


Què funciona en cures de llarga durada?

Conceptualització, context i presentació del projecte



Què funciona en cures de llarga durada?

Què funciona en cures de llarga durada

Conceptualització, context i presentació del projecte

Informe Definitiu:
Octubre 2024


Àmbit temàtic:
Afers socials i desigualtat

Projecte finançat per:
Diputació de Barcelona

Amb el suport de:
Taula del Tercer Sector i La Confederació

Síntesi realitzada per:
David Palomera

Coordinació
Ivàlua



Què funciona en cures de llarga durada?

Projecte de recopilació, anàlisi i transferència d'evidència per a millorar
les polítiques públiques de cures de llarga durada.

Un projecte de:

ivàlua ✓
Institut Català d'Avaluació
de Polítiques Públiques

 **Diputació
Barcelona**

 **Taula d'entitats
del Tercer Sector Social
de Catalunya**

 **laconfederació**

 **Què
funciona?**

Índex

1. Introducció	1
2. Què són les cures de llarga durada i com abordar-les conceptualment?.....	3
2.1. Què són les CLLD?	3
2.2. Quins actors institucionals participen en la provisió de CLLD?	4
2.3. La desigualtat existent en la responsabilitat de proveir cures	6
3. El rol de l'administració pública en el sector de CLLD a Catalunya: avanços i dèficits en la creació d'un model universalista	9
3.1. El sistema de CLLD abans de la LAPAD	9
3.2. Aprovació de la LAPAD i desplegament posterior	11
4. Les polítiques de CLLD a Catalunya	16
4.1. Principals polítiques i prestacions existents.....	19
Serveis a domicili	19
Serveis tecnològics	20
Centres de dia i d'allotjament limitat	21
Habitatges amb suport / Cohabitatge	22
Servei de centre residencial.....	23
Serveis socio-sanitaris.....	24
Transferències monetàries vinculades a serveis	25
Suport a persones cuidadores no professionals.....	27
Assistència personal.....	28
Regulació de serveis privats.....	28
4.2. Els objectius de les polítiques.....	29
Persona receptora de cures.....	29
Cuidadors/es remunerats/des	30
Cuidadors/es no remunerats/des	30
Impactes sobre el sistema.....	31
4.3. Elements d'organització i polítiques transversals	31
Governança i finançament.....	31
Tipus de gestió	32
Coordinació i integració	33
Territorialització	34
Municipis petits i entorn rural.....	35
Transparència i avaluació.....	35
Accés	36

Qualitat	36
Dignificació del treball	38
5. El projecte <i>Què funciona en cures de llarga durada</i>	39
6. Glossari	42
7. Referències	44

1. Introducció

Les cures són essencials per sostenir la vida. Per a gaudir del nostre temps, per a realitzar una tasca, per a relacionar-nos en societat, cal primer viure en un entorn adequat i tenir les necessitats bàsiques cobertes, ja siguin fisiològiques o emocionals. Altrament, com a éssers socials, el nostre benestar depèn en gran mesura de la participació i inclusió en la societat i de viure en espais adequats als nostres estàndards estètics i ètics i també segons els desitjos i les preferències de cada persona. Així, **la provisió de cures, en totes les etapes vitals, és un element central en la vertebració i organització de les societats**, i la capacitat de poder satisfer les necessitats de cures fan a una societat més o menys prospera. Igualment, **la distribució i responsabilitat de la provisió comporta un problema democràtic de primer ordre**, creant societats més o menys igualitàries, sobretot en termes de gènere, ètnia i classe social.

Actualment, degut a l'envelliment de la població, un dels principals reptes de societats com la nostra és l'atenció a les cures de llarga durada (en endavant CLLD). L'any 2021 l'esperança de vida en néixer a Catalunya va ser de 84 anys¹. Junt amb la baixada de la natalitat, es projecta un envelliment de la població, amb una taxa de dependència² que passaria del 54,2% el 2022 al 62,9% el 2035³. Aquest envelliment de la població podria augmentar el percentatge de persones que necessiten CLLD. A escala de la UE, s'ha estimat que es podria passar d'un 11,6% de població de més de 50 anys amb necessitats de CLLD a un 14,1% l'any 2070⁴. Malgrat el repte social que presenta, **es pot considerar un èxit social l'augment de l'esperança de vida i l'envelliment de la població**. El nou paradigma demogràfic contribueix a disposar de més temps per a les activitats que ens agraden i a aportar nous coneixements a les noves generacions sobre els problemes socials i econòmics que hem d'afrontar. Així mateix, en societats com la catalana, disposem dels recursos socials, de temps i tecnològics per garantir a totes les persones amb necessitats de CLLD una vida digna.

Malauradament, els sistemes econòmics i Estats del benestar a Europa, inclosa Catalunya, sovint fallen en garantir les cures necessàries per a tothom i **vivim el que s'ha anomenat una crisi de cures**⁵. Actualment, existeix una manca d'oferta de cures suficients i de qualitat —basada en el model d'atenció centrada en la persona— per satisfer la demanda existent. Igualment, participar en el sector de cures, ja sigui com a proveïdor/a o receptor/a, suposa riscos materials, físics i psicològics. A més, una característica de la

¹ Dades estretes de l'IDESCAT, 2024.

² Coeficient, en tant per cent, entre la població menor de 16 anys o major de 64 i la població de 16 a 64 anys.

³ Martínez-Buján et al, 2022: 38.

⁴ Belmonte et al., 2023.

⁵ Tronto, 2013; Fraser, 2016.

crisi de les cures és que les seves conseqüències es distribueixen de manera desigual entre diferents sectors socials en funció de determinants com la discapacitat, el gènere, la situació econòmica, el país d'origen o l'edat. En el cas de Catalunya, amb un model que es basa en la provisió de CLLD en l'àmbit familiar, la crisi de cures és especialment profunda. L'envelliment de la població i, en concret, de les persones amb discapacitat o dependència habitualment es concep com un problema i existeix un menyspreu i relegació que es tradueix en actituds edatistes i capacitistes⁶. En aquest context, els "discursos públics sobre la vellesa ofereixen **mirades paternalistes i mesures proteccionistes que homogeneïtzen** la vellesa i consideren les persones grans com subjectes vulnerables i passius, fet que ha ocultat la diversitat de situacions i necessitats i també les iniciatives de les persones grans [...]"⁷. Podríem estendre aquesta conclusió també als discursos i pràctiques dominants en l'atenció a les persones en situació de discapacitat.

Així, tenim el repte de construir una societat capaç de proveir una quantitat suficient de cures dignes per a totes les persones que les necessiten sense generar desigualtats en la seva organització social. Lluny de considerar l'envelliment i la discapacitat de la població com un problema econòmic que cal resoldre de forma individual, **cal que l'organització social de les cures passi a ser un tema central i transversal en el debat públic i millorar les condicions estructurals de la provisió de cures**, incloent-hi les persones que cuiden, les persones que reben les cures i l'entorn en general. Per això, cal augmentar l'agència, autonomia i veu d'aquest grup de població⁸. També cal que l'administració inclogui una mirada interdepartamental, incloent-hi una visió social, sanitària i educativa. Igualment, es necessita avançar cap a una visió més holística de les cures, que tingui en compte les necessitats i desitjos de cada individu per construir una societat més solidària⁹.

Ara bé, **per poder transformar les polítiques públiques de CLLD, cal primer entendre les limitacions de les polítiques existents i conèixer quines són les alternatives viables**. En definitiva, cal saber *què funciona* per millorar la qualitat de vida de les persones amb discapacitat i en situació de dependència, per millorar les condicions laborals de les professionals, i les condicions en què es proveeix la cura en l'àmbit familiar o no professional, així com també per redistribuir les càrregues de cures entre els diferents actors. Aquesta és la necessitat d'informació a la qual cerca donar resposta el projecte *Què funciona en cures de llarga durada?* Identificant, filtrant i posant en un format accessible l'evidència rigorosa existent sobre polítiques i serveis de CLLD, cerca facilitar que els decisors i decisores de política pública prenguin decisions informades. A més, donada la marginalitat de les CLLD en l'espai institucional –malgrat la seva rellevància

⁶ Comas-d'Argemir i Bofill-Poch, 2022: 21.

⁷ Comas-d'Argemir i Bofill-Poch, 2022: 20 citant a Walsh et al., 2021.

⁸ Tronto, 2024: 28.

⁹ Tronto, 2024: 27.

social tant en l'àmbit productiu com reproductiu—, el projecte ha de servir per donar-los major centralitat.

Els objectius d'aquest primer número de presentació del projecte són tres. Primer, a partir de la secció segona i tercera, s'ofereix un punt de partida conceptual i de diagnòstic sobre què són les CLLD i com s'organitzen actualment a Catalunya. Segon, la secció quarta busca entendre les polítiques públiques principals que componen l'actuació pública en aquest sector, incloses les característiques transversals i les persones a les quals han d'anar adreçades. Per últim, a través del document es busca establir elements estructuradors per l'anàlisi d'evidències que permetin avançar en CLLD que siguin suficients, de bona qualitat, sostenibles –tant per a les persones que les proveeixen com per a la societat en conjunt– i justes –tant en la seva recepció com en la provisió, evitant reproduir les desigualtats socials existents. La secció cinquena i última explica el projecte *Què funciona en cures de llarga durada*, inclosa la metodologia i objectius que vertebrin els següents números.

2. Què són les cures de llarga durada i com abordar-les conceptualment?

2.1. Què són les CLLD?

Les cures poden ser definides com totes aquelles activitats realitzades pels éssers vius envers l'entorn o altres éssers vius per garantir unes bones condicions de vida i una participació plena en la societat.

Les cures poden ser definides com totes aquelles activitats realitzades pels éssers vius envers l'entorn o altres éssers vius per garantir unes bones condicions de vida i una participació plena en la societat. La necessitat de cures és present en totes les etapes de la vida, posant en evidència la nostra interdependència. En el marc de les cures, **les CLLD són aquelles dirigides a persones que, per motius de salut o discapacitat, no poden cobrir per si mateixes les seves necessitats més bàsiques, les fisiològiques però també totes aquelles que conformen el seu projecte de vida independent i en comunitat, una cura mínima del seu entorn i participar en societat**¹⁰. Les necessitats de cura per a aquestes persones són imprescindibles i la seva manca pot portar a situacions de deteriorament humà accelerat, i fins i tot posar en risc la seva vida. És per això que aquest tipus de

¹⁰ Camps, 2024: 22.

treball esdevé essencial per construir societats justes i solidàries, convertint les cures en un àmbit que vertebra les institucions socials.

El concepte de cura social

Les cures de llarga durada poden ser analitzades sota el concepte de cura social¹¹. La cura social és un concepte multidimensional que fa referència a la cura com a treball, com una obligació i responsabilitat, i com una activitat que suposa una despesa, tant financera com emocional. La dimensió de treball permet desnaturalitzar la cura dins de la seva organització social i estudiar la seva situació respecte a altres ocupacions, definint variables com quin treball és remunerat i quin no. La dimensió de l'obligació i la responsabilitat permeten atorgar-li un caràcter normatiu, evitant considerar la cura només com una activitat laboral, ja que és proveïda sota relacions i responsabilitats socials i/o familiars. Finalment, la dimensió de despesa ens permet analitzar com es distribueix entre els diferents actors socials.

En el marc de les CLLD, una bona part del treball es concentra en donar suport a la realització de les **activitats bàsiques diàries**, com ara les fisiològiques, la higiene personal, una correcta nutrició, la presa de la medicació i el treball de prevenció per mantenir o millorar el nivell de salut, etc. Més enllà de les necessitats bàsiques diàries, també és important aquell treball que garanteix l'**autonomia personal** per poder residir a la llar i participar en la vida pública i comunitària, incloent-hi els desplaçaments —que poden suposar un repte en cas de mobilitat reduïda—, l'adequació i neteja de la llar, el suport emocional, l'escolta, l'acompanyament, el suport a la participació en esdeveniments socials, l'accés a canals d'informació i comunicació, la participació política, les mesures per pal·liar la soledat, etc. Finalment, un treball clau en les CLLD que no es sol considerar central és la **coordinació** amb l'entorn social de la persona cuidada (l'ecosistema de cures), incloent-hi la relació entre cuidadores remunerades i no remunerades i entre serveis essencials per a les persones, com ara els de salut i serveis socials.

2.2. Quins actors institucionals participen en la provisió de CLLD?

Quan parlem de responsabilitat, obligació i despesa en la provisió de CLLD es pot distingir quatre actors institucionals: **família, comunitat, administració pública i mercat**.

Tradicionalment, la construcció dels Estats del benestar des de finals del segle XIX s'ha basat i ha reproduït el model masculí de "bread-winner" (qui "guanya el pa" a la llar), concentrant les seves polítiques socials en la protecció de la renda i la pèrdua de feina

¹¹ Daly i Lewis, 2000.

dels homes, incloses les pensions. Això suposava no considerar la pobresa que generava a les dones la dedicació a les cures, tant de persones adultes com d'infants¹². Aquest fet històric ha produït una **baixa participació de l'Estat en l'esfera de la cura social**, amb una construcció deficient de programes estatals dedicats a reduir la càrrega de cures imposada sobre les dones i un pes molt gran del treball de cures no remunerat en la cobertura de necessitats. Justament aquesta manca de remuneració i reconeixement de la cura és el que permet al sistema productiu estalviar-se invertir en les tasques vinculades a la reproducció social i fer rendible l'esfera productiva i el capital¹³. No es pot subestimar l'impacte econòmic d'aquestes tasques. El treball de cures no remunerat podria suposar entre un 20 i 40% del PIB global¹⁴. Un dels problemes en el marc de les nostres societats productivistes és que les CLLD reben un valor productiu baix, on la despesa realitzada no té previsió de retorn en el futur. La inversió en CLLD es percep com una despesa sense valor productiu i, per tant, com una despesa neta, una càrrega. Això es tradueix en una exclusió social i laboral de les persones que necessiten i proveeixen cures i poca voluntat o capacitat dels actors socials d'invertir-hi recursos.

Dins de l'àmbit de l'administració pública i el mercat, les CLLD les poden proveir una diversitat de perfils laborals, en un sistema de divisió del treball on la formació i l'experiència són importants per a distingir el rol de cada persona a l'hora de cobrir necessitats. El perfil central en els serveis de CLLD a Catalunya és el d'auxiliar d'infermeria, gerontologia, treballadora familiar, auxiliar de la llar o assistent personal, segons el tipus de servei. **En aquest informe les anomenarem treballadores de cures. Aquestes realitzen la majoria de les tasques de suport a les activitats diàries i l'autonomia personal.** La formació és més o menys exigent i completa segons el país i l'administració que regula el sector. Un altre servei molt connectat és el de salut, concretament d'infermeria, que per formació i normativa té la capacitat d'implementar tractaments que les treballadores de cures no tenen permès realitzar. A més d'aquests perfils professionals, per a garantir uns serveis de cura de qualitat i personalitzats són claus una diversitat de perfils professionals, incloent-hi personal rehabilitador (terapeutes ocupacionals, logopedes, fisioterapeutes), personal administratiu, entre d'altres.

Donades les condicions precàries dels mercats de treball d'atenció directa en les CLLD — incloent remuneracions baixes, manca de jornades completes, càrrega psicològica i física, etc. —, existeix una demanda de treball volàtil en el sector per part de les persones en situació més vulnerable. Aquesta demanda és més elevada en situacions de crisi econòmica i més atur, i més baixa en situacions en què es presenten millors oportunitats en altres sectors. A més, el sector presenta altes taxes d'economia submergida, especialment en l'atenció domiciliària. Es calcula que a Catalunya l'any 2023 prop d'un

¹² Daly, 2023: 149.

¹³ Duffy, 2005.

¹⁴ Organització Internacional del Treball, 2018.

35% del treball a la llar i de cures és informal¹⁵. Igualment, pel cantó de la demanda de serveis, a Catalunya, on el sector de CLLD públic ha complert tradicionalment una funció assistencial al voltant de la institucionalització, són les persones amb menys recursos les que acudeixen als serveis públics per manca de recursos privats. A més, cal tenir en compte que la dependència o la discapacitat constitueix un greuge econòmic per si sola. Les persones amb discapacitat experimenten una càrrega econòmica addicional que oscil·la, de mitjana, entre els 17.700 i els 41.200 euros anuals¹⁶. Per tant, **és habitual que tant la demanda com l'oferta en el sector de cures públic o comunitari involucri persones amb dificultats econòmiques**. La Llei de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de Dependència (en endavant LAPAD) aprovada l'any 2006 ha ajudat a avançar cap a una major universalitat del sistema al fer de les CLLD un dret subjectiu. No obstant, com s'explica en la següent secció, la manca de finançament i el propi disseny de la llei han suposat un límit per satisfer la demanda existent.

2.3. La desigualtat existent en la responsabilitat de proveir cures

Com ja s'ha esmentat, la provisió de cures socials i el sector de CLLD estan altament feminitzats. Segons dades de l'EPA, el 2019 un 95,5% de les treballadores auxiliars d'infermeria, cuidadores a domicili i treballadores domèstiques eren dones¹⁷. A més, si a Espanya l'any 2014 requerien CLLD un 10,8% de les llars, en un 81,8% dels casos la cura principal era realitzada per algú de la família i en un 64,7% per cent d'aquests casos la realitzava una dona¹⁸. 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 elevat, 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 no professionals 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 rellevant¹⁹.

Una de les causes principals de la feminització de les cures socials és la desigualtat de gènere en l'organització social de la cura i la diferenciació entre producció i reproducció que fan les societats patriarcals. **Un element central aquí és la subordinació i dependència de la figura de la dona a la institució familiar i la rellevància dels models culturals centrats en la família que dominen la divisió del treball i les institucions estatals**²⁰.

¹⁵ Observatori del Treball i Model Productiu, 2022.

¹⁶ Ajuntament de Barcelona, 2019.

¹⁷ Martínez-Buján et al., 2022: 78.

¹⁸ Martínez-Buján et al. 2022: 48.

¹⁹ Quintana et al. 2024

²⁰ O'Connor, 1993; Harding, 1996; Moreno et al, 2014; Pfau-Effinger 2017.

Desigualtat de gènere en la demanda i oferta de cures

Les normes socials construeixen la feminitat a partir de la responsabilitat privada envers la cura, ja sigui per infants, persones grans o persones amb discapacitat. Això té dues conseqüències. Primer, dins la llar, les dones tenen més probabilitats de ser les responsables de proveir el treball de cura, tant a fills/es com a familiars que necessiten suport per raó de malaltia, discapacitat o vellesa. Això suposa menys capacitat de participar en l'esfera productiva i, per tant, de formar-se i guanyar experiència dins del mercat laboral. Segon, les desigualtats de gènere també es produeixen en el mercat de treball, on la bretxa salarial, la segmentació dels mercats laborals i la discriminació per raó de gènere penalitzen la participació de la dona en l'esfera pública i la posen en una posició de desavantatge en la negociació dins la llar en la distribució de tasques de cures. A més, en Estats del benestar que determinen els drets socials a partir de la participació laboral, la manca de cotitzacions laborals dificulta el dret a prestacions socials en la vellesa i, per tant, l'accés a serveis de cures socials. Per exemple, la pensió de jubilació mitjana de les dones a Catalunya l'any 2022 va ser de 886 euros per les dones i de 1.426 pels homes²¹. Així, des del cantó de la demanda, les dones també es troben més perjudicades a l'hora de poder accedir a serveis de CLLD. Això és especialment important si tenim en compte que la demanda de serveis per sobre de 65 anys es troba també feminitzada: l'any 2024 a Catalunya un 61% de persones amb dret a una prestació de dependència d'entre 65 i 79 anys són dones, xifra que augmenta a 75% per persones de 80 anys o més²².

A l'hora d'analitzar les cures cal tenir en compte una perspectiva interseccional per entendre com, més enllà del gènere, hi ha altres factors socials que creen desigualtats, discriminacions i identitats diferenciades dins del sector.

Ara bé, el gènere és només un dels determinants socials que condiciona la composició social desigual del sector de les CLLD. El país d'origen, la classe social i l'edat també són factors clau. A l'hora d'analitzar aquests factors, **cal tenir en compte una perspectiva interseccional per entendre com, més enllà del gènere, hi ha altres factors socials que creen desigualtats, discriminacions i identitats diferenciades dins del sector**²³. Tenir en compte aquestes interseccions ha de servir perquè les polítiques públiques donin veu a

²¹ Quotidiana, 2022.

²² Dades estretes de l'IMSERSO, 2024.

²³ Crenshaw, 1991.

les persones en els marges de les institucions i es dissenyin programes adaptats a la complexitat de les desigualtats segons la identitat, l'experiència i l'accés a recursos²⁴.

A Catalunya es poden destacar dos perfils clau que es veuen subjectes a una gran responsabilitat en la provisió de cures. En primer lloc, les **dones migrades d'edat mitjana i de classe social mitjana o baixa en els seus països d'origen**. Segons dades de l'EPA, el 2019 un 51,6% de les treballadores auxiliars d'infermeria, cuidadores a domicili i treballadores domèstiques eren persones migrades²⁵. Moltes d'elles han hagut d'abandonar el seu país, la seva família i comunitat per motius polítics, econòmics o de violència. Es reproduïxen així relacions neocolonials a través de cadenes de cura globals, existint un mercat laboral global de cures entre països desiguals econòmicament²⁶. D'una banda, quan les persones emigren des de determinats països, troben dificultats per convalidar els seus estudis i la seva experiència laboral prèvia, i degut també a la seva situació administrativa irregular, les feines que s'ofereixen a les dones nouvingudes són de cures socials. Moltes d'aquestes feines es produeixen de forma informal amb remuneracions molt precàries, de manera que es situa les treballadores en una posició d'elevada vulnerabilitat i desigualtat²⁷. A més, el fet de ser dones, comporta que socialment hagin hagut de desenvolupar un rol que comporti tenir responsabilitats de cures a la seva pròpia llar, i les barreres per "externalitzar-les" dificulten el seu desenvolupament laboral i social.

En segon lloc, **un altre perfil dominant, especialment entre les cuidadores no remunerades, és el de dones grans que s'apropen o han superat la seva edat de jubilació**. Per exemple, l'any 2023 un 78% de les cuidadores no remunerades tenien més de 50 anys i un 34% més de 67 anys²⁸. Així, ens trobem que dones grans atenen a persones, sobretot dones, més grans i/o als seus fills/es amb discapacitat. Aquesta situació justament ve donada per l'acumulació de desigualtats al llarg de la vida per motiu de gènere, classe, entre d'altres. L'edat, la condició física de les persones cuidadores i el nombre d'anys que han estat exercint aquest rol és rellevant per a les polítiques públiques, ja que determinen la qualitat de la cura que es pot proveir en l'àmbit no professional, els riscos de salut per a les persones cuidadores, i el tipus de suport en termes de serveis i transferències que es poden requerir.

Per últim, cal recordar que les CLLD tenen com a demandants persones que degut a la seva discapacitat pateixen importants barreres físiques i socials per accedir al mercat laboral i generar ingressos. A més, han d'incórrer en nombroses despeses, tant en serveis

²⁴ Daly, 2023: 156.

²⁵ Martínez-Buján, 2023: 78.

²⁶ Hochschild, 2014.

²⁷ Cañada, 2021.

²⁸ Dades estretes de l'IMSERSO, 2024.

d'atenció directa com recursos residencials i arquitectònics. Per tant, les persones demandants de CLLD tenen un major risc de caure en la pobresa. Així mateix, **l'orientació sexual, l'expressió de gènere i la identitat de gènere** són també factors importants que poden condicionar l'accés a recursos de cures, sobretot quan les normes socials suposen un motiu de discriminació i expulsió de les institucions, tant estatals com familiars.

3. El rol de l'administració pública en el sector de CLLD a Catalunya: avanços i dèficits en la creació d'un model universalista

Malgrat a Catalunya el gruix de les cures les continua proveint la família i l'administració pública aplica un caràcter assistencial a les seves polítiques, en les dues darreres dècades **s'ha avançat cap a un model de caire més universalista**, especialment després de l'aprovació de la LAPAD l'any 2006, i de la Llei de Serveis Socials de Catalunya, l'any 2007.

3.1. El sistema de CLLD abans de la LAPAD

En termes de govern multinivell, des del desenvolupament de l'Estat del benestar en la dècada dels anys 80 fins a la LAPAD l'any 2006, existien a Catalunya dos actors principals en el finançament i provisió de serveis. Per un cantó, la Generalitat, encarregada de desenvolupar la majoria dels serveis que s'han anomenat especialitzats i de caire institucional, com són residències i centres de dia. Per l'altre, els ens locals, que a través de la seva xarxa de serveis socials proveeixen els serveis socials bàsics, com ara el servei d'atenció a domicili, la teleassistència, així com d'altres serveis complementaris, tenint especial rellevància aquells per fer front a situacions d'exclusió social. Més enllà de l'administració, també han tingut un paper rellevant com a proveïdores de serveis i en la governança del sistema les organitzacions del sector social o comunitàries, incloses aquelles d'auto-gestió de treballadores i famílies, així com les entitats del que s'ha anomenat Tercer Sector.

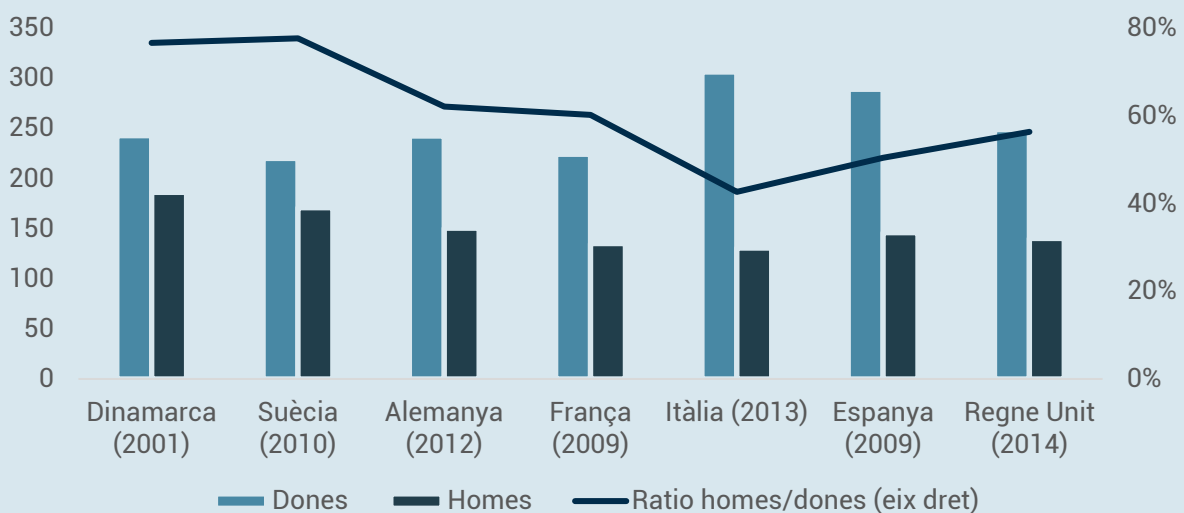
Models de provisió de CLLD

En la literatura acadèmica s'ha volgut distingir entre diferents règims d'Estat del benestar per entendre les diferents configuracions institucionals en la provisió de

Models de provisió de CLLD

CLLD: el model continental, el model mediterrani, el model nòrdic²⁹ i el model liberal³⁰. En el model continental (per exemple Alemanya) i mediterrani (per exemple Espanya) la família i la figura de la dona tenen un paper central en la provisió de CLLD. Si bé hi ha hagut canvis en el temps, l'Estat té un rol minoritari en la provisió directa de serveis i s'ocupa sobretot d'aplicar polítiques de caràcter assistencial per aquelles persones en risc d'exclusió social. No obstant això, el model continental, amb una alta participació laboral i productivitat, ha construït un sector social fortament finançat i extens per aquelles classes socials ben integrades en el mercat laboral. Si mirem les estadístiques d'usos del temps del Gràfic 1, a inicis de la dècada del 2010 les dones dedicaven més temps a tasques no remunerades a Espanya que a Alemanya, tant en termes absoluts com relatius respecte als homes³¹.

Gràfic 1. Mitjana de minuts diaris dedicats a treball no remunerat



Font: elaboració pròpia amb dades de l'OECD Data Explorer

²⁹ Propi de països com Dinamarca o Suècia. Aquests països s'han caracteritzat per una entrada més ràpida de la dona al mercat de treball i una major responsabilitat de l'Estat envers les cures, inclosa una perspectiva universal i la gestió directa de serveis a escala local.

³⁰ Característic de països de tradició anglosaxona com el Regne Unit. En aquests països, la participació de l'Estat és minoritària i descentralitzada, però l'entrada de la dona al mercat laboral ha generat una gran extensió de mercats de provisió de CLLD finançats sota programes assistencials de la mà d'actors socials i de la beneficència.

³¹ Malauradament, aquestes enquestes d'ús del temps homogeneïtzades a nivell europeu es realitzen amb poca freqüència. En el cas d'Espanya i Catalunya s'espera que aviat es publiquin dades recollides l'any 2023 i 2024.

Des dels anys 90 ha augmentat progressivament la demanda de recursos públics de CLLD, tendència causada per l'envelliment de la població i una crisi del model de provisió familiar amb l'entrada massiva de la dona al mercat laboral i canvis culturals envers la responsabilitat de proveir cures. Davant la falta de cobertura pública i serveis de suport a la llar suficients, així com un paradigma d'institucionalització de les persones en situació d'exclusió social, **el sistema de CLLD ha tendit a la proliferació de serveis residencials i en el domicili privat** (inclosa l'economia submergida). La Generalitat i els ens locals han prioritzat l'externalització de serveis a través de la contractació pública, mentre es professionalitzaven els sistemes de gestió i **s'estandarditzaven els serveis**. En el procés d'expansió del sector de CLLD s'ha tendit a augmentar la grandària dels serveis (centres residencials, pressupost dels lots sota concurs, etc.), sobretot en les àrees urbanes més poblades, per aprofitar les economies d'escala i reduir la despesa.

Aquest tipus de model de provisió de CLLD s'ha sustentat en costos laborals baixos i en **l'arribada i el treball de dones migrades**, la majoria d'Amèrica Llatina, però també d'Europa de l'Est. Aquestes treballadores s'han vist molts cops avocades a l'economia submergida degut a la normativa d'estrangeria que dificulta l'obtenció de permisos de treball³². A més, junt amb l'alt nivell d'informalitat, el mercat laboral ha tingut baixos nivells de sindicalització i una falta de desenvolupament professional formal. En aquest sentit, **una barrera important a la professionalització a Espanya –i també a Catalunya– ha estat l'acceptació social de la naturalesa informal del treball de cures**³³.

Davant la falta de cobertura pública i serveis de suport a la llar suficients, així com un paradigma d'institucionalització de les persones en situació d'exclusió social, el sistema de CLLD ha tendit a la proliferació de serveis residencials i en el domicili privat.

3.2. Aprovació de la LAPAD i desplegament posterior

Amb l'aprovació de la LAPAD l'any 2006 l'atenció a la dependència **es va convertir en un dret subjectiu**. A Catalunya, la Llei de Serveis Socials de 2007 va establir que les administracions han de garantir l'accés universal als serveis socials bàsics i han de tendir a la gratuïtat d'aquests, tenint en compte que la persona usuària pot haver de copagar el finançament de la teleassistència i els serveis d'ajuda a domicili, d'acord amb el que estableix aquesta llei. També han de garantir l'accés universal a les prestacions de servei garantides i el finançament del mòdul social d'aquestes prestacions, d'acord amb la Cartera de serveis socials. Sota aquesta llei es va establir la Cartera de Serveis Socials, que estableix com a prestacions garantides aquelles exigibles com a dret subjectiu: les

³² León, 2010.

³³ Moreno et al., 2014.

persones que es troben en situació de necessitat, d'acord amb el que estableixi la Cartera de serveis socials, tenen dret a rebre-les i l'Administració té l'obligació de prestar-les, independentment de la disponibilitat pressupostària.

En el marc de la LAPAD el govern central va agafar un paper més predominant en la coordinació del sector de CLLD i en el seu finançament, creant el Sistema d'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD)³⁴. Una novetat important de la LAPAD va ser la inclusió de **transferències directes**, incloent-hi les prestacions vinculades als serveis i les ajudes econòmiques a les persones cuidadores en l'entorn familiar. Així, el desenvolupament de les CLLD ha seguit el mateix procés de descentralització que altres àrees de l'Estat del benestar, seguint una lògica quasi-federal³⁵: el govern central té un paper significatiu en el finançament i regulació del sistema de CLLD però les competències recauen principalment en les comunitats autònomes, que, al seu torn, deleguen bona part dels serveis d'atenció a domicili als municipis. En la nova regulació, el dret a una prestació pública i la seva intensitat depèn del grau de dependència acreditat per autoritats sanitàries, distingint entre el Grau I, el Grau II i el Grau III. **Per a la recepció de la prestació es crea un nou circuit**, on després de la valoració del grau de dependència, els centres de serveis socials bàsics i les autoritats autoritzades desenvolupen a través d'un/a treballador/a social especialitzada, juntament amb la persona en situació de dependència i el seu entorn, un pla individualitzat d'atenció (PIA).

El nou sistema de la LAPAD, es troba amb seriosos límits de disseny i conjunturals en la universalització de prestacions, en la desfamiliarització de les cures i en la millora de la qualitat dels serveis i les condicions laborals.

La LAPAD va crear unes expectatives elevades sobre la capacitat del sistema de finançar adequadament els serveis, millorar les condicions laborals i professionalitzar el sector. De fet, el nou sistema ha ampliat efectivament la xarxa de serveis socials, la cobertura pública i l'ocupació en el sector de CLLD³⁶. Malgrat tot, el nou sistema de la LAPAD, **es troba amb seriosos límits de disseny i conjunturals** en la universalització de prestacions, en la desfamiliarització de les cures i en la millora de la qualitat dels serveis i les condicions laborals. En termes conjunturals, la crisi econòmica de 2008 i les polítiques

³⁴ En concret, es van crear dos components: un finançament mínim de l'Administració General de l'Estat (AGE) i les comunitats autònomes (CCAA) en base a les persones acreditades com a dependents a cada territori i el seu grau de dependència, i un finançament acordat per part de l'AGE dependent de l'acord en el Consell Territorial de Serveis Socials i del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència, creat sota el nou Sistema per l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD). Finalment, es mantenia l'aportació addicional de les CCAA. També es creava la figura del copagament en funció de la capacitat econòmica, establint un màxim d'un terç del cost del sistema. Així mateix, sota el SAAD, les comunitats autònomes, inclosa Catalunya, desplegaven unes carteres de serveis regulades.

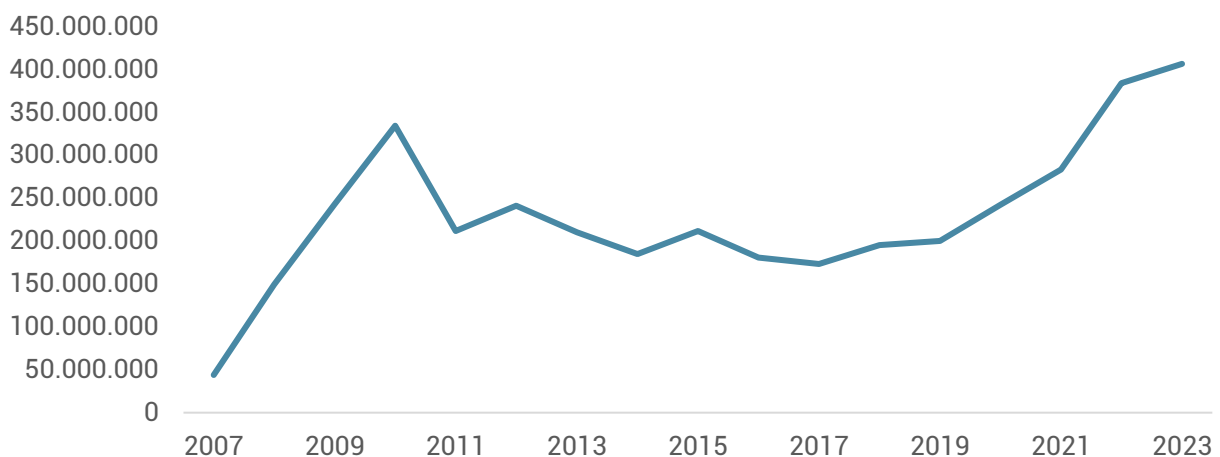
³⁵ Gallego, 2016.

³⁶ Cabrero y Gallego, 2013.

d'austeritat van suposar importants retallades en finançament i prestacions, inclosa la suspensió del finançament acordat i la congelació del preu públic dels serveis de la cartera de serveis socials. Si bé segons la llei el copagament no pot superar una tercera part del finançament total del sistema, en els pitjors anys de la crisi es va arribar de mitjana a un 50%, amb diferències entre comunitats autònomes³⁷. Com es veu en el Gràfic 2, en total el període de 2011 a 2021 va ser una dècada perduda en termes de finançament per la LAPAD. Així, no va ser fins el 2019 que es va començar a recuperar el finançament acordat. De fet a Catalunya, l'any 2021 es van realitzar les primeres actualitzacions des del 2008 dels preus públics i les prestacions.

Avui dia el temps mig des de la resolució del grau fins a la resolució de la prestació s'ha reduït considerablement, i ha passat dels 340 dies el gener de 2020 als 106 dies el maig de 2024³⁸. En comparació, la mitjana espanyola el 2020 era de 158 dies i el 2024 de 112 dies, de manera que **Catalunya ha passat de ser la comunitat autònoma amb més llista d'espera a situar-se a la mitjana**. Com a resultat, a Catalunya s'ha passat de 69.904 persones beneficiàries amb més de sis mesos sense prestació a 39.615, una xifra encara molt elevada.

Gràfic 2. Finançament de l'AGE a Catalunya a través del finançament mínim i acordat sota el SAAD



Font: elaboració pròpia amb dades de l'IMSERSO

Tot i així, en termes de finançament seguim lluny d'altres països. S'estima que l'any 2019 un país com Alemanya va dedicar al voltant d'un 1,8% del PIB a CLLD, mentre que a Espanya es va dedicar un 0,7%. Així, s'estima que si per exemple a Alemanya de mitjana el

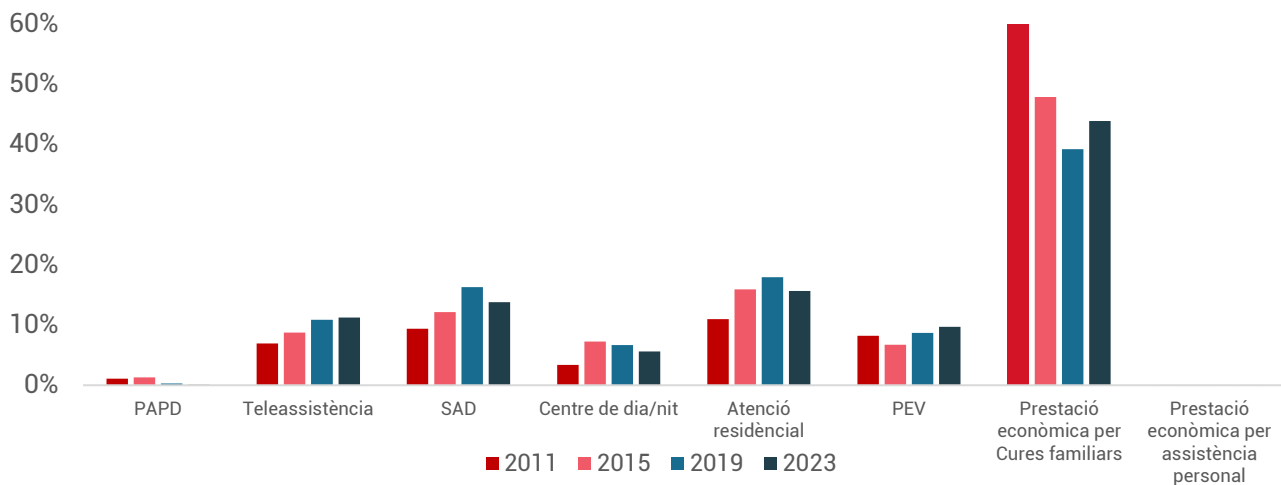
³⁷ Pozo-Rubio et al., 2017.

³⁸ Dades estretes de l'IMSERSO, 2024.

sistema públic cobreix el 80% del cost dels serveis d'atenció al domicili, a Espanya només s'arriba al voltant d'un 40%³⁹.

En termes de disseny, **el sistema s'ha recolzat d'una forma intensa en les prestacions econòmiques**. Com es veu en el Gràfic 3, una majoria de les prestacions sota el SAAD corresponen a prestacions econòmiques per cures en l'entorn familiar. La prevalença de les prestacions a cuidadores no professionals aniria en contra dels objectius de la LAPAD de suavitzar la implicació de les famílies en la cura i fomentar les cures professionals al domicili⁴⁰. En línia amb el que s'ha apuntat en apartats anteriors, cal tenir en compte que el 65% de les cuidadores no professionals són dones i un 34% són el/la fill/a, un 32% la parella i un 20% la mare⁴¹. Així mateix, junt amb la remuneració a cuidadors/es en l'entorn familiar, en la darrera dècada, sota un paradigma d'envelliment a la llar, impulsat en part per l'activisme i el moviment associatiu de persones amb discapacitat física i orgànica, s'està produint a Espanya una **extensió i enfortiment de serveis a domicili**, apropant-se al "mix" de serveis d'altres països del context europeu (veure Gràfic 4).

Gràfic 3. Evolució del pes de les prestacions atorgades sota el SAAD sobre el total de prestacions a Catalunya, 2011 a 2023



Font: elaboració pròpia amb dades de l'IMSERSO.

A més, **el sistema ha mantingut una provisió externalitzada, més motivada i estructurada per la reducció de la despesa que no per la millora de la qualitat i la lliure elecció de les persones**. Aquest fet ha dificultat l'avenç cap a models de qualitat i de redistribució de les càrregues de cures entre els diferents actors implicats en la provisió de cures. Cal mencionar que existeix també una tendència general a Catalunya (i a Europa) de

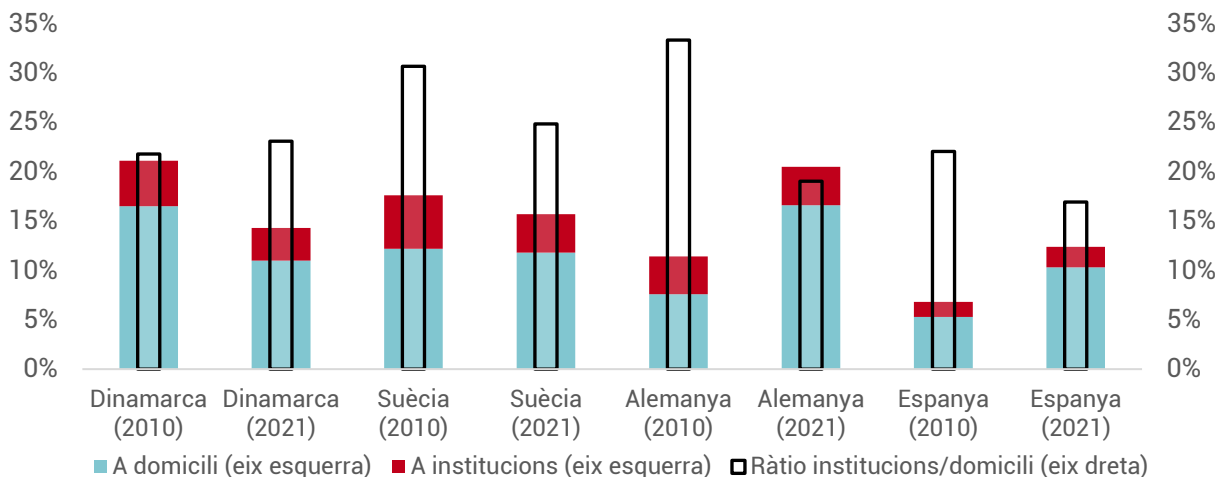
³⁹ Comissió Europea, 2021.

⁴⁰ Martínez-Buján et al., 2023: 59.

⁴¹ Dades estretes de l'IMSERSO, 2024.

mercantilització i financiarització dels serveis de CLLD, amb l'entrada al sector de grans empreses multinacionals multiserveis o especialitzades⁴². Si bé la presència d'actors amb ànim de lucre és comuna des de fa dècades en múltiples països, incloent-hi Catalunya⁴³, el tret diferencial actualment és el potencial augment de la concentració de mercat entorn a aquestes grans empreses multinacionals i fons d'inversió, sent la gestió de serveis externalitzats una activitat central del model de negoci de les empreses. I si bé la provisió encara es troba força atomitzada, amb una forta presència d'entitats socials petites i mitjanes gestionant serveis de grandària modesta, no cal menysprear la concentració de mercat en nous serveis, inclosos els residencials, així com la pressió financera que pot suposar per les entitats socials el competir amb models de gestió basats en generar grans economies d'escala⁴⁴.

Gràfic 4. Proporció de la població de més de 65 anys que reben cures en institucions i a domicili, 2010 i 2021



Font: elaboració pròpia amb dades de l'OECD Data Explorer

⁴² Palomera i León, 2023.

⁴³ Segons el Mapa de Serveis Socials de Catalunya, en el cas dels serveis residencials, l'any 2000 a Catalunya hi havia 37.281 places residencials, amb un 17% de titularitat pública, un 14% de titularitat privada sota concert o col·laboració amb la Generalitat, i un 69% de titularitat privada sense concert ni col·laboració. Després d'un procés accelerat de creixement fins l'any 2014, arribant a un total de 58.294 places, la tendència ha estat de creixement molt més lent, arribant l'any 2022 a 61.322 places. La inclusió de places residencials es va fer sobretot a través d'un augment de les places concertades i sota col·laboració, passant el 2022 a representar un 35% de les places, 21 punts percentuals més que l'any 2000, mentre les places de titularitat pública segueixen representant un 17% del total. Igualment, hi ha hagut un augment lleuger del pes de les entitats amb ànim de lucre, que han passat de gestionar un 65% de les places l'any 2000 a un 72% l'any 2022. A més, cal tenir en compte que una majoria de les places de titularitat pública són de gestió delegada, si bé les dades històriques són de més difícil accés. En el cas de la ciutat de Barcelona, amb un important mercat residencial, la gestió directa de residències públiques s'ha situat per sota del 10% des de l'any 2000, mentre que les entitats amb ànim de lucre gestionaven l'any 2018 al voltant d'un 50% de les places, davant del 40% de les entitats sense ànim de lucre.

⁴⁴ Palomera i León, 2023.

Una de les preocupacions de les administracions, tant a Catalunya com a la resta d'Europa, és el **dèficit de mà d'obra (i qualificada) en el sector de CLLD**⁴⁵. En aquest punt, el sector segueix patint importants deficiències que dificulten les condicions de vida de les treballadores així com la professionalització i la retenció de talent. A Espanya, l'any 2020 tenien un contracte temporal un 36,9% de les auxiliars d'infermeria i un 32,5% de les cuidadores a domicili⁴⁶. El nivell de rotació laboral de les treballadores d'atenció directa a les residències era d'un 23% l'any 2009, va baixar a un 17% l'any 2014 –en mig de la crisi econòmica i l'empitjorament d'altres mercats laborals–, i després va tornar a pujar l'any 2019 fins un 23%⁴⁷. Aquestes xifres contrasten amb la rotació del personal de direcció i administració, al voltant d'un 7% en els mateixos anys. També cal tenir en compte l'escletxa salarial que existeix en el sector social respecte al sector de la salut, amb persones amb la mateixa categoria professional obtenint salaris més baixos pel simple fet de treballar, per exemple, en una residència en comptes d'un centre sanitari.

A més, amb la LAPAD el sistema no ha avançat cap a la creació d'un sistema més integrat i coordinat més enllà d'una major regulació i pes del sector de CLLD en els serveis socials. **El problema de la fragmentació es va fer especialment palès durant la crisi pandèmica de la Covid-19**, amb una manca de capacitat de les institucions per regular i aplicar mesures de prevenció a les residències privades⁴⁸. També podem afegir que un dels principals problemes del sistema de CLLD a Catalunya, a part de la manca de control públic i el retràs en la posada en marxa de les prestacions, és la **manca d'informació, transparència i generació de dades**, que impossibiliten a les llars disposar d'informació per a escollir els serveis i a les administracions de dades dels resultats de les prestacions per a poder valorar la seva idoneïtat.

4. Les polítiques de CLLD a Catalunya

Tal com s'ha exposat, l'actual model català de CLLD s'ha desenvolupat amb mancances tant en els objectius com en l'estratègia, **prioritzant la reducció de costos** a través de processos d'externalització cap a la família i les institucions del mercat i comunitàries. En la línia d'una visió igualitària i universalista, existeix la necessitat de **socialitzar la cura social perquè no sigui resolta de forma individual** i amb configuracions que tinguin efectes negatius concentrats en sectors concrets de la població, sobretot dones, especialment aquelles migrades amb pocs recursos i les dones grans de l'entorn familiar. Cal estendre la responsabilitat de l'administració pública en l'organització de les CLLD, en línia amb la LAPAD, reforçant les estratègies d'envelliment a la llar i del respecte pel dret de les

⁴⁵ Eurofund, 2020.

⁴⁶ INE, 2020.

⁴⁷ Enquesta Econòmica de Serveis Socials de l'IDESCAT, 2024.

⁴⁸ León et al., 2021.

persones amb discapacitat a portar a terme una vida independent i en comunitat amb serveis de qualitat i participats. Igualment, un repte major és l'atenció dels casos complexos, inclosos pluridiscapacitat i autisme, amb la necessitat d'adequar els serveis, incloent-hi un augment de les ràtios i adequació dels perfils professionals.

En aquest sentit, **un model estès a Catalunya és el d'una Atenció Integral Centrada en la Persona** (en endavant AICP). L'AICP és un concepte que és utilitzat àmpliament i que actualment pot tenir diferents interpretacions segons el seu ús. L'AICP es pot definir com aquella que "es dirigeix a la consecució de millores en tots els àmbits de la qualitat de vida i el benestar de la persona, partint del respecte ple a la seva dignitat i drets, dels seus interessos i preferències i tenint en compte la seva participació efectiva"⁴⁹. L'AICP ha portat també al centre de les CLLD la defensa de l'exercici del dret de les persones amb discapacitat a viure de manera independent i en comunitat, el dret a escollir on envellir, la desinstitucionalització del sistema i la creació de suports per poder dur-ho a terme (assistència personal, unitats de convivència tant en les residències com en l'habitatge, etc.). En l'exercici del dret a viure de manera independent un element clau és la protecció de l'autodeterminació i evitar enfocaments paternalistes. Així, l'AICP pretén que els elements organitzatius i professionals de l'atenció no s'anteposin a la capacitat d'elecció de les persones ateses. El model d'AICP és un model d'atenció que es busca aplicar a tots els serveis i polítiques de provisió de CLLD, tant a serveis a domicili com als residencials.

Cal estendre la responsabilitat de l'administració pública en l'organització de les CLLD, en línia amb la LAPAD, reforçant les estratègies d'envelliment a la llar i del respecte pel dret de les persones amb discapacitat a portar a terme una vida independent i en comunitat amb serveis de qualitat i participats.

De forma també paral·lela a la inclusió d'una visió d'AICP als serveis, si bé ha tingut influència i hi té certa relació, les polítiques públiques recents en el sector de CLLD mostren un creixent interès per mètodes i **pràctiques de tipus comunitari i de desinstitucionalització**, qüestionant els models d'intervenció a nivell individual⁵⁰. Sota conceptes com la creació de ciutats cuidadores, barris cuidadors, un municipalisme cuidador, democratització de les cures, etc., utilitzats per organitzacions supramunicipals com la Diputació de Barcelona o la Federació Espanyola de Municipis i Províncies (FEMP), a més de diferents ajuntaments i altres ens locals, es troba la idea de **crear sistemes de provisió local que siguin capaços de distribuir i organitzar la feina de la cura sota principis democràtics**⁵¹. Igualment, l'estratègia recent de desinstitucionalització del Ministeri de Drets Socials inclou els objectius de potenciar l'assistència personal, el servei

⁴⁹ Rodríguez, 2010.

⁵⁰ Comas-d'Argemir i Martínez-Buján, 2022: 431; Espai Zero Vuit, 2023.

⁵¹ Ezquerria i Mansilla, 2018; Valdivia, 2018; Dowling, 2021; Martínez-Buján, 2020; Kussy et al., 2023.

d'acompanyament a la vida independent o la creació d'unitats de convivència dins de les residències per organitzar millor les cures⁵². Amb aquests sistemes l'administració pública busca simplificar i adaptar-se millor a les necessitats de les persones involucrades en l'atenció directa, incloent-hi persones cuidades i cuidadores amb o sense remuneració. També es busca incorporar una major participació i control d'aquestes persones en els processos, augmentant la seva capacitat de decisió i autogestió. Finalment, les administracions busquen millorar la coordinació (o integració) entre els serveis públics i privats.

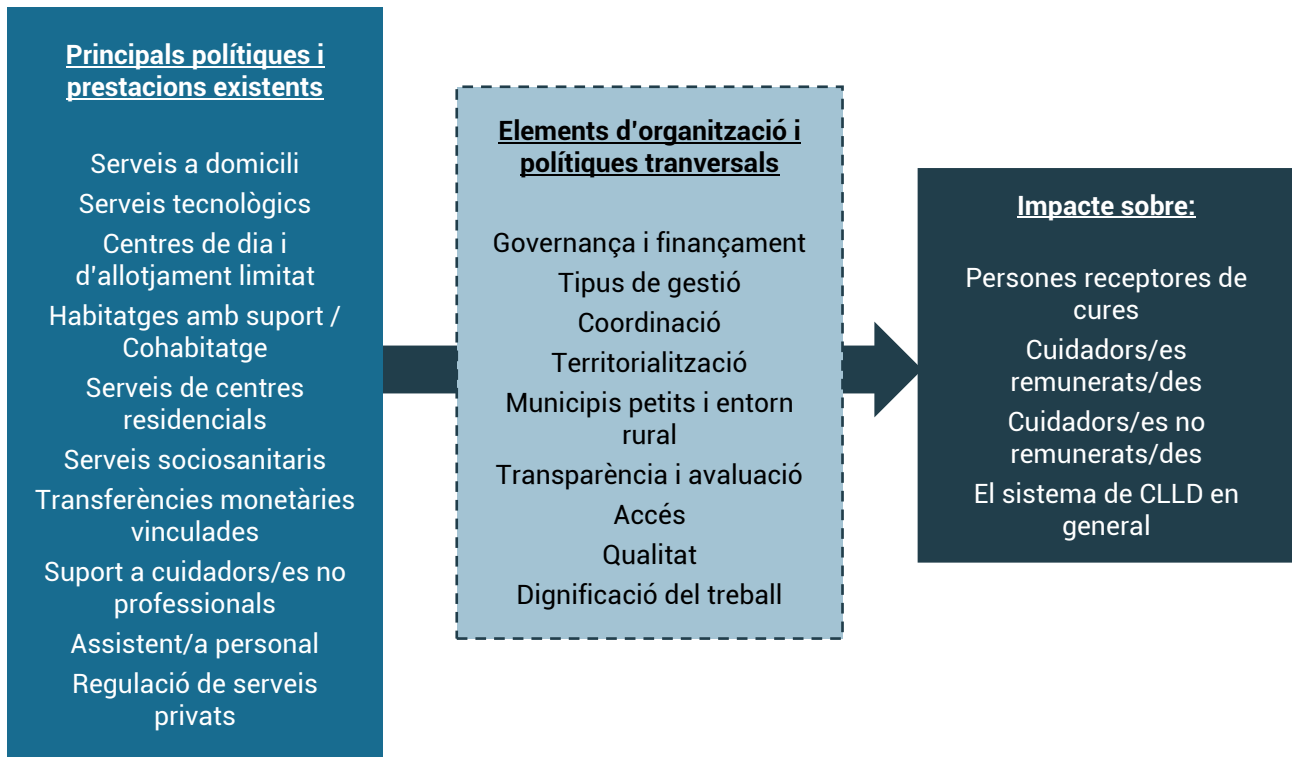
Per avançar en aquests objectius, **les administracions públiques s'estan dotant d'eines diverses**, incloent-hi una major territorialització dels serveis de CLLD amb perspectiva comunitària, una millora de les condicions laborals, una millora de la participació de treballadores i persones usuàries en l'organització dels serveis (en tot el procés, des de la identificació de necessitats, el disseny, la implementació, el seguiment, avaluació i millora continua dels serveis), un reforç d'infraestructures socials per enfortir la comunitat, noves formes d'urbanisme i habitatge, i el foment de noves organitzacions de provisió de cures que fomentin el suport mutu i una major implicació de la societat en la cura, inclosos els homes⁵³.

Per estudiar els diferents elements que poden ajudar a entendre el sistema de CLLD actual i on realitzar millores primer s'aborden les principals prestacions existents. A continuació es tracten els resultats que aquestes prestacions intenten assolir. Finalment, es consideren el conjunt de qüestions transversals a tenir en compte a l'hora d'organitzar les prestacions de CLLD.

⁵² Es pot consultar a la [pàgina web de l'estratègia estatal per a un nou model de cures a la comunitat](#).

⁵³ Ezquerria i Mansilla, 2018; Comas d'Argemir i Martínez-Buján, 2022: 442; Kussy et al., 2023.

Figura 1. Conceptualització dels elements que vertebrun el sistema de CLLD



Font: elaboració pròpia

4.1. Principals polítiques i prestacions existents

El sistema de CLLD es nodreix d'un catàleg de prestacions regulades a la LAPAD i desenvolupades en les carteres de serveis socials de cada CCAA. Tanmateix, les pròpies lleis autonòmiques i carteres poden oferir serveis addicionals. A l'hora d'abordar els instruments per a l'atenció de CLLD s'agafen com a referència les prestacions de la cartera de serveis socials de la Generalitat. Tot i així, utilitzar aquesta referència no vol dir que aquesta sigui la categorització correcta que un sistema de CLLD hauria de tenir per avançar en un model d'AICP.

Serveis a domicili

Els serveis a domicili són aquelles cures socials proveïdes a l'entorn de la persona cuidada, que haurien d'incloure tant la seva llar com els espais públics i infraestructures públiques al voltant de la seva residència. L'objectiu dels serveis a domicili és permetre a les persones en situació de dependència mantenir un nivell de vida digne a la seva llar. En aquest servei les treballadores de cures proveeixen l'atenció directa per a poder dur a terme les activitats diàries bàsiques i per a participar en societat. Però també són essencials les auxiliars a la llar, encarregades de l'adequació de la llar, inclosa una higiene correcta, per a garantir el benestar de la persona. En general, la satisfacció amb els serveis

per part de les persones ateses sol ser alta, degut a les necessitats que tenen, si bé també presenten algunes mancances que s'exposen a continuació:

- **baixa intensitat** dels serveis en comparació a les necessitats⁵⁴;
- **alta rotació** de les treballadores a la llar provocada per les suplències;
- un **empitjorament de la remuneració de les treballadores** davant de l'augment del cost de la vida a les ciutats;
- manca de **suport emocional, logístic i formatiu** cap a les treballadores;
- deficiències en la **coordinació i la capacitat d'autogestió** del treball, incloses la rigidesa de les tasques, la gestió de les suplències, i la capacitat d'adaptar el calendari amb les persones ateses;
- **manca de flexibilitat** en els horaris, inclosa la manca de cobertura en caps de setmana;
- i una manca de visió sistèmica dels serveis que pugui **resoldre la fragmentació** amb altres serveis.

Serveis tecnològics

Cal investigar les oportunitats que pot portar la **innovació tecnològica per a una atenció continuada, un millor seguiment i l'oferiment de nous serveis a les persones ateses en matèria de suport a l'autocura i la recapacitació**. Les innovacions tecnològiques es poden realitzar i aplicar de múltiples formes. A la llar, la millora del sistema de teleassistència i d'eines de prevenció és clau. La inclusió de robots o altres sistemes que puguin ajudar a la millora dels indicadors de salut i el seguiment de pautes mèdiques, inclosa l'activació d'alarma en cas de necessitat, poden suposar un important impuls a facilitar l'envelliment a la llar i descarregar de tasques de cures a les persones cuidadores. La introducció de suports tecnològics basats en la sensorialitat ha de permetre personalitzar l'atenció i promoure l'autonomia (per exemple, controlar llums o , aixecar el llit de manera autònoma...). Igualment, la intel·ligència artificial pot ser una ajuda important per a la detecció precoç de malalties mentals, com la demència entre altres. L'Internet de les Coses també pot ajudar a personalitzar l'atenció en base als patrons de comportament. Tant a la llar com a les residències, les tecnologies també poden ajudar a augmentar l'autonomia i alleugerir les càrregues físiques de les cuidadores, incloent-hi robots i productes de suport que facilitin la mobilitat i la realització de tasques bàsiques. En

⁵⁴ Segons dades de l'IMSERSO per l'any 2024, la mitja d'hores per una persona de Grau I és de 3,2 diàries en cinc dies, 5 hores per Grau II i 6 hores per Grau III.

aquesta línia, la innovació tecnològica ha de servir per fomentar l'accessibilitat física i sensitiva de totes les persones, per tal de garantir l'aplicació de la normativa desplegada al Codi d'Accessibilitat (Decret 209/2023).

Ara bé, **la incorporació d'aquestes innovacions s'ha de realitzar com un complement i no una substitució de les cures socials essencials proveïdes per les treballadores.** La tecnologia no pot servir com una mesura per a substituir la interacció humana i la relació social, ja que això podria suposar un increment dels índex de soledat. Tampoc han de suposar una major complexitat al sistema de CLLD, barreres a l'accés a cures o una càrrega de feina per les treballadores. Cal destacar la bretxa digital de bona part de les persones amb discapacitat i les persones grans, i per tant la necessitat de realitzar acompanyament i respectar la capacitat d'elecció en l'ús d'aquest tipus de serveis. La provisió ha de tenir en compte les necessitats específiques de les persones amb discapacitat per a la seva inclusió i per això és necessària la participació d'aquestes, així com el seguiment i control d'aquestes tecnologies en el col·lectiu. També cal preveure la despesa energètica d'aquests sistemes, ja que aquesta no pot suposar un cost addicional per a col·lectius que ja pateixen problemes de pobresa i pobresa energètica.

Centres de dia i d'allotjament limitat

Els centres de dia i d'allotjament limitat (com les llars-residència) es dediquen a acollir durant hores diürnes o nocturnes a les persones en situació de dependència, garantint-ne la cobertura de necessitats bàsiques i la realització de tasques lúdiques i socials. Aquests serveis es tornen complementaris al suport en la llar, amb l'objectiu de permetre a les persones ateses romandre als seus domicilis. En alguns casos es pot garantir el servei durant el cap de setmana o inclús serveis diürns, sobretot en els casos de persones en situació de discapacitat intel·lectual. Sovint les residències de persones grans incorporen un centre de dia a l'edifici, optimitzant l'ús dels recursos, com per exemple del personal.

A diferència de les residències, que poden tenir una ocupació al voltant del 90%, l'ocupació en els centres de dia gestionats per empreses de caràcter mercantil es situa al 50%⁵⁵, fet que indica una menor preferència per aquests centres. A més, els centres de dia en concert sense residència tenen dificultats per ser rendibles perquè la demanda i grau d'ocupació és insuficient pel cost que suposa el seu funcionament (en general els centres de dia i de nit i les residències concertades necessiten arribar a situacions d'ocupació plena per a ser sostenibles econòmicament, especialment donats els preus públics baixos). Un centre de dia no elimina el cost del suport en l'entorn familiar, motiu pel qual l'entrada a una residència pot resultar una opció preferible en termes econòmics i de temps. Mentre que el preu públic d'un centre de dia es situa a prop de 900 € set dies a la

⁵⁵ IDESCAT, 2023.

setmana, el d'una residència es situa prop de 1.900 euros, una diferència menor en cas que el co-pagament sigui baix. Així, **el major repte dels centres de dia és convertir-se en una opció atractiva i assequible per a les llars**, fet que suposaria incloure l'extensió del suport públic i la inclusió en el finançament de serveis complementaris, inclòs el transport adaptat. Una altra barrera és una manca de informació i divulgació de l'existència i possibilitats d'aquests centres, tant cap a professionals com cap a la societat en general. A més, per a revaloritzar aquests centres, **es podria donar suport perquè siguin infraestructures públiques de referència comunitària i interdisciplinàries**, dedicades també al suport i la formació del treball de cures, i obertes a la participació d'equips interdisciplinaris i activitats voluntàries, incorporant iniciatives per combatre la soledat i l'aïllament de les persones amb dependències.

Habitatges amb suport / Cohabitatge

D'una banda, els habitatges amb suport són infraestructures destinades a garantir l'autonomia de les persones en situació de dependència amb el suport de serveis de cura social per atendre necessitats bàsiques. De l'altra, els cohabitatsges promouen nous models convivencials i faciliten la participació social i el suport mutu entre les persones residents. Si bé aquests tipus de recurs no formen part del SAAD, **han guanyat protagonisme en l'última dècada** sota el paradigma de l'envelliment a la llar i l'AICP i els habitatges amb suport es troben contemplats en el marc de la Llei de serveis socials de Catalunya. Ara bé, existeixen diferències en els models de gestió que poden determinar-ne els resultats. Cal distingir entre formes de convivència i propietat de caire cooperatiu sota lògiques d'autogestió (cohabitatge) o formes de propietat pública en règim de lloguer social, requerint només el suport de treballadores socials (habitatge amb suports).

Les principals barreres d'aquest tipus d'habitatge són la seva **promoció i finançament**, tant pels municipis que puguin tenir sòl públic escàs i/o una baixa capacitat fiscal, com pels grups promotors per part de cooperatives d'habitatge. La col·laboració publico-comunitària sol ser una eina impulsora de projectes, tant facilitant finançament en la forma de subvencions i crèdit directe o avals, com alliberant sòl per projectes d'habitatge amb cessió d'ús. A l'hora de desplegar aquests recursos, però, cal considerar la inclusió de criteris d'universalitat a l'accés, una garantia de prestacions socials per a les persones i la necessitat d'impulsar projectes que alliberin l'habitatge privat existent. **Un altre gran repte dels habitatges és ser una alternativa real a la institucionalització per a les persones que tenen una gran dependència**. Per a assolir això pot ser clau la inclusió de suport especialitzat, promoure serveis com l'assistència personal i els serveis d'atenció a domicili i les facilitats arquitectòniques per a generar zones comunes de cures compartides.

Servei de centre residencial

Els serveis de centres residencials consisteixen en infraestructures dedicades a l'atenció de les persones en situació de dependència ininterrompuda durant vint-i-quatre hores del dia i que ofereixen tots els serveis necessaris per donar resposta a les seves necessitats fisiològiques, tant d'higiene personal com d'allotjament, alimentació i neteja, com aquelles necessitats de suport emocional, i necessitats de caràcter social, incloent-hi activitats socials i culturals. Addicionalment, els serveis residencials també ofereixen la prestació de serveis complementaris, com els de fisioteràpia, podologia, perruqueria, entre d'altres.

Actualment a Catalunya predomina un model de residències de gestió privada (inclús en els centres de titularitat pública) cada vegada més grans⁵⁶, que pateixen les problemàtiques següents:

- una organització jeràrquica pressionada per la **cerca de l'eficiència** i disminució de la despesa, amb una tendència creixent a les residències amb ànim de lucre amb marges de benefici elevats;
- pràctiques d'**atenció de baixa qualitat** (o que inclús que atempten contra el principi d'una cura digna, com les subjeccions físiques, mecàniques, químiques o farmacològiques);
- falta de personal i sous baixos, amb l'establiment per la LAPAD d'unes **ràtios de personal i uns preus baixos**;
- una **sobrecàrrega** de feina per les treballadores, que comporta baixa satisfacció laboral i una alta incidència de l'absentisme;
- una **manca general de recursos**, que inclou una manca de coordinació amb altres serveis, com els de salut (limitant la capacitat de reacció a situacions com la Covid-19) i serveis socials⁵⁷⁵⁸;
- creixement de casos complexos (pluridiscapacitat, trastorns de conducta...) que els serveis actuals no tenen l'expertesa, ni les ràtios, ni els perfils professionals suficients per atendre.

⁵⁶ Segons el Registre d'Entitats, Serveis i Establiments Socials del Departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya, s'ha passat d'una grandària mitjana de 60 places de les residències inscrites l'any 2000 a 90 places de les residències inscrites l'any 2022. Ara bé, la mitjana de places de les residències a Catalunya es troba per sota d'altres comunitats autònomes. Segons dades de l'IMSERSO (2020), la grandària mitjana dels centres residencials a Catalunya va ser al voltant de 70, mentre que a Madrid es va arribar a 120.

⁵⁷ Comas-d'Argemir et al., 2022: 302.

⁵⁸ León et al, 2021.

Tot i així, malgrat ser l'última opció per més d'un 90% de les famílies i persones amb necessitats de cures, les residències segueixen estant sol·licitades degut al seu cost i la seva àmplia cobertura de les necessitats, així com a la manca d'alternatives efectives per a un envelliment a casa en situacions d'elevades necessitats de cures. En altres contextos, la tendència actual és la creació de nous models d'atenció i dissenys arquitectònics basats en la **creació d'unitats de convivència amb una correcta dotació de personal i recursos**, així com una major democratització de la gestió i l'ús dels serveis. Aquest és un procés que han realitzat ja països nòrdics com Dinamarca, en les dècades del 1980 i 1990, i que també s'està estenent a països com Alemanya.

A Espanya també hi ha experiències particulars interessants, inclòs el País Basc. En la legislatura del 2019-2023 el govern central va aprovar un nou model que estableix un nombre màxim de residents, augmenta les ràtios de personal, exigeix la creació d'unitats de convivència de màxim 15 persones i un mínim d'un 65% d'habitacions individuals per les places públiques⁵⁹. Entre els majors reptes del seu desplegament hi haurà una major dotació econòmica, una millora de les condicions laborals, una millora de la transparència, una major coordinació amb els serveis de salut comunitaris i serveis socials i l'establiment d'una limitació als beneficis econòmics. També cal un canvi cultural relacionat amb els models de vida independent i en comunitat (formació a professionals, acompanyament a la comunitat on està ubicat el centre, etc....), així com garantir un model d'AICP que inclogui la participació de les persones usuàries en la planificació, gestió i avaluació dels serveis.

Malgrat ser l'última opció per més d'un 90% de les famílies i persones amb necessitats de cures, les residències segueixen estant sol·licitades degut al seu cost i la seva àmplia cobertura de les necessitats, així com a la manca d'alternatives efectives per a un envelliment a casa en situacions d'elevades necessitats de cures.

Serveis socio-sanitaris

El servei socio-sanitari és un servei de **competència del Departament de Salut però que treballa de forma coordinada amb el Departament de Drets Socials**. És un servei existent només a Catalunya i està finançat principalment pel Departament de Salut, amb un copagament diferit i topat que només afecta als serveis de llarga estada. L'atenció socio-sanitària comprèn el conjunt de cures destinades a aquelles persones malaltes,

⁵⁹ Es poden consultar els nous criteris a la "Resolución de 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia".

generalment amb caràcter crònic, i persones amb discapacitat que, per les seves característiques especials, poden beneficiar-se de l'actuació simultània dels serveis sanitaris i socials per potenciar la seva autonomia, pal·liar les seves limitacions o sofriments i facilitar la seva reinserció social. També va destinat a persones amb demència, persones amb malaltia neurològica que pot cursar en discapacitat, gent gran, persones amb malaltia avançada terminal i persones que requereixen de cures pal·liatives. L'objectiu és donar una atenció integral, interdisciplinària i geriàtrica, amb equips de salut i treballadores socials, que també busquen la promoció de l'autonomia i la permanència de les persones en el seu domicili. Entre els serveis destacables es troben els serveis d'internament en la forma de sociosanitaris, tant de mitja com llarga durada, i els serveis de suport de les cures al domicili, com és l'hospitalització diürna i el programa d'atenció domiciliària-equips de suport (PADES), amb equips interdisciplinaris per donar suport en malaltia avançada o en situació de final de vida.

A diferència d'altres serveis, que han anat creixent en menor o major mesura, en el cas dels serveis sociosanitaris **el nombre de places s'ha anat reduint en la darrera dècada**, passant d'un màxim de 5.865 places l'any 2009 a una reducció d'aproximadament un 30% de les places disponibles l'any 2020. Aquest és un servei que també té alts índex d'externalització a la gestió privada. Entre els principals problemes d'aquest tipus de serveis es troba:

- la **falta de finançament** per part de la LAPAD, que no contempla finançament addicional per a les CCAA que atorguin majors prestacions sanitàries i sociosanitàries a les persones;
- la **manca d'una major perspectiva comunitària i pública**;
- la seva **congestió** degut a la manca de places residencials disponibles;
- la inclusió del **co-pagament**.

Transferències monetàries vinculades a serveis

Com s'ha vist en apartats anteriors, l'actual SAAD ha donat un pes important a l'extensió de prestacions econòmiques vinculades als serveis, tant al domicili com residencials. Existeixen diferents tipus de prestacions, que es configuren de forma diferent, incloent-hi la seva quantia màxima. Idealment, pot ser positiu generar la possibilitat a les persones d'escollir els serveis que millor s'adaptin a les seves preferències. En aquest sentit, en comptes de transferències vinculades als serveis, es pot investigar la implementació de mesures com el **suport auto-dirigit**, que doten a les llars d'un pressupost propi per a l'organització de les cures, garantint una major flexibilitat per adaptar-se a les necessitats de les persones. Una mesura proposada és la creació de **pressupostos personals**, entesos

com un sistema que permet que sigui la pròpia persona qui decideixi quins serveis vol rebre i com els vol rebre, d'acord amb un pressupost personal que se li assigna i que la pròpia persona pot decidir com gastar⁶⁰.

Un sistema basat en les transferències comporta acompanyar-les de polítiques públiques complementàries:

- una **responsabilització** per part de les **administracions** de la provisió de cures, que no busqui amb les prestacions estalviar el cost públic de prestar serveis de forma directa;
- un suport i **acompanyament** per aquelles persones amb menys informació a l'hora d'escollir;
- **sistemes de coordinació** i simplificació del sistema, inclosa la recerca de l'ús eficient dels recursos públics i privats.

Els models basats en transferències econòmiques funcionen millor si són **suficients** i si existeix **un control i lideratge públic**, incloent-hi la inclusió d'una llista de proveïdors supervisada per l'administració o entitats del territori, que segueixin criteris socials i ètics, inclosa la protecció de les condicions laborals. A Catalunya actualment existeix un sistema d'acreditació per a obrir un centre i poder contractar amb l'administració pública, inclosa la recepció de prestacions vinculades a serveis, però cal una millor avaluació i seguiment de la qualitat i contribució social dels serveis.

La manca de transparència i valorització del sector de CLLD a Catalunya fins ara no ha generat un context idoni per aquest tipus de prestació. **Les transferències han sigut utilitzades per les administracions més com un recurs d'última instància en cas de falta de serveis públics i comparativament suposen un estalvi econòmic per les arques públiques en comparació a la provisió directa.** Per exemple, en el cas de la prestació econòmica vinculada a un servei residencial, a Catalunya des de l'any 2013 fins l'any 2022 es va mantenir un màxim de 715 euros mensuals. Això va suposar que per aquell període, quan el preu públic d'una plaça de residència per una persona amb dependència acreditada de Grau III era de 1.850 euros, una persona devia pagar com a mínim a prop de 1.135 euros (un 61% del cost de la plaça). L'any 2023 es va actualitzar la quantia màxima de la prestació a 1.238 euros, un augment important. Ara bé, el preu públic d'una plaça de residència per una persona amb dependència acreditada de Grau III també va augmentar fins a 2.002,56 euros. Així, amb l'actual quantia una persona pagaria com a mínim 764 euros (un 38% del cost de la plaça). A més, cal considerar que aquest grau de copagament

⁶⁰ Per exemple, es pot consultar la petició d'un pressupost personal i la seva configuració al [manifest del Moviment Unitari per la Vida Independent](#).

és habitualment més alt, ja que les places residencials privades solen tenir preus més elevats que l'establert en les places públiques, especialment per habitacions individuals. Segons la LAPAD, els copagaments en cap cas poden suposar més d'una tercera part del finançament del sistema, de manera que malgrat l'augment en la prestació l'any 2023, aquesta és encara insuficient per complir amb aquest mandat legal. És més, més enllà de la llei, cal posar en dubte que el sistema públic forci a pagar un copagament a persones sense recursos econòmics que no poden accedir a una plaça pública.

Suport a persones cuidadores no professionals

Aquest tipus de recursos són essencials en un context català on la família segueix tenint un rol central en la provisió. Com s'ha vist anteriorment, la LAPAD va crear la **prestació econòmica per cuidadors/es no professionals**, una prestació estesa però que entra en contradicció amb l'objectiu d'una major implicació de les administracions públiques en la cura. Degut a la manca de control sobre l'impacte d'aquestes prestacions i el seu ús, algunes famílies utilitzen les prestacions per pagar una cuidadora privada contractada de forma irregular, potenciant un sector submergit i impossibilitant la professionalització del sector⁶¹. A més, **les quantitats atorgades són molt baixes**. A desembre de 2023, les persones cuidadores no professionals tenint cura d'una persona amb grau I van rebre de mitjana 174 euros mensuals, mentre que les que cuidaven una persona de Grau II van rebre de mitjana 283 euros mensuals i les de grau III 384 euros. Aquestes quantitats són realment baixes, sobretot si tenim en compte les llistes d'espera per a l'accés a serveis públics i el cost d'oportunitat que té la provisió de cures en la capacitat de participar en el mercat laboral. Justament, el suport que més es troba a faltar per atendre a persones en situació de dependència és un suport econòmic (en un 43,7% de les llars⁶²).

Més enllà de les prestacions econòmiques, també s'han desplegat serveis i infraestructures públiques per donar suport a les cuidadores no professionals. Es poden destacar els **serveis de residència temporal i respir**, que acullen a persones en situació de dependència per donar un descans a les persones cuidadores, els serveis municipals i comunitaris dedicats a oferir activitats socials i culturals a les persones cuidadores, i la formació, acompanyament emocional i suport mutu a cuidadores no professionals per a poder donar cures d'una forma sostenible. Tot i això, aquests serveis s'haurien de desenvolupar, ampliar i incorporar a la nova Cartera de Serveis Socials, en diferents modalitats. El major repte és **estendre aquests serveis i la seva disponibilitat, no només per a les persones amb rendes baixes i exclusió social**. En aquest sentit, el reconeixement de la figura de terapeuta familiar, amb capacitat d'acompanyar a totes les famílies, en

61 Martínez-Buján, 2011.

62 Martínez-Buján et al., 2022: 53.

concret, les que estan en situació d'envelliment seria un suport per totes aquestes persones cuidadores no professionals.

Assistència personal

Com s'ha vist, **la prestació d'assistència personal té una implantació quasi inexistent a Catalunya i Espanya** (a excepció del País Basc on aquesta prestació té un pes significatiu, arribant al 7,3% l'any 2023 i on també s'ha desenvolupat adreçada a persones grans). Aquesta figura està pensada sobretot per a les persones amb discapacitat i és una demanda d'aquest col·lectiu per a poder avançar en l'exercici del dret a viure de manera independent i en comunitat, des de l'autodeterminació i la inclusió social. Justament, més enllà de les necessitats de cures personals, l'assistència personal ofereix el suport que la persona necessita per poder portar a terme el seu projecte de vida, escollit de forma autodeterminada i en comunitat. Això significa que l'assistència personal donarà suport en tots els àmbits de la vida de la persona, ja que les funcions estaran establertes per ella i en funció de les accions que conformin la seva vida. És a dir, li ha de poder permetre participar en la comunitat en igualtat de condicions que la resta de la ciutadania.

Entre els problemes de la configuració actual d'aquest tipus de prestació trobem:

- la **quantia és insuficient** per a poder ser un servei accessible i assequible sense una aportació significativa de la persona o de les famílies;
- una **manca de regulació** i conveni específic per la figura professional d'assistència personal, així com discrepàncies en la formació requerida a aquesta figura;
- l'adopció d'aquest servei pot ser **incompatible amb una alta intensitat d'altres serveis** dins de la LAPAD, inclòs el servei d'ajuda a domicili.

Regulació de serveis privats

Per últim, més enllà de les prestacions regulades per l'Estat, és important tenir en compte les polítiques públiques que regulen la provisió de cures socials realitzada en l'esfera privada. Com es mencionava abans, una millora de les condicions laborals i de la qualitat de serveis en l'àmbit privat suposa una revalorització de les cures que pot generar un cercle virtuós també en les facilitats per un reconeixement en l'àmbit públic. La **creació d'indicadors i avaluacions** del tipus de règims contractuals de les treballadores domèstiques i de les empreses proveïdores de serveis serveix per avançar cap a una major informació i apoderament de les persones ateses i treballadores de cures. També són importants les **polítiques de suport a l'organització de les treballadores a través de xarxes de suport mutu**, la regularització de les persones migrades sense documentació legal, així com la formació de cooperatives de treball basades en el foment de bones

pràctiques i innovació en l'organització laboral. La contractació pública responsable i la formació de cooperatives mixtes són també solucions per a una extensió de proveïdores de qualitat arrelades al territori i amb criteris socials i ètics.

4.2. Els objectius de les polítiques

Les polítiques de CLLD tenen un impacte directe sobre les persones receptores de cures i les persones cuidadores remunerades i no remunerades. Igualment, també tenen efectes de caràcter més sistèmic, i per entendre què funciona cal tenir en compte la utilització general de recursos i la seva distribució. A continuació s'esmenta breument quin tipus d'impacte poden tenir aquestes polítiques o prestacions per cada població.

Persona receptora de cures

En el cas de les persones receptores de cures, s'han de tenir en compte com a mínim tres dimensions: la salut física, el benestar emocional i social i la participació, preferències i decisió de la persona (o autonomia). La Taula a continuació recull els principals indicadors que es podrien considerar per valorar l'efecte de les polítiques sobre aquestes tres dimensions.

Dimensions	Exemples d'indicadors
Benestar físic	<ul style="list-style-type: none"> → Indicadors de salut (p. e. atenció sanitària, alimentació o activitats vida diària). → Evolució de la capacitat funcional (p. e. autonomia en realització d'activitats diàries o capacitat de comunicació). → Indicadors de benestar material (p. e. qualitat habitatge, estalvis o accessibilitat).
Benestar emocional i social	<ul style="list-style-type: none"> → Satisfacció i benestar general (p. e. sentir-se segur, sense angoixes o absència d'estrès). → Relacions interpersonals (p. e. relacions socials, relacions familiars o sexualitat). → Mesures de qualitat de serveis (p. e. satisfacció amb serveis, o comptar amb suport). → Indicadors sobre drets i inclusió (p. e. sentir-se membre de la societat o ser considerat/da igual que la resta de gent).
Participació, preferències i decisió de la persona	<ul style="list-style-type: none"> → Indicadors d'autodeterminació (p. e. metes i preferències personals o decisions). → Implementació d'eines per la transparència i participació en els serveis (p. e. existència de plans de comunicació, participació de persones usuàries i treballadores en espais de presa de decisió o elaboració d'enquestes). → Satisfacció de persones usuàries amb els serveis, inclosa correspondència entre preferències de serveis i elecció final.

Cuidadors/es remunerats/des

En l'àmbit del treball de cures professional o formal, més enllà de la satisfacció global de les treballadores, es poden considerar les següents categories: condicions laborals, la formació i possibilitats de creixement professional i la participació i autonomia.

Dimensions	Exemples d'indicadors
Condicions laborals	<ul style="list-style-type: none"> → Condicions contractuals mesurades en termes absoluts o relatius a altres sectors (sou, duració contracte, nombre d'hores, flexibilitat). → Rotació de personal i incidència d'absències. → Satisfacció de les treballadores amb la feina.
Formació i creixement professional	<ul style="list-style-type: none"> → Tipus i pes de les categories professionals en el sector, nombre d'hores de formació, titulacions requerides. → Progressió laboral i evolució de condicions contractuals. → Satisfacció i expectatives de romandre en el sector.
Participació i capacitat de decisió	<ul style="list-style-type: none"> → Forma jurídica de les entitats proveïdores i tipus de gestió dels serveis. → Grau de sindicalització en el sector. → Adequació de les jornades laborals a necessitats de cures. → Participació en el disseny de serveis.

Cuidadors/es no remunerats/des

Per a les cuidadors/es no professionals els aspectes més rellevants en les CLLD són la seva capacitat d'elecció en la provisió de cures, inclosa la reducció de les sobrecàrregues, les facilitats per organitzar el seu temps i la formació i suport per part dels actors institucionals.

Dimensions	Exemples d'indicadors
Capacitat d'elecció	<ul style="list-style-type: none"> → Usos del temps i establiment del llindar de sobrecàrrega de cures segons variables de gènere, classe, edat, etc. → Sensació de sobrecàrrega de tasques de cures (a partir d'enquestes). → Capacitat d'accedir a serveis o recursos públics i privats de suport a persones cuidadores no professionals (llistes d'espera i cost).
Facilitats per organitzar el temps	<ul style="list-style-type: none"> → Satisfacció amb els serveis existents. → Facilitat d'organitzar el temps (enquestes).
Formació i suport	<ul style="list-style-type: none"> → Quantitat i nombre d'assistents a formacions, activitats i/o trobades amb referents de cures. → Enquestes de valoració sobre el tipus de suport rebut pels diferents actors del sistema.

Impactes sobre el sistema

Més enllà dels resultats directes per a les persones involucrades en les CLLD, és important conèixer com els instruments o serveis i les seves característiques afecten diferents indicadors de qualitat, eficiència i sostenibilitat del sistema en el seu conjunt. Això inclou conèixer mesures de cost-eficàcia dels instruments implementats, la cobertura i intensitat dels serveis proveïts, l'endarreriment de la institucionalització de les persones ateses o els resultats econòmics de les entitats proveïdores. En aquest punt d'impactes sobre el sistema també es pot tenir en compte la situació i evolució de les organitzacions que participen en les CLLD, incloent-hi les entitats del Tercer Sector i les cooperatives de treballadores i usuaris/es. D'aquesta forma, es pot incloure una visió del rol de les organitzacions i les seves lògiques de provisió.

4.3. Elements d'organització i polítiques transversals

Per últim, cal també considerar que un sistema de CLLD és més o menys capaç d'assolir uns bons resultats a partir de la millora d'una sèrie de característiques que són transversals a les polítiques i que poden ser analitzades pel conjunt del sistema. Aquí es fa un recull de les principals característiques que ha de tenir el sistema de CLLD.

Governança i finançament

Els **sistemes de finançament han de ser adequats** per poder universalitzar els serveis i complir amb els objectius de la LAPAD. Així, per exemple, l'envelliment de la població i unes prestacions suficients suposen expandir la despesa pública en les CLLD per apropar-nos a la despesa d'altres països europeus. A més, com s'ha esmentat anteriorment, el sistema català actualment pateix d'un important desequilibri en l'organització multinivell. Per una banda, **els ens locals tenen una pressió creixent** per a l'expansió de serveis d'atenció a domicili i de suport de proximitat, però, per l'altra, tenen una gran dependència de les decisions i els criteris de finançament de les autoritats superiors, la Generalitat i el govern central. Un dels efectes més importants d'això són les desigualtats territorials significatives en funció de la capacitat fiscal i les necessitats socials de cada municipi. Quan es tracta el finançament també cal considerar els efectes que ha tingut la introducció del **copagament** en el marc del SAAD. Si bé aquest copagament es configura en funció de la renda, el seu pagament pot ser elevat en relació amb les capacitats de les llars, especialment si considerem les prestacions econòmiques reconegudes per la LAPAD.

Cal afegir que en el sistema català ha predominat un **sistema basat en els serveis**, allunyat de models d'assegurança privada d'altres contextos continentals com l'holandès i apropant-se a models de tipus nòrdic. Un sistema de caràcter universalista basat en

serveis pot ser **més eficient** que un de provisió privada, tant en la despesa monetària pública final com en el consum de recursos, degut al menor nombre de proveïdors, la capacitat de coordinació de les administracions públiques, la manca de despeses derivades de la competició, i la major disponibilitat de serveis de prevenció accessibles a tota la població, evitant futurs problemes de salut. Ara bé, en el sector de CLLD, a diferència del sector de la salut, hi ha una important manca de serveis disponibles i, com s'ha vist, **actualment la provisió és majoritàriament privada**. En aquest context, les transferències monetàries poden ser un recurs per a facilitar una major autonomia de les persones, però cal tenir en compte diferents aspectes per garantir l'equitat, bona qualitat dels serveis i l'eficiència. En aquest sentit, les formes de gestió són importants, inclosa la participació d'entitats d'usuaris/es i treballadores auto-gestionades i del Tercer Sector.

En el sector de les CLLD, a diferència del sector de la salut, hi ha una important manca de serveis disponibles i, com s'ha vist, actualment la provisió és majoritàriament privada.

Tipus de gestió

En termes conceptuals i de forma simplificada, es pot dividir el tipus de gestió en tres categories ideals, si bé sol existir un mix d'aquestes: gestió pública "tradicional", gestió publico-privada i gestió publico-comunitària. A continuació s'explica cada model, situant els seus beneficis i inconvenients principals en la següent taula⁶³.

- La **gestió pública "tradicional"** és aquella on el procés d'organització, finançament i provisió és protagonitzat per institucions públiques, ja sigui directament a través de l'administració o d'una empresa pública amb una participació pública majoritària. Un exemple seria una residència de persones grans de titularitat i gestió pública.
- La **gestió publico-privada** es basa en la realització de contractes públics, concerts o altres règims de col·laboració on l'administració pública participa en l'organització i finançament, però delega la gestió a una entitat privada. En l'exemple de la residència, la gestió la realitzaria una entitat privada.
- En la **gestió publico-comunitària**, sota una lògica de béns comuns, s'atorga una concessió de la gestió d'un bé a llarg termini a ens socials (incloses organitzacions auto-gestionades i entitats del Tercer Sector) sota uns criteris democràtics i socials. En l'exemple de la residència, la gestió es realitzaria per part d'una junta o una assemblea amb capacitat de decisió, participat pels actors implicats en el territori.

⁶³ Es pot trobar una explicació més detallada i complementària a Espai Zero Vuit, 2023.

Tipus de gestió	Beneficis	Inconvenients
Pública "tradicional"	<ul style="list-style-type: none"> → Protecció béns públics i condicions laborals. → Igualtat d'accés i qualitat de serveis. → Continuitat i coordinació entre serveis sota comandament únic. 	<ul style="list-style-type: none"> → Dificultats en l'adaptació a necessitats. → Jerarquia amb límits a la participació. → Límits pressupostaris.
Publico-privada	<ul style="list-style-type: none"> → Rendició de comptes i control despesa. → Competició entre proveïdors. → Professionalització de la gestió. 	<ul style="list-style-type: none"> → Fragmentació del sistema i manca de transparència i control. → Concentració de mercat amb entitats amb ànim de lucre. → Manca d'autonomia i participació de les treballadores.
Publico-comunitària	<ul style="list-style-type: none"> → Possible millor alineament missió proveïdores amb necessitats de la població. → Foment de relacions de confiança i suport mutu. → Integració en teixit social que permet maximitzar recursos comunitaris. 	<ul style="list-style-type: none"> → Requereix d'un teixit comunitari pre-existent. → No garanteix universalitat. → Límits per escalar el model a serveis grans.

Coordinació i integració

El model de CLLD català, familiarista i amb una participació pública externalitzada majoritàriament a entitats privades, està marcat per una fragmentació que pot establir importants barreres a la comunicació d'informació i a una coordinació efectiva entre diferents serveis, proveïdors i administracions en l'oferta de serveis. Podem considerar dos tipus de fragmentació, l'horitzontal i la vertical.

- La **fragmentació vertical** és aquella que es produeix en les estructures jeràrquiques de presa de decisions, des de les posicions de gerència i disseny de polítiques públiques fins a la provisió directa. Les externalitzacions i la contractació estableixen un repte major, fent més complexes els canals de comunicació i informació, la capacitat de control per part de les administracions, i fomentant la creació d'interessos per part de les entitats proveïdores.
- La **fragmentació horitzontal** és aquella que es pot produir entre les diferents administracions i proveïdors de serveis a les quals acudeix una persona amb

necessitats de CLLD. Un exemple és la divisió existent entre els serveis de salut i els serveis d'atenció a domicili, gestionats per diferents departaments i que involucren diferents professions i proveïdors. De la mateixa manera, la coordinació entre els serveis municipals i les residències de gent gran i centres de dia depèn en primer terme de les regulacions i coordinació entre la Generalitat i els ens municipals.

Un dels reptes per a una major integració són les **fronteres socials i administratives que delimiten les actuacions de cada àmbit professional**, així com el seu estatus social. Un altre repte és la manca de temps per a facilitar la col·laboració, especialment en contextos de pressió de temps i recursos, degut a un dèficit de recursos materials i humans en el sector. Així, les polítiques que busquin afavorir una major integració, tant vertical com horitzontal, hauran de tenir cura de facilitar els recursos necessaris per fer-ho possible.

Territorialització

L'organització dels serveis pot estar més o menys territorialitzada. En el passat s'ha tendit a augmentar la grandària dels serveis i a centralitzar-ne la gestió per aprofitar economies d'escala. Ara bé, davant dels límits de les grans estructures burocratitzades, la fragmentació i la manca d'autogestió de les treballadores, innovacions locals recents han passat per propostes d'**equips de treballadores autogestionades que treballen amb una lògica territorialitzada**⁶⁴. Sota noms com Buurtzorg (a Holanda) o superilles socials (a Barcelona i El Prat de Llobregat), aquests models pretenen que les decisions que afecten la qualitat del servei i les condicions laborals es situïn més a prop de les persones afectades, fet que permet que els serveis s'adaptin millor a les necessitats. A més, una major territorialització permet una reducció de l'escala dels problemes socials i un millor reconeixement dels actius comunitaris, públics i privats disponibles per donar-ne resposta. Per últim, la territorialització i el treball en equip permet intensificar les interaccions entre les mateixes persones, facilitant una millor organització, transferència de la informació, i l'establiment de relacions de confiança. També garantir aquesta mirada territorial ha d'evitar que el fet de viure en un entorn residencial provoqui un allunyament del nucli familiar. En aquest sentit, pot ser clau la creació de **gestors/es de casos i referents comunitàries**, una figura professional que sigui capaç de coordinar serveis i establir vincles entre administracions⁶⁵. És important senyalar que la territorialització ha de tenir cura d'integrar i coordinar la gestió entre barris i municipis, evitant incidir en l'alta fragmentació del mapa municipal actual.

⁶⁴ Torrens, 2020; Moreno-Colom, 2021; Kussy et al., 2023.

⁶⁵ Comas-d'Argemir i Martínez-Buján, 2022: 429.

Municipis petits i entorn rural

Les polítiques de CLLD han de tenir en compte les realitats dels municipis amb poca densitat poblacional⁶⁶. En aquests municipis la gestió dels serveis es pot tornar més difícil davant d'una possible manca de capacitat de recursos humans o tècnica. No obstant, la provisió per part d'un ens comarcal pot comportar un distanciament de la gestió i l'atenció directa. Per això, una possible solució és la **mancomunació de serveis**, permetent que els municipis més petits puguin contractar els serveis dels municipis veïns realitzant bones pràctiques. Un altre problema afegit pot ser la **dispersió territorial**, fet que encareix els serveis d'atenció degut al cost dels desplaçaments i la necessitat de transport adaptat. Actualment, no hi ha un model de transport adaptat eficient i harmonitzat a Catalunya. El finançament per aquests municipis hauria d'adequar-se a aquesta realitat, no només tenint en compte les persones en situació de dependència, sinó també la dispersió poblacional. També cal tenir en compte la manca de recursos humans per a tenir mà d'obra en el sector, així com la manca de proveïdors professionalitzats. En aquest punt la **formació i l'atracció de treballadores** pot resoldre aquest problema a la vegada que es lluita contra la despoblació.

Transparència i avaluació

Per garantir la universalització de serveis de bona qualitat, incloses bones condicions laborals, cal un **ecosistema de proveïdors de qualitat**, l'obtenció d'**informació apropiada** i un **control públic i comunitari** de la qualitat dels serveis existents. En l'àmbit de la contractació pública, cal parlar especial atenció a les formes contractuals a través de les quals s'externalitzen serveis. L'establiment de convenis i formes alternatives a la contractació o la contractació responsable amb clàusules socials han de permetre generar col·laboracions a llarg termini amb proveïdors de confiança. En aquest sentit es poden explorar i innovar en clàusules i mesures periòdiques de qualitat durant l'execució del contracte, basades en el benestar de les persones cuidades, de l'entorn cuidador no remunerat i de les treballadores. També es pot potenciar la contractació amb empreses públiques especialitzades, així com una millora de les condicions laborals a través dels convenis laborals. Dins de la contractació pública, cal reforçar els sistemes de penalització i incentius, inclosa una ampliació de la prohibició de contractar amb empreses que han patit sancions per causes lligades al contracte.

Més enllà de la qualitat, cal posar en marxa millors sistemes d'avaluació sobre la implementació i els resultats dels serveis i prestacions de CLLD. Això permetria disposar d'informació rigorosa sobre com funcionen i per a qui funcionen i poder plantejar millores. Per assolir aquests objectius, a més de realitzar els estudis corresponents per part de les

⁶⁶ Espai Zero Vuit, 2023.

administracions públiques, caldria una major col·laboració amb les entitats privades gestores de serveis en matèria de recopilació i comunicació de dades sobre els serveis (garantint la protecció de dades personals).

Accés

Sota l'actual sistema de CLLD a Catalunya, de caràcter universalista, el criteri principal per a poder ser subjecte de dret a prestacions públiques, inclosa la seva intensitat, és el nivell de **dependència acreditada** per les autoritats sanitàries, incloses entitats terceres autoritzades. En aquest punt, una de les majors dificultats que es troben les persones és poder tenir garantida una adaptació adequada i ràpida a les seves necessitats. Els canvis en l'estat de salut i dependència poden produir-se de forma ràpida, però els processos per actualitzar el grau de dependència i la intensitat dels serveis sovint són lents, sobretot en aquelles àrees més sobrecarregades. Una vegada acreditada la dependència, és clau la **disponibilitat de serveis** en l'àmbit geogràfic d'atenció a la persona. L'esperit universalista de la LAPAD s'ha vist truncat per una manca d'oferta de serveis i transferències insuficient. La **intensitat** dels serveis és un altre aspecte clau en l'accés. Aquí, cal tenir en compte que en el context d'un procés de desinstitucionalització, el servei d'ajuda a domicili és habitualment insuficient per les necessitats de cura de les persones, necessitant la complementarietat amb serveis privats i/o familiars i comunitaris. Per això també cal tenir un sistema més coordinat amb figures de referència que permetin accedir als serveis en funció del seu moment vital de les persones i les necessitats canviants. En aquest sentit, l'accés i utilització dels serveis es troba fortament **condicionat pels recursos disponibles de les persones ateses**, tant monetaris per finançar serveis privats, com humans, de l'entorn familiar i comunitari.

Més enllà de les prestacions públiques, la realitat familiarista del nostre sistema de CLLD suposa que **un gran pes de la despesa en CLLD es realitza amb finançament privat**. Davant una manca d'oferta pública de prestacions, les pensions públiques, els estalvis i la riquesa acumulada es converteixen en un determinant clau en la desigualtat en l'accés a serveis privats de CLLD. Així mateix, de nou, la disponibilitat de recursos humans en l'entorn, inclosos cuidadors/es no remunerats/des, és un determinant a l'hora d'accedir a una cura digna, si bé molts cops a costa de la salut i benestar de la persona cuidadora. Així, en un context d'escassetat de prestacions públiques, les polítiques públiques de suport a les rentes privades i la mancomunitat de recursos comunitaris es tornen elementals per garantir una igualtat en l'accés a cures de qualitat.

Qualitat

A l'hora de definir la qualitat en les CLLD en primer lloc cal tenir en compte la intensitat d'hores del servei (inclosa l'atenció directa i els serveis complementaris). Actualment a

Catalunya els serveis poden ser limitats en intensitat. També cal tenir en compte que la cura és un servei que té **un alt contingut intangible i subjectiu** perquè les necessitats de cures de les persones, si bé són universals, poden ser cobertes de diferents formes. A més, en l'àmbit de la cura social, cal entendre **la qualitat com a part d'un procés de cura, on la confiança i el coneixement són centrals**. Aquí, els processos d'estandardització de les prestacions, així com les regles de control excessivament burocràtiques, poden anar en contra dels principis del model d'AICP d'una millor flexibilitat en l'adaptació de la cura al benestar de la persona. Addicionalment, en contra d'un model de servei jeràrquic, en l'AICP la veu de les persones cuidadores pot ser fonamental, ja que tenen un coneixement sobre els interessos i preferències de les persones, sobretot quan aquestes últimes no poden expressar els seus desitjos. En aquest sentit, **la qualitat de la feina i les condicions de benestar tant de les persones cuidadores remunerades com no remunerades són de gran importància per avançar en l'AICP**. Les condicions de feina precàries expulsen a les persones amb talent i augmenten la rotació i l'absentisme a la feina, fet que suposa un deteriorament de la qualitat, amb un gran nombre de canvis de les persones treballadores i una manca de capacitat de conèixer i adaptar el servei. Igualment, en el cas de les treballadores no remunerades, les sobrecàrregues i malestar psicològic poden suposar la manca de capacitat de garantir unes cures a la llar.

Més enllà de l'AICP, un altre element de qualitat dels serveis que ha guanyat acceptació és la incorporació d'una visió **re-capacitadora**. L'objectiu de la recapacitació és tornar a guanyar i mantenir les habilitats funcionals i l'autonomia, en aquest cas de les persones grans. La recapacitació és un apropament holístic i centrat en la persona que busca millorar el físic de la persona i/o altres funcionalitats, augmentar o mantenir la seva independència en activitats diàries significatives al seu lloc de residència i reduir la necessitat de CLLD⁶⁷. És una estratègia de minimització de riscos que ajuda les persones grans i a les persones en situació d'envelliment prematur (degut a una discapacitat o a una malaltia) a adaptar-se a canvis relacionats amb l'edat i ajudar-los a prevenir certes dependències⁶⁸. Els processos de recapacitació requereixen, idealment, un diagnòstic i un pla de treball amb un equip interdisciplinari compost per treballadores de cures, infermeres, terapeutes ocupacionals, logopedes i fisioterapeutes que cooperen a la llar i a infraestructures comunitàries amb la persona atesa per assolir uns objectius, que poden ser tant de mobilitat física com de participació social⁶⁹. A Catalunya aquest tipus de suport es troba previst principalment pels serveis de salut. No obstant, actualment hi ha barreres per estendre aquests programes de forma efectiva, incloent-hi llargues llistes d'espera i manca de personal, un alt cost del material, una manca d'una coordinació efectiva entre serveis i una manca d'autonomia dels serveis de CLLD per garantir aquests

⁶⁷ Metzelthin et al., 2020: 11.

⁶⁸ Rostgaard et al., 2023: 3.

⁶⁹ Rostgaard et al., 2023: 6.

serveis. Aquestes barreres són especialment problemàtiques si no permeten una detecció precoç i retarden les mesures de prevenció.

Dignificació del treball

El mercat de treball del sector de les CLLD ha estat en continu creixement en les darreres dècades. El percentatge de persones afiliades a la seguretat social en establiments residencials i activitats de serveis socials sense allotjament ha passat d'un 3% l'any 2010 a un 3,8% l'any 2020 sobre el total de persones afiliades a Espanya⁷⁰. D'aquestes, l'any 2020 un 83% eren assalariades en el sector privat davant d'un 15,1% al sector públic, indicant de nou la importància de la regulació i de les polítiques públiques enfocades a millorar les condicions laborals en l'àmbit de l'empresa privada, sobretot tenint en compte el gran nivell d'externalització en els serveis de titularitat pública.

En el desenvolupament del sector de CLLD cap a un sistema de cures de bona qualitat i amb bones condicions, la **professionalització del treball de cures** és una idea que està al centre del debat. En front de les professions d'infermeria o d'ensenyament, pilars de l'Estat de benestar, la professionalització del treball de cures hauria d'apropar la valorització i condicions laborals d'aquesta feina a les primeres. En aquest sentit, com s'ha dit anteriorment, és important reduir la bretxa salarial entre mateixes categories professionals que treballen en sectors diferents, com és entre el de la salut i el sector social. Dins d'aquesta professionalització, caldria avançar en una diversificació dels perfils per a poder garantir un reconeixement de les habilitats i coneixements de les treballadores. Especialment important és desplegar la figura de l'assistent/a personal i d'una diversificació de la treballadora de cures, incloent-hi aquí figures de caire comunitari, l'atenció al deteriorament cognitiu, etc.

Ara bé, cal fer una sèrie de consideracions respecte als límits de la professionalització del sector i la necessitat d'implementar mesures complementàries perquè sigui una política efectiva:

- **El paradigma de l'envelliment a la llar prevalent en les polítiques públiques actuals pot generar dues barreres a la professionalització**⁷¹. Per una banda, sota aquest paradigma el treball de la cura pot ser entès com una relació d'afecte i amor desenvolupada a la família, cosa que naturalitza –de forma desigual entre homes i dones– les habilitats i competències relatives a les cures i genera desconfiança cap a serveis socials de caràcter complementari. Per l'altra, el manteniment de la cura en l'àmbit privat i domèstic i l'alta prevalença de la contractació de treballadores de la llar crea una barrera a la professionalització del treball de cures,

⁷⁰ Martínez-Buján, 2023: 74.

⁷¹ Martínez-Buján et al., 2022: 51.

generant una forta estratificació en funció de la classe social, el gènere i la procedència ètnica⁷².

- En aquest sentit, una de les majors barreres per a la millora de les condicions laborals de les treballadores és **l'alt índex d'economia submergida i informalitat en la provisió de cures en l'àmbit domèstic**. Certs moviments de treballadores inclús han exigit l'abolició de l'internament de les persones cuidadores. Per tant, amb o sense professionalització, les polítiques públiques i col·lectives que redueixin la informalitat en el sector i augmentin la regulació, l'acció col·lectiva i el finançament podran generar una millora de les condicions laborals, tant de les persones afectades directament com de tota la resta de treballadores en el sector de CLLD.
- Tanmateix, no es pot obviar que sota una perspectiva de l'AICP i comunitària es busca garantir que l'entorn familiar i comunitari pugui participar en les cures socials, sense generar barreres amb altres actors institucionals. Així, **cal dignificar, reconèixer i redistribuir el treball de cures socials realitzat per tota persona, també quan fan cures no remunerades**, donant accés als recursos i suport necessari perquè no suposi un deteriorament de les seves condicions de vida⁷³.

En el desenvolupament del sector de CLLD cap a un sistema de cures de bona qualitat i amb bones condicions, la professionalització del treball de cures és una idea que està al centre del debat.

5. El projecte *Què funciona en cures de llarga durada*

Malgrat la importància de les cures socials en les nostres societats, el reconeixement i la centralitat de què disposen les CLLD en l'àmbit de les polítiques públiques encara és limitat. La manca de lideratge públic en el desplegament de serveis i prestacions ha generat com a resultat un sector altament externalitzat, mercantilitzat i fragmentat, amb baix control públic i on la prioritat en la reducció de costos ha produït efectes negatius en la qualitat, condicions laborals i capacitat d'autonomia i decisió de les persones implicades. Addicionalment, la responsabilitat sobre com desplegar i articular els serveis es delega a uns ens locals sense capacitat financera per donar resposta al repte de l'envelliment de la població.

En aquest context, el projecte *Què funciona en cures de llarga durada*, impulsat per Ivàlua, la Diputació de Barcelona, la Taula del Tercer Sector i la Confederació, vol **contribuir a**

⁷² Martínez-Buján et al., 2022: 52.


⁷³ Comas d'Argemir i Martínez-Buján, 2022: 436.

millorar el disseny i la implementació de polítiques i serveis de cures de llarga durada, recollint, filtrant, endreçant i presentant en un format accessible l'evidència científica disponible. Aquesta és una tasca que es lidera des de les quatre institucions esmentades però que entomen recercadors i recercadores especialitzats en àmbits d'intervenció específics. Addicionalment, el projecte compta amb l'acompanyament d'un Comitè Expert –integrat per 12 persones expertes en cures de llarga durada, provinents de l'àmbit acadèmic, l'administració local, els col·legis professionals i el tercer sector social–, que vetlla per la utilitat dels documents generats.

En termes metodològics, el projecte s'alinea amb els estàndards d'altres iniciatives "Què funciona" en marxa a Catalunya i altres països europeus. Per poder extreure conclusions sobre l'efectivitat de diferents intervencions (polítiques, serveis, permisos, regulacions, etc.) es realitza una **revisió sistemàtica d'estudis acadèmics que aporten evidència causal**, en la mesura del possible, **i rigorosa sobre la capacitat d'aquestes intervencions d'aconseguir els seus objectius**. En altres paraules, l'enfocament "Què funciona" prioritza l'evidència generada a partir d'avaluacions d'impacte que empen mètodes experimentals i quasi-experimentals robustos. Més concretament, prioritza l'evidència recollida en revisions sistemàtiques; quelcom que, d'una banda, converteix els productes generats en el marc del projecte en "revisions de revisions", i de l'altra, força –donada l'escassa tradició d'avaluació al nostre país– que bona part de l'evidència considerada hagi estat generada en altres contextos. Ara bé, que es prioritzin aquestes fonts d'informació no significa que siguin les úniques considerades. Les persones recercadores complementen aquesta informació amb anàlisis de polítiques específiques (estudis primaris), així com anàlisis realitzades a partir d'altre tipus de mètodes, quan ho consideren pertinent i necessari.

Una altra característica important de les iniciatives "Què funciona" és que aquestes no es limiten a apuntar quines intervencions funcionen millor, sinó que també cerquen **identificar per a qui són més efectives i en quines circumstàncies**. En el cas del *Què funciona en cures de llarga durada* això es tradueix en el fet que, totes les revisions – independentment de si s'enfoquen en una de les polítiques llistades a l'apartat 4.1, o en una característica del sistema de cures de llarga durada (esmentades a l'apartat 4.3)– consideren els efectes de la intervenció tant en les persones receptors de cures com en les persones cuidadores remunerades i no remunerades, i també els impactes sobre el sistema (apartat 4.2).

Per informar les polítiques de cures en evidència però, no n'hi ha prou amb sintetitzar l'evidència existent. És necessari, primer, **aterrar-la al context de Catalunya**, una tasca en la qual el Comitè Expert del projecte juga un paper fonamental. En segon lloc, extreure'n conclusions i recomanacions concretes. I en tercer lloc, apropar aquestes conclusions i recomanacions a les persones que prenen decisions sobre el disseny i la implementació




Què funciona en cures de llarga durada?

de les polítiques de cures. En aquest sentit, és important tenir en compte que el projecte aposta per una perspectiva local, i per tant posa el focus en la capacitat d'incidència de les administracions locals per configurar el sistema de cures de llarga durada a Catalunya.

El projecte *Què funciona en cures de llarga durada* vol contribuir a millorar el disseny i la implementació de polítiques i serveis de cures de llarga durada, recollint, filtrant, endreçant i presentant en un format accessible l'evidència científica disponible.

6. Glossari

- **Atenció Integral Centrada en la Persona:** atenció a les cures de llarga durada enfocada a la consecució de millores en tots els àmbits de la qualitat de vida i el benestar de la persona, partint del respecte ple a la seva dignitat i drets, dels seus interessos i preferències i tenint en compte la seva participació efectiva.
- **Assistencialisme:** modalitat de provisió pública de serveis i transferències enfocada a les persones en risc d'exclusió social i amb menys recursos. Aquest tipus d'aproximació sol requerir de sistemes de control burocràtics que determinen i controlen la població amb dret a la recepció d'una ajuda pública.
- **Cures:** totes aquelles activitats realitzades pels éssers vius envers l'entorn o altres éssers vius per garantir unes bones condicions de vida i una participació plena en la societat.
- **Cura social:** concepte multidimensional que fa referència a la cura com a treball, com una obligació i responsabilitat, i com una activitat que suposa una despesa, tant financera com emocional.
- **Cures de llarga durada:** cures dirigides a persones que, per motius de salut o discapacitat, no poden cobrir per si mateixes les seves necessitats més bàsiques, les fisiològiques, però també totes aquelles que conformen el seu projecte de vida independent i en comunitat, una cura mínima del seu entorn i participar en societat.
- **Estat del Benestar:** conjunt de polítiques públiques desplegades per part de l'administració pública i l'organització social necessària per a assolir objectius de caire social, inclosa la protecció dels drets socials i de riscos socials que pugui patir la població (com són problemes de salut, manca d'ingressos, necessitats educatives, etc.), així com la redistribució i redistribució de recursos per a reduir la desigualtat social.
- **Gestió publico-comunitària:** model de gestió d'un servei on, sota una lògica de béns comuns, l'administració pública atorga una concessió en la gestió d'un bé a llarg termini a ens socials en base a uns criteris democràtics i socials.
- **Professionalització:** creació de normes socials i estatals que atorguen a les treballadores una major especialització formativa i laboral dins de l'organització social del treball. Aquesta especialització, degut a l'actual divisió del treball, hauria d'atorgar d'una major valoració social per part de les administracions, entitats proveïdores i demandants de cures i un major control sobre el contingut de la seva feina, inclosa una major capacitat d'auto-organització.



Què funciona en cures de llarga durada?

- **Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD):** conjunt de serveis i prestacions econòmiques emmarcades a la Llei 39/2006 i destinades a la promoció de l'autonomia personal, l'atenció i protecció a les persones en situació de dependència, a través de serveis públics i privats.
- **Universalisme:** modalitat de provisió pública de serveis i transferències enfocada a tota la població o a aquella que acredita la necessitat d'una ajuda, sense importar el nivell de renda ni els recursos econòmics disponibles.

7. Referències

Ajuntament de Barcelona (2019). *El greuge econòmic de les persones amb discapacitat de la ciutat de Barcelona*. Disponible a:

<https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxius-documentos/greuge-economic-persones-discapacitat-barcelona-ca.pdf>

Belmonte, Martina, Sara Grubanov-Boskovic, Fabrizio Natale, Alessandra Conte, Alain Belanger, i Patrick Sabourin (2023). *Demographic microsimulation of long-term care needs in the European Union*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Camps, Victoria (2024). El cuidado, un derecho y un deber universales. A *La necesidad de cuidado: un reto político, social e institucional*, pp. 13 – 24. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas

Comas-d'Argermir, Dolors i Sílvia Bofill-Poch (2022) Cuidar a mayores y dependientes durante la pandemia. A Comas-d'Argermir, Dolors i Sílvia Bofill-Poch (eds), *Cuidar a mayores y dependientes. En tiempos de la covid-19*, pp. 17-36. Tirant Humanidades: València

Comas-d'Argemir, Dolors, Metxalen Lagarreta-Iza i Cristina García-Sainz (2022). Las residencias, en el epicentro de la crisis sanitaria. A Comas-d'Argermir, Dolors i Sílvia Bofill-Poch (eds), *Cuidar a mayores y dependientes. En tiempos de la covid-19*, pp. 257-312. València: Tirant Humanidades.

Comas-d'Argemir, Dolors i Raquel Martínez-Buján (2022). Hacia un modelo alternativo de cuidados. A Comas-d'Argermir, Dolors i Sílvia Bofill-Poch (eds), *Cuidar a mayores y dependientes. En tiempos de la covid-19*, pp. 423-450. València: Tirant Humanidades

Comissió Europea (2021). *Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society*. Luxemburg: Publications Office of the European Union.

Crenshaw, Kimberle (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299.

Daly, Mary (2023). *Theorizing the Relationship between Family, Gender, and the Welfare State*. A Daly, Mary, Pfau-Effinger, Birgit, Gilbert, Neil i Besharov, Douglas (eds): *The Oxford Handbook of Family Policy Over the Life Course*, pp.143-159. Nova York: Oxford University Press.

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

De Quintana, Júlia, Cristina Ferrer, Marta Mirambell, Sandra Ezquerra, Christel Keller (2024). *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*. Barcelona: IVALUA.

Dowling, Emma. (2021). *The care crisis: What caused it and how can we end it?* Nova York: Verso Books.

Duffy, Mignon. (2005). Reproducing labor inequalities: Challenges for feminists conceptualizing care at the intersections of gender, race, and class. *Gender & Society*, 19(1), 66-82.

Espai Zero Vuit (2023). Cap a un model públic-comunitari per la provisió de serveis públics. El cas dels serveis de cura a Catalunya. Disponible a: <https://www.espaizerovuit.com/2023/05/14/cap-a-un-model-public-comunitari-per-la-provisio-de-serveis-publics/>

Eurofund (2020). *Long-term care workforce: Employment and working conditions*. Luxemburg: Publications Office of the European Union.

Ezquerra, Sandra i Elba Mansilla (2018). *Economia de les cures i política municipal: cap a una democratització de la cura a la ciutat de Barcelona*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, Universitat de Vic, La Ciutat Invisible Coop. Disponible a: https://www.barcelona.cat/ciutatcuidadora/sites/default/files/economia_i_politica_13.pdf

Fraser, Nancy (2016). Capitalism's crisis of care. *Dissent*, 63(4): 30-37.

Gallego, Raquel (2016). Conclusiones. Ideología, financiación territorial y (des) igualdad: que margen hay para la autonomía política?. A Gallego, R. (ed.): *Descentralización y desigualdad en el estado autonómico*, pp. 386-404. València: Tirant lo Blanch.

Harding, Lorraine (1996). *Family, State and Social Policy*. Nova York: Palgrave MacMillan.

Kussy, Angelina, David Palomera i Daniel Silver (2023). The caring city? A critical reflection on Barcelona's municipal experiments in care and the commons. *Urban Studies*, 60(11), 2036-2053.

León, Margarita (2010). Migration and care work in Spain: The domestic sector revisited, *Social Policy and Society* 9(3), pp. 409-418.

León, Margarita, Marco Arlotti, David Palomera, Costanzo Ranci (2021). Trapped in a Blind Spot: The COVID-19 crisis in nursing homes in Italy and Spain. *Social Policy and Society*, 1 – 20.

Lewis, Jane (1992). Gender and the development of welfare regimes. *Journal of European social policy*, 2(3), 159-173.

Meltzelthin, Silke, Tine Rostgaard, Matthew Parsons, Elissa Burton (2020). Development of an internationally accepted definition of reablement: a Delphi study, *Ageing and Society*, 42(3), 703-718.

Martínez-Buján, Raquel (2011). La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migración internacional. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29(1), 93-123.

Martínez-Buján, Raquel (2020). El paradigma de los comunes y la protección social publica como claves hacia el bienestar. *Cuadernos de relaciones laborales*, 38(2), 289-304.

Martínez-Buján, Raquel, Marcela Jabbaz i Montserrat Soronellas (2022). Envejecimiento y organización social del cuidado en España ¿en qué contexto irrumpe la covid?. A Comas-d'Argermir, Dolors i Sílvia Bofill-Poch (eds.), *Cuidar a mayores y dependientes. En tiempos de la covid-19*, pp. 37-91. Tirant Humanidades: València

Monsterrat, Júlia (2019). Sostenibilidad del sistema de atención a la dependència. *Papeles de Economía Española*, 161, pp. 164-185.

Moreno, Sara, Carolina Recio, Vicenç Borrás i Teresa Torns (2014). Los límites de la profesionalización del trabajo de cuidado. A *Crisis y cambio: propuestas desde la Sociología: Actas del XI Congreso Español de Sociología, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología Universidad Complutense de Madrid 10-12 de julio de 2013* (pp. 835-845). Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Moreno-Colom, Sara (2021). Construyendo comunidad desde lo público: el caso de las Superilles Socials. *Revista Española De Sociología*, 30(2), a27.

O'Connor, Julia (1993). Gender, class and citizenship in the comparative analysis of welfare state regimes: theoretical and methodological issues. *British journal of Sociology*, 501-518.

Observatori del Treball i Model Productiu (2023). Model productiu. El treball de la llar i les cures a Catalunya. Disponible a:
https://observatoritreball.gencat.cat/web/.content/generic/documents/treball/treball_llar_cures/arxiu/Treball-de-la-llar-i-les-cures_2023.pdf

Organització Internacional del Treball (2018). *Care Work and Care Jobs for the Future of Decent Work*. Ginebra: International Labour Office.

Palomera, David i Margarita León (2023). The Growth and Consequences of Quasimarkets in Long-term care. A M. Daly, N. Gilbert, B. Pfau-Effinger and D. Besharov, D. (eds.), *International Handbook of Family Policy: A Life-Course Perspective*, pp. 961-978. Nova York: Oxford University Press.

Pfau-Effinger, Birgit (2017). Cash and Care. The historical introduction of capitalist logic into family life. *DaWS Working Paper Series*, WP 2017 – 6.

Pozo-Rubio, Raúl, Isabel Pardo-García i Francisco Escribano-Sotos (2017). El copago de dependència en Espanya a partir de la reforma estructural de 2012. *Gaceta Sanitaria*, 31(1), 23-29.

Quotidiana (2022). *Desigualtats de gènere a la vida quotidiana*. Disponible a: https://quotidiana.coop/quot_dada/desigualtats-en-lestat-del-benestar/

Rodríguez, Pilar (2010). La atención integral centrada en la persona. Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependència. A *Serie: Informes Portal Mayores, nº 106*. Madrid: IMSERSO/CSIC

Rodríguez-Cabrero, Gregorio i Vicente Marbán-Gallego (2013). Long-Term Care in Spain: Between Family Care Tradition and the Public Recognition of Social Risk. A Ranci, C. i Emmanuelle Pavolini (eds). *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe. Investigating Institutional Change and Social Impacts*, pp. 201-219. New York: Springer.

Rodríguez-Cabrero, Gregorio, Julia Montserrat-Codorniu, Ana Arriba-González, Vicente Marbán-Gallego, Francisco Javier Moreno-Fuentes (2018). *ESPM thematic report on challenges in long-term care, European Social Policy Network*. Brussel·les: Comissió Europea

Rostgaard, Tine, Hanne Tuntland i John Parsons (2023). Introduction: The concept, rationale, and implications of reablement. A Rostgaard, T, Tuntland, H. i Parsons, J. (eds), *Reablement in Long-Term Care for Older People*, pp. 3-20. Bristol: Bristol University Press.


Torrens, Lluís (2020). Barcelona para las personas mayores. Las supermanzanas sociales. *Revista Barcelona Societat. Revista de Investigación y Análisis Social*, 25.

Tronto, Joan (2013). *Caring Democracy. Markets, Equality, and Justice*. Nova York i Londres: New York University Press.

Tronto, Joan (2024). Cuidar a las personas mayores democráticamente y contando con ellas. A *La necesidad de cuidado: un reto político, social e institucional*, pp. 25 – 45. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas.

Valdivia, Blanca (2018). Del urbanismo androcéntrico a la ciudad cuidadora. *Hábitat y sociedad*, 11.

Walsh, Kieran, Thomas Scharf, Sofie Van Regenmortel i Anna Wanka (2021). The intersection of ageing and social exclusion. A Walsh, Kieran, Thomas Scharf, Sofie Van Regenmortel i Anna Wanka. (eds.), *Social exclusion in later life. Interdisciplinary and policy perspectives*, pp. 3-21. Nova York: Springer.

 **Què funciona**
en cures de llarga
durada?

Projecte de recopilació, anàlisi i transferència d'evidència per a millorar
les polítiques públiques de cures de llarga durada.

Un projecte de:

