Les dades de persones amb necessitats de curs i persones amb i sense dependència, son de fonts diferents i no es poden relacionar. Font: elaboració pròpia a partir de dades del padró continu 2022, l'ESCA 2021 i dades proporcionades per Drets Socials.

En definitiva, l'anàlisi dels principals serveis públics de provisió de necessitats de cures físiques mostra que hi ha dèficits estructurals pel que fa la capacitat dels serveis públics de donar resposta a les necessitats de cures de les persones majors de 65 anys amb dificultats per fer activitats de la vida quotidiana. Els serveis actuals són limitats per atendre tota la població diana i arriben, pràcticament, només a la població amb necessitats de cures especialment intenses que tenen reconeguda una dependència.

En termes de redistribució de les cures entre les diverses esferes, les dades confirmen el rol de la família en la provisió de cures de persones dependents. En el nostre context, la Llei 39/2006, de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de Dependència, ha estat la pedra angular de la provisió de cures des de l'Estat però ha arrossegat des de l'inici problemes per desplaçar la família com a principal proveïdora de cures i per convertir de manera efectiva la cura en un dret subjectiu i universal. Primer, a l'incorporar la figura de la cuidadora en l'entorn familiar en la seva pròpia conceptualització la llei renunciava a un trencament amb la domesticació de les cures. Segon, els problemes de finançament i desplegament han provocat llistes d'espera tant per a la valoració de dependència com pel gaudi de determinats serveis, de manera que ha estat la família qui s'ha continuat fent càrrec fins que arribava aquest suport. Tercer, la insuficiència de recursos de suport, quan hi son, impedeix que la família es pugui enretirar significativament, romanent com a principal responsable que compta amb ajudes més o menys puntuals. Quart, la llei incorpora de manera formal el sector privat mercantil com a actor legitimat en la xarxa pública de provisió de cures de llarga durada

i, per tant, introdueix de manera irreversible l'ànim de lucre en les lògiques i el funcionament quotidià de la cura de llarga durada (Benet et al., 2022). Les dades presentades en aquesta secció confirmen aquesta tendència al fer evident: el pes de les prestacions per persones cuidadores no professionals en l'atenció a la dependència, la cobertura limitada dels principals serveis i la importància dels serveis privats sobre la cobertura total de residències i centres de dia.

## **6. Encaix entre les necessitats de cures i la seva provisió**

Identificar les necessitats de cures i analitzar com se'ls hi dona resposta des de l'esfera familiar i des dels principals serveis públics de cura permet fer una anàlisi d'encaix, és a dir, entendre quines necessitats s'estan cobrint i especialment identificar quines necessitats no s'estan cobrint, o bé a quin preu en termes de desigualtats socials s'estan cobrint. En aquest apartat discutim com s'estan atenen les necessitats d'infància i gent gran i quines són les principals mancances del model actual amb l'objectiu d'identificar on i com cal reforçar la provisió de cures.

Pel que fa a la provisió de cures per part dels serveis públics, destaca que aquests es concentren en atendre necessitats de cures especialment intenses, desplegant serveis específics per determinats moments del cicle vital i situacions "d'evident necessitat", com la primera infància o la vellesa, però sense suports per atendre la cura al llarg de tota la vida i per fer front a les necessitats sobrevingudes o menys intenses. En la infància, les escoles bressol són el servei de provisió de cures més generalitzat i van destinades únicament a l'etapa 0-3. Posteriorment els infants entren majoritàriament al sistema educatiu, el qual es fa càrrec també del seu acompanyament i cura, especialment a les edats més primerenques. En el cas de la gent gran, els serveis s'organitzen en funció de la intensitat de cures a la que donen resposta, mesurada en gran part pel grau de dependència i, a més intensitat, més presència de la provisió directa i dels serveis.

D'acord al nostre model de cures familiarista, els serveis es presenten més aviat com un suport o un complement a la família, però no pretenen ni aconseguen en cap cas desplaçar la seva centralitat (Martínez-Buján, 2014). Com s'ha exposat àmpliament a la secció 5.2, això té unes conseqüències més que conegudes sobre les condicions de vida de les dones, destacant-hi la pobresa de temps, la conseqüent privació d'accés a recursos econòmics, l'aïllament o els impactes negatius sobre la salut en general, i particularment sobre la salut mental. Aquests efectes nocius d'una assumpció desproporcionada de tasques i responsabilitats de cura, a més a més, afecten les dones



de forma desigual en funció de la seva classe socioeconòmica i de les possibilitats de les seves famílies per compensar les mancances dels serveis públics.

D'altra banda, la disponibilitat de recursos varia en funció del territori, sense que hi hagi un marc comú de serveis mínims garantits i accessibles per a tota la ciutadania de Catalunya. Les decisions sobre quins serveis desenvolupar i de quina manera fer-ho depenen en gran mesura de factors del context local. D'una banda, depèn de les necessitats existents en funció de l'estructura sociodemogràfica, la dispersió o densitat dels nuclis de població o les dificultats particulars de conciliació en funció dels sectors econòmics predominants, entre altres. Però d'altra banda, depèn també de la detecció i lectura que fan d'aquesta realitat els governs i les administracions locals o supra-locales (Consells Comarcals), amb una determinada voluntat i visió política. Aquestes decisions, al seu temps es poden veure condicionades per la presència, grau d'organització i capacitat d'incidència d'altres agents polítics implicats, com ara les persones i famílies afectades o les entitats del sector de les cures al territori. La manca d'una estructura de governança de cures a nivell català genera certa arbitriarietat en les respostes que rep la ciutadania a les necessitats de cura. Tot plegat posa en dubte l'existència del dret a la cura, una aposta política que hauria d'implicar un accés universal, equitatiu i amb garanties per part de les administracions públiques.

La família també manté un paper central en la provisió de cures com a resultat de la manca de flexibilitat dels serveis i l'absència d'altres recursos intermitjos que facilitin l'encaix entre esferes socials sense caure en la institucionalització, que és l'opció menys desitjada per part de les persones amb necessitats de cura. Hi ha una insuficiència generalitzada de suports a la cura en la comunitat o a la llar. En el cas de la infància, són precisament alguns serveis finançats pel programa TxC els que poden assumir aquest paper: serveis de corda que acompanyen literalment els infants entre espais de provisió de cures, canguratges assumits per l'administració però que es donen a les llars i que tenen un caràcter puntual o, altres, com els espais familiars, on conviuen la família i el servei públic com a provisors de cura.

En el cas de la gent gran, aquests recursos han estat més desenvolupats: el SAD, el Teleassistència, o, en part, els Centres de Dia, són exemples de serveis que haurien de facilitar l'encaix entre esferes, descarregant a les famílies sense institucionalitzar a les persones grans. Tanmateix, donada la seva enorme insuficiència, així com l'absència de recursos que facilitin el desplaçament de les persones entre els seus domicilis i l'indret on es proveeix el servei, no assoleixen aquest propòsit. Altres opcions com el

programa Radars generen espais d'acompanyament intermitjos que contribueixen a la cura de la persona sense caure en la institucionalització (veure Celi i Ezquerria, 2020). Pel que fa als recursos més institucionals, que han de continuar existint per donar cobertura a les necessitats més intenses o bé per alliberar un temps substancial de les famílies, es tracta també d'avançar cap a models més permeables i flexibles a les situacions, necessitats i desitjos particulars.

Més enllà de la utilitat analítica que ens presenta la noció del diamant de les cures, cal **avançar cap a models de cures en mosaic** (Comas-d'Argemir, 2019), no només amb una major cobertura dels serveis existents sinó amb una major diversitat d'opcions que permeti adaptar-se a les necessitats de cura, partint de la particularitat de la persona però també de la família. Dins aquest ventall més ampli, a més de promoure l'existència i diversificació de serveis i recursos, cal donar un major protagonisme a les opcions comunitàries, on les pròpies persones d'un territori particular puguin generar, amb suport de l'administració pública si és necessari, espais de suport a la cura, com ara grups de famílies en etapa de criança, grups de suport mutu entre persones cuidadores o activitats col·lectives per a gent gran que promoguin la seva salut i benestar (veure Keller, 2023). En aquest mateix sentit hi ha l'oportunitat de treball conjunt amb altres polítiques sectorials més enllà de les cures que s'estan movent en aquesta direcció, com ara la línia de la salut comunitària o els plans d'infància.

En darrer lloc, cap transformació serà suficient si no s'inclou una reforma del mercat laboral que li resti centralitat i que reconegui la necessitat d'adaptar-se per poder garantir el dret a la cura de les persones i el dret de les persones a cuidar amb dignitat. Això passa, com resulta cada cop més evident, no només per incidir en la regulació de l'economia considerada productiva sinó per convertir el dret a la cura digna en transversal al conjunt de les polítiques públiques, ja que només serà efectiu si és promogut de manera coordinada des del conjunt de les polítiques i serveis sectorials.

En general, el serveis de cures han d'avançar per tal de resoldre la tensió entre dues esferes. D'una banda, s'han d'enfortir uns serveis i recursos que permetin desfamilitzar les cures, per reduir dràsticament la sobrecàrrega de les dones a les llars. D'altra banda, es tracta també de que les famílies disposin dels recursos necessaris (temporals i econòmics) per poder atendre les cures dels seus éssers estimats, especialment en aquelles dimensions més íntimes o en aquelles situacions emocionalment més intenses, que han de resoldre's necessàriament des d'aquesta esfera per fer prevaldre el benestar i la dignitat de totes les persones. Posar les cures al

centre de la vida socioeconòmica implica que tinguin prioritat a l'hora d'equilibrar les demandes complexes, i sovint contradictòries, provinents de l'economia productiva i de l'economia reproductiva.

## 7. Conclusions

Per dissenyar i implementar polítiques i programes per abordar les necessitats de cures és imprescindible disposar d'una definició compartida del fenomen i poder-lo identificar, dimensionar i territorialitzar, així com conèixer com s'està donant resposta a aquestes necessitats, per tal d'identificar aspectes coberts i àrees on cal millorar la intervenció. L'informe que s'ha presentat té per objectiu contribuir a aquestes qüestions dimensionant les necessitats de cures físiques i emocionals a Catalunya i analitzant com es dona cobertura a aquestes necessitats des de l'esfera familiar i des dels principals serveis públics de cures.

La conceptualització de les necessitats de cures presentada emfatitza que tota la població té necessitats de cures i que les cures tenen una dimensió física i emocional indissociable. A la vegada, però, detalla com aquestes necessitats varien i s'intensifiquen de diverses maneres segons els diferents moments del cicle de vida i segons l'efecte de variables transversals, especialment el gènere i el territori on es viu. S'ofereix una metodologia per definir i operacionalitzar les necessitats de cures, que permet identificar de què parlem quan parlem de necessitats de cures, com es concreten per als diversos perfils, i dona la possibilitat de dimensionar-les i territorialitzar-les.

L'exercici de dimensionament de les necessitats de cures físiques a Catalunya indica que la seva prevalença és destacada. Un total de 2.257.87 persones, el 29% de la població catalana tenen necessitats de cures i, per tant, calen polítiques per abordar-les. Per a la població adulta, les necessitats de cures són més habituals entre les persones de 75 anys o més, especialment per a les dones d'aquesta franja d'edat i que viuen en àrees semidenses i rurals. Tanmateix, el dimensionament amb les dades del padró permet determinar que el gruix de persones amb necessitats de cures són infants de 0 a 14 anys i persones adultes d'entre 15 i 74 anys. Aquests resultats contribueixen a fer visible que les necessitats de cures són presents al llarg de tot el cicle de vida i que més enllà de la població més gran el volum de persones adultes amb necessitats de cures és destacat.

L'índex de prevalença a escala municipal i comarcal permet detectar els municipis i comarques amb més prevalença de necessitats de cures així com identificar quin és el perfil (infància, adultesa o gent gran) que més hi contribueix. L'anàlisi constata certa

heterogeneïtat territorial. La prevalença és diferent especialment entre municipis i també varia el perfil més nombrós de necessitats de cures, en coherència amb l'estructura de la població de cada territori que respon a lògiques demogràfiques tant locals (per exemple, grau d'urbanització o dinamisme econòmic) com globals (envelliment generalitzat però alhora territorialitzat de la població). En algunes comarques com el Gironès, el Vallés Occidental i l'Anoia el perfil més nombrós de persones amb necessitats de cures és la infància, mentre que en altres, com la Terra Alta, el Priorat i el Pallars Jussà tenen més rellevància les necessitats de cures de la gent gran.

En general, els resultats apunten a que les polítiques i programes per abordar les necessitats de cura s'han d'adaptar a les necessitats del territori. L'índex de prevalença aporta informació que permet fer aquest exercici, concretant quins són els perfils amb necessitats de cures més preponderants a cada municipi i comarca i per tant, pot ajudar a definir quin tipus de polítiques o serveis son necessaris per donar-hi resposta. La principal limitació del dimensionament de necessitats físiques es que no té en compte la intensitat de les necessitats de cures i no pot capturar a escala municipal i comarcal situacions que generen necessitats de cures especialment intenses, com la presència d'una diversitat funcional.

Pel que fa a les necessitats de cures emocionals, la informació que presenta l'informe és menys detallada i no permet la desagregació a escala de comarcal. Tanmateix, els indicadors revisats permeten constatar que les necessitats emocionals són rellevants, i presents al llarg de tot el cicle de vida. Per als infants i adolescents, la literatura apunta al fet que s'està produint un creixement de les necessitats emocionals important, que fa evident que els serveis i l'acompanyament a la infància han de considerar el suport emocional. Per a la població adulta, les dades de l'ESCA indiquen que el 22% de la població catalana de més de 15 anys té depressió i un 22,5% es troba en una situació de malestar emocional.

D'altra banda, l'exploració de necessitats de cures emocionals per grups d'edat indica que la intensitat de les necessitats de cures emocionals és bastant similar en totes les etapes del cicle de vida i està sempre present; el que indica que els serveis de cures no poden oblidar aquesta dimensió sigui quin sigui el perfil al qual es dirigeixin. Tanmateix, entre la població adulta, les necessitats emocionals són més habituals en les dones i entre la gent gran, de 75 anys o més que són també el col·lectiu amb la prevalença més alta de necessitats de cures físiques. Això ens porta a remarcar que si bé hem presentat les necessitats de cures físiques i emocionals de manera separada

aquests són indestriables i els serveis de cures han d'incorporar ambdues dimensions. Finalment, és important remarcar que cal ampliar la informació disponible sobre necessitats emocionals per copsar millor necessitats emocionals pel conjunt dels perfils i desagregades a nivell de territori.

L'informe també incorpora informació sobre com s'estan atenent les necessitats de cures en el nostre context, considerant l'esfera familiar i els principals serveis públics. Pel que fa a l'anàlisi de la provisió de cures les dades presentades visualitzen el rol central que la família té en la provisió de cures i les conseqüències que això comporta en termes de desigualtat de gènere. Les absències de les dones al mercat laboral i la seva major presència en els treballs domèstics i de cures ens indiquen que en el nostre context, les famílies proveeixen gran part de les necessitats de cures i que són en gran majoria les dones les que han d'absentar-se del mercat laboral per resoldre-les. Això té conseqüències negatives en termes de pobresa econòmica, pobresa de temps i salut (incloent la salut mental), podent contribuir a generar més necessitats de cures entre les persones cuidadores. Tot i aquesta anàlisi, per una qüestió d'abast l'avaluació no analitza específicament les necessitats de les persones cuidadores.

L'anàlisi de com es concreta el suport públic a la provisió de cures a les famílies s'ha vist limitat per la manca de dades, però suggereix que el suport públic és poc rellevant i no aconsegueix revertir la desigualtat de gènere. Al seu torn, això comporta que sigui habitual que les famílies optin per externalitzar part del treball domèstic i de cures. A causa del poc valor i reconeixement social que s'atorga a aquestes tasques, l'externalització es fa en condicions molt precàries i sol recaure en dones migrants, eixamplant encara més les desigualtats de gènere i socials. Aquesta externalització també es veu marcada pel perfil socioeconòmic de les famílies, sent les famílies amb més ingressos les que hi recorren amb més freqüència i que, per tant, es poden permetre una major desfamiliarització de les tasques de cures. Cal destacar que aquesta anàlisi no ha pogut considerar amb detall els suports públics a les famílies amb infants amb necessitats especials derivades d'una diversitat funcional i seria necessari un estudi específic sobre aquesta qüestió.

Pel que fa a l'anàlisi de provisió de cures per part dels principals serveis públics, s'han analitzat els serveis públics d'atenció a necessitats de cursa més majoritaris en el cas de la infància i la gent gran. L'anàlisi identifica dos aspectes clau. D'una banda, es constata que els principals serveis públics de cures tenen una cobertura limitada tant per infància com per gent gran i estan destinats a cobrir necessitats de cures especialment intenses com les que es donen durant la primera infància i durant la

vellesa en casos de dependència. De l'altra, l'anàlisi de les cobertures dels diversos serveis mostra força variabilitat territorial pel que fa a la seva cobertura i un protagonisme important del sector mercantil en la provisió de cures. Aquestes dades indiquen que hi ha desigualtats territorials en com s'estan atenent les cures al conjunt de Catalunya alhora que contribueixen a evidenciar que no hi ha aposta coherent i estructurada de proveir una infraestructura pública de cures per part del sector públic. Això té conseqüències també en termes de desigualtats socials en tant que només famílies amb un determinat nivell d'ingressos poden accedir als recursos privats.

Les anàlisis presentades contribueixen a identificar quines necessitats de cures s'estan cobrint, de quina manera, i quines conseqüències té el model actual en termes de desigualtats socials i per raó de gènere. L'anàlisi d'encaix es limita pel fet que no s'han pogut considerar tots els serveis i recursos de cures, però suficient com per apuntar que les famílies i concretament les dones mantenen el gruix de responsabilitat de cures. Els serveis públics, especialment els de gent gran, en la majoria de casos representen un suport per casos de necessitats de cures especialment intenses, però no aconsegueixen substituir el rol de la família ni fer més fàcil la transició entre diferents espais de cura.

El protagonisme de la família en les cures també respon al fet que aquest és el primer cercle de les relacions humanes que presta un suport fonamental a la reproducció de la vida i el benestar de les persones. En aquest sentit, l'avaluació mostra que hi ha una tensió entre la necessitat de minvar la sobrecàrrega que pateixen les famílies en la provisió de la cura, d'una banda, i la voluntat de garantir que la cura es pugui desenvolupar amb prou recursos dins de les famílies en aquell grau que és desitjada. En el primer cas el més adient és generar serveis que es facin càrrec d'una part de la cura permetent externalitzar una part de les llars cap a altres institucions socials; en el segon, es tracta de donar suport amb recursos (econòmics, temporals, d'acompanyament) per tal que les famílies puguin tenir cura dels seus membres de manera digna i sostenible.

Aquesta anàlisi emfatitza la necessitat d'avançar cap a recursos públics que facilitin la cura híbrida. Els serveis no poden i no haurien de substituir el rol de la família, per tant, han de facilitar la lògica de la provisió conjunta i corresponsable. En aquesta línia, es poden desenvolupar molt tipus de serveis diferents però pot resultar especialment rellevant desenvolupar serveis que cobreixin el trànsit entre espais de provisió de cures, que tinguin una estructura més flexible i que permetin donar resposta a les necessitats no previsibles, tant dins com fora de la llar.

Des d'una lògica transversal, les dades presentades a l'informe també emfatitzen com les desigualtats socials travessen tant les necessitats de cures com la seva provisió. A banda de l'efecte destacat que té l'edat, l'anàlisi indica que les necessitats de cures són més habituals entre persones de nivell socioeconòmic baix i es van reduint a mesura que millorar la situació econòmica de les persones. Aquestes necessitats també semblen ésser més presents en les dones, especialment en la vellesa. D'altra banda, les desigualtats socials també condicionen la manera en què es dona resposta als necessitats de cures. Ja s'ha remarcat que la familiarització de les cures comporta un reforç de les desigualtats de gènere. Alhora, però, el gènere intersecciona amb altres eixos de desigualtat. Les absències (totals i parcials) del mercat laboral són més habituals entre les dones amb menys nivell educatiu i menys ingressos, que també és el col·lectiu té menys capacitat de flexibilitzar la seva feina de manera puntual per atendre necessitats de cures no planificables. Així mateix, les persones que no han cotitzat durant un determinat període de temps queden fora dels permisos retribuïts i més generosos, que són els permisos per naixements de fills. Per tant, les dones de nivell socioeconòmic baix tenen encara més dificultats per cuidar, reforçant les desigualtats socials en general.

Pel que fa a l'ús de serveis i la possibilitat de traslladar parcialment les càrregues de cures fora de la família, també s'observa un important baix de classe en tant que són les famílies amb més ingressos les que es poden permetre serveis privats de cures i així evitar les llistes d'espera dels serveis públics. L'externalització de les cures de les llars a treballadores de la llar i de cures també té un rol important en reforçar les desigualtats donat que el baix reconeixement social de les cures implica salaris molt baixos, condicions laborals de precarietat i un alt grau d'informalitat i l'assumeixen en majoria dones d'origen migrant.

En definitiva, l'informe contribueix a fer visible que les necessitats de cures tant físiques com emocionals són destacades i presents al llarg del cicle de vida i que l'organització social actual està molt centrada en la provisió per part de les famílies amb un paper subsidiari dels serveis per atendre necessitats intenses físiques i d'autonomia, i deixant sense suport més enllà de la família el gruix de necessitats de cures. Aquest model familista reifica la desigualtat de gènere, reforça la divisió sexual del treball i amplia les desigualtats socials.

## 8. Recomanacions

Les anàlisis exposades en aquest informe permeten fer recomanacions sobre cap on han d'avançar les polítiques de cures a Catalunya per tal de garantir el dret a rebre la cura necessària en termes quantitativus i qualitativus; el dret a cuidar amb dignitat, tant en l'entorn familiar com en l'àmbit professional i avançar per construir un model de cures que permeti reduir la seva familiarització alhora que evita la sobreinstitucionalització.

### **1) Treballar per corregir els dèficits estructurals dels serveis públics de cures. Per garantir una cobertura equitativa i efectiva de tots els serveis públics de cura que atenen necessitats especialment intenses.**

- a) En el cas de les escoles bressols és indispensable garantir la cobertura en l'horari escolar incloses les hores de menjador i eliminar les barreres econòmiques d'accés al servei, especialment en les àrees urbanes on es troben més tensionades.
- b) En el cas dels serveis d'atenció a la dependència (SAD, centres de dia i residències) cal ampliar les places i reduir les llistes d'espera.

### **2) Desenvolupar serveis públics que cobreixin necessitats de cures no especialment intenses.**

- a) Per infància és rellevant garantir serveis de cura en període no lectiu així com serveis fora de l'horari escolar que permetin cobrir el decalatge entre la jornada laboral i la jornada escolar. Cal generalitzar la provisió pública d'activitats extraescolars i implementar serveis d'acollida i canguratges en equipaments abans i després de l'horari escolar.
- b) Per adolescents, davant d'una mancança encara més generalitzada de suports, cal pensar en recursos que treballin aspectes emocionals, de xarxa i integració social, que afrontin els reptes actuals de cura emocional i salut mental.
- c) Per adults i gent gran cal avançar cap a serveis de suport no necessàriament vinculats a la dependència. És important generar espais col·lectius que, a banda d'alleugerir la càrrega de cures, funcionin de forma preventiva contra l'aïllament social.



### **3) Desenvolupar serveis que permetin una provisió conjunta i híbrida entre l'esfera familiar, comunitària i els serveis públics per equilibrar el pes de les esferes de provisió de cures i descarregar les famílies.**

- a) Implementar serveis de trànsit entre les esferes de provisió de cures. Per exemple, generalitzar serveis de mobilitat per gent gran entre la llar i els centres de dia, serveis de corda per infants que actuen de lligam entre l'ús de diversos serveis alliberant temps a les famílies o camins escolars que donin autonomia als infants per desplaçar-se sols.
- b) Per la primera infància, apostar per serveis menys extensius en hores però que suposen un acompanyament i suport a les famílies en la provisió de cures, com els espais familiars i les ludoteques.
- c) Impulsar serveis de cures flexibles i de proximitat. És important que els serveis públics de cures adoptin una atenció més flexible per poder-se adaptar a les necessitats de cada persona i de cada context familiar, així com a la seva mutabilitat. És important que es puguin atendre tant les necessitats de cures previsibles com les no previsibles des de la diversitat de casuístiques que afloren. Alhora, cal prioritzar serveis de proximitat per evitar que el seu ús incrementi la pobresa de temps entre les famílies, però també perquè és quan les cures es donen al territori més pròxim que es generen vincles comunitaris que poden contrarestar o preveure la soledat no desitjada.
- d) Garantir que els serveis de cures tenen present la dimensió física i emocional de les cures, que és indissociable, i atenen a les necessitats particulars i personals que cal definir incloent les veus de les persones afectades.

### **4) Desenvolupar polítiques per millorar la corresponsabilitat en les cures entre dones i homes:**

- a) Implementar mesures de sensibilització de cara a impulsar un canvi cultural cap a una assumpció universal de la cura com a dret i deure que interpel·la a totes les persones, amb especial èmfasi en implicar els homes a les cures per revertir la desigualtat de gènere. Aquestes poden tenir caràcter generalista, com ara campanyes comunicatives per a tot la ciutadania, o bé plasmar-se en accions sectorials, amb especial rellevància de l'àmbit educatiu a partir dels programes de coeducació o en espais i propostes específicament per homes.

- b) Pensar en estratègies que permetin augmentar la utilització per part dels homes d'ajudes de suport públic a les cures (permisos i excedències), involucrant l'àmbit empresarial i fent ús de les eines de les que disposa per impulsar la igualtat (principalment plans d'igualtat i certificats i distintius).

## **5) Harmonitzar els temps de treball productiu i reproductiu.**

- a) Investigar, difondre i incentivar a l'àmbit empresarial mesures de reordenació del temps laboral incorporant la flexibilització per facilitar tant la cura quotidiana com l'atenció a cures no-previsibles. Cal avançar cap a un millor ajust entre aquesta i els temps de cures.
- b) Reforçar l'elaboració de plans d'igualtat a totes les empreses emfatitzant en l'eix de treball sobre conciliació corresponsable. Millorar la diagnosi sobre l'exercici del dret a la conciliació entre la vida laboral, familiar i personal segregada per sexe per impulsar mesures que atenguin tant les dificultats generals, com el desequilibri entre homes i dones en aquest sentit, adaptades a ocupacions i nivells professionals diversos.

## **6) Desenvolupar serveis de suport per a les persones cuidadores, especialment serveis que permetin reduir la pobresa de temps i que permetin el gaudi de la vida més enllà de cuidar.**

- a) Estudiar la possibilitat d'ampliar els serveis de Respir i impulsar-los a partir de campanyes que donin a conèixer aquest dret entre les persones potencialment beneficiàries. Revisar el procés de tramitació i donar suport a les persones potencialment usuàries per a què hi puguin accedir.
- b) Generar més espais per a persones cuidadores que els proporcionin suport i oci, i que incorporin canguratge per a les persones dependents, si s'escau als seus propis domicilis i per part de persones conegudes (per exemple persones treballadores del SAD).

## **7) Estructurar un model de governança de les cures a Catalunya que garanteixi la seva provisió integral, consistent i equitativa a tots els territoris de Catalunya, tot atenent les particularitats i preservant la sobirania territorial.**

- a) Estudiar la possibilitat d'estructurar una cartera o catàleg de serveis de cures que defineixi quins serveis han d'estar garantits a nivell municipal.

- i) Per cada servei definir molt bé la població diana, és a dir, a qui va dirigit.
  - ii) Donada la intersecció de les cures amb diferents àmbits com igualtat, salut, educació i serveis socials, així com altres àmbits sovint obviats des d'una visió restringida de les cures, com ara urbanisme i transport, esports o cultura, es important estudiar l'encaix en termes de governança amb les polítiques i els serveis que es despleguen des d'aquests departaments. Això permetria evitar duplicitats de gestió, polítiques "cegues a les cures" i polítiques incoherents i permetria aprofitar estructures d'intervenció que ja estan en marxa.
  - iii) Es important que aquest catàleg distingeixi tipologia de serveis segons la seva intensitat en hores. Per els serveis especialment extensius en hores, com els casals d'estiu o els centres de dia i residències, s'han de garantir places que cobreixin la població amb necessitats de cures al territori. Pels serveis menys extensius en hores i que es desenvolupen fora de la jornada laboral típica es podria crear una targeta de TempsxCures amb una dotació d'hores per gestionar l'ús d'aquests serveis i que permetés flexibilitzar-lo en funció de les necessitats de cures de les famílies.
- b) Garantir un finançament estable dels serveis municipals de cures, que permeti consolidar-los i fer una previsió en la planificació.
  - c) Respectar i adaptar la governança a les particularitats territorials i a l'ecosistema propi de serveis i d'iniciatives comunitàries.
  - d) Posar en valor, acompanyar i recolzar les iniciatives comunitàries per poder dur a terme la seva activitat. Incorporar la participació de la ciutadania en la detecció de necessitats i en la definició dels serveis i recursos de cures. En la mesura que el context del teixit social ho permeti i faciliti, incorporar la ciutadania a la gestió dels serveis de cures.
- 8) Avançar per transversalitzar l'atenció a les cures en l'Administració pública.**
- a) Incorporar les necessitats de cures a tots els serveis d'atenció a la ciutadania, per exemple en la definició dels horaris o generalitzant els espais destinats a infants a tots els equipaments públics, incorporant canguratsges si es considera necessari.
  - b) Utilitzar les estructures i mecanismes de transversalització de gènere de les quals està dotada l'administració pública catalana per emfatitzar en la necessitat

d'integrar les cures a totes les polítiques públiques, a tots els nivells de l'administració i en tots els moments del cicle polític.

**9) Impulsar mesures de sensibilització i comunicació per millorar el reconeixement i valor social de les tasques de cures.**

**10) Millorar la informació disponible sobre les necessitat de cures, la seva provisió i les seves implicacions en termes de desigualtats de gènere i socials.**

- a) Impulsar diagnòsics específics de necessitats de cures especialment intenses i que no es tracten de manera explícita en aquesta avaluació. Analitzar metodologies i serveis d'atenció a les persones de totes les edats amb situació de dependència i diversitat funcional i les seves persones cuidadores.
- b) Desenvolupar un indicador de temps de cures basat en hores a partir de l'Enquesta d'Usos del Temps prevista per 2025 i que permeti identificar els temps dedicats a activitats de cures directes i indirectes i les conseqüències en termes de pobresa de temps, pobresa econòmica i desigualtats socials.
- c) Impulsar diagnòsics de necessitats de cures i models de provisió de cures aterrades al territori incorporant tant metodologia quantitativa com qualitativa per tal d'adaptar millor els recursos i serveis a les particularitats de cada territori.
- d) Impulsar estudis sobre el paper de les iniciatives i xarxes comunitàries, sobre les quals disposem de molt poca informació, en la resolució de les necessitats de cura i el seu encaix en l'ecosistema propi per a la resolució de les cures.
- e) Recollir informació sobre necessitats de cures emocionals pel conjunt de la població, atenent les especificitats de cada etapa.
- f) Revisar l'evidència disponibles sobre iniciatives públiques de cures, especialment serveis per abordar les necessitats de cures.

## 9. Referències

- Agrela Romero, B., Martín Palomo, M. T., & Langa Rosado, D. (2010). Modelos de provisión de cuidados: género, familias y migraciones: nuevos retos y configuraciones para las políticas públicas.
- Agulló Tomás, M. S., Zorrilla Muñoz, V., & Gómez García, M. V. P. (2019). Aproximación socio-espacial al envejecimiento ya los programas para cuidadoras/es de mayores. Blasco, J. (2016). *De l'escola bressol a les polítiques educatives per a la primera infància*. Fundació Jaume Bofill.
- Ajuntament de Barcelona (2016). Treballadors del Servei d'Atenció Domiciliària 2015. Anàlisi de la precarietat.
- Anttonen, A., & Sipilä, J. (1996). European social care services: is it possible to identify models?. *Journal of European social policy*, 6(2), 87-100.
- Artiaga Leiras, A. (2015). Producción política de los cuidados y de la dependencia: políticas públicas y experiencias de organización social de los cuidados.
- Benet M, Celi-Medina P, Fernández M, Ezquerro S. The COVID-19 Pandemic in Care Homes: An Exploration of Its Impact across Regions in Spain. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Aug 4;19(15):9617. doi: 10.3390/ijerph19159617. PMID: 35954969; PMCID: PMC9368388.
- Bettio, F., & Plantenga, J. (2004). Comparing care regimes in Europe. *Feminist economics*, 10(1), 85-113.
- Blasco, J. (2016). *De l'escola bressol a les polítiques per a la petita infància*. Document de treball. Fundació Jaume Bofill.
- Borras, V., & Moreno, S. (2021). Que teletrabajen ellos: Aprendizajes de la pandemia más allá de lo obvio.
- Brullet, C. (2010). Cambios familiares y nuevas políticas sociales en España y Cataluña. El cuidado de la vida cotidiana a lo largo del ciclo de vida. *Educar*, 51-79.
- Butler, R. N. (1975). *Why Survive? Being old in America*. New York City, NY: Harper and Row
- Cabrero, G. R. (2007). La protección social de la dependencia en España. Un modelo sui generis de desarrollo de los derechos sociales. *Política y sociedad*, 44(2), 69-85.
- Cabrero, G. R. (2011). Políticas sociales de atención a la dependencia en los Regímenes de Bienestar de la Unión Europea. *Cuadernos de relaciones laborales*, 29(1), 13-42.
- Cano, T. (2018). Los cuidados en la práctica. Clase social y estrategias familiares en el cuidado a mayores con dependencias severas. *Revista internacional de sociología*, 76(3), e103-e103.
- Carrasco, C. (2011). La economía del cuidado: planteamiento actual y desafíos pendientes. *Revista de economía crítica*, (11), 205-225.
- Carrasco, C.; Borderías, C; i Torns, T. (2019). *El trabajo de cuidados: historia, teoría y políticas*. Los libros de la catarata.
- Celi Medina, P., & Ezquerro Samper, S. (2020). El rol de los espacios comunitarios de cuidado de personas mayores en la democratización de los cuidados en la ciudad de Barcelona. *Revista interdisciplinaria de estudios de género de El Colegio de México*, 6, 1-39
- CEO (2019). *Enquesta de qüestions de gènere* [Conjunt de dades]. Centre d'Estudis d'Opinió.
- Colombo, F., Llana-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011). The impact of caring on family carers. Providing and Paying for Long-Term Care, OECD, 2011.

Comas-d Argemir, D. (2019). Cuidados y derechos: el avance hacia la democratización de los cuidados. *Cuadernos de antropología social*, (49), 13-29.

Comas-d'Argemir, D. (2018). Bienestar infantil y diversidad familiar. Infancia, parentalidad y políticas públicas en España. *Ciudadanías. Revista de políticas sociales y urbanas*. N°2, 2, 173-195.

Consell Escolar de Catalunya (2020). El temps a l'educació. Document 2/2020, aprovat pel Ple del Consell Escolar de Catalunya el 28 d'abril de 2020.

Daly, M., & Lewis, J. (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *The British journal of sociology*, 51(2), 281-298.

Departament de Drets Socials (2023). Informe sobre la situació de la dependència. Setembre 2023. Generalitat de Catalunya

Enquesta de salut de Catalunya (2021). Departament de Salut [Conjunt de dades]. Recuperat 13 novembre 2023, de <http://salutweb.gencat.cat/ca/departament/estadistiques-sanitaries/enquestes/esca/>

Esping-Andersen, G. (1990). The three political economies of the welfare state. *International journal of sociology*, 20(3), 92-123.

Eurostat. (2020). Flexibility at work—Statistics. Eurostat Statistics Explained.

Ezquerria, S. (2016) El pecado original no fue acto de mujer: del marxismo a la economía política feminista. *Revista de Economía Crítica*, 22, 126-143

Ezquerria, S. i Fernández, M. (2023). Diagnosi sobre les necessitats de cura d'infants de 0 a 16 anys als municipis de la Comarca D'Osona. Vic: Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya

Ezquerria, S., & Celi, P. (2023). Model de municipi cuidador.

Ezquerria, S., & de Eguia Huerta, M. (2020). ¿Redistribución de los cuidados? El papel de la familia, el mercado y las políticas públicas en Catalunya. *Política y Sociedad*, 57(3).

Ezquerria, S., Salanova, M. P., Pla, M., & Subirats, E. J. (2016). Edades en transición. Envejecer en el siglo XXI. Edades, condiciones de vida, participación e incorporación tecnológica en el cambio de época. Madrid: Ariel

Ezquerria, S., Alfama, E., & Cruells, M. (2016). Miradas de género al envejecimiento ya la vejez. In *Edades en transición, envejecer en el siglo XXI: edades, condiciones de vida, participación e incorporación tecnológica en el cambio de época* (pp. 67-87). Ariel España.

Ezquerria, S.; Pérez-Salanova, M.; Pla, M. i Subirats, J. (Eds.) Edades en transición, envejecer en el siglo XXI: edades, condiciones de vida, participación e incorporación tecnológica en el cambio de época. Madrid: Ariel (pp. 67-87)

Farré, L., i González, L. (2017). The effects of paternity leave on fertility and labor market outcomes.

Fisher, B., Tronto, J., Abel, E. K., & Nelson, M. (1990). Toward a feminist theory of caring. *Circles of care*, 29-42.

Flaquer, L., Pfau-Effinger, B., & Artiaga Leiras, A. (2014). El trabajo familiar de cuidado en el marco del estado de bienestar.

Gálvez Iniesta, I. (2020). The size, socio-economic composition and fiscal implications of the irregular immigration in Spain.

González Bernal, J. y de la Fuente, R. (2014). Desarrollo humano en la vejez: un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. INFAD. *Revista de Psicología*, N°1 -Vol.7. pp.121-130

González, L., & Zoabi, H. (2021). Does Paternity Leave Promote Gender Equality within Households?. CESifo Working Paper No. 9430.

González-Rodríguez, R. (2017). Discapacidad vs Dependencia: terminología diferencial y procedimiento para su reconocimiento. *Index de Enfermería*, 26(3), 170-174.

Gorfinkiel, M. D., & Martínez-Buján, R. (2018). Mujeres migrantes y trabajos de cuidados: transformaciones del sector doméstico en España. *Panorama Social*, 27, 105-118.

Grupo multidisciplinar sobre Salud Mental en la Infancia y la Adolescencia (2022) Comunicado. Madrid, 7 abril de 2022. <https://www.aepap.org/actualidad/comunicados-y-notas-de-prensa/la-pandemia-ha-provocado-un-aumento-de-hasta-el-47-en-los-trastornos-de-salud-mental-de-los-menores>

Idescat (2021). *Índex Socioeconòmic Territorial* [Conjunt de dades]. Institut Nacional d'Estadística de Catalunya, Barcelona.

Idescat (2022). Padró municipal d'habitants. [Conjunt de dades]. Institut Nacional d'Estadística de Catalunya, Barcelona. Recuperat 13 novembre 2023, de <https://www.idescat.cat/pub/?id=pmh>

INE (2019) EPA. Módulo sobre conciliación entre la vida laboral y la familiar. Año 2018 [nota de prensa electrónica].

INE (2022). *Enquesta de Població Activa* [Conjunt de dades]. Instituto Nacional de Estadística, Madrid.

Instituto de las Mujeres (2021). Mujeres en cifras: conciliación, excedencias, permisos y reducciones de jornadas. Recuperat 13 novembre 2023, de <https://www.inmujeres.gob.es/MujerCifras/Conciliacion/ExcedPermisos.htm>

Jiménez, R., Arriscado, D., Gargallo, E., & Dalmau, J. M. (2022). Hábitos y calidad de vida relacionada con la salud: diferencias entre adolescentes de entornos rurales y urbanos. In *Anales de Pediatría* (Vol. 96, No. 3, pp. 196-202). Elsevier Doyma.

Keller Garganté, C., & Sol Torelló, M. (2019). Polítiques locals per millorar les condicions, el reconeixement i la provisió de cures des d'una perspectiva feminista. *Abordant la crisi de les cures: polítiques, treballs i experiències locals*, 160-195.

Keller Garganté, Christel. Cuidar en común. Los proyectos comunitarios en la democratización del cuidado. Disponible aquí: [https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/687689/tesdoc\\_a2022\\_keller\\_christel\\_cuidar\\_comun.pdf?sequence=1](https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/687689/tesdoc_a2022_keller_christel_cuidar_comun.pdf?sequence=1)

Keller, C. (2023). Cuidar en común. Los proyectos comunitarios en la democratización del cuidado [Tesis de doctorat de l'Institut d'Estudis Interuniversitari de Gènere]

Leitner, S. (2003). Varieties of familialism: The caring function of the family in comparative perspective. *European societies*, 5(4), 353-375.

Lewis, J. (1997). Gender and welfare regimes: further thoughts. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 4(2), 160-177.

López Sánchez, F. (2015). Adolescència, necesidades y problemas. Implicaciones para la intervención. *ADOLESCERE. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*. Vol.III. Nr. 2, pp.9-18

Ludwinek, A., & Clevers, F. (2020). Out-of-school care: Provision and public policy. Eurofund.

Lyon, D., & Glucksmann, M. (2008). Comparative configurations of care work across Europe. *Sociology*, 42(1), 101-118.

Departament de Drets Socials. Mapa de serveis socials 2022 Disponible aquí:

[https://dretssocials.gencat.cat/ca/ambits\\_tematics/serveis\\_socials/estadistiques/mapaserveissocials/](https://dretssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/serveis_socials/estadistiques/mapaserveissocials/)

Departament de Drets Socials. Mapa de recursos en criança positiva a Catalunya. Disponible aquí:

[https://dretssocials.gencat.cat/ca/ambits\\_tematics/families/recursoscriancapositiva/](https://dretssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/families/recursoscriancapositiva/)

Martín Palomo, M. T. (2008). "Domesticar" el trabajo: una reflexión a partir de los cuidados.

Martín Palomo, M. T., & Muñoz Terrón, J. M. (2014). Epistemología, metodología y métodos: ¿ Qué herramientas para qué feminismo?: Reflexiones a partir del estudio del cuidado.

Martínez Buján, R. (2010). Bienestar y cuidados: el oficio del cariño: Mujeres inmigrantes y mayores nativos. *Bienestar y cuidados*, 0-0.

Martínez-Buján, Raquel (2014). Los modelos territoriales de organización social del cuidado a personas mayores en los hogares. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 145: 99-126.

<http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.145.99>

McLaughlin, E., & Glendinning, C. (1994). Paying for care in Europe: Is there a feminist approach. *Family policy and the welfare of women*, 3, 52-69.

McLaughlin, E., & Glendinning, C. (1994). Principles and practice of social security payments for care. *International Social Security Review*, 47(3-4), 137-155.

Navarro-Vargas, Lara (2022). La importancia del coste de los servicios de educación y atención de la primera infancia en la ocupación laboral femenina de la metrópolis de Barcelona. *Papers*, 107 (3), 1-22  
<<https://doi.org/10.5565/rev/papers.3076>>

Observatori Quotidiana (2 d'agost de 2023). Una tercera part de les treballadores de la llar i les cures en la invisibilitat i la manca de drets de l'economia informal. [https://quotidiana.coop/quot\\_dada/una-tercera-part-de-les-treballadores-de-la-llar-i-les-cures-en-la-invisibilitat-i-la-manca-de-drets-de-leconomia-informal/](https://quotidiana.coop/quot_dada/una-tercera-part-de-les-treballadores-de-la-llar-i-les-cures-en-la-invisibilitat-i-la-manca-de-drets-de-leconomia-informal/)

Ochaita Alderete, E., & Espinosa Bayal, M. Ángeles. (2012). Los Derechos de la Infancia desde la perspectiva de las necesidades. *Educatio Siglo XXI*, 30(2), 25-46. Recuperado a partir de

<https://revistas.um.es/educatio/article/view/153671><https://revistas.um.es/educatio/article/view/153671>

OECD. (2022). *Evolving Family Models in Spain: A New National Framework for Improved Support and Protection for Families*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/c27e63ab-en>.

OMS (2021) *Determinantes sociales de la salud*. Informe del Director General. Recuperat a: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB148/B148\\_24-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_24-sp.pdf)

OMS (2021) *Salud mental del adolescente*. Recuperat a: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Orozco, A. P. (2014). *Subversión feminista de la economía: aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Madrid: Traficantes de sueños.

Ortiz-de-Villate, C., Gil-Flores, J., & Rodríguez-Santero, J. (2023). Variables asociadas al uso de pantallas al término de la primera infancia: [Variables associated with the use of screens at the end of early childhood]. *Pixel-Bit. Revista De Medios Y Educación*, 66, 113-136. <https://doi.org/10.12795/pixelbit.96225>



Oxfam (2021). Esenciales y sin derechos. O cómo implementar el convenio 189 de la OIT para las Trabajadoras del Hogar. Oxfam Intermón, Madrid.

Razavi, S. (2007). The political and social economy of care in a development context: Conceptual issues, research questions and policy options. *Trabajo y empleo*.

Roca Escoda, M. (2017). Tensiones y ambivalencias durante el trabajo de cuidados. Estudio de caso de un Servicio de Ayuda a Domicilio en la provincia de Barcelona. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 2017, vol. 35, num. 2, p. 371-391.

Romañach, J. i Lobato, M. (2005). Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano. Recuperat a:  
[https://web.archive.org/web/20210802214655/http://forovidaindependiente.org/wp-content/uploads/diversidad\\_funcional.pdf](https://web.archive.org/web/20210802214655/http://forovidaindependiente.org/wp-content/uploads/diversidad_funcional.pdf)

Rosetti, Natalia; Borrell, Mireia; López, Laura i Agustí, Laura (2022). Avaluació de la implementació del servei d'ajuda a domicili (SAD). Informe d'avaluació. Ivàlua.

Rueda Estrada, J. D. (2020). La soledad en las personas mayores en España. Una realidad invisible. Fundación Caser

Sabater, A. i Ajenjo, M. (2006). Una aproximació als empadronaments atípics a Catalunya: còmput i distribució territorial d'un fenomen generalitzat. *Documents d'anàlisi geogràfica*, (46), 63-79.

Salido, O., & Moreno, L. (2007). Bienestar y políticas familiares en España.

Schiaffino A, Medina A. Enquesta de salut de Catalunya, 2022. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2023.

SEDOAC (2017). Estudio, la mujer inmigrante en el Servicio doméstico, análisis de la situación laboral e impacto de los cambios normativos.

Soler Masó, P., Iglesias Vidal, E., Turón Pèlach, N., & Casas, C. (2022). Els Casals d'Estiu: una oportunitat 360. Guia per a la seva implementació municipal. Reproducció digital del llibre publicat a: <https://estiuenriquit.educacio360.cat/actua/els-casals-destiu-una-oportunitat-360-guia-per-a-la-implementacio-municipal/>.

Tobío, C., Agulló Tomás, M. S., Gómez, M. V., & Martín Palomo, M. T. (2010). El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI. *Colección Estudios Sociales*, 28, 215.  
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

UGT (2019), 'Trabajo doméstico y de cuidados para empleadores particulares', en base a datos European Labour Survey, Año de referencia 2018. Disponible en: [https://www.ugt.es/sites/default/files/informe-trabajo-domestico-y-de-cuidados-para-empleadores-particulares-ugt\\_0.pdf](https://www.ugt.es/sites/default/files/informe-trabajo-domestico-y-de-cuidados-para-empleadores-particulares-ugt_0.pdf)

UNICEF (2022) La urgencia de un compromiso conjunto con la salud mental y el bienestar emocional de niños, niñas y adolescentes. UNICEF España. Recuperat a:  
[https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/8021\\_d\\_SaudMental-UNICEF.pdf](https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/8021_d_SaudMental-UNICEF.pdf)

## 10. Annex I. Detall de recursos de suport públic a la cura per les persones i les famílies.

Les persones i les famílies poden obtenir suport públic a la cura en diferents formes. Es poden obtenir suports en forma de transferències monetàries, es poden obtenir beneficis o incentius fiscals, es poden obtenir permisos o altres tipus de reorganització dels temps de treball remunerat i es poden obtenir suports en forma de serveis. A més, aquest suport pot estar dirigit a la cura d'infants o a la cura d'altres membres adults de la família. A continuació ens centrem particularment en les dues primeres tipologies (transferències monetàries i/o beneficis fiscals i permisos o altres reorganitzacions dels temps de treball remunerat).

### Transferències monetàries i beneficis fiscals

En l'actualitat, a l'Estat espanyol, els **ajuts en forma de transferències monetàries** constitueixen un component molt residual del suport públic que reben les famílies amb criatures i es troben concentrats en tipologies de famílies molt concretes i en situacions específiques que demostrin gran necessitat. Els **beneficis, exempcions o incentius fiscals** afecten a sectors molt més amplis de la societat, independentment de la tipologia de família o el nivell de renda.

- Cura d'infants
- La **prestació econòmica per naixement o adopció** consisteix en un subsidi equivalent al 100% de la base reguladora, que serà la base de cotització per contingències comunes del mes immediatament anterior al mes previ al fet causant (naixement o adopció) dividida entre el número de dies als que es refereix la cotització.
- **Assignació econòmica per cada menor de 18 anys amb discapacitat igual o superior al 33% o major de 18 anys amb discapacitat igual o superior al 65%**. Hi tenen dret les persones amb fills a càrrec o menors de 18 anys en règim d'acolliment familiar permanent o guarda amb fins d'adopció, menors de 18 anys afectats per una discapacitat igual o superior al 33% o majors de 18 anys amb una discapacitat igual o superior al 65%. Les quantitats són variables en funció de la situació. Amb fills menors de 18 anys amb discapacitat igual o superior al 33%, 1000 euros anuals (83 mensuals); amb fills majors de 18 anys amb discapacitat igual o superior al 65%, 5.439 euros anuals (453 euros mensuals); amb fills amb 18 o més anys afectats per una discapacitat igual o superior al 75% i que com a

conseqüència de pèrdues anatòmiques o funcionals, necessitin una altra persona per a realitzar les activitats bàsiques de la vida diària, 8.158 euros anuals (679 euros mensuals).

- **Prestació econòmica per naixement o adopció de fill en supòsits de famílies nombroses, monoparentals i en els casos de mares o pares amb discapacitat.** Consisteix en un pagament únic de 1.000 euros. Se'n poden beneficiar progenitors amb baixos ingressos (12.913 anuals pel 2022, que s'incrementarà en un 15% per cada fill a càrrec a partir del segon). En el cas de famílies nombroses, el llindar és de 19.434, amb increments de 3.148 euros per cada fill a partir del tercer).
- **Deducció o prestació per maternitat.** Les dones amb fills menors de 3 anys que en el moment del naixement del menor percebin prestacions contributives o estiguin donada d'alta al règim corresponent de la Seguretat Social amb un mínim de 30 dies cotitzats, podran deduir la quota d'IRPF fins als 1.200 euros anuals per cada fill menor de 3 anys. En cas d'adopció la deducció es podrà practicar amb independència de l'edat del menor, durant els tres anys següents a la data d'inscripció al Registre Civil. Aquest import es podrà incrementar fins a 1.000 euros addicionals quan la contribuent hagi pagat durant el període impositiu despeses de custòdia a centres d'educació infantil autoritzats. Existeix l'opció de rebre aquest suport monetari en forma d'una prestació de 100 euros mensuals durant els tres primers anys de l'infant.
- Cura d'altres familiars adults
- **Prestació econòmica vinculada al servei per a persones en situació de dependència.** Té l'objectiu de donar suport a la despesa derivada de l'ús d'un servei de centre de dia, servei d'ajuda a domicili o centre residencial en aquelles situacions en les que no hi hagi disponibilitat del mateix servei a la xarxa pública de serveis socials. Aquesta prestació té caràcter periòdic i es reconeix només quan l'accés a un servei públic o concertat no sigui possible. S'estableix en funció del grau, nivell de dependència i la capacitat econòmica de la persona beneficiària. La prestació està vinculada a l'adquisició del servei al qual es té el dret reconegut. Les quantitats de la prestació són les següents: 715 euros per Grau III, 426 euros per Grau II, 300 euros per Grau I.
- **Prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar i suport als/a les cuidadors/es no professionals.** Prestació garantida per a les persones en situació

de dependència adreçada a l'atenció a la persona beneficiària quan aquesta és atesa pel seu entorn familiar. Les quantitats de la prestació són les següents: 387 euros per Grau III, 268 euros per Grau II i 153 euros per Grau I.

## **Permisos o altres reorganitzacions dels temps de treball remunerat**

Els **permisos i excedències** familiars permeten el pare o la mare suspendre la seva activitat laboral de manera temporal per tenir cura de les seves criatures i poden ser o bé remunerats o bé no remunerats. Juntament amb els permisos i excedències també es troben **altres mesures que promouen la reorganització del temps de treball remunerat** per facilitar la conciliació de la vida familiar i la vida laboral:

- Cura d'infants
- Els **permisos de maternitat i paternitat** constitueixen un dels principals indicadors del suport d'un país a les famílies. El seu principal objectiu és donar suport a mares i pares per conciliar la seva vida laboral i familiar durant els primers mesos o anys de vida de les criatures. Aquests permisos també contribueixen a protegir la salut de les mares amb una feina remunerada i de les criatures, així com a mantenir les mares al mercat laboral. També proporcionen a tots els progenitors l'oportunitat de passar temps a casa amb els seus fills i filles quan encara són petites. En anys recents, a més, aquests permisos s'han utilitzat cada cop més per promoure l'equitat de gènere i la redistribució entre homes i dones del treball no remunerat en el marc de la llar. En l'actualitat, a l'Estat espanyol, els permisos de maternitat tenen una durada de 16 setmanes i els permisos de paternitat tenen una durada de 16 setmanes també. Les 6 primeres setmanes s'han de gaudir obligatòriament després del part o l'adopció. Les 10 restants són voluntàries i es poden gaudir de forma continuada o no durant el primer any de vida. Tant els permisos de maternitat com els de paternitat són **remunerats**. En l'actualitat l'Estat espanyol compta amb el permís de paternitat més llarg i generós del conjunt de països de l'OECD. El permís de maternitat, en canvi, és dues setmanes més curt que la mitjana de 18,1 setmanes de l'OECD. Els permisos de maternitat i paternitat són **individuals i no transferibles**.
- Un altre tipus són els **permisos de parentalitat**. Aquests permisos normalment consisteixen en un nombre determinat de setmanes que mares i pares poden distribuir i dividir com considerin oportú. Permeten temps de cures perllongats

més enllà dels permisos de maternitat i paternitat i proporcionen flexibilitat addicional per conciliar la vida familiar i laboral, perllongant el temps que la criatura és cuidada a casa pels seus progenitors o sent utilitzats quan sorgeixen necessitats específiques, com per exemple una malaltia no greu. Com pitjors remunerats estan aquests permisos més tendeixen les famílies a optar perquè siguin les dones qui se'ls agafin, ja que com a conseqüència de la bretxa salarial de gènere, això és el que menys pèrdia d'ingressos els comporta.

Si bé altres països de l'OECD compten amb aquests tipus de permisos en format remunerat, fins molt recentment no ha estat el cas en l'Estat espanyol. Com a resultat, la durada del conjunt dels drets a permís (la suma de maternitat, paternitat i parentalitat), així com el fet que els dos primers són individuals i no transferibles, en el cas espanyol s'ha vingut situant en el terç més baix del conjunt de països de l'OECD, limitant-se el seu impacte als primers mesos de vida de les criatures. Tanmateix, en el mes de juny de 2023 s'aprova un **permís parental** per a **progenitors de criatures fins els 8 anys**. Aquest permís dona el dret a les mares i pares treballadores amb fills i filles fins als vuit anys d'absentar-se del lloc de treball durant **8 setmanes** contínues o discontinúes. Aquestes vuit setmanes poden ser gaudides a temps complet o a temps parcial. Aquest permís **no és retribuït** i és un **dret individual i intransferible**.

- Els **permisos de lactància** són **retribuïts** i estan destinats a garantir la lactància d'un fill o filla durant els seus primers nou mesos de vida. Les mares treballadores tenen dret a una hora diària d'absència del lloc de treball (l'hora s'incrementa proporcionalment en cas de part múltiple i no és aplicable a contractes a temps parcials). Aquest dret es pot dividir en dues fraccions de mitja hora o bé es pot concentrar en dues setmanes completes. La distribució horària i la manera de gaudir el permís correspon a la treballadora. El permís pot ser gaudit indistintament pel pare o per la mare en cas que ambdós treballin.
- D'altra banda, els pares o mares tenen dret a agafar-se una **excedència no remunerada durant els tres primers anys** de cada criatura. És aplicable a naixement, adopció i acollida i es compta a partir de la data del naixement o, si és el cas, de la resolució judicial o administrativa. Durant el primer any (15 mesos en cas de família nombrosa general i 18 mesos en cas de família nombrosa especial) es té dret a la reserva del lloc de treball, transcorregut aquest termini la reserva queda referida a un lloc de treball del mateix grup professional o categoria equivalent.

- Pares i mares també es poden acollir a **reduccions no remunerades de la jornada laboral des d'una vuitena part de la jornada fins el 50%** quan tenen fills o filles de fins a 12 anys o de major edat amb una discapacitat que no tingui una activitat remunerada. La reducció no és remunerada ja que és dona una disminució proporcional del salari.
- També existeix la possibilitat d'una **reducció no remunerada de la jornada laboral d'entre el 50% i el 100%** en els casos de criatures amb una **malaltia greu** (càncer, amb tumors malignes, melanomes i carcinomes, o qualsevol altra malaltia greu que impliqui ingrés hospitalari de llarga durada i necessiti d'una cura directa, contínua i permanent). Si bé es dona una disminució del salari aquesta reducció de jornada pot rebre una prestació econòmica per part de les administracions públiques.
- Les persones treballadores també tenen dret a sol·licitar les **adaptacions de la durada i distribució de la jornada de treball remunerat, en l'ordenació del temps de treball remunerat i en la forma de prestació, incloent el teletreball**, per fer efectiu el seu dret a la conciliació de la vida familiar i laboral. Les adaptacions han de ser raonables i proporcionades en relació a les necessitats de la persona treballadora i les necessitats organitzatives de l'empresa. És a dir, no estan garantides sinó que sovint depenen de que l'empresa hi estigui d'acord. La seva sol·licitud es pot realitzar fins que els fills i filles tenen 12 anys. També tenen aquest dret les persones que tinguin necessitat de cura de fills i filles majors de 12 anys, cònjuge o parella de fet, familiars per consanguinitat fins a segon grau, així com altres persones dependents que convisquin al mateix domicili i que per raó d'edat, accident o malaltia no es puguin valdre per sí mateixes, havent de justificar les circumstàncies que fonamenten la petició.
- Cura d'altres familiars adults
- **Excedència no remunerada de fins a dos anys** (excepte que es fixi més durada per negociació col·lectiva) **per a tenir cura d'un familiar**, fins al segon grau de consanguinitat o afinitat, que no pugui valer-se per sí sol i no desenvolupi cap activitat retribuïda. Aquest dret s'amplia fins a familiars de segon grau del cònjuge o parella de fet.
- **Reducció no remunerada de jornada laboral** per a encarregar-se de la **cura directa d'un familiar** de fins al segon grau de consanguinitat o afinitat, que per

raons d'edat, accident o malaltia no pugui valdre's per si sol, i que no tingui cap activitat retribuïda. Es pot tenir dret a la reducció de jornada laboral diària, amb la disminució proporcional del salari, entre un mínim d'una vuitena part i un màxim de la meitat de la durada de la jornada. Aquest dret s'amplia fins a familiars de segon grau del cònjuge o parella de fet.

- Dret a un **permís de cura puntual de 5 dies retribuïts** per accident o malaltia greu, hospitalització o intervenció quirúrgica sense hospitalització que requereixi de repòs domiciliari. Es podran beneficiar les persones que conviuen amb el treballador/a que requereixen la cura al domicili i també les parelles de fet o familiars de les mateixes.
- **Dret a un permís de a 4 dies retribuïts** per a absentar-se del treball per causa de **força major** quan sigui necessari per motius familiars urgents e imprevisibles, en cas de malaltia o accident que facin indispensable la presència immediata de la persona treballadora.



## 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

