01 Projectes transformadors

Diagnosi dels serveis de cures d'entorn domiciliari i comunitari

Context sociodemogràfic, característiques i tendències dels serveis a la província de Barcelona

Diputació Barcelona

www.diba.cat

01 Projectes transformadors

Diagnosi dels serveis de cures d'entorn domiciliari i comunitari

Context sociodemogràfic, característiques i tendències dels serveis a la província de Barcelona

Direcció i coordinació dels continguts
Àrea d'Igualtat i Sostenibilitat Social de la Diputació de Barcelona

Edició i producció:
Subdirecció d'Imatge Corporativa i Esdeveniments Institucionals
de la Diputació de Barcelona

Disseny gràfic:
Gal·la Pascual

1a edició: març de 2022
© de l'edició: Diputació de Barcelona
© dels textos: (capítol 2: Sara Moreno i Paula Arboix;
capítol 1,3 i 4: Lucía Baratech, Emma Rue, Beth Maluquer
i Gemma Parera)

Sumari

PRESENTACIÓ 5

1. INTRODUCCIÓ I CONTEXTUALITZACIÓ 6

2. ESCENARI SOCIODEMOGRÀFIC: EL DIBUIX DE LES NECESSITATS 10
2.1. Metodologia i font de dades 11
2.2. Anàlisi sociodemogràfica de la població de la província de Barcelona 12
2.2.1. Components de creixement demogràfic 12
2.2.1.1. Tendències de natalitat 12
2.2.1.2. Tendències de fecunditat 14
2.2.2. Estructura de la població 16
2.2.2.1. Més envelliment en municipis més grans i més petits 16
2.2.2.2. Rostre femení de l'envelliment 19
2.2.2.3. Índexs de dependència 20
2.2.2.4. Tendència demogràfica 21
2.2.3. Tipologia de les llars 22
2.2.3.1. Llars amb persones amb més de 65 anys 22
2.2.3.2. Llars amb infants i joves 22
2.2.4. Piràmide de població 24
2.2.5. Retrat sociodemogràfic de la discapacitat 26
2.2.5.1. Distribució territorial comarcal 26
2.2.5.2. Comparació de la discapacitat per trams poblacionals i gènere 27
2.2.5.3. Distribució de la discapacitat per edat 27

3. PRESTACIONS I SERVEIS DE CURESA LA PROVÍNCIA DE BARCELONA 28
3.1. Dimensions d'anàlisi i metodologia 29
3.1.1. Població destinatària 29
3.1.2. Entorn 29
3.1.3. Titularitat i tipologia de la prestació 30
3.1.4. Valors o eixos estructurants 30
3.1.5. Nivells d'anàlisi 31
3.1.6. Font de dades 31
3.1.7. Serveis analitzats 32
3.2. Anàlisi de prestacions i serveis 33
3.2.1. El sistema per a l'autonomia i l'atenció a la dependència 33
3.2.2. Servei de teleassistència 51

3.2.3. Servei d'ajuda a domicili (SAD) 64
3.2.4. Altres serveis d'atenció al domicili 107
3.2.5. Altres serveis de suport a l'autonomia i atenció a la dependència 112
3.2.6. Serveis i recursos per a persones cuidadores no professionals 115
3.2.6.1. Serveis Respir 116
3.2.6.2. Grups de suport emocional i ajuda mútua 128
3.2.6.3. Altres recursos de suport a persones cuidadores no professionals 137
3.2.7. Serveis i recursos per a les famílies i petita infància 139
3.2.7.1. Espais familiars de petita infància 140
3.2.7.2. Altres serveis i recursos de suport a la criança 146
3.2.8. Iniciatives preventives i comunitàries de cura 154
3.2.8.1. Projecte radars 155
3.2.8.2. Programa Els serveis socials més a prop 156
3.2.8.3. Grups de criança compartida 158

4. SÍNTESI I CONCLUSIONS 160
4.1. Escenari sociodemogràfic: el dibuix de les necessitats 162
4.2. El sistema per a l'autonomia i l'atenció a la dependència 165
4.3. Servei de teleassistència 169
4.4. Servei d'ajuda a domicili (SAD) 172
4.5. Altres recursos per promoure l'autonomia personal en l'entorn domiciliari i/o comunitari 178
4.6 Serveis i recursos per a persones cuidadores no professionals 178
4.6.1. Serveis Respir 179
4.6.2. Grups de suport emocional i ajuda mútua 182
4.6.3. Altres recursos de suport a persones cuidadores no professionals 184
4.7. Serveis i recursos per a les famílies i la petita infància 185
4.7.1. Espais familiars de petita infància (EFPI) 186
4.7.2. Altres serveis i recursos de suport a la criança 187
4.8. Iniciatives comunitàries de cura 188
4.9. La diagnosi de serveis de cures des d'una perspectiva de gènere 189

BIBLIOGRAFIA 190
GLOSSARI D'ABREVIACIONS 194
ÍNDEX DE GRÀFICS 196
ÍNDEX DE TAULES 200

Presentació

Us presentem el document la *Diagnosi dels serveis de cures d'entorn domiciliari i comunitari a la província de Barcelona*, que té per objectiu analitzar els serveis de cura que s'ofereixen als municipis per tal d'identificar tendències, reptes i oportunitats de millora.

L'estudi s'emmarca en el projecte transformador *Cap a un nou sistema públic de cures en la comunitat*, que pretén repensar el model de cures que apliquen els municipis i contribuir a promoure una societat basada en l'ètica de la cura des del reconeixement social de la responsabilitat i la necessitat de proporcionar i rebre cures que tenim totes les persones al llarg del cicle de vida.

La pandèmia de la COVID-19 ha evidenciat la importància social i econòmica del treball en aquest àmbit, així com les mancances estructurals dels diferents models de provisió de cures i la necessitat d'avançar en polítiques dirigides a aconseguir que les cures constitueixin un dret social.

En aquest sentit, l'Àrea d'Igualtat i Sostenibilitat Social de la Diputació de Barcelona fa una aposta per la transformació del sistema públic de cures, en un procés en què els municipis i els ens locals tenen un paper molt rellevant perquè els espais d'aquest sector es configuren en entorns de proximitat, amb un desig àmpliament compartit de viure el màxim temps possible en el propi domicili i el propi entorn.

Volem avançar cap un model de més cobertura i de més equitat social i territorial, com també de qualitat dels serveis públics de cures en l'entorn comunitari, apostant per la professionalització, una ocupació digna i el suport a les persones cuidadores, i tot plegat contribuint a superar les desigualtats socials i de gènere que travessen l'organització social d'aquest sector.

El document que presentem constitueix una primera anàlisi —que es complementarà amb treballs posteriors que recolliran la visió de diferents agents implicats en el treball i els serveis de cures— que vol aportar coneixement sobre la realitat social d'un sector essencial per a la vida i clau en les polítiques municipals. Esperem que sigui del vostre interès i d'utilitat per promoure ciutats i pobles cuidadors en entorns amb més cohesió i sostenibilitat social.

Lluïsa Moret i Sabidó
Presidenta de l'Àrea d'Igualtat i Sostenibilitat Social
de la Diputació de Barcelona

Introducció i contextualització

01.

> «**La cura és universal** (tots i totes en requerim) i **inevitable** (és absolutament necessària per al desenvolupament de la vida)»
>
> **Cristina Carrasco (2015: 52)**

La vulnerabilitat és intrínseca a la condició humana. Per això, les cures són inherents als éssers humans i imprescindibles per a la vida. Fan possible la reproducció social a través de la regeneració quotidiana i generacional del benestar físic i emocional de les persones, i normalment té lloc en circuits d'intimitat i en el marc de les llars (Ezquerra i Mansilla, 2018). El treball de cura ha estat històricament assignat a la població femenina i socialment devaluat, caracteritzat per la invisibilització a les llars i per les condicions laborals precàries quan s'exerceix de manera remunerada.

Des del punt de vista de les polítiques públiques, les activitats en aquest àmbit han incrementat notablement la seva importància i visibilitat, vinculades de manera estreta a la preocupació social per la **«crisi de les cures».** En aquest sentit, l'increment de l'esperança de vida i l'envelliment demogràfic de la població, juntament amb una cada vegada més gran participació laboral de les dones i l'escassetat de l'oferta pública dels serveis de cures ha provocat el que s'ha anomenat «la crisi de les cures» (Carrasco, Borderías, Torns, 2019: 53); una crisi que ha trobat parcialment resposta en les anomenades **«cadenes mundials de cures»,** un fenomen pel qual dones migrades s'insereixen en un mercat laboral sovint informal i precari.[1]

D'acord amb Mary Daly i Jane Lewis, «les cures són alhora una preocupació creixent dels estats de benestar i un **objecte cada vegada més freqüent de la política social**» (Daly i Lewis, 2019: 234). Segons aquestes autores, el *social care* és un «**conjunt d'activitats i relacions que intervenen en la satisfacció de les necessitats físiques i emocionals** de les persones adultes dependents i dels nens i nenes, així com els marcs normatius, econòmics i socials en què s'assignen i es desenvolupen» (Daly i Lewis, 2019: 229). Per tant, en la majoria de països europeus la incorporació de l'organització social de la cura quotidiana en el marc de l'estat del benestar ha estat vinculada a la construcció social del concepte de la dependència, que s'identifica amb determinats grups de població per raons d'edat, discapacitat o de salut, i dona lloc a prestacions i serveis de cures i a una professionalització del sector. Tot i així, la dicotomia dependència/independència es veu superada pel **concepte d'interdependència**, de manera que totes les persones requereixen cures al llarg del cicle de vida i encara amb més intensitat en determinats moments del cicle vital (Carrasco, Borderías, Torns, 2019).

[1] Si es comparen les dades de l'EPA amb les persones afiliades a la Seguretat Social en el sistema especial de treballadores de la llar, un terç de les persones que treballen en el sector del treball domèstic ho fan en l'economia informal. El 96 % són dones i un 41 % estrangeres (Parella, 2021).

L'estudi que presentem parteix d'aquesta concepció de les cures per a l'anàlisi de necessitats des de la perspectiva sociodemogràfica, així com dels diferents serveis als municipis de la província de Barcelona per a la cura en l'entorn domiciliari i comunitari. Es pretén posar-los en valor i fer-ne visible el treball en aquest àmbit i les relacions i desigualtats que s'hi presenten associades, així com identificar sectors amb necessitat de millora per enfortir el sistema públic de cures, com a element clau per a la seva democratització. L'abast dels serveis públics de cures (i prestacions econòmiques) defineix també la dimensió que acaba sent assumida per les famílies o el sector privat, perquè les cures se situen en la intersecció entre l'Administració pública, la família, el mercat i la comunitat.

Aquest és un primer document de la **Diagnosi dels serveis de cures en l'entorn domiciliari i comunitari de la província de Barcelona, en el marc del projecte transformador** *Cap a un nou sistema públic de cures en la comunitat.* L'objectiu d'aquesta primera part de la diagnosi és, per una banda, la voluntat de tenir un **coneixement de la realitat sociodemogràfica com a dibuix de les necessitats de cures**. En tot cas, no es pretén associar aquestes necessitats a la discapacitat i a l'envelliment, ja que afecten població de totes les edats, i cal tenir present que la població gran i amb discapacitat és generalment activa i en molts casos també proveïdora de cures. No obstant això, es parteix de la constatació que les necessitats es concentren sobretot en la infància, així com en edats més avançades i en determinades situacions de discapacitat, de la manera que es recull en les dades que aportem.

D'altra banda, el document també vol **aportar un coneixement integrat dels serveis de cures en l'entorn domiciliari i comunitari a la província de Barcelona**, identificant-ne i analitzant-ne característiques i tendències des de la perspectiva de la garantia del dret a les cures i l'equitat territorial i de gènere. Tal com reflecteixen els darrers estudis de l'Organització Internacional del Treball (OIT), es detecta una alta desigualtat de gènere en el repartiment de les tasques de cures en la societat i, tot i que aquesta «escletxa de cures» es va reduint, la velocitat amb què ho fa és insuficient.[2] Els efectes de la persistència dels estereotips i rols de gènere, i la conseqüent manca de corresponsabilitat,

[2] L'escletxa de gènere en les cures i les tasques domèstiques trigarà 209 anys a tancar-se si es continua al ritme de reducció actual (ElDiario.es, 2019).

provoquen així el que s'ha descrit com un doble deute de cures, dels homes vers les dones i dels països rics envers els empobrits.

En aquest context, l'Administració pública té un paper clau per incidir en una organització social de les cures més justa des d'un punt de vista social i de gènere a través de mecanismes de reconeixement i regulació de drets, d'educació i sensibilització, de provisió de prestacions i serveis de cures i de dinamització o enfortiment de xarxes comunitàries. Així, el nostre estudi vol contribuir en aquesta línia de treball, ja que aplica la mirada transversal de les cures a serveis públics locals, com també a les iniciatives socials i comunitàries que existeixen en el territori de la província de Barcelona.

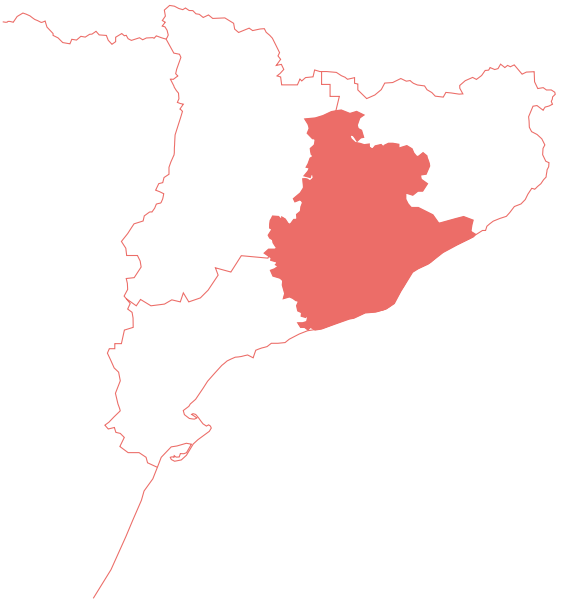
D'acord amb l'enquesta de necessitats municipals en relació a la gestió de la COVID-19 duta a terme per la Diputació de Barcelona l'octubre de 2020, un 76 % dels municipis van manifestar que durant l'estat d'alarma i el confinament les seves actuacions es van centrar en l'àmbit del benestar social, especialment els serveis socials i l'atenció a col·lectius vulnerables. Aquestes dades apunten a la importància que té, per al món local, el sistema de cures, particularment en situacions d'emergència. En aquest sentit, el context actual pot esdevenir —hauria de fer-ho— un motor per **reforçar els serveis, les prestacions i les activitats de cures de les polítiques públiques**.

Així doncs, l'elaboració d'aquesta primera part de la diagnosi s'ha centrat en la identificació de les principals característiques i tendències sociodemogràfiques, així com els principals serveis de cures i de suport a les cures en l'àmbit domiciliari i comunitari a la província de Barcelona, i en l'anàlisi de diferents dimensions de la seva organització social i econòmica a través dels indicadors i dades disponibles. En una fase posterior, es preveu complementar aquesta primera anàlisi amb la participació de diferents agents per tal d'identificar reptes i propostes que permetin enfortir el sistema públic d'aquest sector.

Escenari sociodemogràfic: el dibuix de les necessitats

02.

L'objectiu d'aquest capítol és analitzar el context sociodemogràfic de la província de Barcelona per tal de dibuixar les necessitats de cures vinculades al conjunt de la població segons la seva caracterització. Les dades analitzades es presenten en cinc apartats que fixen l'atenció en els components de creixement demogràfic, les dinàmiques d'envelliment de la població, l'impacte de les tendències en la tipologia de les llars, l'estructura poblacional i el retrat sociodemogràfic de la població amb discapacitat.



2.1. METODOLOGIA I FONT DE DADES

L'estratègia metodològica seguida per a l'elaboració del capítol I «Escenari sociodemogràfic: el dibuix de les necessitats» parteix d'una aproximació quantitativa a la realitat social des d'una triple perspectiva teòrica:

La perspectiva territorial

Implica vincular les tendències sociodemogràfiques segons les característiques territorials. L'anàlisi de les dades es desenvolupa, sempre que és possible, seguint l'agrupació dels municipis segons els trams de població i per comarques.

La perspectiva de gènere

Implica analitzar totes les dades desagregades per sexe amb l'objectiu d'identificar les diferències entre els homes i les dones en relació a les necessitats de cura.

La perspectiva temporal

Implica analitzar l'evolució de les dades durant els darrers anys per tal de captar les tendències de canvi i les noves dinàmiques socials.

En concret, s'ha realitzat una anàlisi pròpia de l'estadística descriptiva de les dades disponibles en el conjunt de fonts oficials que es detallen a continuació:

Institut Nacional d'Estadística (INE)

- Enquesta de fecunditat. Moviment natural de la població
- Padró d'habitants. Demografia i població
- Enquesta contínua de les llars

Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat)

- Moviment natural de la població. Fecunditat
- Estadística de persones amb discapacitat

Diputació de Barcelona (DIBA)

- Padró continu. Informació d'estadística local. Programa Hermes
- Cercle de comparació intermunicipal d'escoles bressol

Ajuntament de Barcelona

- Departament d'estadística i difusió de dades. Moviments demogràfics

2.2. ANÀLISI SOCIODEMOGRÀFICA DE LA POBLACIÓ DE LA PROVÍNCIA DE BARCELONA

2.2.1. Components de creixement demogràfic

Les dades sobre natalitat[3] i fecunditat[4] ofereixen una aproximació als components de creixement demogràfic a la província de Barcelona. En termes generals, la tendència global és una **pèrdua del creixement demogràfic** donada una disminució del nombre de naixements, especialment als municipis més petits.

2.2.1.1. Tendències de natalitat[5]

A la província de Barcelona (excloent de l'anàlisi la ciutat de Barcelona), hi ha hagut un descens molt significatiu de la població de 0-2 anys durant la darrera dècada. Tal com s'observa en els gràfics 2.1 i 2.2 relatius a la sèrie temporal 2011-2019, aquest descens representa un 28 % en relació a la població de 0 anys (que de 46.022 passa a 33.350) i un 25 % en la de 0-2 anys (que de 143.530 passa a 108.059).

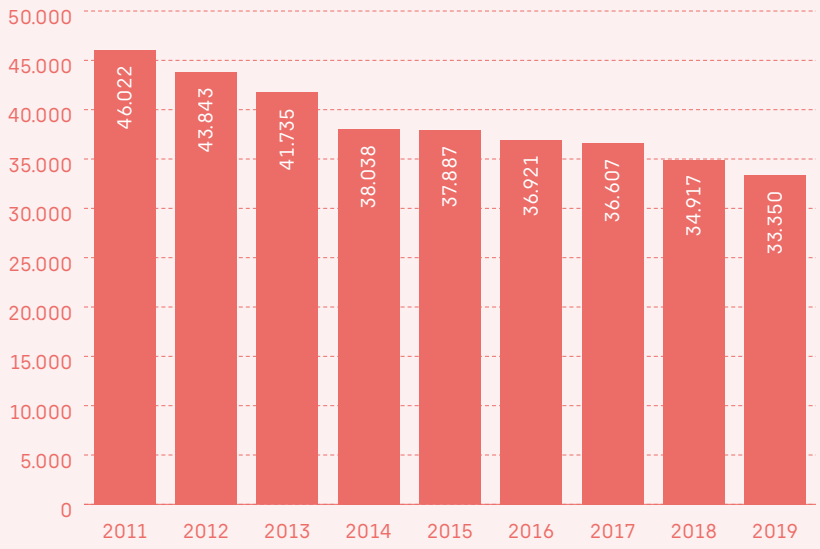
[3] La taxa de natalitat és la relació entre el nombre de nascuts vius respecte de la població total.

[4] La taxa global de fecunditat és la relació entre el nombre de nascuts vius per cada 1.000 dones en edat fèrtil (15-49 anys).

[5] Dades extretes de l'informe 15a edició del Cercle de comparació intermunicipal d'escoles bressol. Resultats any 2019. Diputació de Barcelona, 2020. Disponible a: https://kitcueme.diba.cat/documents/113226/217769218/CCI-Bressol-2020.pdf/2ecc40c6-d470-36fb-6831-0bf2dd639602?t=1611670600471.

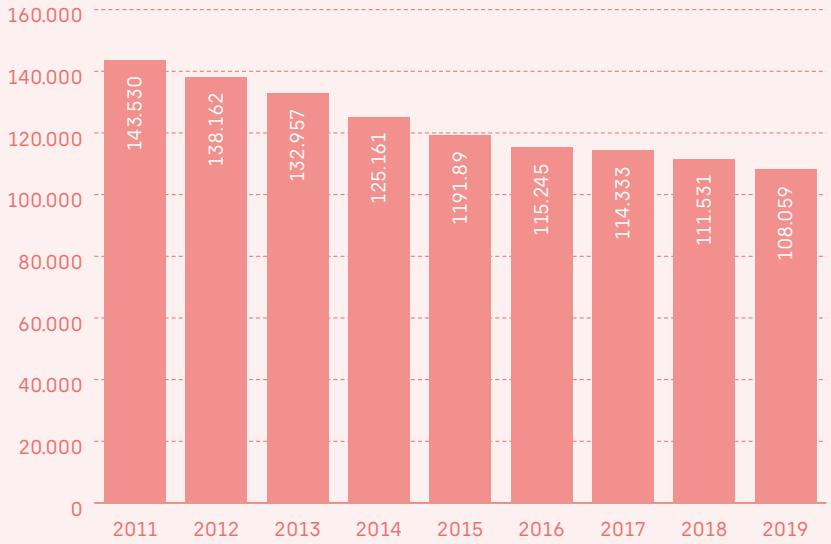
Gràfic 2.1. Evolució de la població de 0 anys a la província de Barcelona, sense Barcelona ciutat, 2011-2019.

Font: Cercle de comparació intermunicipal d'escoles bressol. Resultats any 2019. Diputació de Barcelona, 2020



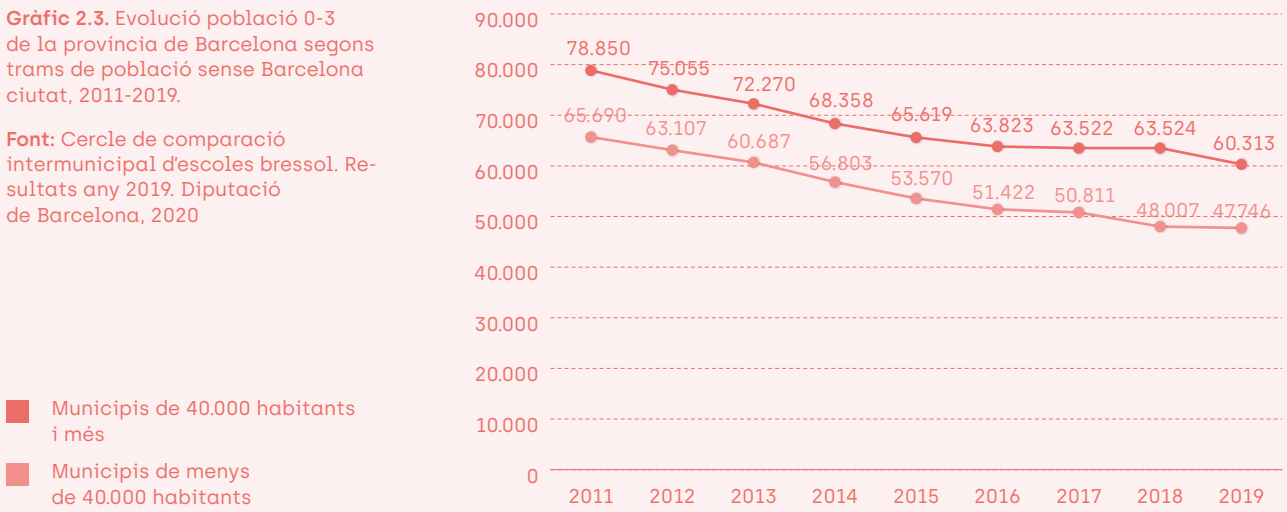
Gràfic 2.2. Evolució de la població de 0-2 anys a la província de Barcelona, sense Barcelona ciutat, 2011-2019.

Font: Cercle de comparació intermunicipal d'escoles bressol. Resultats any 2019. Diputació de Barcelona, 2020



Gràfic 2.3. Evolució població 0-3 de la província de Barcelona segons trams de població sense Barcelona ciutat, 2011-2019.

Font: Cercle de comparació intermunicipal d'escoles bressol. Resultats any 2019. Diputació de Barcelona, 2020



Com mostra el gràfic anterior, **el descens de la natalitat afecta de manera desigual els municipis segons la grandària poblacional**. Es diferencia entre els de més de 40.000 habitants, els quals han tingut una davallada del 23 %, i els de menys de 40.000, on la davallada ha estat de 5 punts percentuals més, del 27 %.

Així doncs, al llarg dels últims anys, la taxa bruta de natalitat tendeix a disminuir en termes generals, si bé la intensitat difereix segons el territori: mentre que en el conjunt de la província de Barcelona[6] passa del 9,4 % al 7,9 % amb una disminució d'1,5 punts percentuals, en el cas de la ciutat de Barcelona[7] passa del 8,4 % al 7,7 % amb una disminució de 0,7 punts. Amb tot, com s'observa en la taula 2.1, s'equiparen les dades que, anteriorment, destacaven per una major natalitat a la província que a la gran ciutat.

[6] Dades extretes d'Idescat. Moviment natural de la població. Disponible a: https://www.idescat.cat/pub/?geo=prov%3a08&id=inddt&n=917&lang=es#plegable=geo.

[7] Dades extretes de l'Ajuntament de Barcelona. Departament d'estadística i difusió de dades. Moviments demogràfics. Disponible a: https://ajuntament.barcelona.cat/estadistica/catala/Estadistiques_per_temes/Poblacio_i_demografia/Demografia/Naixements/evo/taxes01.htm.

Taula 2.1. Evolució de la taxa bruta de natalitat de la província i la ciutat de Barcelona, 2015-2019.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'Idescat i de l'Ajuntament de Barcelona

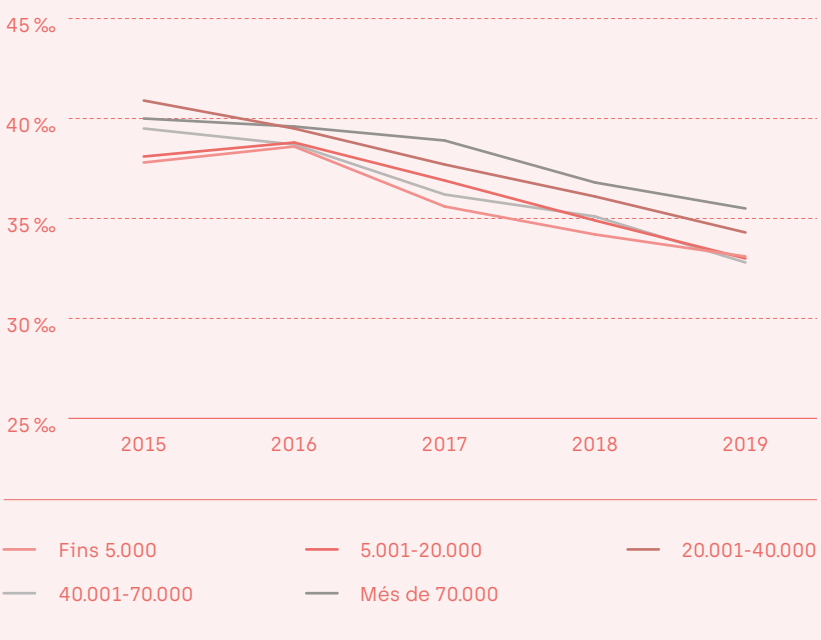
	2015	2016	2017	2018	2019
Província de Barcelona	9,4	9,2	8,8	8,3	7,9
Barcelona ciutat	8,4	8,5	8,3	8,0	7,7

2.2.1.2. Tendències de fecunditat

La disminució del nombre de naixements i el pes del territori també queda reflectit en l'evolució de la taxa de fecunditat[8] segons trams de població i comarques. D'una banda, al gràfic 2.4 s'observa **la disminució generalitzada (aproximadament un 5 % durant cinc anys) de naixements per cada 1.000 dones en edat fèrtil**. Es manté el **pes dels trams poblacionals**, en tant que els municipis més grans de 70.000 habitants són els que tenen una taxa de fecunditat més elevada en comparació als municipis de fins a 5.000 habitants.

Gràfic 2.4. Comparació de la taxa global de fecunditat per trams poblacionals, 2015-2019.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'Idescat



[8] Dades extretes de l'Institut d'Estadística de Catalunya, Moviment natural de la població. Disponible a: https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=1149&capsel=2043.

D'altra banda, les taxes globals de fecunditat per comarques permeten matisar les tendències observades segons els trams poblacionals. La taula 2.2 mostra que la taxa disminueix amb més intensitat (superior al 5 %) allà on es troben les ciutats grans (amb l'excepció del Barcelonès): el Vallès Oriental (Granollers) i l'Occidental (Sabadell i Terrassa), el Maresme (Mataró) i el Baix Llobregat (Castelldefels). Contràriament, a l'Alt Penedès, l'Anoia, el Bages, el Berguedà i Osona la fecunditat disminueix al voltant o menys d'un 5 % i supera, en tots els casos, el 35 % de taxa global de fecunditat. Les explicacions d'aquestes diferències entre les dades per trams poblacionals i comarques cal relacionar-les, entre altres fenòmens, amb els moviments migratoris i les estructures productives de cada territori, uns aspectes que caldrà tenir en compte a l'hora de pensar la distribució territorial del nou sistema públic de cures en comunitat.

	2019	2018	2017	2016	2015
Alt Penedès	37,8 ‰	36,9 ‰	39,8 ‰	41,7 ‰	41,7 ‰
Anoia	36,1 ‰	37,3 ‰	40,9 ‰	41,5 ‰	39,0 ‰
Bages	37,2 ‰	40,1 ‰	41,8 ‰	42,0 ‰	42,3 ‰
Baix Llobregat	33,1 ‰	35,0 ‰	37,0 ‰	39,1 ‰	40,0 ‰
Barcelonès	34,7 ‰	36,1 ‰	37,7 ‰	38,4 ‰	38,7 ‰
Berguedà	36,6 ‰	33,8 ‰	35,4 ‰	41,6 ‰	37,5‰
Garraf	31,2 ‰	33,3 ‰	33,5 ‰	36,0 ‰	35,9 ‰
Maresme	33,0 ‰	34,8 ‰	37,3 ‰	38,8 ‰	39,0 ‰
Moianès	31,9 ‰	34,7 ‰	38,4 ‰	42,6 ‰	40,3 ‰
Osona	39,5 ‰	40,9 ‰	41,6 ‰	42,2 ‰	43,4 ‰
Vallès Occidental	35,8 ‰	37,0 ‰	39,1 ‰	41,5 ‰	41,5 ‰
Vallès Oriental	33,1 ‰	35,2 ‰	37,8 ‰	38,5 ‰	39,1 ‰

Taula 2.2. Evolució de la taxa global de fecunditat per comarques, 2015-2019.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'Idescat

2.2.2. Estructura de la població

Els índexs sobre envelliment[9] permeten aprofundir en l'estructura poblacional tot considerant la influència dels components de creixement demogràfic analitzats. El conjunt de dades posa de manifest la pèrdua del nombre d'efectius poblacionals d'edats infantils i joves amb el consegüent increment de l'envelliment de la població. Si bé es tracta d'una tendència general a la província de Barcelona, es detecten diferències des de la perspectiva territorial i de gènere.

2.2.2.1. Més envelliment en municipis més grans i més petits

Els diferents índexs d'envelliment[10] analitzats per trams de municipis mostren que tant els municipis més petits (amb menys de 5.000 habitants) com els més grans (amb més de 70.000) són els que es troben més envellits, especialment el col·lectiu de dones, mentre que els municipis mitjans tenen una estructura poblacional més jove. Les raons explicatives de **l'envelliment de la població** tenen a veure, entre d'altres, amb les característiques socioeconòmiques del territori. Pel que fa a l'índex d'envelliment, cal tenir present la importància del cicle de vida en la trajectòria vital i habitacional en la mesura que moltes parelles joves, en el moment de tenir criatures, marxen de les grans ciutats i s'instal·len en municipis petits per raons diferents: el preu de l'habitatge, les condicions de vida o les oportunitats laborals.

[9] Dades extretes de Padró d'habitants, INE. Disponible a: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254734710990.

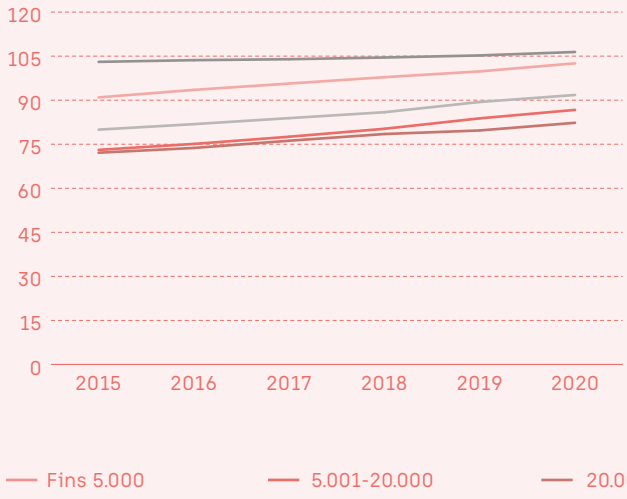
[10] L'índex d'envelliment és la relació entre la població de 65 anys o més i la població d'1 a 15 anys.

L'índex d'envelliment respecte de la població total és la relació de la població de 65 anys o més amb la població total.

L'índex de sobreenvelliment és la relació entre la població de 85 anys o més amb la població de 65 anys o més.

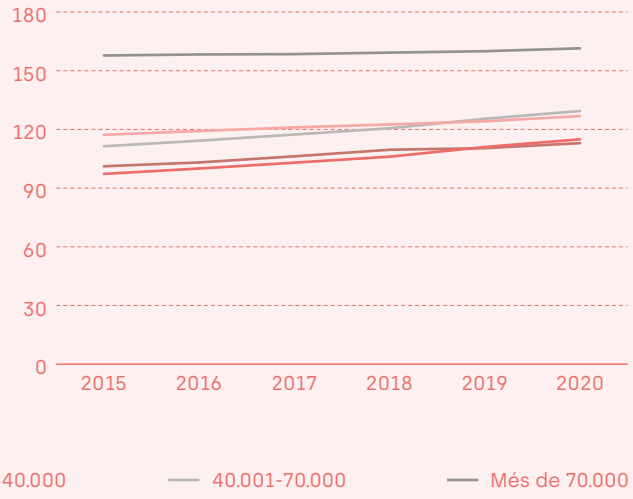
Gràfic 2.5. Índex d'envelliment dels homes per trams poblacionals, 2015-2020.

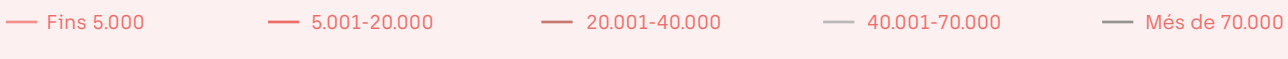
Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'INE



Gràfic 2.6. Índex d'envelliment de les dones per trams poblacionals, 2015-2020.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'INE

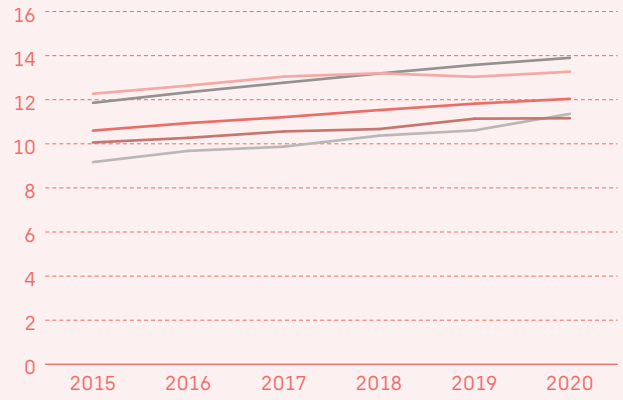




Pel que fa a les característiques de l'envelliment, les dades dels gràfics 2.7 i 2.8 evidencien una relació entre l'índex d'envelliment i l'índex de sobreenvelliment, de manera que **els municipis més grans i més petits, des del punt de vista poblacional, destaquen pel fet que tenen una més elevada proporció de població de més de 85 anys** (en què les dones se situen 4 i 8 punts percentuals per sobre dels homes) en contrast amb els municipis de tram mitjà (de 5.000 a 70.000 habitants), que presenten un sobreenvelliment menor de la població.

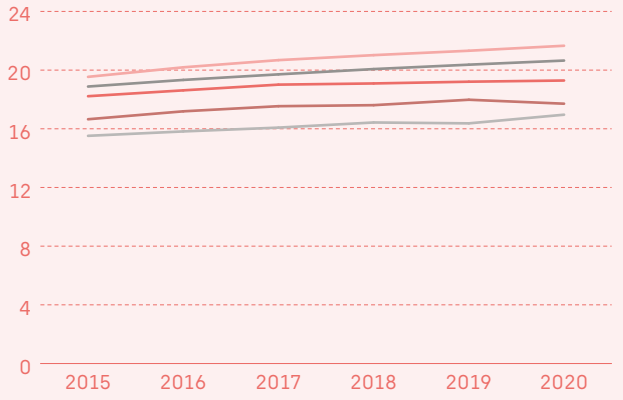
Gràfic 2.7. Índex de sobreenvelliment dels homes per trams poblacionals 2015-2020.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'INE



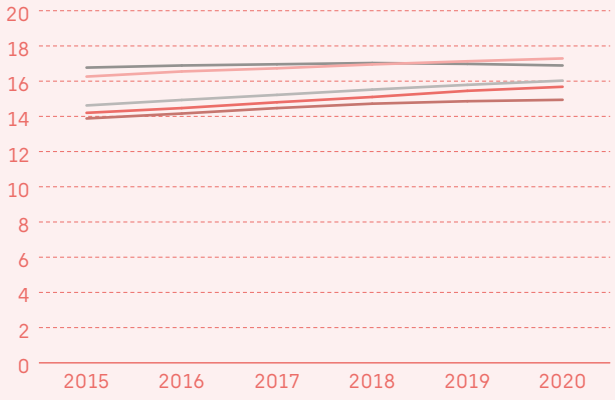
Gràfic 2.8. Índex de sobreenvelliment de les dones per trams poblacionals, 2015-2020.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'INE



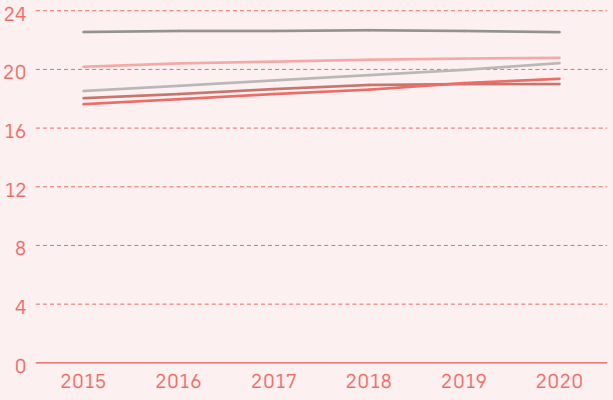
Gràfic 2.9. Índex d'envelliment respecte de la població total dels homes per trams poblacionals, 2015-2020.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'IN



Gràfic 2.10. Índex d'envelliment respecte de la població total de les dones per trams poblacionals, 2015-2020.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'INE

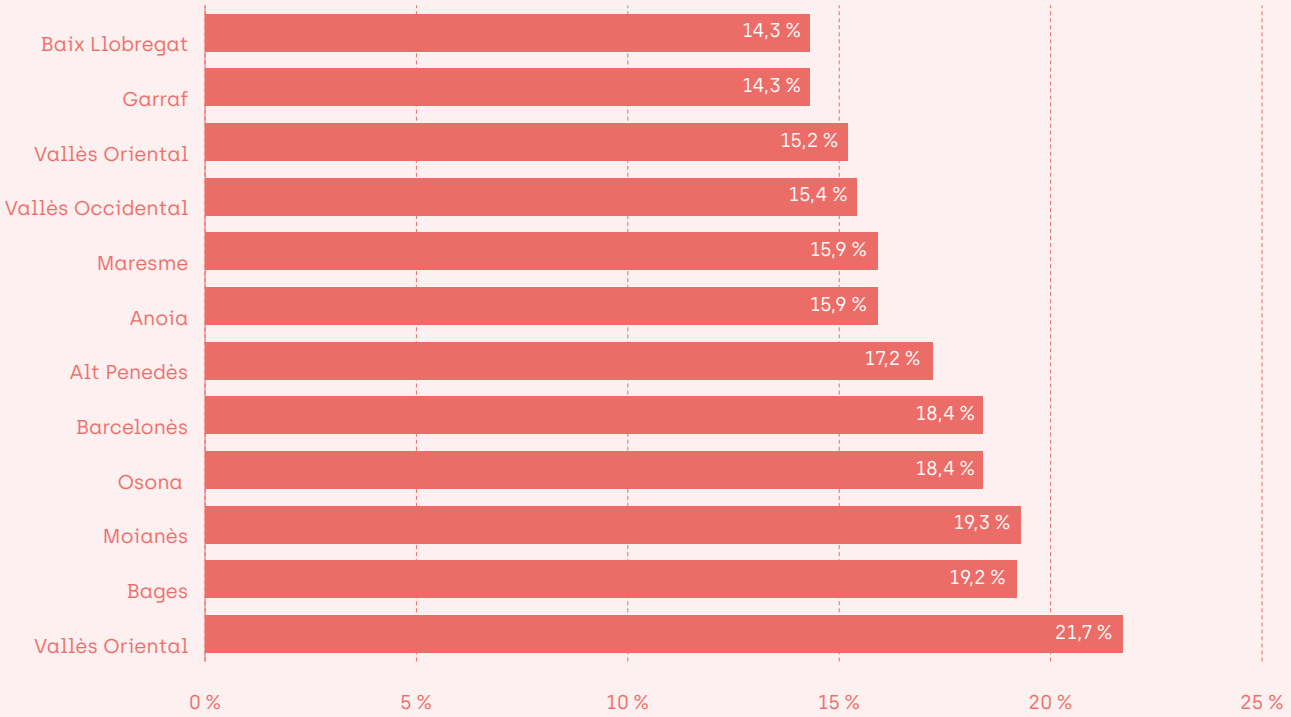


Les dades per comarca relatives al 2020[11] mostren que el sobreenvelliment és un fenomen que es manifesta amb més intensitat, d'una banda, a les comarques que acumulen municipis més petits (Berguedà 21,7 %, Bages19,2 %, Moianès 19,3 % i Alt Penedès 17,2 %) i, d'altra banda, al Barcelonès (18,5 %), que concentra les ciutats més grans (Barcelona, l'Hospitalet i Badalona). En canvi, les comarques amb menys sobreenvelliment són les que coronen el Barcelonès, algunes de les quals formen part de la mateixa Àrea Metropolitana de Barcelona: Vallès Occidental (15,4 %), Vallès Oriental (15,2 %), Maresme (15,9 %) i Baix Llobregat (14,3 %). De nou, els factors explicatius recauen, entre d'altres, en els moviments de la població adulta jove que abandona la gran ciutat, en part per les dificultats que presenta el mercat de l'habitatge, i es trasllada a ciutats contigües a la metròpoli.

[11]Dades extretes de la Diputació de Barcelona, Informació Estadística Local Hermes. Disponible a: https://www.diba.cat/hg2/presentacio.asp?prld=703&idioma=cat&codi_any=2020&format=pantalla.

Gràfic 2.11. Índex de sobreenvelliment per comarca, 2020

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Programa Hermes



2.2.2.2. Rostre femení de l'envelliment

Des de la perspectiva de gènere, s'observa que **l'envelliment es caracteritza pel fet que té un rostre femení**. Aquest element apareix en tots els índexs analitzats per a cada un dels territoris: les xifres són, sistemàticament, més elevades entre la població femenina en comparació a la població masculina, tal com s'observa en la taula 2.3 amb dades relatives a l'any 2020. Més enllà d'aquesta tendència general, destaquen dos fets: l'envelliment de les dones és superior als municipis més grans que als municipis més petits, mentre que el sobreenvelliment femení apareix com un fenomen més propi dels municipis amb menys de 5.000 habitants.

	Índex d'envelliment		Índex d'envelliment respecte de la població total		Índex de sobreenvelliment	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
Fins 5.000	102,55	126,83	17,29	20,79	13,27	21,66
5.001-20.000	86,69	114,94	15,68	19,36	12,04	19,29
20.001-40.000	82,3	112,99	14,94	19	11,16	17,71
40.001-70.000	91,77	129,41	16,03	20,43	11,36	16,96
Més de 70.000	106,41	161,45	16,89	22,54	13,9	20,65

Taula 2.3. Comparació per trams i sexe de l'índex d'envelliment, d'envelliment respecte de la població total i de sobreenvelliment, 2020.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Programa Hermes

2.2.2.3. Índexs de dependència

Els índexs de dependència permeten aprofundir en el fenomen de l'envelliment de la població en termes d'edat i activitat laboral. En aquest sentit, en termes generals s'observa que als municipis de més de 70.000 habitants l'envelliment de la població no s'acompanya d'una més gran dependència juvenil[12] i global,[13] a diferència del que passa als municipis més petits. Tanmateix, des de la perspectiva de gènere, es manifesten algunes excepcions significatives.

[12] L'índex de dependència juvenil és la relació entre els individus en edat no activa, de 0 a 15 anys, respecte a la població potencialment activa, de 16 a 64 anys.

[13] L'índex de dependència global és la relació entre els individus en edat no activa (de 0 a 15 anys i de 65 anys o més) respecte a la població potencialment activa (de 16 a 64 anys).

Dependència juvenil de les dones

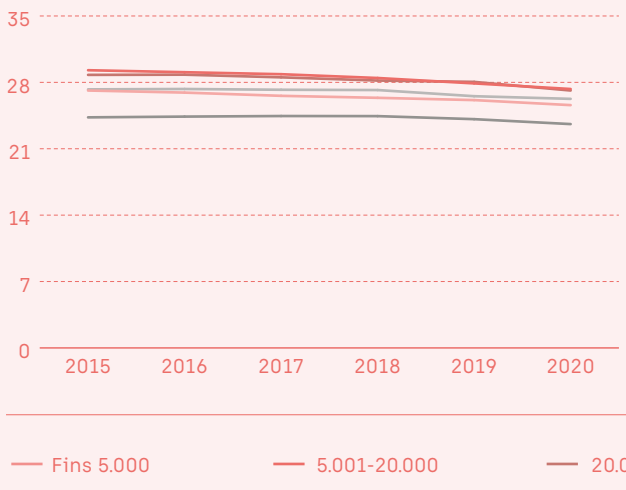
En primer lloc, s'observa que en les ciutats més grans hi ha menys dependència juvenil perquè hi ha una més gran proporció de població potencialment activa respecte dels menors de 16 anys. Com s'observa en els gràfics 2.12 i 2.13, les dades mostren que l'índex de dependència juvenil de les dones als municipis més petits es desmarca de la dinàmica de les grans ciutats, mentre que en el cas dels homes segueix la mateixa proporció. Aquesta major desproporció entre les dones en edat activa i les més joves als municipis amb menys habitants s'explica per la davallada de la natalitat i, en comparació a les grans ciutats, la menor proporció de dones en edat activa.

Dependència global dels homes

En segon lloc, respecte de l'índex de dependència global, s'observa que la dinàmica dels municipis petits en el cas dels homes es diferencia de la dels municipis grans, tot mostrant una major càrrega de la població potencialment activa per mantenir econòmicament la població inactiva. En canvi, en el cas de les dones, l'índex registra les xifres més elevades als municipis petits i grans atès el sobreenvelliment femení.

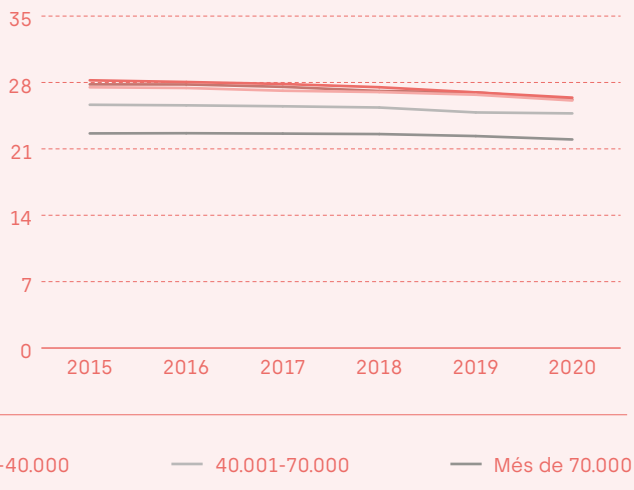
Gràfic 2.12. Índex de dependència juvenil dels homes per trams poblacionals, 2015-2020.

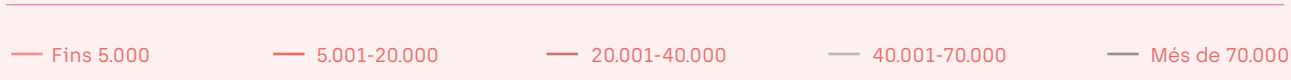
Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'INE



Gràfic 2.13. Índex de dependència juvenil de les dones per trams poblacionals, 2015-2020.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'INE





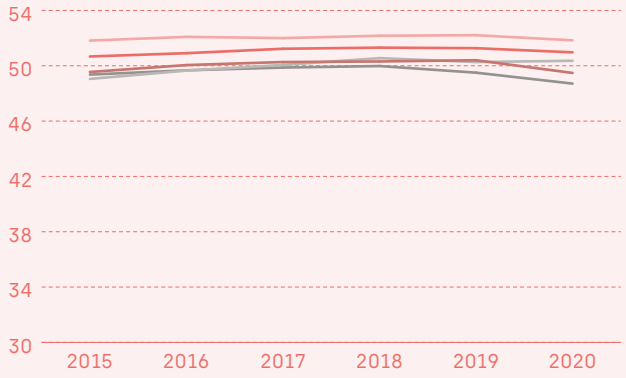
2.2.2.4. Tendència demogràfica

Pel que fa a la dinàmica demogràfica, l'índex de **tendència**[14] indica en tots els casos xifres inferiors a 100, de manera que es posa de manifest el descens de la natalitat, el menor creixement demogràfic i alhora l'envelliment. Ara bé, la tendència és més accentuada a mesura que el municipi és més petit, on la davallada dels naixements és superior. En aquest sentit, es pot afirmar que la natalitat frena l'envelliment de la població.

[14] L'índex de tendència és un indicador de la dinàmica demogràfica. A mesura que presenta valors inferiors a 100, mostra un descens de la natalitat, un menor creixement demogràfic i envelliment general.

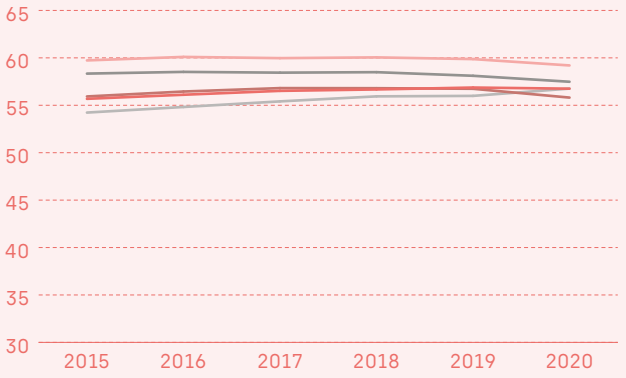
Gràfic 2.14. Índex de dependència global dels homes per trams poblacionals, 2015-2020.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'INE



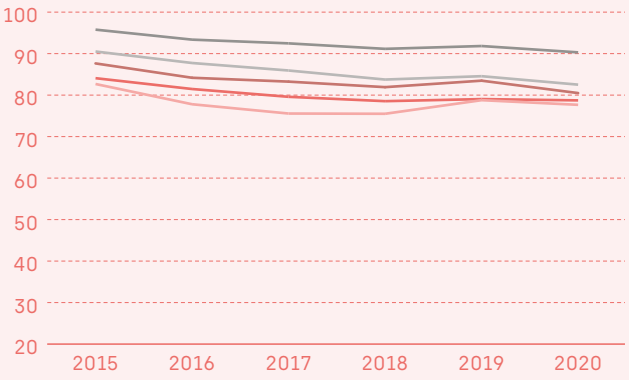
Gràfic 2.15. Índex de dependència global de les dones per trams poblacionals, 2015-2020.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'INE



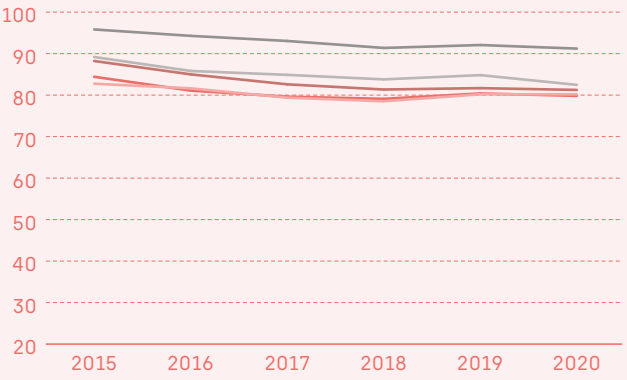
Gràfic 2.16. Índex de tendència dels homes per trams poblacionals, 2015-2020.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'INE



Gràfic 2.17. Índex de tendència de les dones per trams poblacionals, 2015-2020.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'INE



2.2.3. Tipologia de les llars[15]

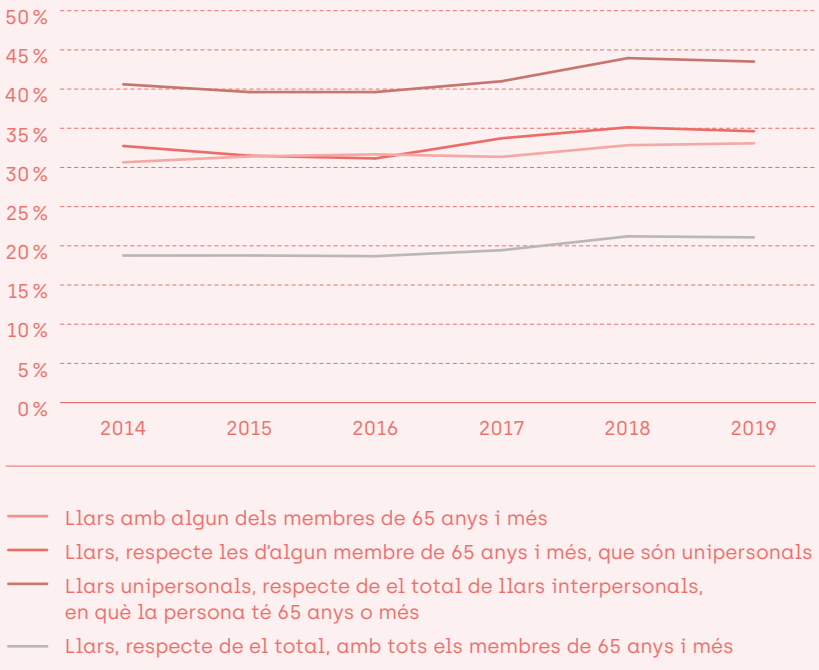
Les dades sobre la tipologia de les llars s'interpreten com a reflex i conseqüència de les tendències sociodemogràfiques descrites en els apartats anteriors. En aquest sentit, l'envelliment de la població comporta un **augment de les llars amb persones de 65 anys** o més, així com la davallada de la natalitat suposa una **disminució de les llars monoparentals amb criatures menors**. A continuació s'aprofundeix en aquest doble fenomen a partir de les dades globals per a la província de Barcelona.

2.2.3.1. Llars amb persones amb més de 65 anys

Al llarg dels últims anys, s'han incrementat les llars amb persones grans a conseqüència de l'envelliment de la població. Tal com s'observa en el gràfic següent, aquest increment es reflecteix en tota la tipologia de llars: algun membre de més de 65 anys, tots els membres de més de 65 anys i llars unipersonals de persones de més de 65 anys. Es tracta d'una tendència que cal considerar a l'hora de dissenyar un nou sistema de cures, tant pel que fa a les necessitats d'atenció a la dependència com pel **risc d'una soledat no desitjada cada cop més estesa**.

Gràfic 2.18. Llars amb persones de 65 anys o més a la província de Barcelona, 2014-2019.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'Idescat



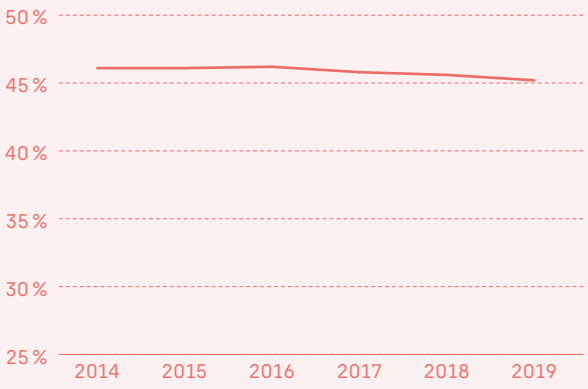
[15] Dades extretes d'Idescat, a partir de les dades de l'Enquesta contínua de llars de l'INE. Disponible a: http://www.idescat.cat/pub/?id=ecll&n=8731&geo=prov:08&t=201900.

2.2.3.2. Llars amb infants i joves

Conjuntament a l'impacte de l'envelliment sobre la tipologia de les llars, la disminució de la natalitat comporta una **disminució lleu, d'un 0,9 % (del 46,1 % al 45,2 %), del percentatge de llars amb fills i filles**.

Gràfic 2.19. Llars amb fills/es a la província de Barcelona, 2014-2019.

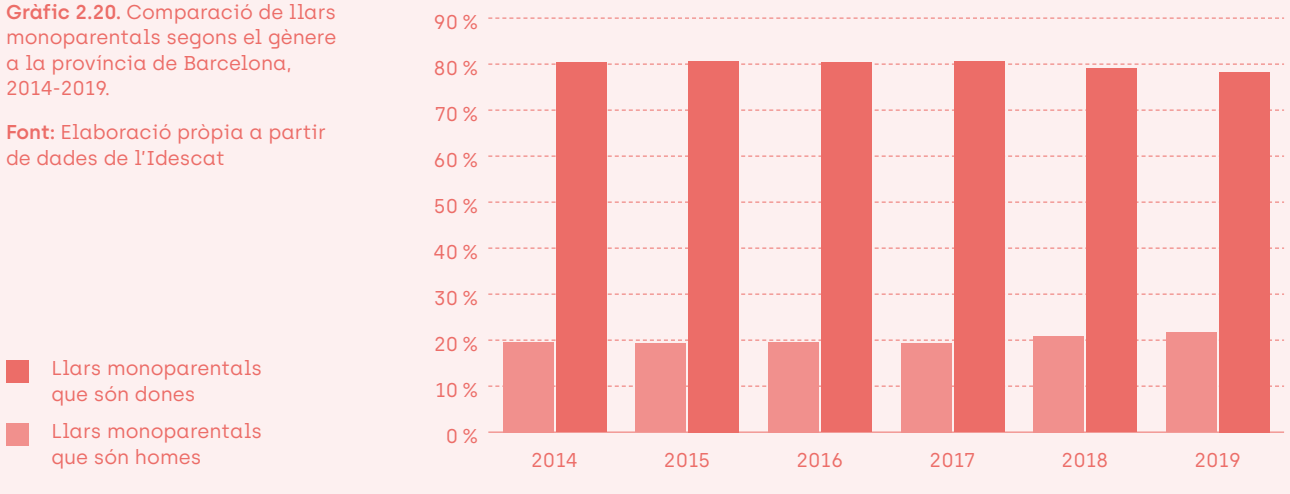
Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'Idescat



Més enllà de la tendència general, és important conèixer les transformacions de quines són les llars que potencialment poden ser més vulnerables des del punt de vista de les necessitats de cures. En aquest sentit, les dades sobre les llars monoparentals amb fills i filles posen de manifest que persisteixen com a realitat femenina (amb una proporció del 80 % de dones i el 20 % d'homes) tal com s'observa en el gràfic 2.20.

Gràfic 2.20. Comparació de llars monoparentals segons el gènere a la província de Barcelona, 2014-2019.

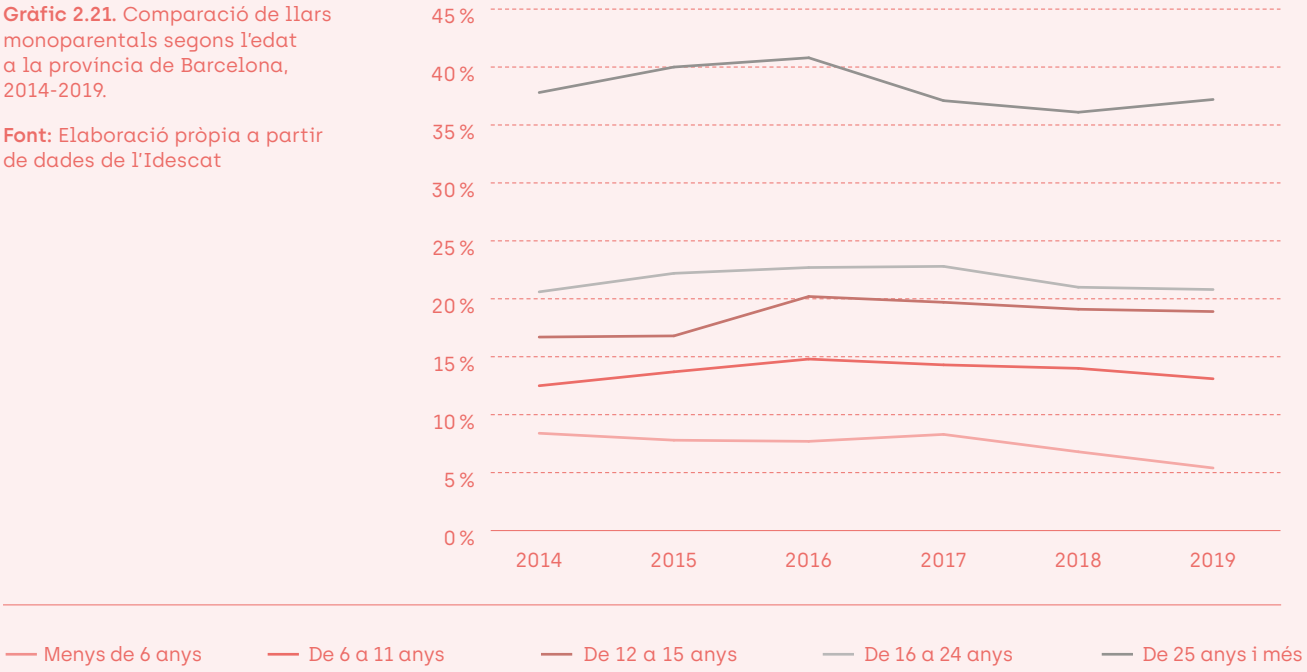
Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'Idescat



Finalment, pel que fa a l'edat dels fills i les filles de les llars monoparentals, a partir de 2017 s'observa una doble tendència relacionada amb la davallada de la natalitat i el retard en l'emancipació juvenil: d'una banda, un lleuger increment de les llars monoparentals amb fills i filles majors d'edat i, de l'altra, una lleugera disminució d'aquesta tipologia de llars amb criatures menors de 12 anys.

Gràfic 2.21. Comparació de llars monoparentals segons l'edat a la província de Barcelona, 2014-2019.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'Idescat



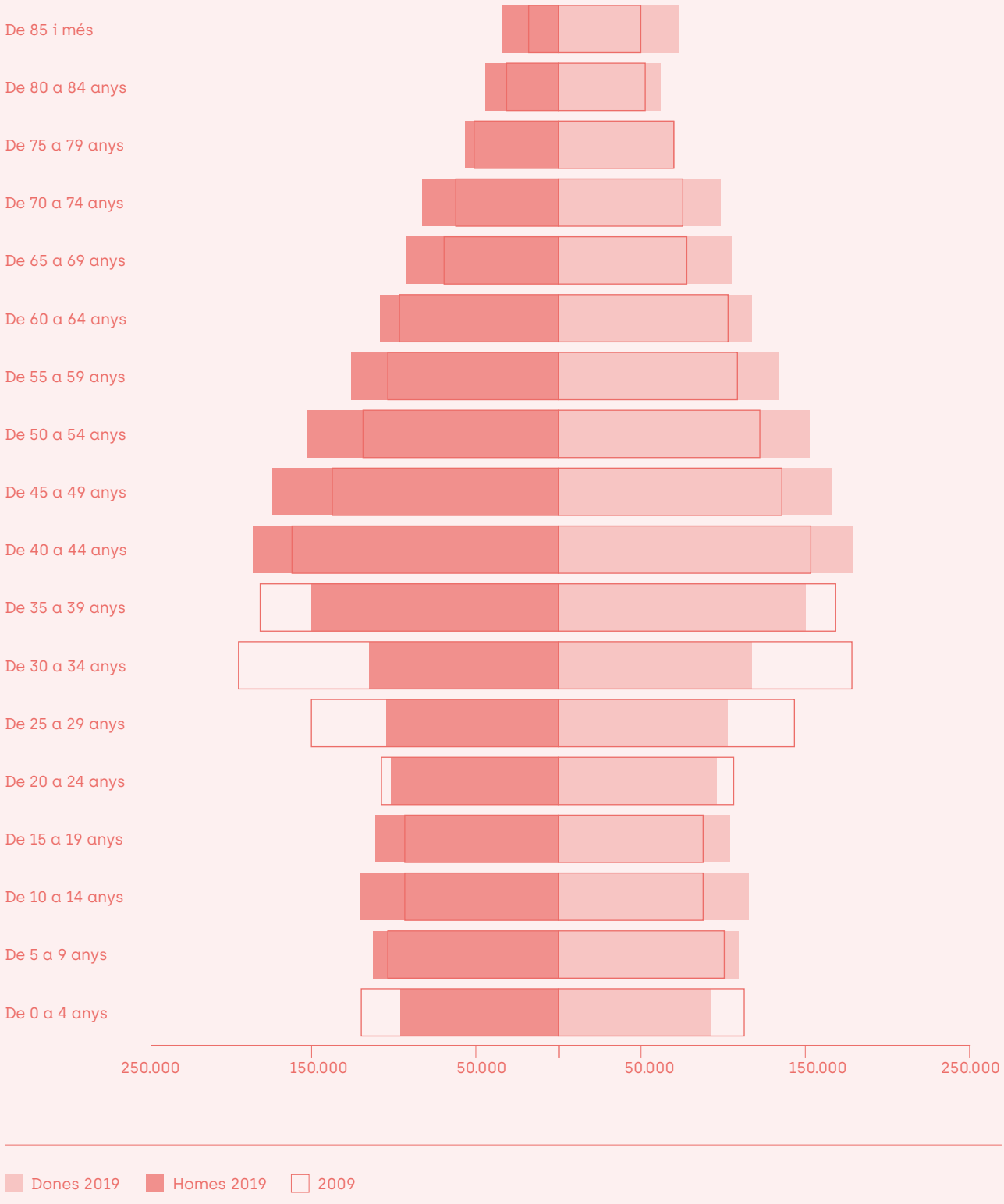
2.2.4. Piràmide de població[16]

Les tendències identificades sobre l'evolució de l'escenari sociodemogràfic i la seva caracterització porten a reconèixer un **canvi en l'estructura de la població en termes regressius**. La figura següent compara la piràmide de població de la província de Barcelona de l'any 2009 amb la de l'any 2019 tot posant de manifest el procés de transformació que implica l'envelliment amb una progressiva inversió de la seva forma, que cada vegada adquireix més la imatge de bulb: pèrdua de base i eixamplament dels trams de més edat. Els darrers deu anys, la població de 20 a 40 anys i de 0 a 4 anys ha estat l'única que ha perdut pes relatiu en l'estructura de població, mentre que ha augmentat la població de 5 a 20 anys i amb més de 40. La pèrdua de pes de la població de 20 a 40 anys implica una reducció important de la població amb edat de treballar segons el percentatge de reducció. La resta de grups d'edat augmenten, sobretot els col·lectius d'edat més avançada: en quinze anys, la població de més de 85 anys ha passat de 117.321 a 178.351 persones, fet que suposa un increment del 52,02 %, i el grup comprès entre els 80 i 84 anys augmenta en un 11,10 %, amb més intensitat en el cas de les dones. El segon increment més important es dona a la base de la piràmide poblacional: la població compresa entre 10 i 14 anys augmenta un 27,67 %.

[16] Dades extretes de la Diputació de Barcelona, Informació Estadística Local Hermes. Disponible a: https://www.diba.cat/hg2/menu.asp?mnid=5.

Gràfic 2.22. Piràmide de població de la província de Barcelona, 2009 i 2019.

Font: Programa Hermes



2.2.5. Retrat sociodemogràfic de la discapacitat[17]

A fi de tenir un dibuix complet de les necessitats de cures a la província de Barcelona, es presenta un breu retrat sociodemogràfic de la discapacitat. Segons dades de l'any 2020, en tot el territori hi ha 460.530 persones amb reconeixement legal de discapacitat, xifra que representa **el 8 % sobre la població total** i es manté estable al llarg del temps. De la mateixa manera, la població amb discapacitat presenta un equilibri per sexes, majoritàriament està en edat laboral i, pel que fa a la tipologia, la meitat de la població té discapacitat de caràcter físic.

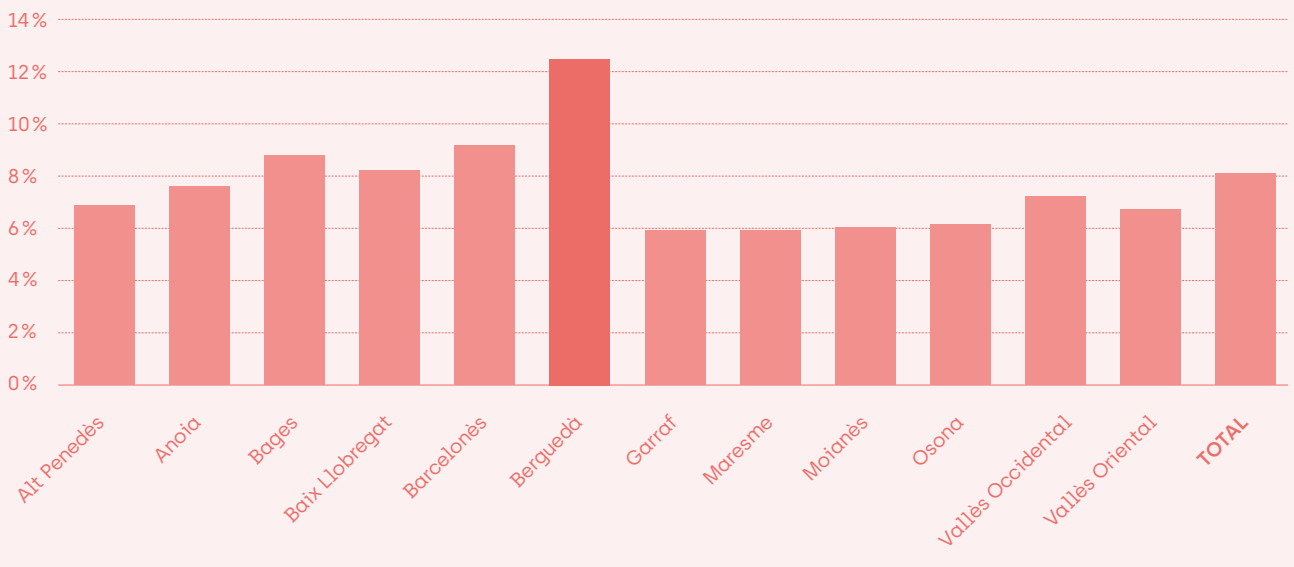
2.2.5.1. Distribució territorial comarcal

La població de persones amb discapacitat es distribueix territorialment de manera homogènia tot representant entre el 6 % i el 8 % del total de la població a les diferents comarques. L'excepció es troba en el cas del Berguedà, on el percentatge arriba al 12 %, segurament, atesa l'elevada presència de centres residencials en comparació a altres comarques.

[17] Dades extretes d'Idescat, Estadística de persones amb discapacitat. Disponible a: https://www.idescat.cat/pub/?id=regdis.

Gràfic 2.23. Distribució territorial de persones amb discapacitat per comarca, 2020.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'Idescat

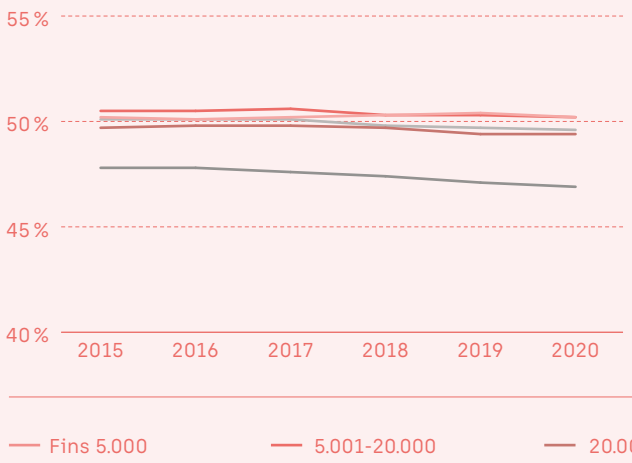


2.2.5.2. Comparació de la discapacitat per trams poblacionals i gènere

La distribució de la població amb discapacitat per sexes també és equilibrada en tots els municipis, excepte en el cas dels municipis més grans, on el percentatge de dones és significativament superior al dels homes. Aquest fet podria tenir relació tant amb el superior envelliment femení com amb el major reconeixement legal de la discapacitat femenina en entorns urbans en comparació amb les dinàmiques rurals.

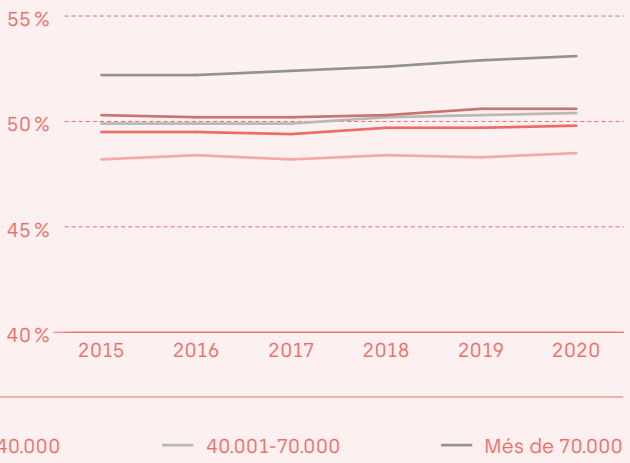
Gràfic 2.24. Homes amb discapacitat per trams poblacionals, 2015-2020.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'Idescat



Gràfic 2.25. Dones amb discapacitat per trams poblacionals, 2015-2020.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'Idescat

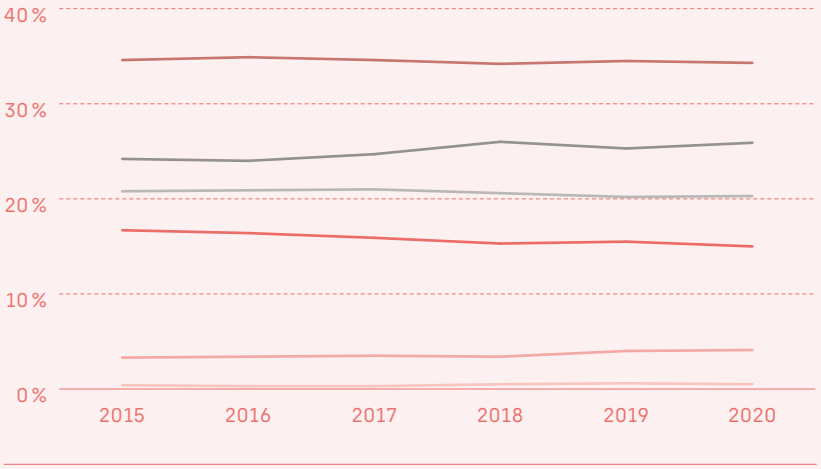


2.2.5.3. Distribució de la discapacitat per edat

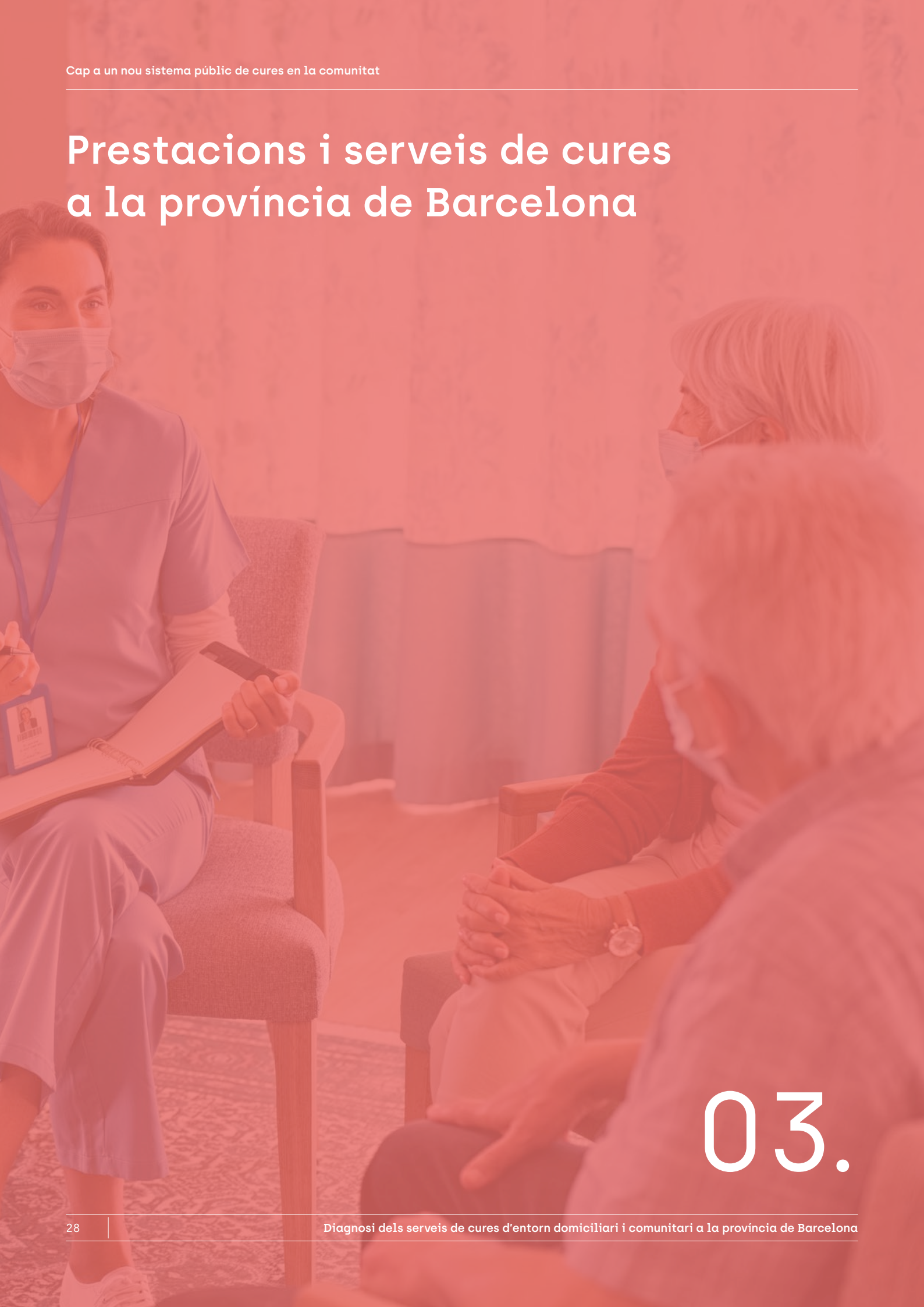
Finalment, s'analitza la distribució de la població amb reconeixement de discapacitat per edat, i s'observa que **la població amb més proporció és la que es troba entre els 45 i 64 anys (en un 35 % aproximadament)**, seguida de les franges de població més grans (75 i més anys, 65-74 anys) amb un 20-25 % de persones amb discapacitat. Les franges de fins a 15 anys no superen el 5 %. El conjunt de dades respon a la lògica assenyalada en el paràgraf anterior sobre la vinculació d'aquestes distribucions amb el pes de l'envelliment femení als municipis més grans.

Gràfic 2.26. Distribució de persones amb discapacitat per edat, 2015-2020.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'Idescat



Prestacions i serveis de cures a la província de Barcelona



03.

Aquest capítol s'inicia amb la identificació d'un mapa dels serveis i les prestacions relacionats amb el treball de cures i de suport a les cures. «Les cures» són un terme que pot resultar excessivament obert i per això aquesta identificació segurament no abastarà la globalitat del que podem entendre per aquests serveis, però pretén ser una primera **aproximació als serveis que tenen lloc en l'entorn domiciliari i comunitari**, en el sentit que són proporcionats a les llars o l'entorn de vida quotidiana de les persones perquè puguin seguir vivint al seu domicili. A partir d'aquesta primera identificació, el capítol aprofundeix en l'anàlisi d'alguns serveis des de la perspectiva de la seva rellevància per als ens locals.

3.1. DIMENSIONS D'ANÀLISI I METODOLOGIA

Per tal de recollir la informació d'una manera ordenada i facilitar-ne la classificació i la priorització posterior, per a cada servei identificat s'han definit un conjunt d'àmbits o dimensions d'anàlisi. A continuació es presenten aquestes dimensions, així com els criteris que s'han adoptat per a cadascuna d'elles de cara a establir la priorització de serveis que volem analitzar.

3.1.1. Població destinatària

Encara que, com s'ha reflectit a l'inici, totes les persones són subjectes de cures en algun moment o durant tota la vida, els **principals col·lectius de persones receptores o proveïdores de serveis de cures analitzats** són:

- La **infància, especialment la petita infància (0-3 anys) i les seves famílies**.
- Les persones amb determinades situacions de **discapacitat**.
- Les **persones grans que tenen limitacions en l'autonomia personal**.
- **Les persones cuidadores no professionals**, ja que tenen un paper molt important en el treball de cures.

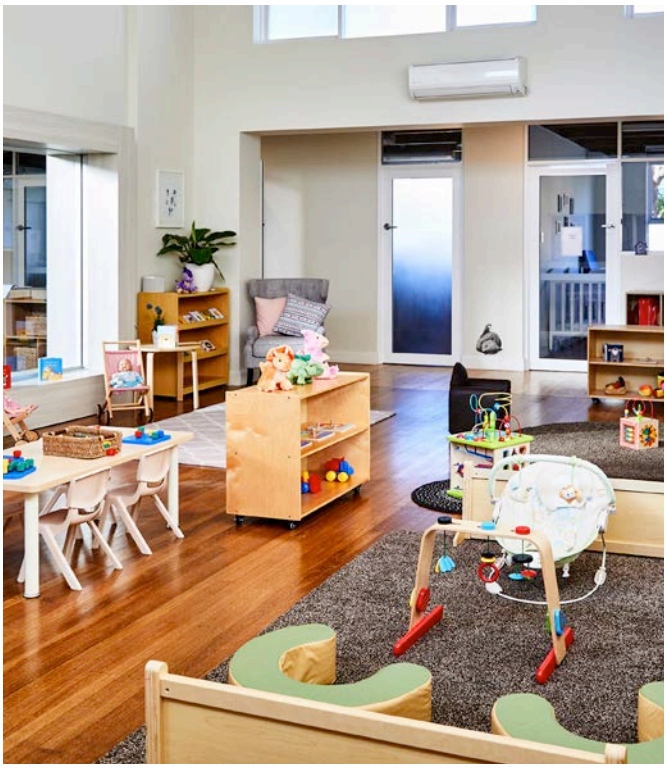
Així, doncs, els principals serveis d'àmbit domiciliari o comunitari que s'adrecen a aquests col·lectius estan contemplats en l'estudi.

3.1.2. Entorn

L'**àmbit o entorn en el qual tenen lloc els treballs de cures**, de manera prioritària:

- **Domiciliari**: llar o domicili habitual de la persona receptora de cures.
- **Comunitari**: espais i equipaments en l'entorn comunitari.

S'han exclòs d'aquest estudi la gran majoria de serveis i recursos d'entorn residencial (com ara els centres residencials per a persones grans, per a persones amb discapacitat o amb malaltia mental), i s'ha posat el centre en els serveis que es desenvolupen en l'entorn domiciliari i comunitari. En l'apartat 3.1 s'inclouen algunes dades relatives a les residències per a persones grans i persones amb discapacitat en el marc de la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, però no han estat objecte específic d'estudi. En tot cas, s'han considerat els serveis residencials de Respir, ja que la seva finalitat és donar suport a les cures no professionals que tenen lloc al domicili de la persona en situació de dependència. Així mateix, com a servei en l'entorn comunitari, el centre de dia per a persones grans ha quedat incorporat a l'anàlisi, tot i que en un nivell descriptiu bàsic.



3.1.3. Titularitat i tipologia de la prestació

La titularitat fa referència a l'entitat que és propietària del servei. Generalment és assimilable amb la iniciativa, que es defineix com l'impuls que origina la creació d'un servei o projecte. Els tipus de titularitat o iniciativa existents són:

- **Pública:** recursos impulsats per organismes públics, ja siguin d'àmbit municipal, supramunicipal, autonòmic o estatal. En aquest estudi s'han prioritzat els serveis i programes municipals, comarcals i de la Diputació de Barcelona, tot i que també s'han inclòs prestacions i projectes impulsats per la Generalitat de Catalunya.
- **Privada:** iniciatives impulsades per part d'organitzacions privades, ja siguin empreses mercantils o entitats sense ànim de lucre. En l'estudi s'han tingut preferentment en compte les iniciatives del tercer sector social.
- **Social i/o comunitària:** iniciatives desenvolupades directament per part de la ciutadania, sense necessitat d'estar legalment constituïdes. Es caracteritzen pel treball voluntari i l'autoorganització.

És important **no confondre la iniciativa o titularitat del servei amb el model de gestió**. Mentre que la majoria dels serveis analitzats són de titularitat pública, en molts casos la gestió recau en el sector privat, d'iniciativa social o mercantil, en una tendència creixent durant els darrers anys, com es mostrarà en les dades analitzades.

Finalment, pel que fa a la tipologia de la prestació, es pot diferenciar entre **prestacions econòmiques, tecnològiques o de servei**. En aquest estudi s'han prioritzat les prestacions de servei per sobre de les econòmiques, tot i que també se n'ha inclòs l'anàlisi de manera puntual.

3.1.4. Valors o eixos estructurants

Cada servei o programa s'articula en relació a una visió o objectius, que es materialitzen en els valors que defineixen el servei i n'estructuren la metodologia de treball. En aquest sentit, hem volgut prioritzar els serveis que promouen els valors següents:

- **Prevenció:** serveis que busquen evitar la institucionalització de les persones i afavorir la vida al domicili, centrar l'atenció al voltant de les persones receptores de cures i garantir la continuïtat assistencial. Així mateix, també s'han considerat preventius els recursos per reduir la sobrecàrrega de les persones cuidadores que contribueixen a garantir una atenció adequada, i que en promouen el benestar i la cura.
- **Integració comunitària:** serveis que es vinculen amb els recursos de l'entorn trencant l'aïllament social en la provisió i la recepció de cures. És a dir, busquen l'empoderament de les persones implicades en els processos de cura o la inclusió social.
- **Reconeixement:** es posa en relleu el valor positiu de les cures, buscant la seva visibilització i fugint de l'estigmatització dels col·lectius que hi són implicats o de les activitats que requereixen.

3.1.5. Nivells d'anàlisi

Els nivells d'anàlisi aplicats, i les dimensions cobertes en cada servei, han estat els següents:

- **Nivell 1:** es presenta una anàlisi general del servei descrivint els objectius i el funcionament, la població destinatària, el tipus d'iniciativa i el model de gestió, així com l'accés i les dades bàsiques de cobertura de la població diana.

  Aquests serveis s'han recollit en un format de taules sintètiques on es descriu succintament cadascun dels elements esmentats anteriorment i es proporcionen referències amb més informació per aprofundir-hi.

- **Nivell 2:** es desenvolupa una anàlisi amb més profunditat, cobrint els mateixos elements que en els serveis de nivell d'anàlisi 1 i ampliant altres aspectes com la missió, el tipus de reconeixement de dret, el model d'atenció, el perfil de les persones destinatàries, els elements de qualitat del servei, les ràtios i els perfils de les persones treballadores, i el finançament.

Aquests serveis no s'han estructurat en taules, sinó que s'han descrit en apartats específics, agrupats en seccions per cada element analitzat.

3.1.6. Font de dades

Per a l'anàlisi dels serveis i recursos, amb independència del nivell d'anàlisi, s'ha treballat amb fonts d'informació primàries i secundàries, tant qualitatives com quantitatives. S'han explotat bases de dades existents, tant internes de la Diputació de Barcelona (DIBA), especialment els Cercles de Comparació Intermunicipal de Serveis Socials, com d'altres organismes (Idescat, INE, Portal de transparència de la Generalitat de Catalunya, sistema d'informació de dependència del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya), i dades a partir de fonts creades *ad hoc* per a la diagnosi, com el qüestionari sobre la gestió i la qualitat del SAD, realitzat per a aquest estudi el maig de 2021, i adreçat als ens locals de la província de Barcelona.

Addicionalment, s'han conduït entrevistes amb persones expertes o referents d'alguns dels àmbits analitzats[18] per tal d'orientar correctament l'anàlisi i la interpretació de les dades. També **s'ha compartit i contrastat el resultat de la diagnosi amb el Fòrum de Persones Expertes en Cures** constituït per la Diputació de Barcelona el juliol de 2021 per acompanyar el projecte transformador *Cap a un nou sistema públic de cures en la comunitat*.[19]

Tant per a les anàlisis de nivell 1 com per a les de nivell 2 s'ha partit d'un extens llistat de fonts d'informació i dades, així com d'un recull dels indicadors rellevants per tal d'obtenir una perspectiva àmplia de l'estat de prestació de cadascun dels serveis. A la pràctica, aquest llistat s'ha anat reelaborant a partir de l'exploració en profunditat de les fonts disponibles i la identificació de les limitacions i els condicionants de cada font (per exemple, anys de referència disponibles, nivell d'agregació o desagregació territorial, etc.).

El resultat és una diagnosi que, malgrat que parteix d'una voluntat analítica relativament homogènia al conjunt de serveis i recursos objecte d'estudi, s'ha adaptat a la realitat de la informació disponible, sense per això renunciar a uns objectius mínims d'anàlisi comuna. La totalitat dels serveis han estat estudiats majoritàriament amb dades de la província de Barcelona i s'han elaborat anàlisis longitudinals de la darrera dècada sempre que les dades ho han permès.

[18] S'ha entrevistat Aina Alegret, presidenta de l'APEFAC i educadora de l'Espai Familiar La Casa Petita de l'Ajuntament de Vilafranca del Penedès, i Josep Serrano, gerent de la Fundació per a l'atenció de persones dependents de Cornellà de Llobregat.

[19] Les persones que componen el Fòrum són: Víctor Bayarri, consultor social, expert en l'àmbit de la discapacitat i la dependència; Raquel Calatayud, economista i jurista, subdirectora de Camon Consulting; Victòria Camps, doctora en Filosofia i catedràtica emèrita de la Universitat de Barcelona; Mercè Civit, vicedegana de la junta de govern del Col·legi de Treball Social de Catalunya; Blanca Deusdad, doctora en Sociologia, membre del Grup d'Antropologia Social; Sandra Ezquerra, professora de Sociologia de la Universitat de Vic i directora de la Càtedra UNESCO Dones, Desenvolupament i Cultures de la Universitat de Vic; Xavier Garcia Milà, arquitecte director de l'estudi «Arquitectura i Accessibilitat» (AiA) i membre del Consell per a la Promoció de l'Accessibilitat de la Generalitat de Catalunya; Daniel Guasch, director de la Càtedra d'Accessibilitat de la Universitat Politècnica de Catalunya; Pilar Hilarion, subdirectora de l'Institut Universitari Avedis Donabedian; Elba Mansilla, investigadora i periodista, sòcia fundadora i investigadora de la cooperativa La Ciutat Invisible; Júlia Montserrat, professora associada de la Universitat Ramon Llull i investigadora en l'àmbit de l'economia de polítiques socials; Pilar Rodríguez, presidenta de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal; Antoni Salvà, director de la Fundació Salut i Envelliment; Mayte Sancho, gerontòloga, experta en planificació; Joseba Zalakain, director del SIIS Centre de Documentació i Estudis de la Fundació Eguía Careaga; i Pilar Zueras Castillo, investigadora del Centre d'estudis demogràfics de la Universitat Autònoma de Barcelona. El Fòrum està dinamitzat per Sara Moreno, professora de Sociologia i membre del Centre d'Estudis Sociològics sobre la Vida Quotidiana i el Treball (QUIT), Universitat Autònoma de Barcelona.

3.1.7. Serveis analitzats

La taula que segueix recull el total de serveis i recursos estudiats, amb algunes de les dimensions explicades anteriorment, i la determinació del nivell d'anàlisi escollit.

Nom del servei / prestació	Tipologia	Entorn	Població objectiu	Nivell d'estudi
SAD - Servei d'ajuda a domicili	Serveis de cures	Domiciliari	Persones amb manca d'autonomia personal	2
Servei Local de Teleassistència (SLT)	Serveis de tecnologies de suport i cura	Domiciliari	Persones amb manca d'autonomia personal	2
Servei d'àpats a domicili	Serveis de cures	Domiciliari	Persones amb manca d'autonomia personal	1
Servei d'ajudes tècniques o banc d'ajuts tècnics	Suport a les cures	Domiciliari	Persones amb manca d'autonomia personal	1
Arranjament d'habitatges	Suport a les cures	Domiciliari	Persones amb manca d'autonomia personal	1
Servei de suport a l'autonomia a la pròpia llar	Serveis de cures	Domiciliari	Persones amb manca d'autonomia personal	1
Assistència personal	Serveis de cures	Comunitari	Persones amb manca d'autonomia personal	1
Servei de centre de dia per a persones grans	Serveis de cures	Comunitari	Persones grans en situació de dependència i risc social	1
Serveis Respir per a persones cuidadores no professionals	Serveis de cures i de suport a les cures	Comunitari/ Residencial	Persones cuidadores no professionals	2
GSAM (Grups de suport emocional i ajuda mútua)	Suport a les cures	Comunitari	Persones cuidadores no professionals	2
Espais d'informació i assessorament	Suport a les cures	Comunitari	Persones cuidadores no professionals	1
Activitats de formació i capacitació	Suport a les cures	Comunitari	Persones cuidadores no professionals	1
Espais Familiars de Petita Infància	Serveis de cures i de suport a les cures	Comunitari	Famílies i petita infància	2
CDIAP (Centres de desenvolupament infantil i atenció precoç)	Serveis de cures	Comunitari	Famílies i petita infància	1
SOAF (Servei d'Orientació i Atenció a les Famílies)	Suport a les cures	Comunitari	Famílies	1
Punts d'informació i assessorament a famílies	Suport a les cures	Comunitari	Famílies	1
Espais de formació i capacitació	Suport a les cures	Comunitari	Famílies	1
Grups de preparació al part i al postpart	Suport a les cures	Comunitari	Famílies i petita infància	1
Serveis i programes d'atenció terapèutica	Suport a les cures	Comunitari	Famílies i petita infància	1
Projectes d'acció comunitària	Suport a les cures	Comunitari	Persones grans, persones amb soledat no volguda, infància i famílies	1

Taula 3.1. Recursos de cures i de suport a les cures que s'han analitzat en la diagnosi present.

3.2. ANÀLISI DE PRESTACIONS I SERVEIS

3.2.1. El Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència

La dependència és «l'estat de caràcter permanent en què es troben les persones que, per raons derivades de l'edat, la malaltia o la discapacitat, i vinculades a la falta o a la pèrdua d'autonomia física, mental, intel·lectual o sensorial, necessiten l'atenció d'una altra o altres persones o ajudes importants per realitzar activitats bàsiques de la vida diària, o bé, en el cas de les persones amb discapacitat intel·lectual o malaltia mental, altres suports per a l'autonomia personal».[20] Els serveis de promoció de l'autonomia i atenció a la dependència són tots aquells que permeten o faciliten que les persones que els reben realitzin les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD), que són «les tasques més elementals de la persona, que li permeten desenvolupar-se amb un mínim d'autonomia i independència, com ara la cura personal, les activitats domèstiques bàsiques, la mobilitat essencial, reconèixer persones i objectes, orientar-se, entendre i executar ordres o tasques senzilles» (art. 2.3, LAPAD).

El grau d'autonomia de les persones es valora, generalment, en funció de la capacitat de dur a terme les ABVD, així com les activitats instrumentals (anar a comprar, fer la neteja de la llar, etc.). Els barems d'autonomia són els emprats per determinar el grau de dependència d'una persona, el qual pot estar relacionat amb situacions de discapacitat sensorial, física o cognitiva, o derivar d'altres motius, com ara l'envelliment, el principal causant de les situacions de manca d'autonomia.

És rellevant diferenciar les situacions de discapacitat de les de dependència,[21] i tenir en compte el fet que el reconeixement del grau de discapacitat no ha d'estar relacionat necessàriament amb el de dependència, encara que en molts casos es produeixin les dues situacions simultàniament.

El Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència (SAAD) és, segons l'IMSERSO, el conjunt de serveis i prestacions econòmiques destinats a la promoció de l'autonomia personal, i a l'atenció i protecció de les persones en situació de dependència mitjançant serveis públics i privats concertats degudament acreditats, que contribueix a la millora de les condicions de vida de la ciutadania.

La Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (LAPAD), «va suposar un avenç important en protecció social, perquè es passa de l'assistencialisme al reconeixement d'un dret universal i subjectiu pel que fa a l'atenció de les situacions de dependència en algun dels graus contemplats per la Llei» (Marbán, 2019: 2).

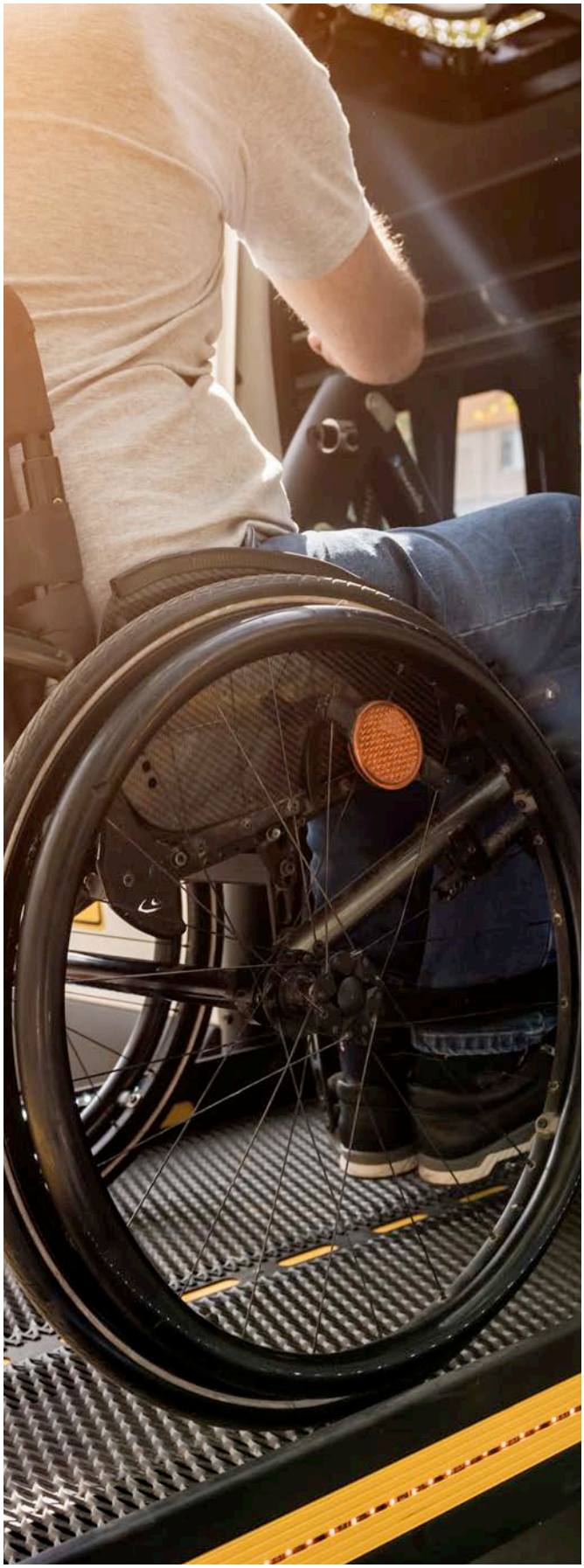
Alhora, l'atenció a la dependència amb el concepte de «cures de llarga durada» ha estat reconeguda com a dret essencial de la ciutadania en el marc del Pilar europeu de drets socials, el Principi 18 del qual estableix que «tota persona té dret a cures de llarga durada assequibles i de bona qualitat, en particular d'assistència al domicili i serveis comunitaris».[22]

El SAAD es configura com una xarxa de responsabilitat pública que «integra, de manera coordinada, centres i serveis, públics i privats» (art. 6.2, LAPAD), i disposa que «les prestacions i els serveis establerts en aquesta Llei s'integren en la Xarxa de Serveis Socials de les respectives Comunitats Autònomes en l'àmbit de les competències que tenen assumides. La xarxa de centres estarà formada pels centres públics de les comunitats autònomes, de les entitats locals, els centres de referència estatal per a la promoció de l'autonomia personal i per a l'atenció i cura de situacions de dependència, així com els privats concertats degudament acreditats» (art. 16.1, LAPAD).

[20] Traducció pròpia de l'article 2.2 de la Llei 39/2006, 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (LAPAD).

[21] «La dependència és la conseqüència d'un grau sever de discapacitat, però només passa a ser-ho quan la persona, com a conseqüència de la discapacitat, requereix l'ajuda d'algú per poder realitzar certes activitats. Per tant, el tret diferencial entre la discapacitat i la dependència és la necessitat de l'ajuda d'una altra persona» (Pla Estratègic de Serveis Socials de Catalunya 2010-2013, Generalitat de Catalunya, 2010: p. 72).

[22] Pilar Europeu dels Drets Socials, Comissió Europea: https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/economy-works-people/jobs-growth-and-investment/european-pillar-social-rights_es.



Per tant, el desplegament del SAAD recau per llei en la Generalitat de Catalunya, concretament en el Departament de Drets Socials, però a la pràctica els ens locals[23] estan assumint la gestió de l'atenció a la dependència com una competència delegada, especialment pel que fa a l'atenció domiciliària.[24] De manera succinta, el departament de Drets Socials és l'organisme responsable de valorar i reconèixer les situacions de dependència a través dels Serveis de Valoració de la Dependència (SEVAD), mentre que els ens locals realitzen les propostes de Programes Individuals d'Atenció (PIA), conjuntament amb les persones amb grau de dependència reconegut, que són validades pels referents territorials de dependència. L'aprovació del PIA[25] es fa, doncs, en el moment d'inici de la prestació[26] amb una resolució administrativa emesa pels serveis territorials del departament de Drets Socials que dona dret a les prestacions acordades. La provisió dels recursos suficients per cobrir l'atenció a les situacions de dependència reconeguda recau en la Generalitat de Catalunya, la qual els vehicula mitjançant la prestació de serveis a les persones i d'ajuts econòmics. Pel que fa als serveis d'atenció domiciliària que són gestionats pels ens locals, la Generalitat en vehicula el cofinançament mitjançant

[23] D'acord amb l'article 34 de la Llei 12/2007, de Serveis Socials de Catalunya, tenen competència en serveis socials bàsics els ens locals que constitueixen una àrea bàsica de serveis socials (ABSS), és a dir, tant els municipis amb més de 20.000 habitants com els consells comarcals o les mancomunitats de municipis; els dos darrers, organismes per als municipis amb població inferior a 20.000 habitants. Vegeu més informació sobre l'organització de les ABSS i les seves competències a Pujol, Maria Assumpció; Manzano, Miquel Àngel i Juvillà Ballester, Eloi (2013).

[24] L'article 12 de la LAPAD estableix la possibilitat que els ens locals participin en la prestació dels serveis del SAAD «d'acord amb la normativa de les seves respectives comunitats autònomes i dintre de les competències que la legislació vigent els atribueix». Tal com reconeix el pla de xoc per a l'impuls del Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència 2021-2023, «això implica que, tot i que no participen directament del finançament del SAAD, sí que ho fan de manera indirecta assumint part dels costos de gestió i de prestació de serveis de proximitat i d'altres» (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2020: 7).

[25] Vegeu-ne més informació a: https://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/persones_amb_dependencia/recursos_per_a_professionals/elaboracio_del_pia.

[26] Excepte en el cas de la prestació econòmica de cures en l'entorn familiar i de suport a persones cuidadores no professionals (PECEF). En virtut del Decret Llei 20/2012, a Catalunya s'aplica un període suspensiu màxim de 18 mesos entre l'efectivitat que indica la resolució administrativa (PIA) i l'inici del pagament. S'ha anunciat l'eliminació d'aquest termini pel març de 2022.

el contracte programa.[27] Els ens locals també assumeixen alguns serveis socials especialitzats quan s'estableix una delegació de competències o fórmules de gestió conjunta entre la Generalitat i un ens local, d'acord amb l'article 27.2 de la Llei 12/2007.

Segons les estadístiques del SISAAD publicades per l'IMSERSO, l'any 2020 a Catalunya el cens de persones amb dependència reconeguda era de 230.320 persones, de les quals 156.934 rebien alguna prestació del sistema. Per tant, s'estima que unes 73.386 persones en situació de dependència es trobaven en llista d'espera per accedir a una prestació del SAAD; el 31,8 % de les persones amb reconeixement de dependència, una xifra molt per sobre de la mitjana estatal, que era del 17,1 %. De fet, **Catalunya és la comunitat autònoma amb una llista d'espera més elevada per rebre la prestació entre les persones valorades com a dependents**. Així mateix, també és un dels territoris que presenta més temps d'espera entre la sol·licitud de valoració i la recepció efectiva de la prestació, amb terminis propers als dos anys (CES, 2020).

D'acord amb el Mapa de Serveis Socials de Catalunya, l'any 2020 tenien PIA, és a dir rebien algun tipus de prestació de servei o econòmica del sistema d'atenció a la dependència, 168.429 persones a tot Catalunya[28] i 120.458 a la província de Barcelona. Per tant, aproximadament el 70 % de les persones amb PIA a Catalunya viuen a la província de Barcelona.

La valoració de les sol·licituds es du a terme aplicant el barem de valoració de la dependència, que és l'instrument per determinar les situacions de dependència moderada, severa i gran. Aquest barem estableix els criteris de valoració del grau d'autonomia de les persones en relació a la capacitat per realitzar les ABVD, així com la necessitat de suport i supervisió en relació a aquestes activitats per a persones amb discapacitat intel·lectual o malaltia mental, tenint en compte els informes relatius a la salut de la persona i l'entorn en què viu.

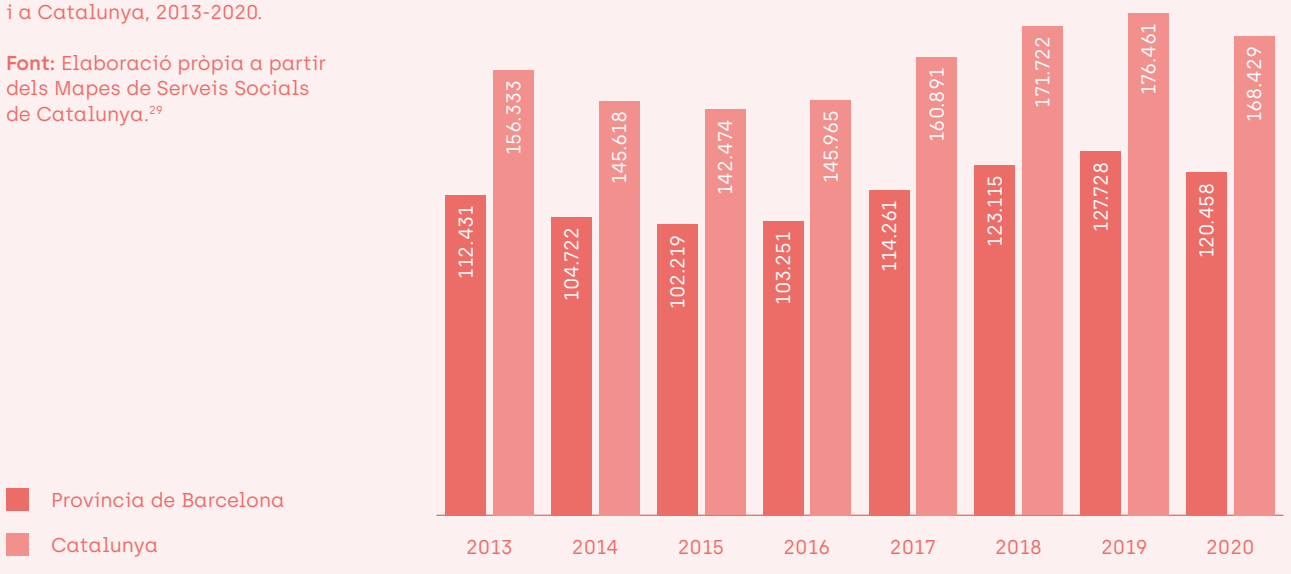
[27] El contracte programa és una eina de gestió que permet establir una relació equilibrada entre les parts, caracteritzada per una corresponsabilitat del govern autonòmic i del govern local en la gestió, la prestació i la implementació dels serveis socials al territori, mitjançant l'establiment d'accions, obligacions i competències per a cadascuna de les parts.

[28] Segons les dades del departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya, el nombre de persones amb PIA l'any 2020 era superior en 11.495 persones al que recullen les dades de l'IMSERSO. Aquestes diferències en les dades estadístiques tenen relació amb nombrosos factors, entre d'altres el desfasament en la regularització de les dades en la comunicació interadministrativa.

[29] Mapa de Serveis Socials de Catalunya. Actualització de dades bàsiques. Prestacions econòmiques i de serveis per a persones amb dependència. Taula «Distribució dels beneficiaris per grau de dependència» (anys 2013-2020). Disponible a: https://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/serveis_socials/estadistiques/mapaserveissocials/.

Gràfic 3.1. Persones amb PIA a la província de Barcelona i a Catalunya, 2013-2020.

Font: Elaboració pròpia a partir dels Mapes de Serveis Socials de Catalunya.[29]



Segons la necessitat de suport que té una persona per realitzar les activitats bàsiques de la vida diària, s'estableixen tres graus de dependència:

- **Grau I:** dependència moderada. Necessita ajuda per realitzar diverses activitats bàsiques de la vida diària almenys una vegada al dia, o té necessitats d'ajuda intermitent o limitada per a la seva autonomia personal.
- **Grau II:** dependència severa. Necessita ajuda per a diverses activitats bàsiques de la vida diària dues o tres vegades al dia, però no requereix la presència permanent d'una persona cuidadora o no té necessitats d'ajuda extensa per a la seva autonomia personal.
- **Grau III:** gran dependència. Necessita ajuda per realitzar diverses activitats bàsiques de la vida diària unes quantes vegades al dia i, per la seva pèrdua total d'autonomia mental o física, necessita la presència indispensable i contínua d'una altra persona o té necessitat d'ajuda per a la seva autonomia personal.

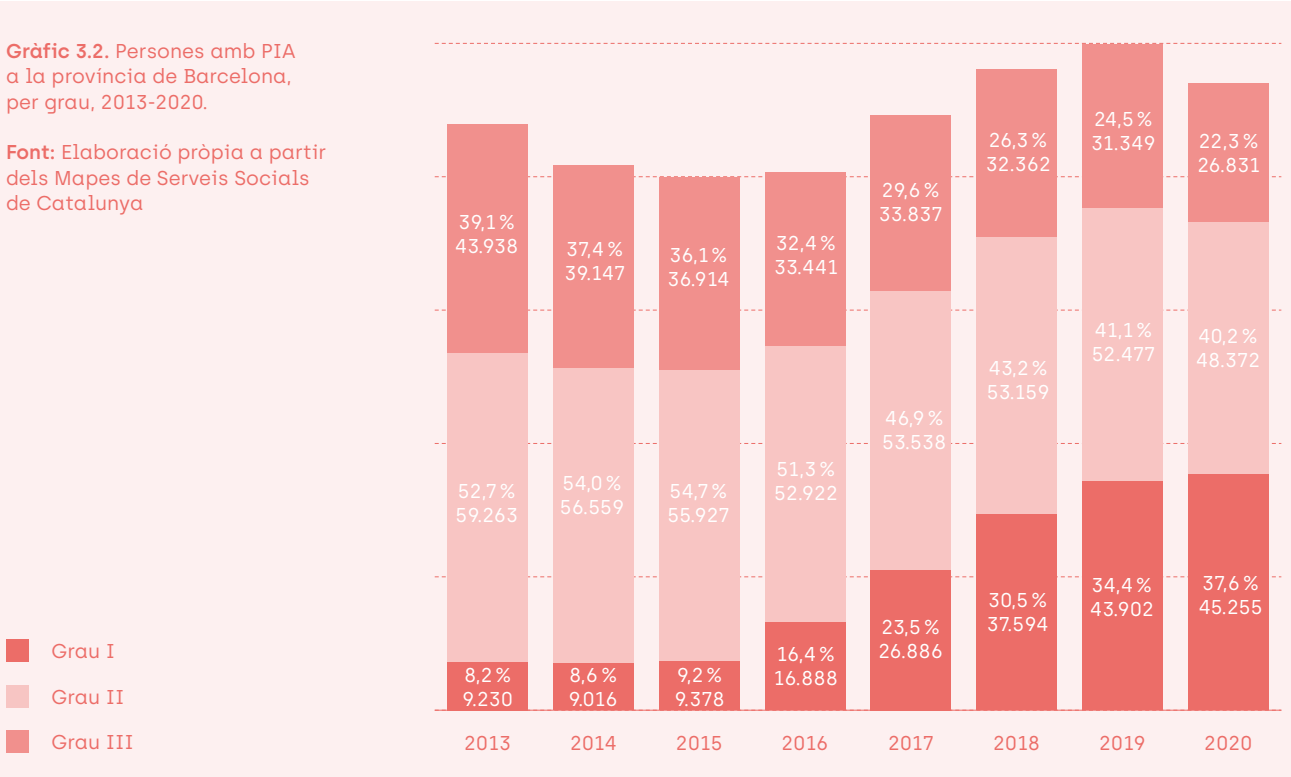
Cal tenir en compte que, en el conjunt de l'Estat, al voltant d'un 20 % de les persones que presenten la sol·licitud de reconeixement de dependència no tenen un reconeixement institucional d'aquesta condició, i que hi pot haver un cert nombre de persones que, tot i complir amb les condicions necessàries per beneficiar-se de les prestacions del sistema, no han arribat a presentar sol·licitud per diferents motius (CES, 2020).

De les 120.458 persones de la província de Barcelona que tenien un grau de dependència reconegut i rebien una prestació l'any 2020,[30] un 37,6 % eren de Grau I, el 40,2 % de Grau II i el 22,3 % de Grau III. Com s'observa en el gràfic 3.2, les persones amb reconeixement de Grau I són l'únic grup que s'ha incrementat proporcionalment els darrers 4 anys, coincidint amb l'entrada en vigor d'aquest grau al sistema l'any 2015.

[30] Com s'ha indicat a la nota 26, totes les persones amb PIA reben una prestació, però les que reben la prestació econòmica per a persona cuidadora no professional (PECEF) tenen una carència de 18 mesos, per la qual cosa les estadístiques que es mostren poden incloure persones sense prestació efectiva per aquest motiu.

Gràfic 3.2. Persones amb PIA a la província de Barcelona, per grau, 2013-2020.

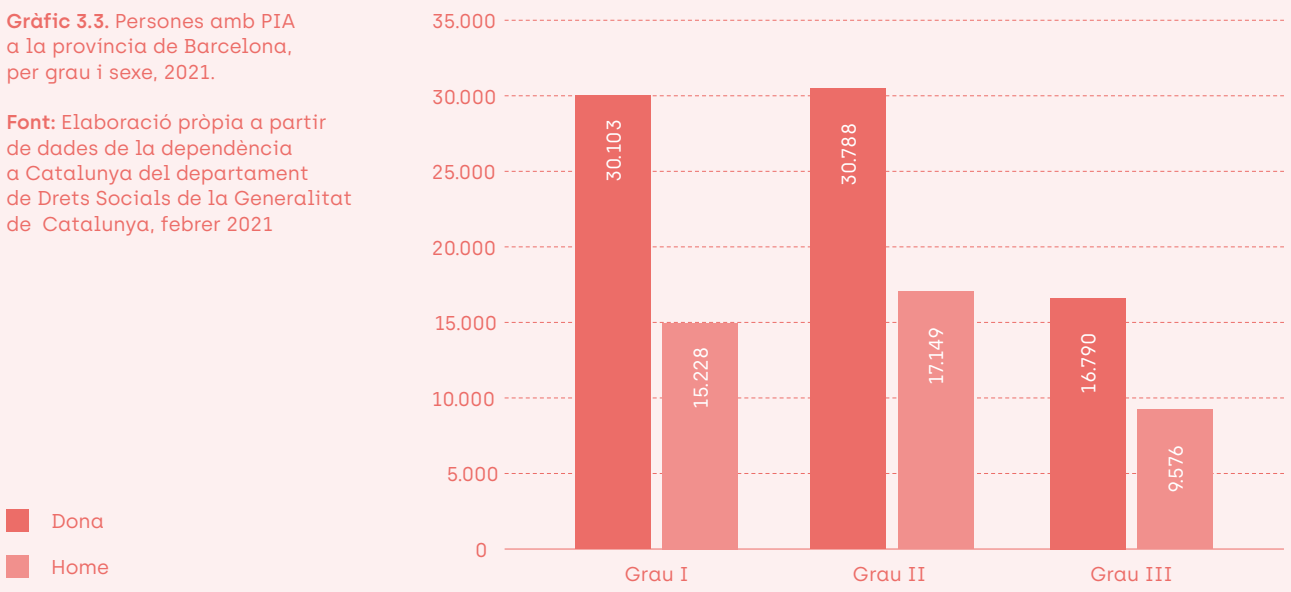
Font: Elaboració pròpia a partir dels Mapes de Serveis Socials de Catalunya



Si s'observen les diferències per sexe de la població de la província de Barcelona en relació al reconeixement del dret a rebre una prestació del Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència, **el 64,9 % són dones**. Aquesta diferència es manté en els diversos graus de dependència. La menor esperança de vida amb bona salut de les dones a partir dels 65 anys sumada a una major esperança de vida explica el fet que bona part de la població beneficiària siguin dones. És a dir, les dones viuen més anys però amb pitjor estat de salut (CES, 2020).

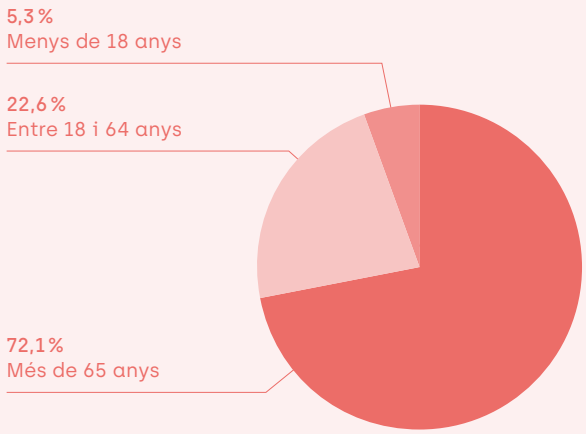
Gràfic 3.3. Persones amb PIA a la província de Barcelona, per grau i sexe, 2021.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de la dependència a Catalunya del departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya, febrer 2021



Gràfic 3.4. Percentatge de persones amb PIA a la província de Barcelona, per edat, 2021.

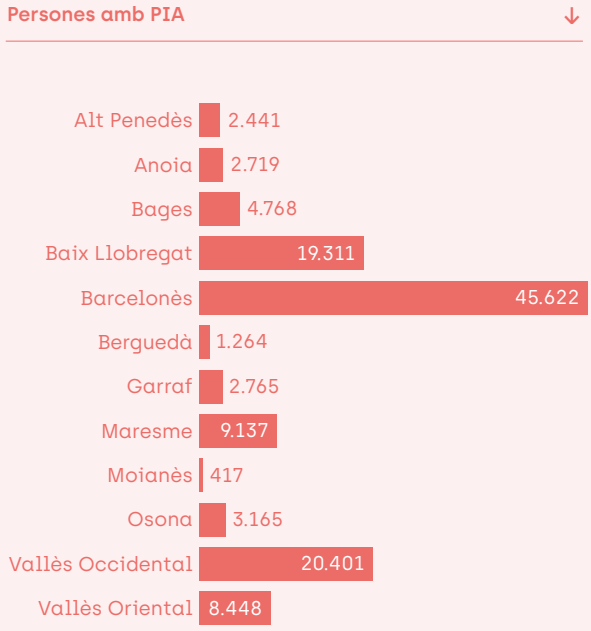
Font: Elaboració pròpia a partir de dades de la dependència a Catalunya del departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya, febrer 2021

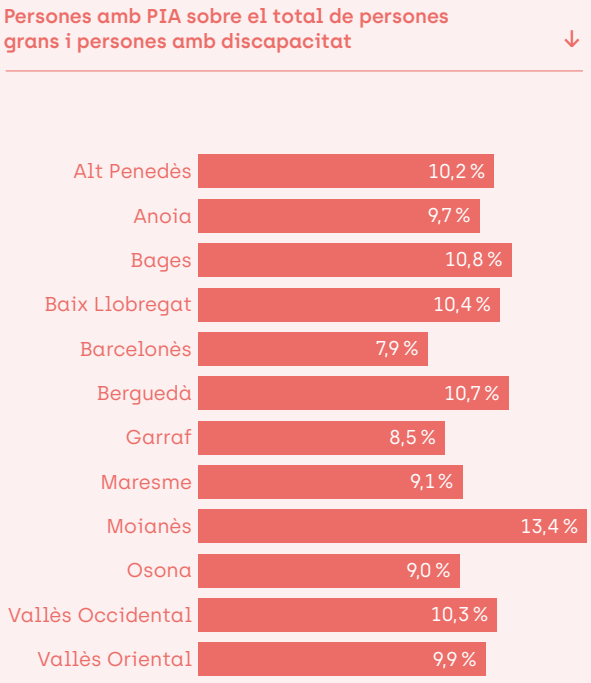


Les persones que reben prestacions d'atenció a la dependència també presenten un perfil marcat per l'edat, ja que un 72,1 % tenen més de 65 anys i un 40,4 % més de 85. Tot i així, hi ha un volum considerable de població adulta de menys de 65 anys amb necessitats de suport per a les activitats bàsiques de la vida diària i beneficiària del Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència (un 22,6 % dels beneficiaris tenen entre 18 i 65 anys). A més, hi ha un 5,3 % de menors de 18 anys que reben prestacions del sistema de dependència.

Gràfic 3.5. Persones amb PIA a la província de Barcelona, per comarca, i percentatge de persones amb PIA sobre el total de persones amb més de 65 anys i de persones amb discapacitat, per comarca, 2020.

Font: Elaboració pròpia a partir del Mapa de Serveis Socials de Catalunya.





Pel que fa a la distribució per comarques de les persones amb PIA, el gràfic següent destaca en valors absoluts tres comarques (Barcelonès, Baix Llobregat i Vallès Occidental) molt per sobre de la resta, ja que concentren el 70 % del total de persones amb PIA. No obstant això, el percentatge de població amb PIA respecte del total de la població que té més de 65 anys i la població amb discapacitat és similar en el conjunt de comarques. És rellevant destacar, però, que la comarca amb un percentatge més baix de població amb PIA respecte a aquest grup és la més poblada, el Barcelonès. D'altra banda, el Moianès presenta un percentatge força superior.

Per poder ser beneficiàries de les prestacions contemplades en el SAAD a Catalunya, totes les persones amb reconeixement de dependència han de tenir aprovat, com s'ha esmentat, el Programa Individual d'Atenció (conegut com a PIA), un instrument clau per a la concreció de drets. Aquest programa és elaborat pels serveis socials bàsics (SSB d'ara endavant) del municipi on resideix la persona en situació de dependència, i és el moment en el qual es determina quins dels ajuts i serveis previstos s'ajusten millor a les necessitats de la persona.

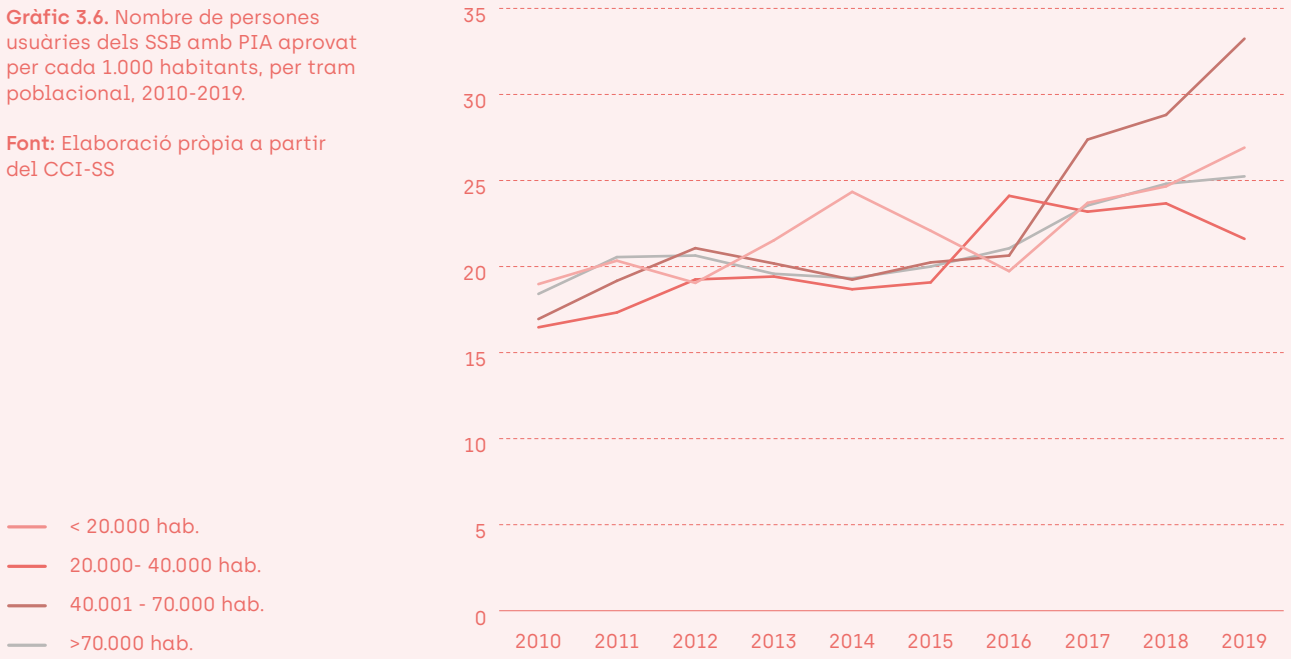
En el marc del Cercle de Comparació Intermunicipal de Serveis Socials (CCI-SS d'ara endavant),[31] es mostra com la proporció de persones amb PIA aprovat per cada 1.000 habitants s'ha incrementat progressivament durant la darrera dècada, situant-se en un 2,7 % per al conjunt dels municipis participants en el projecte l'any 2019, en comparació a l'1,8 % de 2010.[32] El gràfic 3.6 també mostra com, des de 2016, els municipis entre 40.001 i 70.000 habitants són els que més han incrementat aquesta proporció.

[31] Programa de la Diputació de Barcelona que recull i analitza anualment dades clau de diferents serveis municipals. En el present estudi s'han analitzat algunes de les variables recollides en el marc d'aquest projecte entre els anys 2010 i 2019, especialment les relacionades amb els serveis socials d'atenció domiciliària (SSAD). S'han considerat exclusivament els municipis pertanyents a la província de Barcelona. Vegeu més informació sobre el programa a: https://www.diba.cat/es/web/benestar/cercles-de-comparacio-intermunicipals-de-serveis-socials.

[32] S'han tingut en compte els municipis de la província de Barcelona que participen en els CCI-SS, que equivalen al 75 % de la població de la demarcació, exclosa la ciutat de Barcelona. La mostra de municipis que participen en el CCI-SS és força estable al llarg dels anys, formada per uns 55 locals que anualment faciliten les seves dades i participen en l'anàlisi. Es considera una mostra representativa dels municipis de població gran i mitjana de la província, i en menor mesura dels municipis inferiors a 20.000 habitants.

Gràfic 3.6. Nombre de persones usuàries dels SSB amb PIA aprovat per cada 1.000 habitants, per tram poblacional, 2010-2019.

Font: Elaboració pròpia a partir del CCI-SS



A partir de la resolució del PIA, s'activen les prestacions econòmiques i/o de serveis que es contemplen en el programa acordat, el qual s'adapta tant a les necessitats de la persona en situació de dependència com als recursos existents en el territori. Les principals prestacions econòmiques i de serveis contemplades en l'actualitat pel SAAD a Catalunya són les següents:

Prestacions de servei:

→ Servei de centre de dia per a persones grans, servei de centre de dia d'atenció especialitzada per a persones amb discapacitat intel·lectual; servei de centre de dia ocupacional per a persones amb discapacitat intel·lectual; servei de centre de dia d'atenció especialitzada per a persones amb discapacitat física.

→ Servei de residència assistida de caràcter temporal o permanent per a persones grans en situació de dependència i per a persones segons la tipologia de discapacitat.

→ Servei de teleassistència.

→ Servei d'ajuda a domicili (SAD).

Prestacions econòmiques:

→ Prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar i per a persones cuidadores no professionals (PECEF).

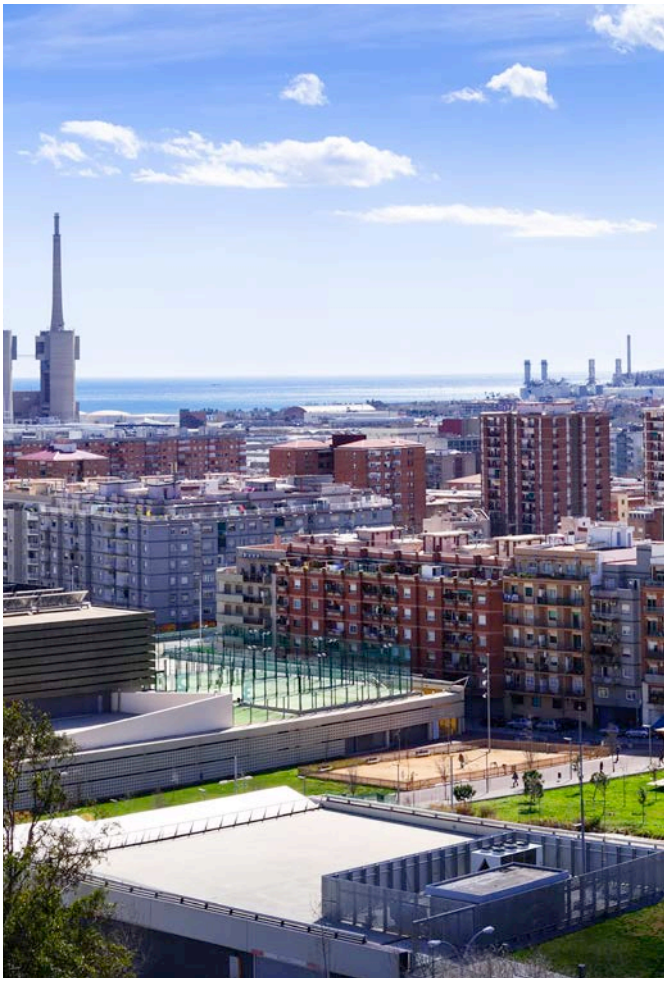
→ Prestació econòmica d'assistència personal.

→ Prestació econòmica vinculada a servei (PEV). Els serveis als quals es pot vincular la prestació són:

- Servei de centre de dia (PEV-CD)
- Servei de residència (PEV-Res)
- Servei d'ajuda a domicili (PEV-SAD)

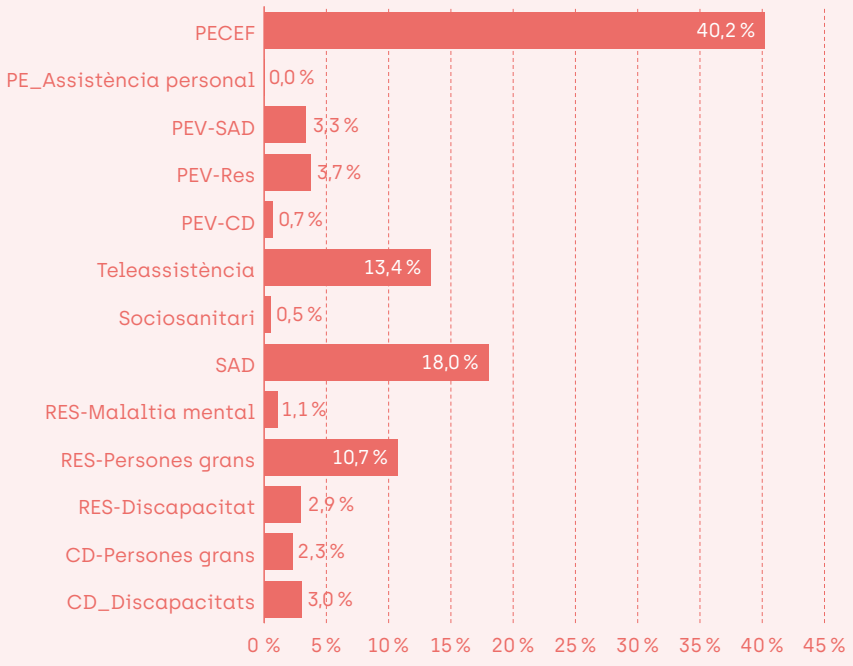
En algunes ocasions s'activa més d'un recurs per persona. A la província de Barcelona hi ha, l'any 2021, una mitjana d'1,27 recursos per persona amb dependència reconeguda. El gràfic següent presenta el percentatge de cada tipologia de prestació sobre la totalitat de prestacions. En alguns casos els serveis es diferencien segons les característiques del col·lectiu atès: persones grans, persones amb discapacitat o persones amb malaltia mental.

Com s'observa en el gràfic 3.7, **el recurs més habitual és la prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar i per a persones cuidadores no professionals (PECEF), equivalent a un 40,2 % del total de prestacions a la província de Barcelona.** Aquest percentatge és similar al del conjunt de Catalunya, que és del 41,6 % i se situa per sobre de la mitjana estatal, que era, segons dades del SISAAD, del 31,6 % l'any 2020, amb comunitats autònomes que van del 13 % al 59 % de PECEF sobre el total de prestacions.



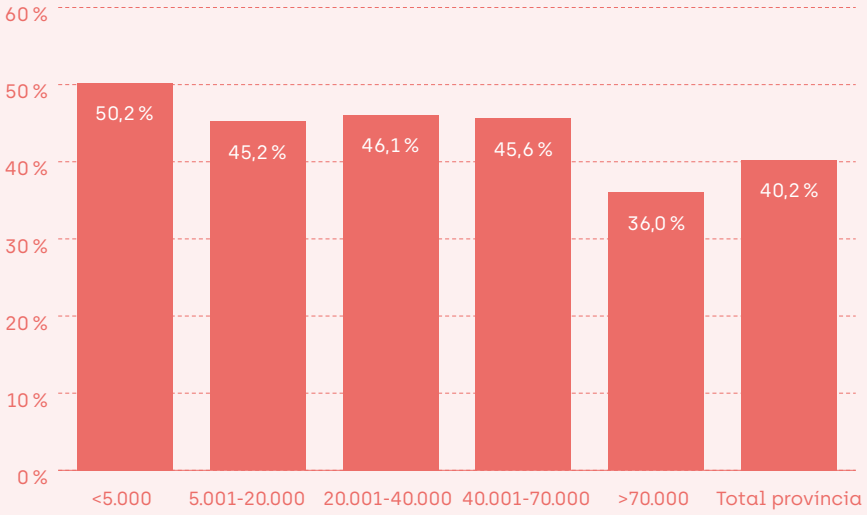
Gràfic 3.7. Percentatge de cada prestació del SAAD a la provincia de Barcelona respecte del total de prestacions, 2021.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de la dependència a Catalunya del departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya, febrer 2021



Gràfic 3.8. Percentatge de PECEF respecte del total de prestacions del SAAD a la província de Barcelona, per tram poblacional, 2021.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de la dependència a Catalunya del departament de Drets Socials

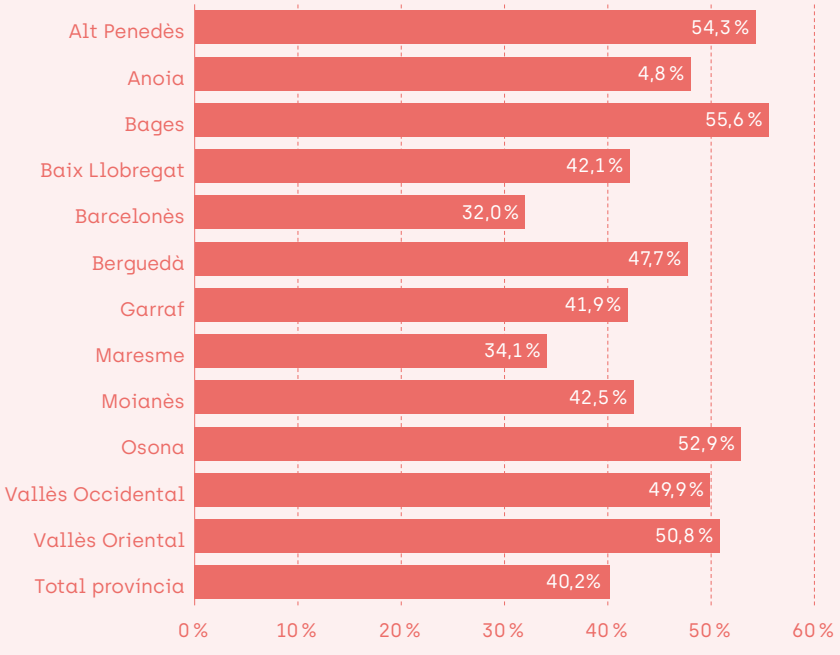


En tot cas, com ho mostra el gràfic 3.8, s'observa una clara diferència territorial en el pes de la PECEF respecte del conjunt de prestacions del SAAD. Mentre que als municipis de menys de 5.000 habitants arriba al 50 %, als que passen dels 70.000 se situa 14 punts percentuals per sota, i tan sols representa poc més d'un terç del total de prestacions. Els elements explicatius poden tenir a veure amb una menor disponibilitat de serveis —especialment del SAD, com es veurà més endavant—, així com amb les preferències de les persones beneficiàries o estratègies familiars, molt condicionades també pels rols de gènere.

Des de la perspectiva de les comarques, el Barcelonès i el Maresme, i en certa mesura el Baix Llobregat, el Moianès i el Garraf presenten proporcions de PECEF baixes, mentre que en les comarques de l'Alt Penedès, el Bages, Osona i el Vallès Oriental supera el 50 % de les prestacions.

Gràfic 3.9. Percentatge de PECEF respecte del total de prestacions del SAAD a la província de Barcelona, per comarca, 2021.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de la dependència a Catalunya del departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya, febrer 2021



Segons la Llei, la PECEF hauria de tenir caràcter excepcional, i requereix que la persona beneficiària hagi estat atesa per persones cuidadores no professionals l'any previ a la presentació de la sol·licitud. Les cures han de ser proveïdes per un membre de la família i només, excepcionalment, per persones de l'entorn proper.

Així doncs, aquesta prestació s'atorga a la persona en situació de dependència perquè sigui atesa per persones cuidadores no professionals del seu entorn. L'import de la prestació era de fins a 387,64 € al mes l'any 2020,[33] equivalent a 23,8 hores al mes de servei d'ajuda a domicili amb finançament públic.[34] La PECEF permet a la persona cuidadora donar-se d'alta a la Seguretat Social, i és el govern de l'Estat qui assumeix el pagament de les cotitzacions.[35] La continuïtat d'aquesta prestació atorga la capacitat de rebre prestacions contributives, tot i que no genera dret a rebre la prestació de l'atur. Cal destacar, també, que moltes de les persones cuidadores no professionals es troben en edat de jubilació. Aquest és un dels motius pels quals, segons dades de l'EPA (Enquesta de Població Activa), de gener de 2021, només figuraven com a afiliades al règim de cures no professionals 3.746 persones a la província de Barcelona, de les quals un 87,9 % eren dones.

Com s'observa en el gràfic 3.10, el nombre de persones en situació de dependència amb un cuidador o cuidadora no professional reconegut en el marc del seu PIA va disminuir notablement entre els anys 2013 i 2016, d'acord amb les mesures administratives adoptades l'any 2012 per fomentar les prestacions de servei i dissuadir de la PECEF, per exemple, amb l'aplicació d'un període suspensiu de fins a 24 mesos entre l'efectivitat de la prestació i l'inici dels pagaments. Tanmateix, durant els últims anys, aquest tipus de prestació s'ha incrementat lleugerament, però encara es manté a una distància considerable del percentatge que representava a principis de la dècada, quan el 66 % de les persones amb PIA eren beneficiàries de la prestació de cuidador o cuidadora no professional. L'any 2020 aquesta xifra se situava al voltant del 50 % tant a la província de Barcelona com al conjunt de Catalunya,[36] malgrat que s'ha mantingut el període de suspensiu de fins a 18 mesos (que altres comunitats autònomes ja han eliminat).

[33] L'any 2020 la prestació era de fins a 153 €/mes per a persones amb Grau I reconegut; fins a 268,79 €/mes per a persones amb Grau II, i 387,64 €/mes per a persones amb Grau III.

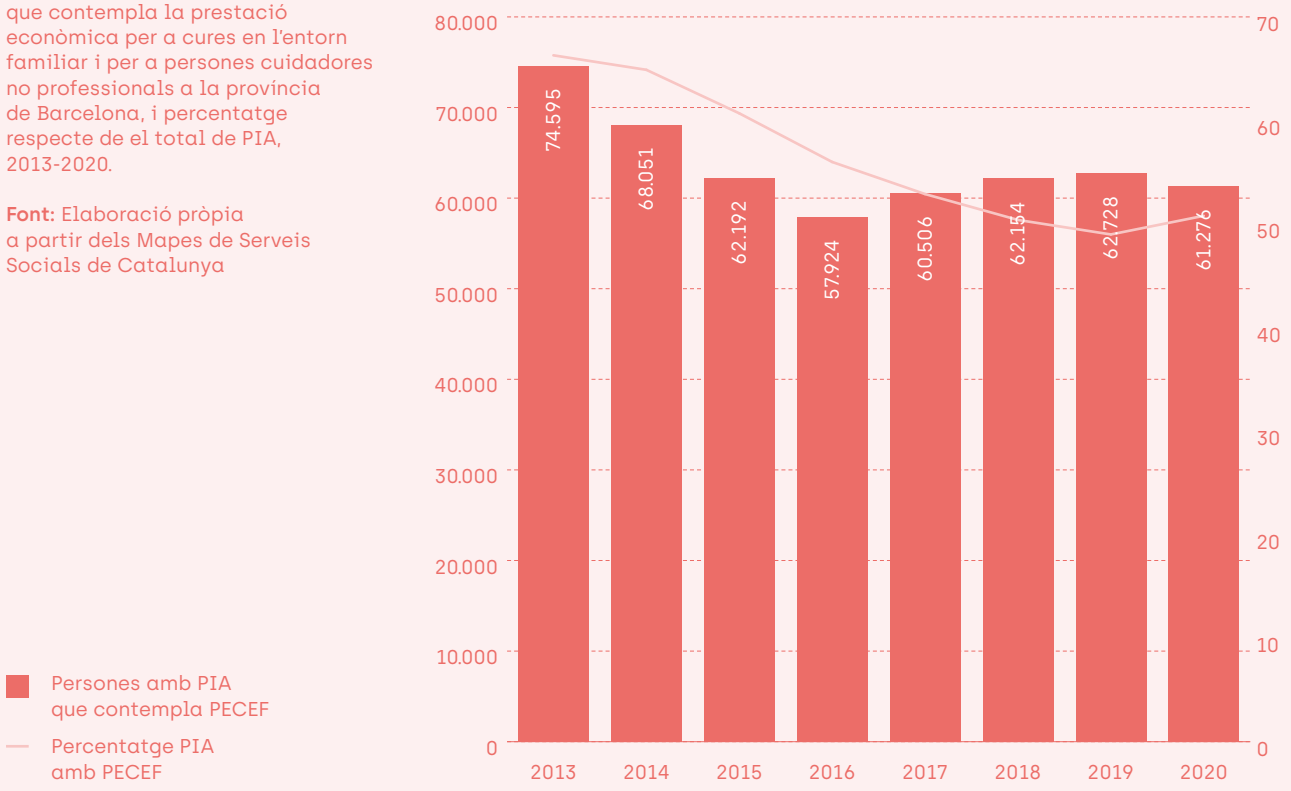
[34] Càlcul elaborat a partir del preu/hora SAD del contracte programa de serveis socials de l'any 2020 (16,25 €).

[35] L'aprovació del Reial Decret llei 6/2019 va suposar la recuperació del conveni especial en el sistema de la Seguretat Social de persones cuidadores no professionals i l'abonament per part de l'Administració General de l'Estat d'aquestes cotitzacions a la Seguretat Social que havien quedat suspeses pel Reial Decret Llei 20/2012, el qual va establir que fossin les mateixes persones cuidadores no professionals de les persones en situació de dependència les que es fessin càrrec de les cotitzacions. Des de 2019, les afiliacions es van incrementant de manera notable, tot i que no s'han recuperat els nivells de 2011, fet que pot ser causat perquè les persones cuidadores estiguin treballant o bé perquè, a conseqüència del mateix envelliment de la població cuidadora, hagin arribat ja a l'edat de jubilació o estiguin cobrant una pensió de viduïtat i no necessitin completar la seva carrera de cotització. Segons dades del SISAAD del conjunt de l'Estat, el 89,1 % de les persones que estan cotitzant a través d'aquest conveni especial de persones cuidadores són dones (CES, 2020).

[36] En aquest cas s'analitza l'evolució del percentatge de PIA amb PECEF. Anteriorment s'ha presentat el percentatge de PECEF sobre el total de prestacions del SAAD, que és una xifra menor perquè hi ha més prestacions que persones amb PIA, tenint en compte que hi ha persones que reben més d'una prestació.

Gràfic 3.10. Persones amb PIA que contempla la prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar i per a persones cuidadores no professionals a la província de Barcelona, i percentatge respecte de el total de PIA, 2013-2020.

Font: Elaboració pròpia a partir dels Mapes de Serveis Socials de Catalunya



S'observa, doncs, que tot i la tendència decreixent de la prestació, l'opció de la prestació econòmica per a les persones cuidadores no professionals continua sent una de les principals, de manera que la LAPAD reprodueix la tradició familiarista que reforça el paper de la família com a referent principal de les cures i esdevé una limitació per a la professionalització (Torns *et al*., 2014). Altres estudis parlen, en el mateix sentit, d'un sistema que està esbiaixat contra l'atenció professional a la llar, amb una manca de «paquets» d'atenció ajustats a les característiques de la persona en situació de dependència, la situació familiar, els seus recursos i les seves capacitats (Davey, 2021). El baix grau de prestacions complementàries a la província de Barcelona, com s'ha esmentat, amb una ràtio de prestacions d'1,27 per persona dependent amb PIA, corrobora aquesta afirmació, una problemàtica del conjunt del sistema d'atenció a la dependència que el pla de xoc per a l'impuls del Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència 2021-2023 pretén abordar a través de la revisió de les incompatibilitats entre les diferents prestacions i serveis. En el cas de la PECEF (segons dades de la Generalitat de Catalunya, 2021), només un 20,8 % de les persones que en són beneficiàries reben alhora una prestació del SAD i un 4,3 % de centre de dia; dues prestacions que ajuden a reduir el treball de cura que recau en les persones cuidadores no professionals.

Així mateix, és interessant des d'un punt de vista de polítiques públiques tenir en compte el valor de les cures no professionals proporcionades per persones de l'entorn familiar com a «dic de contenció davant de la institucionalització no desitjada» sempre que es proveeixi a les persones cuidadores de mesures i serveis de suport, com fan altres països de l'entorn europeu (Montserrat, 2021).

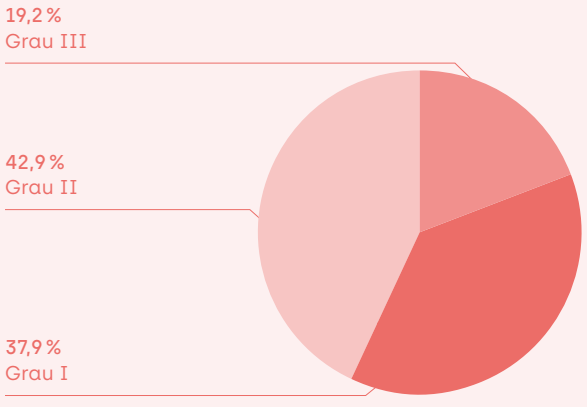
L'estudi del CIS (2014) fa una aproximació a les persones cuidadores mostrant que, en el conjunt de l'Estat, els homes són cuidats principalment per la seva parella (un 40,8 %) i en segona instància (un 26,6 %) per la filla. En canvi, les dones de més de 65 anys són cuidades majoritàriament per alguna filla (un 42,7 %) i en segon lloc per la seva parella (un 18,4 %). No es disposa de dades per a la província de Barcelona, però l'anàlisi de persones usuàries de recursos de suport a persones cuidadores no professionals —que es presenta posteriorment— mostra que la tendència és similar.

En aquest sentit, diversos estudis exposen, d'una banda, com són les dones amb baixos ingressos les que queden atrapades en aquest model familiar de cures, «no sempre com a resultat d'una opció desitjada» (Torns *et al.*, 2014: 105) i, també, que aquesta prestació «tendeix a perpetuar les cures informals precàries» (Marbán, 2019: 23) i alhora no hi ha mecanismes de control per garantir que la prestació es destina a cobrir les necessitats de la persona beneficiària. D'altra banda, el fet que en un 62,1 % de casos a la província de Barcelona les PECEF corresponguin a persones amb dependència severa i gran dependència (com es pot veure al gràfic 3.11) és significatiu a l'hora de valorar les càrregues de cures i els seus impactes sobre la salut de les persones cuidadores. Quant a les responsabilitats de cures, un altre element a tenir en compte és que en moltes ocasions són les famílies el nexe connector entre les persones en situació de dependència i el SAAD, i adopten responsabilitats de gestió de les cures.

Finalment, des de la perspectiva de gènere, cal assenyalar que un 58,4 % de les persones beneficiàries de la PECEF a la província de Barcelona són dones, una xifra bastant inferior al 73 % del SAD i el 76,4 % de l'atenció residencial i, per tant, hi ha una proporció d'homes més elevada que reben cures en l'entorn familiar, prestades generalment per una dona, mentre que hi ha una major proporció de dones que reben cures a través dels serveis socials.

Gràfic 3.11. Percentatge de persones que reben la prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar i per a persones cuidadores no professionals a la província de Barcelona, per grau, 2021.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de la dependència a Catalunya del departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya, febrer 2021



El SAAD s'articula, com s'ha esmentat, a través de prestacions econòmiques i de servei. És important recordar que la LAPAD (art. 14) estableix que els serveis tindran caràcter prioritari, i es prestaran mitjançant la Xarxa de Serveis Socials de les comunitats autònomes. Però aquest principi no s'assoleix plenament, ja que hi ha **gairebé un 48 % de prestacions econòmiques respecte del total de prestacions a la província de Barcelona i, per tant, suposen gairebé la meitat, en gran part a causa de l'efecte del pes de la PECEF.** A més, amb l'excepció dels municipis de més de 70.000 habitants, en tota la resta de municipis predominen de mitjana les prestacions econòmiques, especialment als municipis menors de 20.000 habitants (on representen un 58,1 %).

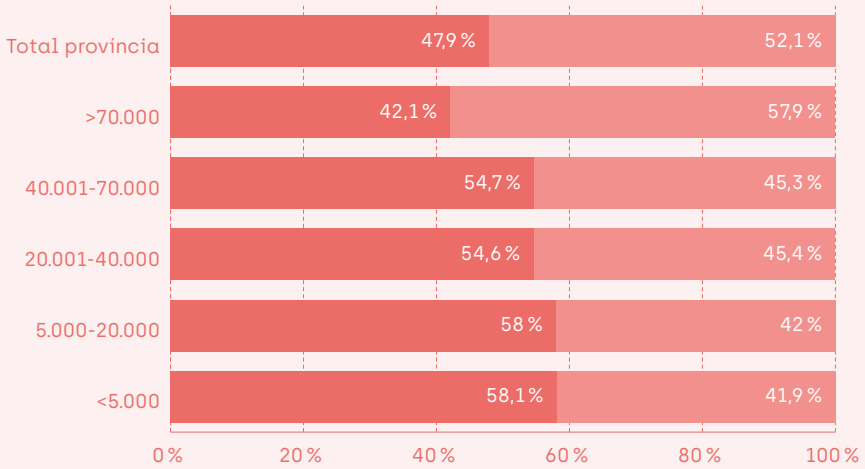
A continuació de la PECEF, les prestacions més destacades són el Servei d'ajuda a domicili (SAD), la teleassistència i el servei residencial per a persones grans, d'acord amb dos models d'atenció diferenciats: l'atenció en un entorn residencial o en un de comunitari. Si es comparen les prestacions d'atenció residencial amb les d'atenció comunitària s'observa en el gràfic 3.13 com predominen les comunitàries, a causa de l'efecte de la PECEF. **L'atenció residencial suposa un 18,9 % del total de prestacions del SAAD a la província de Barcelona**, i destaquen (gràfic 3.13) els municipis de menys de 20.000 habitants amb més percentatge d'atenció residencial (entre el 25 % i el 27 %). Cal tenir en compte que aquests municipis són els que presenten un percentatge inferior de Grau I, que no té dret a prestació residencial, entre el 32 % i el 34 %, per sota de la mitjana del 37 % de la província.

L'atenció en prestació de residència (sense considerar la PEV-Res) és del 14,7 % de prestacions del SAAD a la província de Barcelona, mentre que en el conjunt de l'Estat representa el 10,9 %. Catalunya és la segona comunitat autònoma amb més prestació residencial per atendre la dependència.

La major proporció d'atenció residencial en municipis petits és encara més pronunciada entre la població de més de 85 anys beneficiària de la LAPAD amb PIA (gràfic 3.14). En aquest grup d'edat, la proporció d'atenció residencial supera la tercera part de les prestacions als municipis de 5.000 a 20.000 habitants i representa el 30 % en els de menys de 5.000. En la franja de 20.001 a 40.000 habitants gairebé arriba a la quarta part.

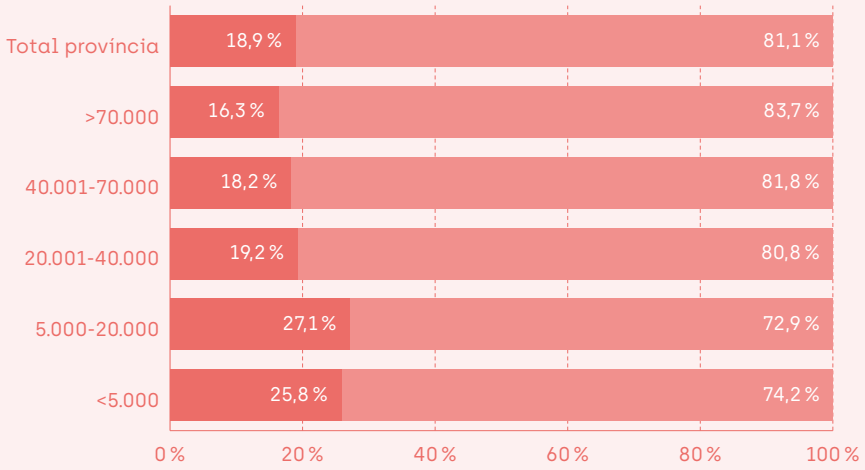
Gràfic 3.12. Percentatge de prestacions econòmiques i de servei del SAAD a la província de Barcelona, per tram poblacional, 2021.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de la dependència a Catalunya del departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya, febrer 2021



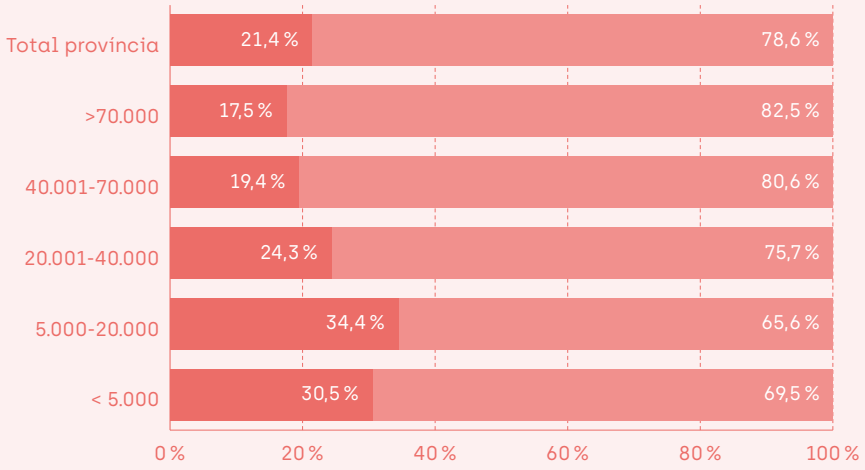
Gràfic 3.13. Percentatge de prestacions residencials i a la comunitat del SAAD a la província de Barcelona, per tram poblacional, 2021.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de la dependència a Catalunya del departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya, febrer 2021



Gràfic 3.14. Percentatge de prestacions residencials i a la comunitat del SAAD a la província de Barcelona entre la població beneficiària amb PIA amb més de 85 anys, per tram poblacional, 2021.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de la dependència a Catalunya del departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya, febrer 2021



Per tant, als municipis amb menys de 20.000 habitants predomina la PECEF, seguida de l'atenció residencial i, en canvi, tenen una menor proporció de servei del SAD. La diferència es pot veure en el gràfic 3.15, en què es mostra com el SAD suposa un 11,8 % de les prestacions del SAAD als municipis amb menys de 5.000 habitants i un 9,4 % en els de 5.000 a 20.000, mentre que arriba al 21,6 % en els que passen de 70.000 habitants, és a dir, uns 10 punts percentuals per sobre. Cal tenir en compte que la mitjana de percentatge del SAD sobre el total de prestacions a la província de Barcelona se situava en el 18 % a inicis de 2021, mentre que a Catalunya era del 16,3 % l'any 2020 i al conjunt de l'Estat del 17,7 %.

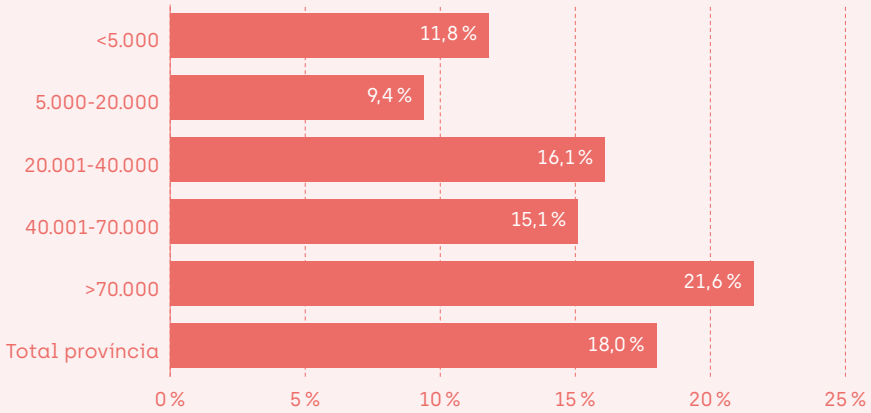
Un altre element a considerar és que, al contrari de la prestació econòmica per a cuidadors i cuidadores no professionals, que ha disminuït, el servei del SAD s'ha incrementat els darrers cinc anys, de manera que s'ha passat d'haver-hi un 15,9 % de persones amb PIA que contemplava SAD l'any 2013 a un 23,1 % el 2020, com a efecte de l'aposta d'alguns municipis per aquest servei,[37] tal com després es mostra a través de l'anàlisi de dades de prestació del SAD.

Quant a les prestacions de servei de residència per a persones grans en situació de dependència, s'han mantingut força estables els últims anys. Atès l'augment de persones amb Grau I, percentualment s'ha produït una lleugera disminució de l'atenció residencial, fins al 13,4 % dels PIA, amb un decreixement proporcional més accentuat l'any 2020 coincidint amb la pandèmia de la COVID-19. La prestació de centre de dia (en servei) per a persones grans també s'ha mantingut estable (tenint en compte el tancament el març de 2020 a causa de la pandèmia) i, en aquest cas representa un percentatge molt més baix, entre el 4,1 % de les persones amb PIA l'any 2013 i el 3,3 % el 2020.

[37] Alguns municipis metropolitans que han fet una aposta pel creixement de la cobertura del SAD són: Barcelona, Barberà del Vallès, Molins de Rei, Sant Adrià del Besòs, Sant Boi de Llobregat, Sant Cugat del Vallès, Sant Just Desvern i Viladecans, amb cobertures del SAD que superen el 5 % de la població amb més de 65 anys (IERMB, 2020).

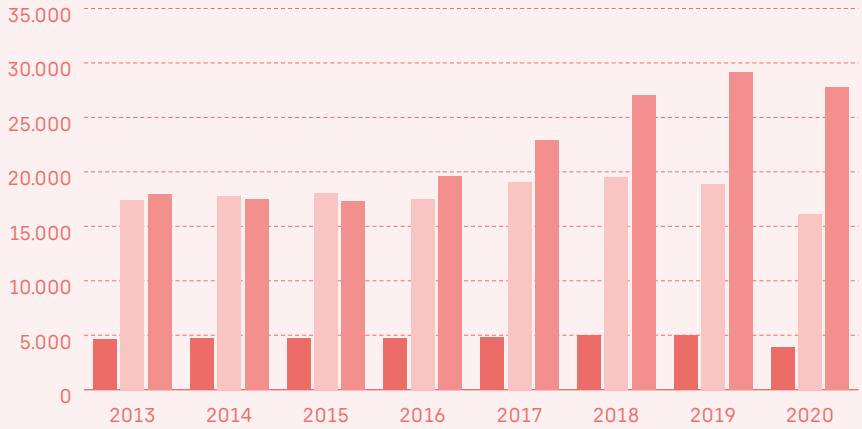
Gràfic 3.15. Percentatge de prestacions del SAD (en servei) a la província de Barcelona sobre el total de prestacions del SAAD, per tram poblacional, 2021.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de la dependència a Catalunya del departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya, febrer 2021



Gràfic 3.16. Prestacions de servei de centre de dia per a persones grans, residència per a persones grans, i del SAD, 2013-2020.

Font: Elaboració pròpia a partir dels Mapes de Serveis Socials de Catalunya

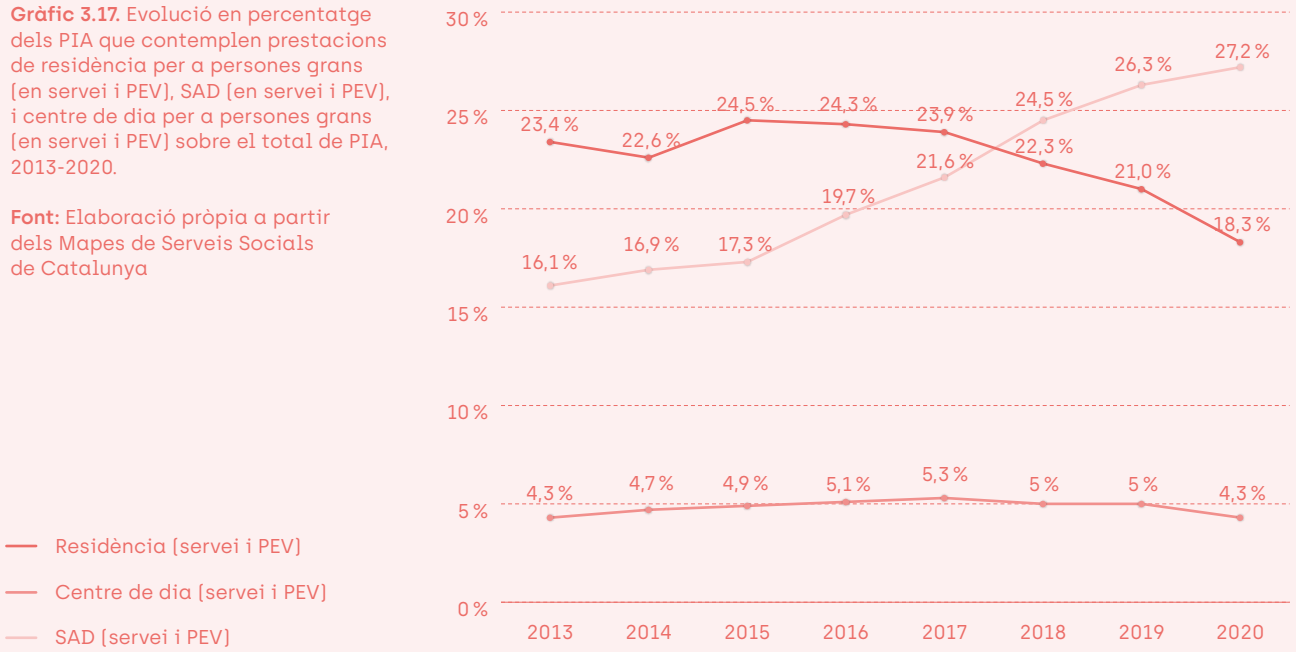


Una anàlisi similar es pot fer considerant conjuntament la prestació en servei i la prestació econòmica vinculada a servei per veure el pes de l'atenció residencial per a persones grans i dels principals serveis d'atenció comunitària (el SAD i el centre de dia, tenint en compte que la teleassistència és majoritàriament un servei complementari, en un 99,7 % dels casos). En el gràfic 3.17, es mostra com l'atenció residencial per a persones grans, que representava l'any 2013 la prestació majoritària (després de la prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar com ja s'ha assenyalat), amb un 23,4 % dels PIA, disminueix lleugerament, especialment l'any 2020 coincidint amb la pandèmia, i arriba a un 18,3 % de les persones amb PIA.

En canvi, el percentatge de persones amb PIA que contempla SAD (en servei i PEV) ha crescut especialment a partir de l'any 2015, coincidint amb l'entrada de la dependència moderada al sistema, i arriba a un 27,2 % dels PIA l'any 2020. Per tant, aquesta tendència sembla que respon sobretot a un canvi de perfil de persones beneficiàries, enlloc de fer-ho a un canvi de model, ja que les persones amb Grau I presenten nivells de dependència més lleus i, a més, no poden accedir a una residència. La prestació de centre de dia (en servei i PEV) s'ha mantingut estable, al voltant del 5 % de les persones amb PIA, un percentatge especialment baix tenint en compte que aquest servei afavoreix la permanència en l'entorn, i dona suport a les persones cuidadores no professionals (compartint les cures, alleujant l'estrès, contribuint al descans i afavorint la conciliació entre cures i activitat laboral). L'any 2020, a més, es produeix un lleu retrocés en el percentatge de PIA amb centre de dia a causa, probablement, de l'efecte de la pandèmia de la COVID-19.

Gràfic 3.17. Evolució en percentatge dels PIA que contemplen prestacions de residència per a persones grans (en servei i PEV), SAD (en servei i PEV), i centre de dia per a persones grans (en servei i PEV) sobre el total de PIA, 2013-2020.

Font: Elaboració pròpia a partir dels Mapes de Serveis Socials de Catalunya

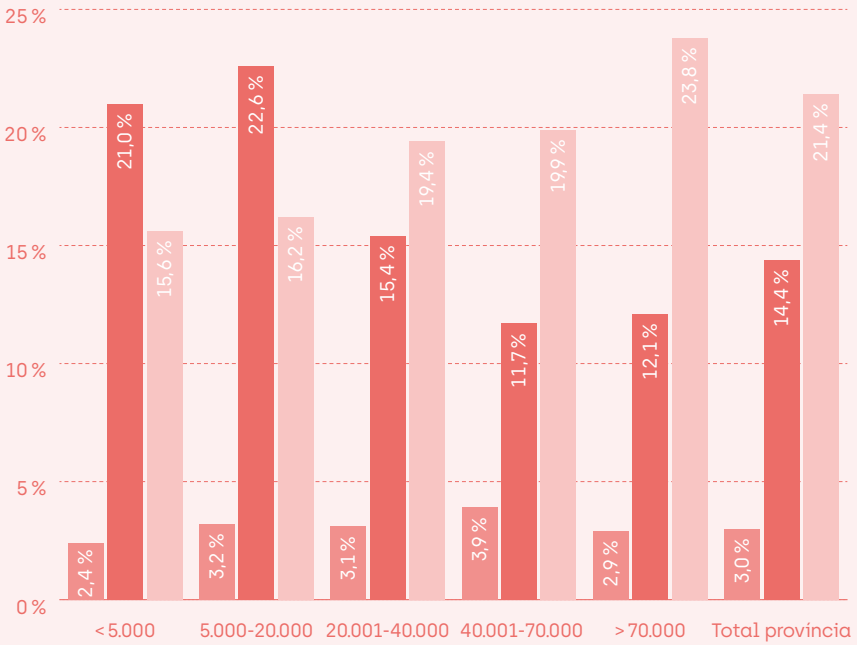


Si s'observen les diferències per dimensió poblacional del municipi, podem veure en el gràfic 3.18 que als municipis que passen dels 70.000 habitants un 23,8 % del total de prestacions són, de mitjana, del SAD, superant el percentatge de les residències i centres de dia.[38] També als municipis de 20.001 a 70.000 habitants el SAD és la prestació principal d'aquests tres recursos, en un percentatge una mica inferior, al voltant del 19 %. En canvi, als municipis de menys de 20.000 habitants la tendència és contrària, i predomina l'atenció residencial per sobre del SAD, com ja s'ha apuntat anteriorment. La prestació de centre de dia és escassa en totes les dimensions poblacionals, però encara més entre els municipis amb menys de 5.000 habitants.

[38] L'anàlisi per dimensió poblacional s'ha fet sobre el total de prestacions; per això, com que el nombre de prestacions és més elevat que el nombre de PIA, el percentatge de centre de dia, residència i SAD sobre el total de prestacions és més baix que el presentat anteriorment respecte del total de PIA.

Gràfic 3.18. Percentatge de prestacions del SAD, centre de dia i residència per a persones grans a la província de Barcelona sobre el total de prestacions, per tram poblacional, 2021.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de la dependència a Catalunya del departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya, febrer 2021



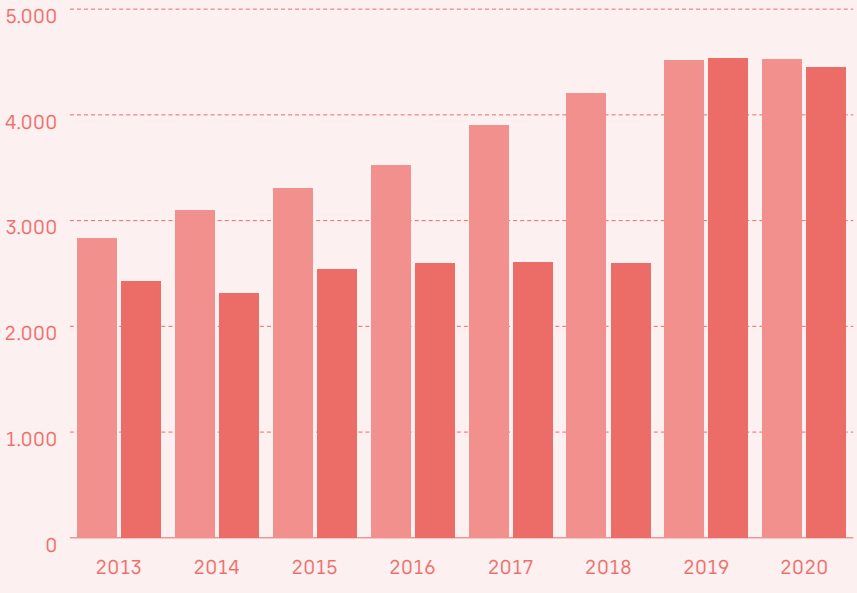
Les prestacions de servei de residència per a persones amb discapacitat suposen aproximadament una sisena part de les de persones grans (tot i que la taxa de cobertura de la prestació de servei de residència és d'un 1,5 % de les persones que tenen més de 65 anys i d'un 10,7 % de les persones amb discapacitat), i s'han mantingut estables durant els últims anys.[39]

També s'observa en el gràfic 3.19 que les prestacions de centre de dia per a persones amb discapacitat s'han incrementat els últims anys.

[39] A excepció de l'any 2019, ja que el càlcul inclou les places de llars residencials.

Gràfic 3.19. Nombre de persones amb PIA amb prestacions de residència per a persones amb discapacitat i en centre de dia per a persones amb discapacitat a la província de Barcelona, 2013-2020.

Font: Elaboració pròpia a partir dels Mapes de Serveis Socials de Catalunya

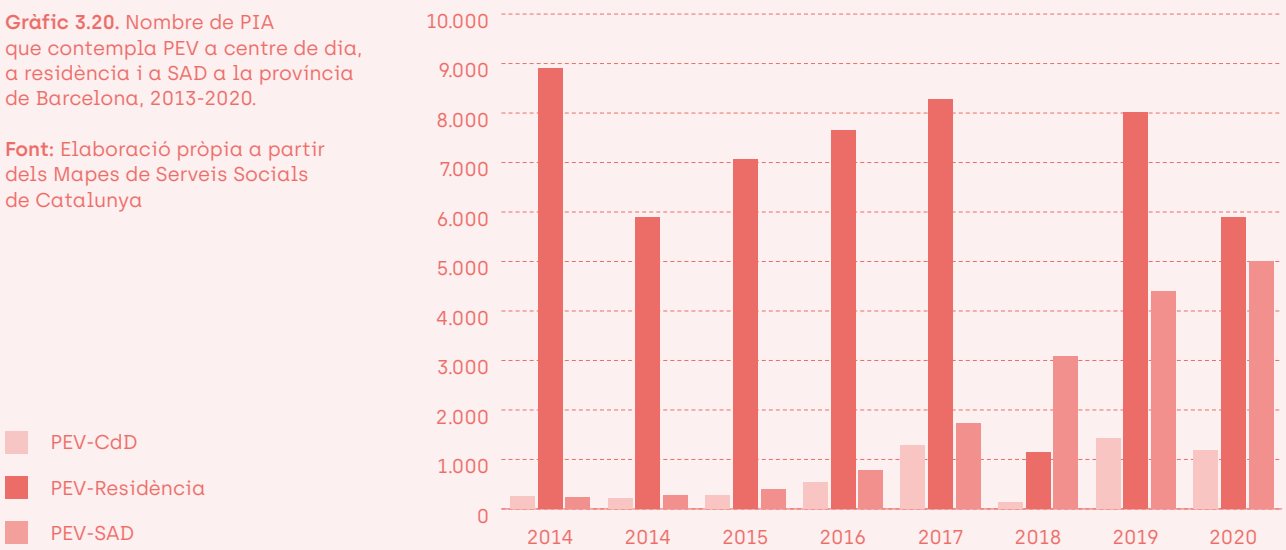


Finalment, es pot observar en el gràfic 3.20 l'evolució de les prestacions econòmiques vinculades a servei (PEV), previstes com a excepcionals en el marc de la LAPAD amb l'objectiu de contribuir al finançament del cost de serveis, com l'atenció en centre residencial, en centre de dia o el Servei d'ajuda a domicili, segons que ho estableixi el Pla Individual d'Atenció. Aquestes prestacions tenen un pes proporcional baix en el conjunt de prestacions, però s'han incrementat progressivament els últims anys, **especialment la PEV-SAD, que ha arribat al 4,1 % del total dels PIA l'any 2020** (gràfic 3.21).

La PEV vinculada a residència era percebuda els darrers anys per aproximadament un 6 % de les persones amb PIA, però l'any 2020 va representar un 4,9 % —en línia amb la disminució de la prestació residencial durant l'any de pandèmia de la COVID-19—. La PEV-Centre de dia se situa al voltant de l'1 % dels PIA, i també va experimentar una disminució durant l'any 2020, com a efecte de la pandèmia.

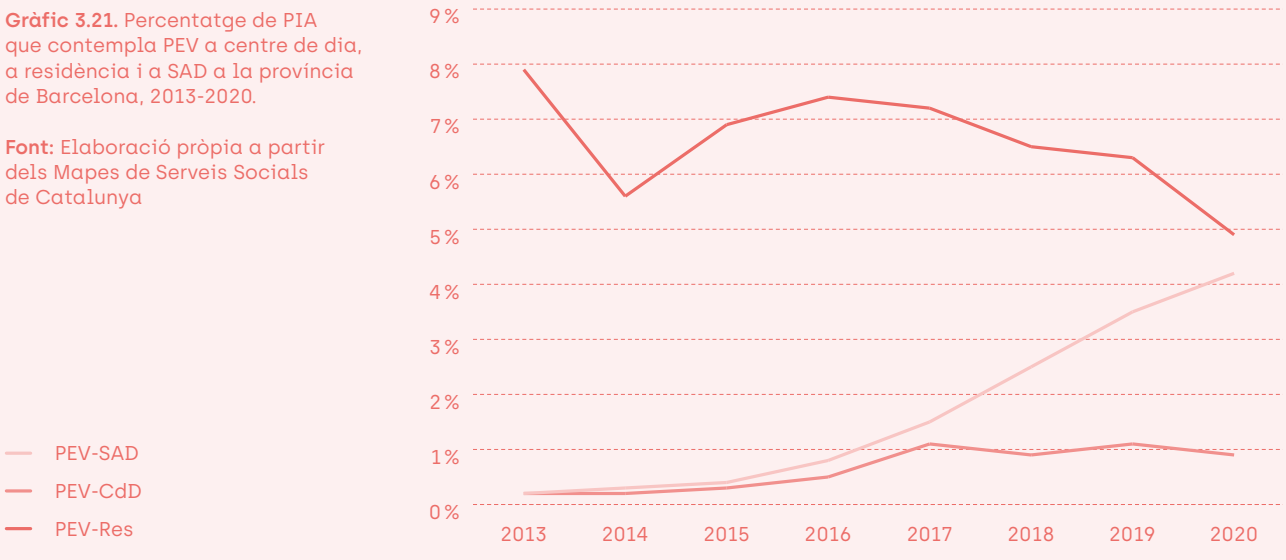
Gràfic 3.20. Nombre de PIA que contempla PEV a centre de dia, a residència i a SAD a la província de Barcelona, 2013-2020.

Font: Elaboració pròpia a partir dels Mapes de Serveis Socials de Catalunya



Gràfic 3.21. Percentatge de PIA que contempla PEV a centre de dia, a residència i a SAD a la província de Barcelona, 2013-2020.

Font: Elaboració pròpia a partir dels Mapes de Serveis Socials de Catalunya



3.2.2. Servei de teleassistència

La teleassistència és una prestació de servei d'atenció domiciliària, i és contemplada en la Cartera de Serveis Socials de Catalunya. Com s'explica en l'apartat anterior, també forma part dels serveis desplegats per promoure l'autonomia personal i atendre les situacions de dependència, tot i que la majoria de persones beneficiàries ho són al marge del SAAD i el finançament recau, en la província de Barcelona, en els ajuntaments i la Diputació de Barcelona. És un servei de competència local, i que en la província de Barcelona es proveeix a través de la Diputació de Barcelona, a excepció de Barcelona ciutat, on se'n fa càrrec l'Ajuntament mateix. A més, també hi ha proveïdors privats que ofereixen aquest servei.

El **Servei Local de Teleassistència (SLT) de la Diputació de Barcelona** es va constituir l'any 2005, i actualment dona cobertura als 310 municipis de menys de 300.000 habitants de la província. A continuació, es presenten les principals característiques d'aquest servei.

Missió

Promoure una millor qualitat de vida de les persones usuàries potenciant l'**autonomia personal** i unes condicions adients de convivència al domicili, així com en l'entorn familiar i sociocomunitari. És un servei eminentment preventiu i d'atenció a emergències socials i/o sanitàries que funciona **les 24 hores del dia els 365 dies de l'any**.

Els objectius principals són:

- Proporcionar seguretat i suport a la persona usuària i al seu entorn familiar en cas de necessitat.
- Proporcionar un contacte permanent amb l'exterior i facilitar l'accés als serveis de la comunitat.
- Donar una resposta immediata en cas d'emergència personal, social i/o sanitària.
- Realitzar el seguiment de les persones usuàries per detectar possibles alertes i/o riscos de tipus social i/o relacionats amb la salut, així com donar suport i acompanyament en moments de crisi o de necessitats especials.
- Actuar de manera preventiva per evitar situacions de risc sobre la salut, la seguretat i la soledat de la persona mitjançant accions d'acompanyament, assessorament i suport personal o tecnològic.

Tal com es recull en la Resolució de 15 de gener de 2018, de la Secretaria d'Estat de Serveis Socials i Igualtat, per la qual es publica l'Acord del Consell Territorial de Serveis Socials i del Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència del 19 d'octubre de 2017, es tracta d'un servei de teleassistència avançada, en tant que estableix un **contacte directe i habitual amb la persona usuària i disposa de diferents serveis, amb programes d'atenció integral i tecnologia complementària**.

El servei s'ofereix a través d'una tecnologia bàsica (terminal i unitat de control remot) i tecnologia complementària (dispositius de seguretat i/o teleassistència adaptada) en funció de les necessitats de cada persona. Aquesta tecnologia pot estar associada al domicili per prevenir riscos a la llar, com ara són els detectors de fum o de gas, o bé ser un suport a la persona per prevenir riscos sobre la salut com, per exemple, els detectors de caigudes o la teleassistència mòbil.

En definitiva, el Servei Local de Teleassistència busca que la persona pugui **viure amb autonomia i en el seu entorn tant de temps com sigui possible**, com també que retardi l'ús d'altres recursos de suport social formals o informals. A més, el Servei de teleassistència és essencial per prevenir situacions de risc i per atendre situacions d'emergència, complementant i estalviant en l'ús d'altres recursos d'emergència de la comunitat, especialment els sanitaris.

Reconeixement de dret i titularitat

És un servei de titularitat pública, classificat com a **prestació garantida** i, per tant, exigible com a **dret subjectiu.**[40] Té caràcter de servei bàsic, i forma part de la Cartera de Serveis Socials de Catalunya 2010-2011 com a servei de titularitat municipal amb el nom de «Servei de les tecnologies de suport i cura».

Els ens locals són els titulars i proveïdors del servei dins l'àmbit territorial de la seva competència, i la Diputació de Barcelona actua com a proveïdora del Servei Local de Teleassistència en la totalitat de municipis de la província, a excepció de Barcelona ciutat. Com ja s'ha esmentat, també hi ha proveïdors privats que ofereixen el servei.

Model de gestió

Gestió indirecta, mitjançant la contractació d'una entitat prestadora i d'un model de col·laboració publicoprivada. És un model de cooperació territorial, a través del qual els municipis de la província cedeixen la gestió del servei a la Diputació de Barcelona i es vinculen al contracte a través d'una adhesió a un document de bases. El model de contractació es vehicula amb un procediment obert en un únic lot i contracte que inclou la prestació i la tecnologia. Aquest model ha permès la innovació en processos, tecnologia i prestacions i, actualment, s'ha arribat a un elevat grau d'eficiència en la gestió.

Població destinatària

Qualsevol persona que es trobi en **risc per raons d'edat avançada, solitud, fragilitat, salut, discapacitat i/o dependència**. Per poder accedir al servei és necessari que els serveis socials bàsics municipals, d'acord amb la normativa vigent, acreditin la situació de necessitat de la persona sol·licitant. Actualment, aquest és un requisit per a totes les persones, tinguin o no reconegut el grau de dependència per part de la Generalitat de Catalunya. També és imprescindible que la persona estigui empadronada al municipi corresponent, però no s'exigeixen altres requisits per a les persones estrangeres.

La voluntat de l'IMSERSO expressada en els acords treballats a través del Consell Territorial i en el marc del pla de xoc per a l'impuls del Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència 2021-2023 és que a finals de l'any 2022 totes les persones dependents amb grau reconegut que visquin al domicili tinguin accés al Servei de teleassistència, que passarà a considerar-se un dret subjectiu lligat a la condició de dependència.

Prèviament, el Consell Territorial acordarà els canvis que calgui introduir en les condicions que ha de complir aquest servei, abordarà la definició de la «teleassistència avançada» d'acord amb els requisits recollits en la normativa i s'analitzarà el paper que ha de representar dins del Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència (SAAD).

Accés

El servei és **accessible des de la totalitat de municipis de la província de Barcelona**. Des del punt de vista de la capacitat econòmica, el preu del servei està fixat per la DIBA,[41] i cada municipi estableix, a partir d'aquest preu de referència, si aplica copagament i el cost que carrega a les persones usuàries. Segons la informació disponible pel Servei Local de Teleassistència, el 53,4 % de 266 municipis analitzats de la província de Barcelona ofereix el servei amb copagament de les persones usuàries.

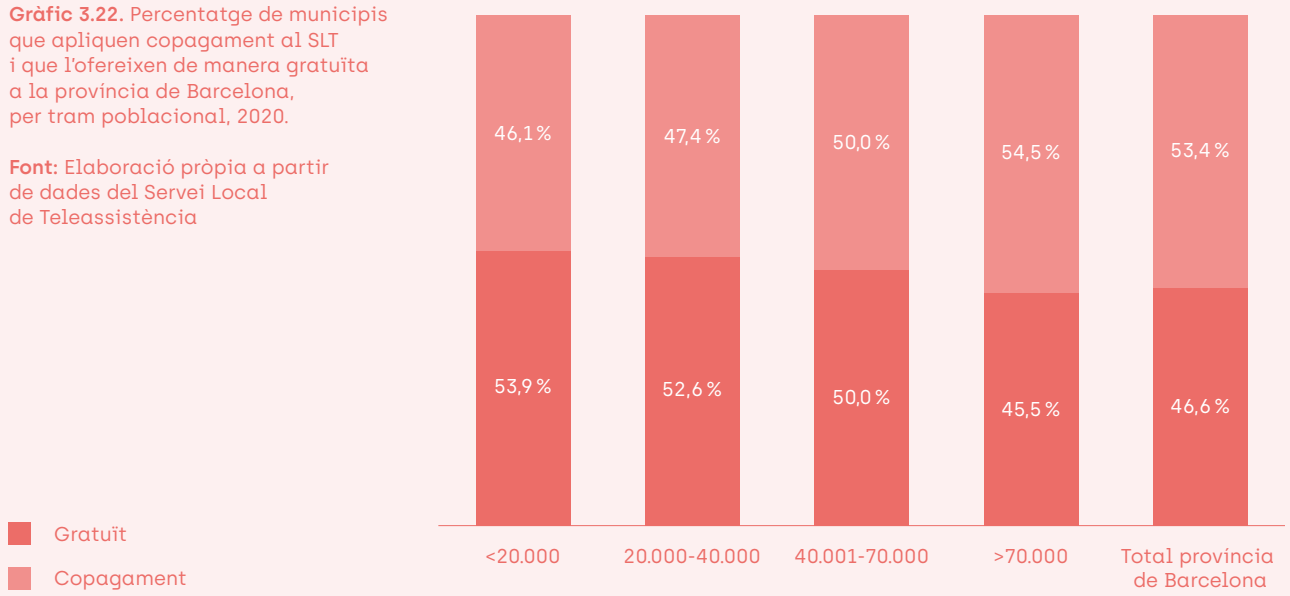
El gràfic que segueix mostra els municipis que ofereixen el Servei de teleassistència amb copagament o sense, segons el tram poblacional, i s'observa que **en els de més de 70.000 habitants hi ha un percentatge més elevat de copagament**, que arriba al 54,5 %, gairebé 8,5 punts percentuals per sobre del grup de municipis amb menys de 20.000 habitants.

[40] S'anomenen prestacions garantides les exigibles com a dret subjectiu: les 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. Es pot demanar la protecció d'aquest dret mitjançant el sistema judicial. Font: Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, Generalitat de Catalunya. https://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/serveis_socials/la_cartera_de_serveis_socials/.

[41] L'any 2020 va ser de 14,04 €/ mes.

Gràfic 3.22. Percentatge de municipis que apliquen copagament al SLT i que l'ofereixen de manera gratuïta a la província de Barcelona, per tram poblacional, 2020.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Servei Local de Teleassistència



Model d'atenció

Personalitzada: la persona usuària és el centre de l'atenció, i el conjunt de la gestió del servei s'orienta a donar resposta a les seves necessitats i característiques. Aquest model d'atenció centrat en la persona es va començar a implementar l'any 2017 i en l'actualitat està del tot consolidat. Proporciona una atenció proactiva i adaptada a les necessitats i característiques de cada persona usuària, i incorpora un **sistema de valoració innovador** dissenyat específicament per al Servei Local de Teleassistència, que contempla una valoració inicial i **revaloracions contínues**, per tal d'ajustar l'atenció a la persona a les seves condicions socials i de salut al llarg de la permanència al servei.

Així doncs, totes les persones disposen d'un **pla d'atenció personalitzat** que estableix el tipus d'atenció i intensitat de suport que necessiten rebre per part del servei. Existeixen diferents **graus i intensitats d'atenció**, els quals es determinen en la valoració inicial i en les revaloracions contínues gràcies a un instrument de mesura objectiu i específic anomenat Resposta Eficient en Teleassistència (RET). Aquest sistema permet assignar els nivells de suport, la tecnologia i les prestacions que necessita cada persona usuària en funció dels seus riscos i característiques:

- Nivells de suport: les persones usuàries queden distribuïdes en diferents nivells de suport en base a una valoració de la salut (capacitat de realitzar per si mateixes les AVD) i relacions socials (presència de xarxa de suport i grau d'aïllament). Aquests nivells defineixen la intensitat de l'atenció del Servei de teleassistència, realitzada a través de **seguiments telefònics i presencials**, que busquen oferir atenció i suport psicosocial a les persones usuàries, així com garantir el correcte funcionament dels dispositius instal·lats.

- Prestacions complementàries: en funció de les característiques i els riscos de la persona usuària i del seu domicili, el sistema assigna un seguit de prestacions complementàries com poden ser **tecnologies associades** a prevenir riscos a la llar, per exemple els detectors de foc/fum o els de gas, i sobre la salut de la persona usuària, com ara els detectors de caigudes; o **programes complementaris** i campanyes per fomentar l'autonomia personal, incorporar hàbits de vida saludable i incrementar la participació social de les persones usuàries a la comunitat. Les **campanyes d'envelliment actiu i saludable** s'ofereixen en tres modalitats: telefònica, escrita i presencial. Les que tenen a veure amb la prevenció de riscos a la llar i al carrer es duen a terme en col·laboració amb Mossos d'Esquadra i Bombers de Catalunya.

Prestacions associades a la teleassistència

Contacte directe amb el Centre d'atenció

L'atenció es proporciona a través de comunicacions bidireccionals entre les persones usuàries i el centre d'atenció. La persona usuària pot establir comunicació mitjançant la pulsació del terminal o de la unitat de control remot. Les trucades, rebudes o emeses pel centre d'atenció, poden ser:

- Informatives: faciliten l'intercanvi d'informació sobre dades, modificacions i altres continguts del servei.
- Preventives: estan orientades a informar sobre aspectes que poden representar un risc per a les persones usuàries amb l'objectiu d'evitar o minimitzar el seu impacte.
- D'emergència: situacions que impliquen un risc per a la integritat física, psíquica o social de la persona o de l'entorn. Requereixen l'actuació immediata i la mobilització de recursos propis (unitats mòbils) o externs (de l'entorn de la persona o d'emergències o forces de seguretat, entre d'altres).
- De seguiment i atenció personal: tenen l'objectiu de fer un seguiment de la persona usuària amb la finalitat de transmetre suport emocional, confiança i acompanyament permanent. Poden ser trucades de seguiment general, de revalorització, de recordatoris o d'agenda (per exemple, felicitacions d'aniversari) o extraordinàries (davant situacions meteorològiques extremes, o altres esdeveniments com, per exemple, fuites de gas o talls de subministrament elèctric).

Durant l'any 2020, el centre d'atenció del Servei Local de Teleassistència va gestionar més de cinc **milions de trucades,** de les quals gairebé dos milions van ser emeses des del servei a les persones per fer seguiments i actuacions preventives, entre altres motius; i més de 600.000 trucades van ser realitzades per les persones usuàries per demanar ajuda o mantenir una conversa i pal·liar així la seva situació de soledat. Alhora, més de 100.000 trucades es van generar de manera automàtica mitjançant les alarmes dels dispositius de seguretat.

Serveis d'intervenció domiciliària

Els serveis d'intervenció domiciliària inclouen les visites als domicilis que fan els o les coordinadores de zona i les actuacions de les unitats mòbils. Durant l'any 2020, el Servei Local de Teleassistència va dur a terme un total de **167.852 visites domiciliàries**. Aquestes poden ser tant visites d'alta del servei amb la consegüent valoració de la situació de la persona usuària, com de seguiment programat, així com les necessàries per atendre una emergència o fer un seguiment específic i puntual. També es fan totes les visites necessàries per a la instal·lació de terminals i manteniment tècnic.

Pel que fa a les **Unitats mòbils (UM) de teleassistència**, n'hi ha 29 que actuen a tot el territori de la província de Barcelona per garantir l'atenció de les emergències en un màxim de 40 minuts.

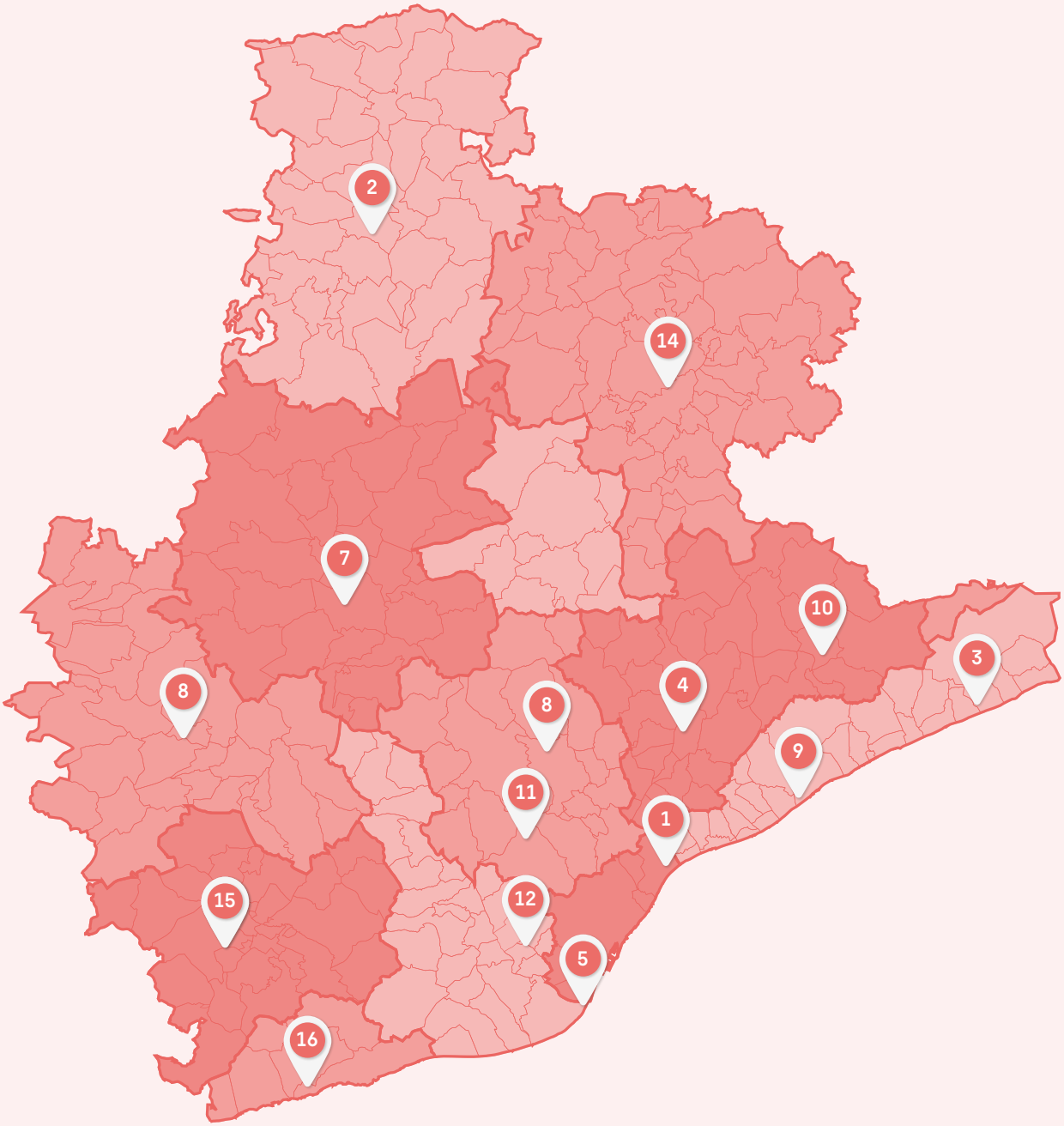
Les unitats de primera resposta són les dedicades principalment a atendre emergències i contingències. El motiu més habitual de les visites d'emergència és la caiguda de la persona usuària en el seu domicili. El 2020 es van produir 3.415 intervencions per emergències i 6.301 intervencions per contingències.

Les unitats de segona resposta se centren a realitzar les activitats programades (custòdia de claus, tasques de manteniment i seguiments personalitzats) i les contingències en casos excepcionals. Gairebé el 90 % del total d'intervencions que fan aquestes unitats són de tipus tècnic. Durant l'any 2020, les unitats de segona resposta van efectuar 44.467 intervencions.

Cal destacar que els i les professionals de les UM van fer 12.075 seguiments telefònics personalitzats a les persones usuàries durant els mesos d'inici de la pandèmia provocada per la COVID-19, a causa de les restriccions que van impedir realitzar les visites de seguiment no vinculades a una emergència.

Gràfic 3.23. Ubicació de les unitats mòbils de primera resposta de l'SLT a la província de Barcelona, 2020.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Servei Local de Teleassistència



1. Badalona
2. Berga
3. Calella
4. Granollers
5. Hospitalet de Llobregat
6. Igualada
7. Manresa
8. Martorell
9. Mataró
10. Sant Celoni
11. Sant Cugat del Vallès
12. Sant Feliu de Llobregat
13. CC Valles Occidental
14. Vic
15. Vilafranca del Penedès
16. Vilanova i la Geltrú

Dispositius de seguretat i adaptació a necessitats especials

El Servei Local de Teleassistència compta, a més del terminal domiciliari i la unitat de control remot, amb diferents dispositius de seguretat i dispositius adaptats a necessitats especials.

D'una banda, es troben els **dispositius adreçats a detectar riscos a la llar com els detectors de foc/fum, gas o monòxid de carboni**, i els orientats a **prevenir riscos sobre la persona com els detectors de mobilitat o caigudes**. L'any 2020 va finalitzar amb 20.873 dispositius de seguretat instal·lats a les llars de les persones usuàries, dels quals més del 50 % van ser detectors de foc/fum.

De l'altra, el servei també compta amb dispositius adaptats a necessitats especials com els que s'adapten a les limitacions de mobilitat en les extremitats superiors (288 dispositius), o quan hi ha discapacitat auditiva o dificultats en la parla (57 dispositius).

El Servei Local de Teleassistència també compta amb **dispositius de teleassistència mòbil** per a les persones usuàries que viuen en entorns rurals aïllats i que volen fer activitats a l'exterior amb una més gran tranquil·litat. Actualment hi ha 133 persones que disposen d'aquesta tecnologia complementària de suport.

Campanyes d'envelliment actiu i saludable i prevenció de riscos

Les campanyes de promoció de l'envelliment actiu i saludable i prevenció de riscos formen part del pla d'atenció individual de la persona usuària, amb l'objectiu d'acostar missatges i consells que fomentin un estil de vida actiu i saludable, així com prevenir riscos a la llar i al carrer. Per a la prevenció de riscos, el Servei Local de Teleassistència compta amb la col·laboració de Mossos d'Esquadra i Bombers de Catalunya.

Les campanyes es porten a terme seguint modalitats diferents: telefònica, escrita i presencial.

- Modalitat telefònica: consisteix en trucades preventives que es fan des del centre d'atenció orientades a prevenir riscos, aconsellar sobre temàtiques específiques o fomentar la participació en la comunitat. Durant l'any 2020 es van efectuar 184.762 trucades en el marc d'aquestes campanyes, de les quals 61.456 van estar relacionades amb consells o informacions sobre la COVID-19.

- Modalitat escrita: es recullen en material de difusió les diferents temàtiques de les campanyes d'envelliment actiu i saludable i prevenció de riscos, i es distribueix als domicilis de les persones usuàries quan es donen d'alta al servei o en visites de seguiment. També està disponible en les accions que es fan en modalitat presencial.

- Modalitat presencial: són xerrades que s'organitzen al territori, sota demanda dels serveis socials municipals, que busquen no només la transmissió de coneixements sinó també augmentar les relacions interpersonals i crear nous vincles socials.

Les campanyes d'envelliment actiu i saludable i prevenció de riscos, en les diferents modalitats, tracten àmbits com ara: seguretat, consells sobre consum, meteorologia extrema, consells sobre salut i actualitat i bon ús del servei, entre d'altres.

Programes especials d'atenció

El Servei Local de Teleassistència també compta amb programes especials d'atenció a situacions d'alt risc, entre els quals cal destacar el protocol de **prevenció, detecció i actuació davant de sospita de maltractaments** que desenvolupa en col·laboració amb el cos de Mossos d'Esquadra, i el **protocol de prevenció i detecció del suïcidi**, elaborat amb la col·laboració de diverses institucions, que es comença a implementar durant l'any 2021.

En relació a la col·laboració amb Mossos d'Esquadra, des de l'any 2015, amb la signatura d'un conveni de col·laboració, es reforça la coordinació en els àmbits de prevenció, difusió i suport a la seguretat de les persones usuàries del Servei Local de Teleassistència.

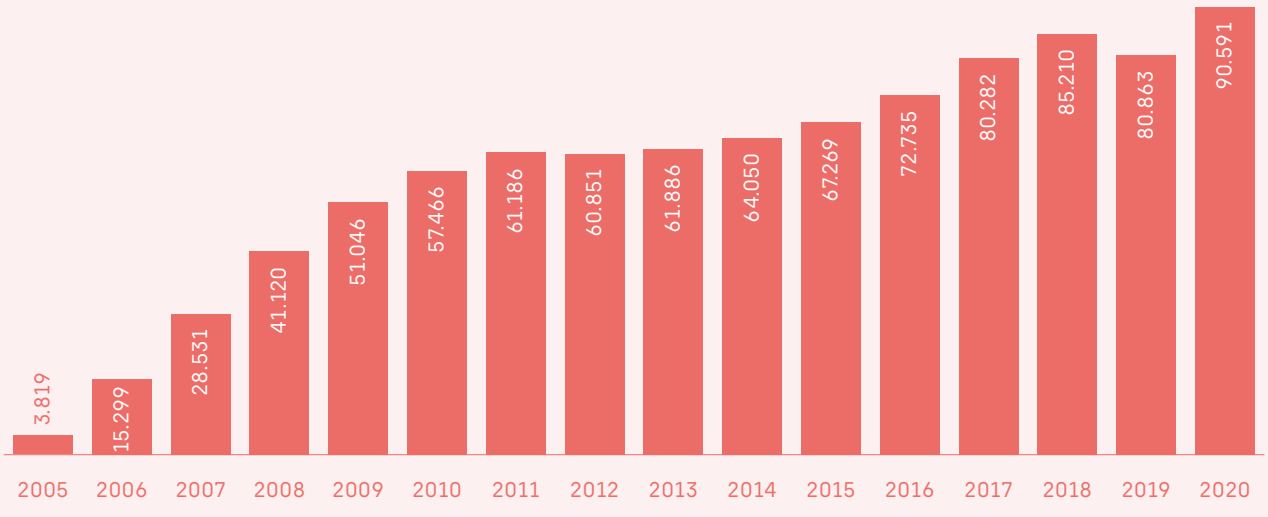
Pel que fa al **protocol de prevenció, detecció i actuació davant la sospita de maltractaments**, al llarg de l'any 2020 es van valorar un total de 470 nous casos de possibles maltractaments, que s'han sumat als **1.839 casos valorats des de l'inici d'aquest protocol l'any 2016**. Dels casos valorats amb indicadors suficients i elevats, el 88,4 % la presumpta víctima era una dona i l'11,6 % restant un home. Pel que fa a la presumpta persona agressora, en el 72,9 % dels casos es tracta d'un home i en el 27,1 % d'una dona.

Cobertura

És el servei d'atenció domiciliària amb l'abast territorial més ampli i de més cobertura a les persones grans. Tal com mostra el gràfic 3.24, el nombre de persones usuàries no ha deixat d'incrementar-se des de l'any 2005, i a finals de l'any 2020 **90.591 persones gaudien del servei**.

Gràfic 3.24. Persones usuàries del Servei Local de Teleassistència a la província de Barcelona, 2005-2020.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Servei Local de Teleassistència



La taxa de cobertura per a la població de més de 65 anys se situa en el **12,8 % per al conjunt de la província** (exceptuant la ciutat de Barcelona). Les comarques amb una cobertura més elevada, per sobre de la mitjana, són el Moianès, el Barcelonès, l'Alt Penedès, el Bages, el Baix Llobregat, el Vallès Occidental i Osona. Tot i així, les diferències de cobertura se situen només dos punts per sobre o per sota de la mitjana.

Taula 3.2. Persones usuàries i cobertura del Servei Local de Teleassistència de la població de 65 anys o més, per comarca, 2020.

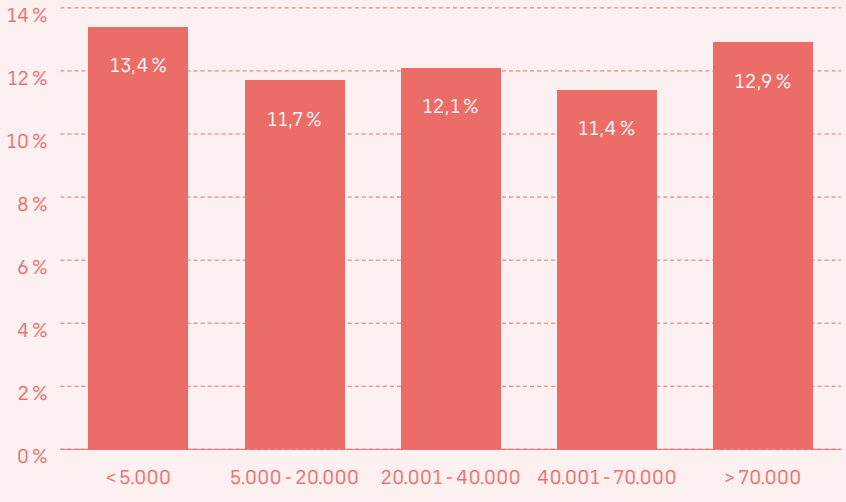
Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Servei Local de Teleassistència

Comarca	Total persones usuàries	Cobertura > 65 anys
Alt Penedès	2.553	13,7 %
Anoia	2.488	11,4 %
Bages	4.796	13,6 %
Baix Llobregat	19.171	13,5 %
Barcelonès	17.681	14,3 %
Berguedà	1.148	11,9 %
Garraf	2.605	10,1 %
Maresme	8.555	10,5 %
Moianès	382	14,8%
Osona	3.582	12,9 %
Vallès Occidental	19.554	13,0 %
Vallès Oriental	8.032	12,0 %
	90.591	**12,8 %**

Des del punt de vista de la dimensió poblacional del municipi, es detecta **una major cobertura de la població de més de 65 anys als municipis més petits**, de menys de 5.000 habitants, on arriba, de mitjana, al 13,4 %, seguits dels que tenen més de 70.000 habitants, on el 12,9 % de persones de 65 anys o més disposen del servei.

Gràfic 3.25. Cobertura del Servei Local de Teleassistència de la població de 65 anys o més, per tram poblacional, 2020.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Servei Local de Teleassistència

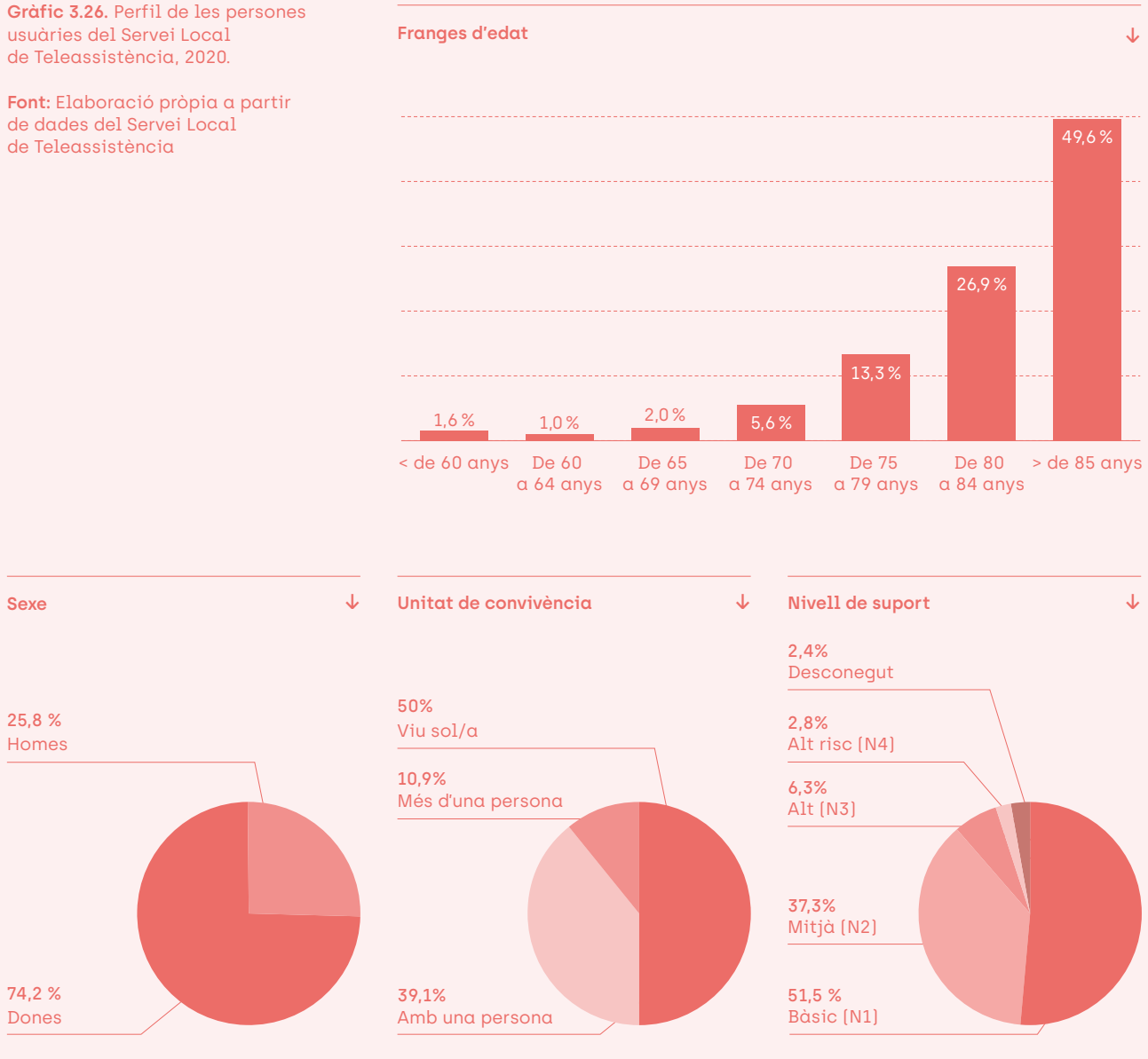


Perfil de les persones usuàries

El perfil majoritari de persona usuària del Servei Local de Teleassistència és el d'una **dona de més de 85 anys, que viu sola**, que fa la major part de les activitats de la vida quotidiana amb autonomia i que **rep un nivell de suport bàsic**, és a dir, una atenció enfocada a la prevenció. El desembre de 2020, el 74,2 % de les persones usuàries del servei eren dones, i el 49,6 % tenia més de 85 anys. Un altre 40,2 % tenia entre 75 i 85 anys, i només un 2,6 % no arribava als 65. Pel que fa a les característiques de la llar, la meitat de les persones vivien soles, i pel que fa al nivell de suport, el bàsic és el més habitual entre les persones usuàries, i el d'alt risc el menys freqüent (2,8 % del total).

Gràfic 3.26. Perfil de les persones usuàries del Servei Local de Teleassistència, 2020.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Servei Local de Teleassistència



El 60,8 % de les persones usuàries són capaces de realitzar totes les activitats de la vida diària de manera autònoma, i només un 1,6 % no en pot fer cap per si mateixa. La resta necessita suport per fer algunes activitats. De mitjana, al conjunt de la província, **el 19 % de les persones usuàries té el grau de dependència reconegut**.

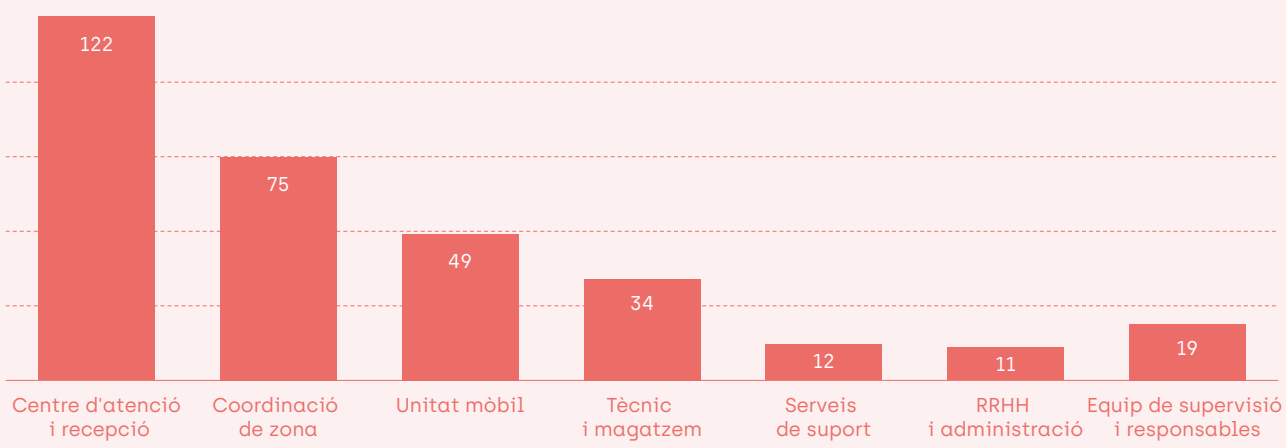
Ràtio de professionals i perfils

L'any 2020, l'equip humà de l'SLT estava integrat per 322 professionals, dels quals **el 68 % eren dones i el 32 % homes**. Del total de professionals del servei, un 91,6 % tenen un contracte laboral fix i un 78,1 % treballen a jornada completa.

El gràfic següent mostra la distribució del personal operatiu per departaments:

Gràfic 3.27. Professionals del Servei Local de Teleassistència per àrees d'intervenció, 2020.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Servei Local de Teleassistència



Els perfils professionals més rellevants del Servei Local de Teleassistència són els següents:

- Teleoperador/a. És el o la professional clau del centre d'atenció. La seva funció principal és gestionar les trucades d'emergència i fer les trucades informatives, preventives i de seguiment, i és la figura responsable de tenir l'expedient actualitzat, a més de coordinar-se amb recursos externs i entorn i/o família de la persona usuària. En aquest grup, cal destacar el subgrup professional de personal telefonista, dedicat en exclusiva al suport de l'emissió de trucades a les persones usuàries.

- Coordinador/a de zona. És un professional clau en l'atenció domiciliària. La seva funció és ser la persona referent de l'usuari o usuària. Fa les visites de valoració inicial per elaborar el pla d'atenció personalitzat i determina el nivell de suport i prestacions de la persona usuària, fa les visites de seguiment i és la figura interlocutora amb els municipis.

- Oficials de teleassistència i instal·ladors/es. Aquest equip està format pel personal tècnic de les unitats mòbils, amb funcions relacionades amb la intervenció social de primera resposta als domicilis de les persones usuàries i amb activitats de seguiment bàsic. Eventualment, també du a terme tasques d'instal·lació i manteniment de l'equipament tecnològic. La figura professional d'instal·lador o instal·ladora realitza en exclusiva intervencions de caire tecnològic (gestió d'instal·lacions, baixes, retirada d'aparells o resolució d'avaries, per exemple).

A més d'aquests equips, durant l'any 2020 s'han consolidat noves figures específiques creades dins de l'àrea dels serveis d'intervenció domiciliària:

- Tècnic/a d'Intervenció Ràpida (TIR): el perfil professional i competencial és el mateix que el d'un tècnic o tècnica d'instal·lació i manteniment. La seva tasca està orientada a resoldre incidències tècniques i a oferir suport als departaments d'intervenció domiciliària i al centre d'atenció en la resolució de dubtes de caràcter tecnològic.

- Coordinador/a d'Atenció Ràpida (CAR): la seva tasca principal està orientada a resoldre dubtes i reclamacions, i a assessorar i informar de temes rellevants del servei en situacions que no requereixin visita domiciliària, i d'aquesta manera oferir una resposta més ràpida i eficient.

- Coordinadora especialitzada en el protocol de maltractaments: és una figura especialitzada en matèria de maltractaments vers les persones grans, encarregada de la coordinació de la gestió dels casos, la coordinació de la comissió de maltractaments del projecte i la formació inicial i contínua dels treballadors i treballadores del servei.

- Coordinadora especialitzada en el protocol de suïcidi: és una figura especialitzada i encarregada de la coordinació de la gestió dels casos, i de la coordinació de la comissió de prevenció i detecció del suïcidi.

- Responsable d'acció comunitària i participació: coordina les actuacions i les activitats emmarcades dins del programa d'envelliment actiu i saludable del Servei Local de Teleassistència.

A aquest equip humà, cal sumar-hi el conjunt de tècnics i tècniques dels serveis socials municipals que són referents del programa als 310 municipis, així com les professionals de la Diputació de Barcelona dedicades al servei.

Qualitat del servei

El sistema de gestió de qualitat que s'aplica al Servei Local de Teleassistència està certificat per TÜV Rheinland, d'acord amb els criteris de dues normes de qualitat:

- La norma **UNE-EN ISO 9001:2015** Sistemes de gestió de qualitat.

- La norma **UNE 158401:2015** Serveis de promoció de l'autonomia personal: gestió del Servei de teleassistència.

Aquestes certificacions impliquen que el Servei Local de Teleassistència treballa amb un sistema orientat a la gestió per processos, fet que possibilita la millora contínua del sistema i de l'organització, aplica els controls i les avaluacions necessàries —indicadors, auditories internes, accions correctives i preventives— i emprèn les accions oportunes per millorar dia a dia. L'any 2018 aquestes certificacions van ser adaptades a les versions de 2015, i durant el 2019 els certificats han estat renovats.

En matèria mediambiental, el Servei Local de Teleassistència manté la certificació del Sistema de Gestió Ambiental d'acord amb la norma ISO 14001:2015, que inclou en el seu abast les activitats de:

- Serveis de teleassistència.

- Centre d'atenció de trucades.

- Gestió de serveis amb intervenció domiciliària.

Una altra eina de control de la qualitat és l'**estudi anual de satisfacció de les persones usuàries**, que cada any s'encarrega a una empresa especialitzada en aquesta tipologia d'enquestes, tot assegurant la representativitat de la mostra i la qualitat de les respostes recollides. L'any 2020, l'**índex de satisfacció mitjana del servei**, elaborat a partir de la valoració de tots els elements que componen el servei (personal teleoperador, tecnologia, servei tècnic, etc.) va ser de **4,5 sobre 5**, un dels serveis d'atenció social més ben valorats.

Durant l'any 2020 s'ha realitzat l'avaluació del model d'atenció personalitzada, sistema de Resposta Eficient en Teleassistència (RET), a través d'enquestes de satisfacció a les persones usuàries, enquestes d'opinió a professionals del servei i anàlisis de dades relacionades amb les característiques de la persona usuària i l'ús que fa del servei.

Respecte de les persones usuàries, cal destacar que **el 94 % de les enquestades considera que reben l'atenció que necessiten (trucades, visites, detectors assignats...)**. Especialment, es valora positivament la informació i les recomanacions que es fan des del centre d'atenció a través del programa de promoció de l'envelliment actiu.

De la valoració del servei que fan els i les professionals destaca la millora en la personalització de l'atenció que suposa aquest model, així com la incorporació d'un sistema automàtic d'alertes que permet millorar la detecció de situacions de risc per mitjà del monitoratge diari de l'activitat de les persones. També es valora el major accés a tecnologia complementària que s'ha produït amb la implementació del model. Alhora, es recullen aspectes per continuar treballant i millorant, com són les eines de programari i l'objectiu d'assolir un més bon equilibri entre l'aplicació automatitzada de les prestacions i la valoració tècnica dels equips professionals.

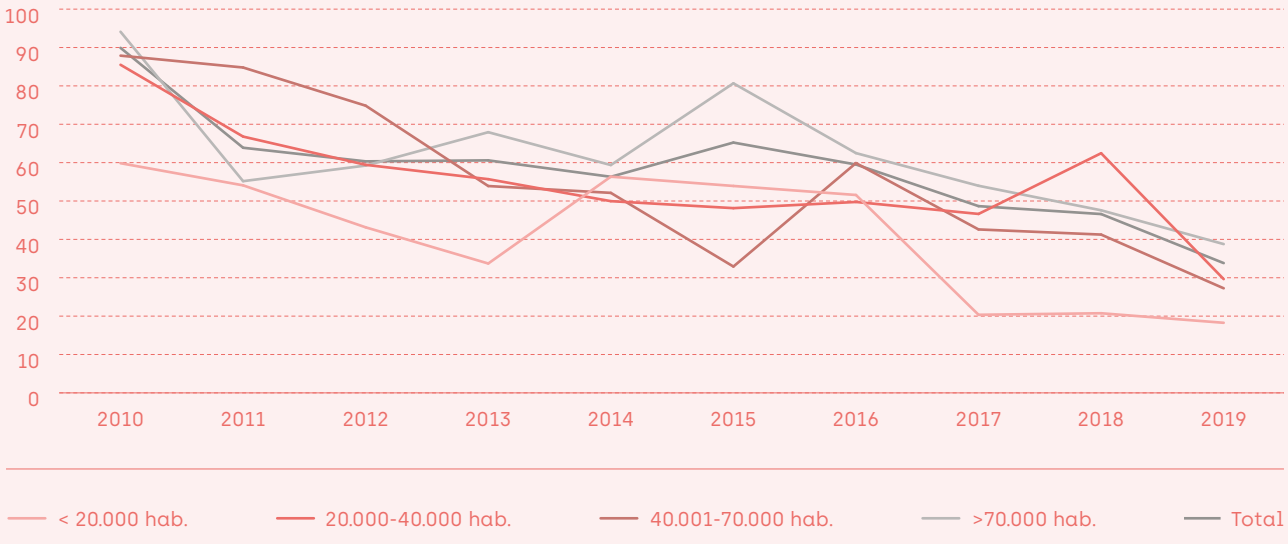
La implementació del model d'atenció personalitzada i l'aplicació del sistema de valoració RET ha proporcionat noves dades que permeten fer anàlisis per nivells de suport, la qual cosa facilita l'adequació del servei. Per exemple, el **model personalitzat** ha permès que les persones amb més necessitats rebin més trucades proactives, cosa que facilita anticipar la demanda i disminuir les trucades de l'usuari al servei. Les dades confirmen que les persones amb un nivell de suport més alt són les que demanden més atenció, tant telefònica com domiciliària, o per situacions d'emergència. Aquest fet confirma el disseny correcte de la segmentació i dels nivells de suport definits.

Finalment, un altre element rellevant per avaluar la qualitat és el **temps d'activació del servei** des que les persones el sol·liciten. Aquest període depèn en bona mesura de la capacitat de gestió dels serveis socials bàsics municipals i, per tant, pot variar significativament entre ajuntaments. El gràfic següent mostra que l'evolució durant els darrers 10 anys ha estat positiva, amb una reducció mitjana d'aproximadament un mes en l'activació del servei. Si l'any 2010 calien 2 mesos i mig per iniciar la prestació de l'SLT, l'any 2019 es requerien aproximadament 40 dies.

Si s'observen les diferències entre municipis segons la seva dimensió poblacional, es pot identificar que **els ajuntaments amb menys població són els que, de mitjana, han aconseguit temps més ràpids de gestió** i, els que tenen més de 70.000 habitants són els que més temps necessiten.

Gràfic 3.28. Temps mitjà (en dies) transcorregut entre la sol·licitud i la prestació del Servei Local de Teleassistència, per tram poblacional, 2010-2019.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del CCI-SS



Nou període 2021-2025

L'1 de maig de 2021 es va iniciar el nou contracte del Servei Local de Teleassistència 2021-2025. Aquesta nova etapa és marcada per un procés de **digitalització del servei** que aprofitarà el context de desenvolupament i transformació de les xarxes i infraestructures de les telecomunicacions per millorar la vida de les persones.

D'una banda, s'ampliarà la tecnologia complementària amb més i nous dispositius orientats a reforçar la detecció de riscos a la llar i sobre la salut de les persones. També, la teleassistència mòbil es complementarà amb més prestacions com la geolocalització i la incorporació de nous **sensors de monitorització intel·ligent per detectar comportaments de risc precoç**, així com altres dispositius funcionals que es posaran en marxa per a les persones amb dependència i per a les que realitzen les tasques de cura. A finals de 2023 el servei comptarà amb 47.100 dispositius.

A més, es crearan **nous programes d'atenció especialitzada per abordar situacions de soledat, prevenir el deteriorament cognitiu i oferir suport a les persones cuidadores**, entre d'altres. També el Servei Local de Teleassistència esdevindrà accessible per a tothom, mitjançant l'adaptació de totes les comunicacions i informacions en coherència amb les normatives de qualitat en aquesta matèria.

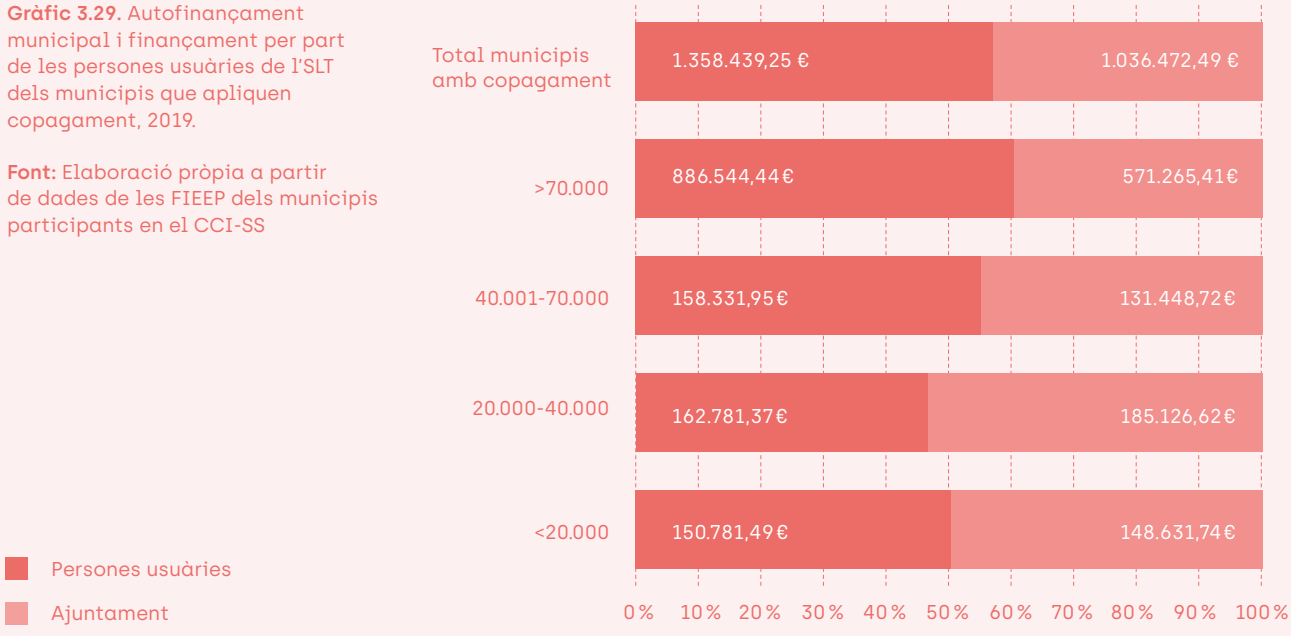
Finançament

Cofinançat entre la Diputació de Barcelona i els ens locals. El pressupost anual del Servei Local de Teleassistència va ser de 12 ME l'any 2020, **un 53 % finançat pels municipis i un 47 % per la Diputació de Barcelona.** En relació a la part que correspon als municipis, el gràfic següent mostra quina part és assumida per les corporacions locals i quina correspon al copagament de les persones usuàries als municipis que apliquen copagament.

Els municipis que apliquen copagament financen aproximadament el 50 % del servei amb la contribució econòmica de les persones usuàries, i aquest percentatge s'incrementa fins a un 60 % en el cas dels municipis més grans. Cal recordar que només **el 53,4 % dels municipis estudiats aplica criteris de copagament de les persones usuàries en el Servei Local de Teleassistència**.

Gràfic 3.29. Autofinançament municipal i finançament per part de les persones usuàries de l'SLT dels municipis que apliquen copagament, 2019.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de les FIEEP dels municipis participants en el CCI-SS



3.2.3. Servei d'ajuda a domicili (SAD)

El Servei d'ajuda a domicili (SAD) és un dels principals serveis de competència local i un dels més importants des de la perspectiva dels serveis de cures. Acostuma a ser el segon servei amb un pressupost més alt de les administracions locals, i és l'eina principal que tenen els ens locals per donar suport al domicili a les persones grans en situació de risc social o a les persones en situació de dependència. El SAD i el servei de tecnologies de suport i cura (teleassistència), juntament amb altres serveis com els àpats a domicili o les ajudes tècniques, conformen els serveis socials d'atenció domiciliària (SSAD). Els inicis del SAD com a servei públic es remunten a partir del període democràtic iniciat el 1978, tot i que a principis dels anys setanta van tenir lloc les primeres experiències d'aquest model d'atenció, seguint el camí marcat per la resta de països europeus (Rodríguez *et al.,* 2015).

Durant la dècada de 1990 el servei es va anar estenent pel territori com un servei social bàsic adreçat a persones grans i també a famílies amb infants en situació de risc social, però no és fins al desplegament de la LAPAD, a partir de l'any 2006, que es consolida i homogeneïtza, de manera que l'any 2019 va arribar a donar servei al 4,9 % de la població de més de 65 anys al conjunt de l'Estat (IMSERSO, 2019: 10). A continuació es descriuen les característiques principals d'aquest servei i del seu desplegament a la província de Barcelona.

Missió

Promoure una millor qualitat de vida de les persones usuàries **potenciant l'autonomia personal i unes condicions adients de convivència en l'entorn familiar i sociocomunitari**. El SAD és un «conjunt organitzat i coordinat d'accions que es realitzen bàsicament a la llar de la persona i/o família, dirigides a proporcionar atencions personals, ajuda a la llar i suport social a aquelles persones i/o famílies amb dificultats de desenvolupament o d'integració social o manca d'autonomia personal».[42]

Els **objectius** principals del SAD són:

- Potenciar l'autonomia personal i de la unitat de convivència per a la **integració en l'entorn habitual**, tot promovent la participació i l'adquisició de competències personals.
- **Prevenir i/o compensar la pèrdua d'autonomia personal** oferint suport per dur a terme les activitats de la vida diària i/o mantenir l'entorn domèstic en condicions adequades d'habitabilitat.
- **Donar suport a persones i/o unitats de convivència amb dificultats per afrontar les activitats de la vida diària**, afavorint el desenvolupament i/o la recuperació de les capacitats personals.
- **Donar suport a les persones cuidadores no professionals**, tant en situacions de sobrecàrrega emocionalcom en el desenvolupament de la vida quotidiana.
- Possibilitar que les persones puguin romandre al domicili i en l'entorn habitual el màxim temps possible i amb la màxima qualitat de vida, **evitant o retardant els internaments en centres residencials** de les persones amb deteriorament físic o cognitiu.
- Esdevenir un element de **detecció de situacions de necessitat** que puguin requerir altres intervencions educatives, socials o altres àmbits.

[42] Definició extreta de la Prestació 1.1.2.1. del Decret 142/2010, d'11 d'octubre, pel qual s'aprova la Cartera de Serveis Socials 2010-2011 de Catalunya.

Reconeixement de dret i titularitat

És una **prestació garantida** exigible com a dret subjectiu: l'Administració té l'obligació de prestar-la independentment de la disponibilitat pressupostària, d'acord amb el Decret 142/2010, de Cartera de serveis 2010-2011. S'emmarca dins dels serveis socials bàsics (Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials) i, per tant, s'assigna competencialment als municipis de més de 20.000 habitants a través de les àrees bàsiques de serveis socials i, en el cas dels municipis de menys de 20.000, el servei és de competència comarcal. També hi ha serveis del SAD que s'ofereixen de manera privada.

Població destinatària

A partir de la LAPAD, es configuren dos grans grups de població destinatària del SAD que donen lloc a dues modalitats del servei:

- **SAD dependència:** dona cobertura a les persones en situació de dependència legalment reconeguda per la Generalitat de Catalunya, en el marc de la LAPAD.

- **SAD social:** s'orienta cap al suport social a aquelles persones i/o famílies amb dificultats de desenvolupament o d'integració social i dona cobertura a persones en situació de dependència sense grau reconegut per la LAPAD, i persones i/o famílies amb necessitats de suport social per al seu desenvolupament o integració social, especialment a infants amb dèficits d'atenció parental.

Els requisits d'accés al servei, que són determinats per la Cartera de serveis socials i els que estableixen els ens locals, especialment en relació al SAD social, modelen els perfils de persones usuàries en els grups següents:[43]

1. Infància en situació de risc social, d'acord amb els criteris que estableix la Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i oportunitats de la infància i l'adolescència. Es tracta de situacions amb factors de risc que tenen l'origen en causes principalment familiars.

2. Persones en situació de dependència i/o amb discapacitat. Es preveuen tots els factors que generen una situació de discapacitat (temporal o permanent), així com les situacions de dependència, tant si estan dins de la cobertura de la LAPAD com si no ho estan.[44]

3. Persones grans en situació de vulnerabilitat, especialment les que es troben en situació de soledat no volguda i sense xarxa primària de suport.

4. Persones amb problemes de salut mental i/o en risc d'exclusió social.

Accés

S'accedeix al servei a través dels serveis socials bàsics municipals o comarcals, que són els encarregats de **valorar i acreditar la situació de necessitat** de la persona o unitat de convivència, la qual cosa es fa aplicant protocols específics elaborats pels Equips Bàsics d'Atenció Social (EBAS) per a la modalitat del SAD social. Són aquests els encarregats d'assegurar que la persona compleix amb els criteris generals d'accés als serveis socials regulats per l'article 6 de la Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials, així com per les ordenances o reglament municipal, si n'hi ha.

D'acord amb el Decret de Cartera de serveis socials, per accedir al SAD cal acreditar la situació de necessitat social i/o la situació de dependència, aquesta última per mitjà dels serveis de valoració de la dependència (SEVAD) i de la resolució emesa per l'òrgan de valoració corresponent.[45] Per a les persones en situació de dependència és necessari el requisit de residència legal establert en la LAPAD i l'empadronament. Per a les persones estrangeres, es demanen els requisits establerts en la normativa vigent d'estrangeria i d'acollida i integració de les persones immigrades.[46]

[43] Grups poblacionals definits per un grup de professionals de serveis socials bàsics de la província de Barcelona i recollits a Diputació de Barcelona (2020a): p. 40.

[44] Les diferents casuístiques dins d'aquest grup poden donar lloc a subcategories de priorització.

[45] Persones amb dependència. Procés de valoració. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya: https://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/persones_amb_dependencia/recursos_per_a_professionals/proces_de_reconeixement_de_la_dependencia/proces_de_valoracio/.

[46] Persones amb dependència. Sol·licitar la dependència. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya: https://web.gencat.cat/ca/tramits/tramits-temes/Reconeixement-de-la-situacio-de-dependencia

Des del punt de vista de la capacitat econòmica, la regulació del copagament del SAD està pendent de desplegament normatiu per part de la Generalitat de Catalunya, tal com consta en el Decret 142/2010, i entretant és competència dels ens locals. **És una potestat dels municipis regular o no el copagament del SAD**. Si hi ha ordenances fiscals que regulen el preu públic del servei, es requerirà l'abonament del preu públic, d'acord amb la normativa tributària.

La Diputació de Barcelona proporciona als ens locals un **model d'ordenança fiscal** per regular el preu públic dels serveis d'atenció domiciliària (OF38),[47] tant del SAD com del Servei de teleassistència, al qual es poden referenciar els ens locals de manera voluntària.[48] D'acord amb l'ordenança fiscal de la Diputació de Barcelona de 2021, s'estableix un preu de 18 €/ hora del SAD i que els preus públics del SAD en cap cas poden ser superiors al 65 % de l'indicador de referència (11,7 €/hora). Es regula l'exempció de copagament per a les persones amb una capacitat econòmica que no superi l'import d'una vegada l'Indicador de Renda de Suficiència de Catalunya (IRSC), i es respecta el principi de progressivitat establert en la Llei 12/2007 de Serveis Socials. En l'apartat de finançament s'analitzen amb més detall les dades sobre copagament del SAD.

Els requisits d'accés varien, doncs, segons la modalitat de servei, SAD social i SAD dependència, tot i que les dues modalitats generalment comparteixen els mateixos mitjans humans i materials, així com també els criteris d'acreditació i de qualitat de servei. Els requisits també varien en funció de si es requereix copagament a la persona usuària.

Des del punt de vista territorial, tot i que el servei és accessible des de la totalitat de municipis, hi ha diferències en les taxes de cobertura, com es mostra en l'apartat relatiu a la cobertura del servei.

Pel que fa al temps d'espera per accedir al servei, atesa la manca de dades estadístiques per a tots els ens locals, en el gràfic 3.30 es mostren les dades de l'enquesta del Cercle de Comparació Intermunicipal de Serveis Socials (CCI-SS)[49] que recull informació relativa al temps mitjà que transcorre des que s'aprova una sol·licitud del SAD fins que s'inicia la prestació: **el temps d'espera ha disminuït un 30 % els darrers 10 anys, ha baixat 5 dies hàbils per al SAD social i 9 dies hàbils per al SAD dependència**.[50]

[47] Ordenances fiscals 2022. Diputació de Barcelona: https://www.diba.cat/web/normativa/ordfiscals/default.

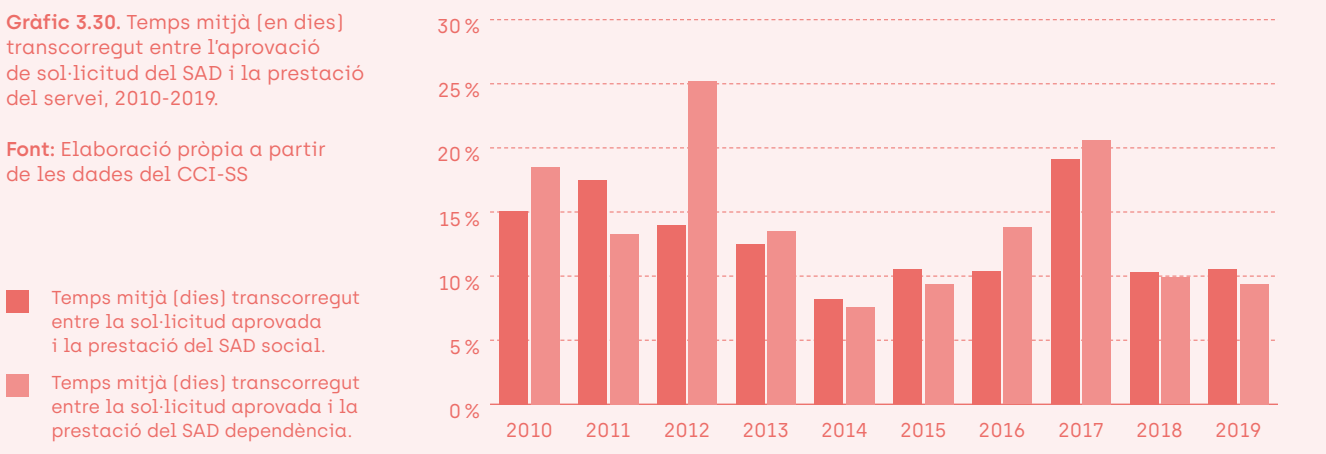
[48] Els municipis que utilitzen l'aplicatiu TASSAD per gestionar el copagament del SAD i de la teleassistència tenen el compromís d'aplicar les ordenances fiscals de la Diputació de Barcelona.

[49] En aquest estudi s'han analitzat les dades relatives al servei del SAD recollides en el marc del projecte de Cercles de Comparació de la Diputació de Barcelona entre els anys 2010 i 2019, estudiant exclusivament els municipis pertanyents a la província de Barcelona. La mostra anual se situa al voltant dels 55 municipis. Vegeu més informació sobre el projecte a: https://www.diba.cat/es/web/benestar/cercles-de-comparacio-intermunicipals-de-serveis-socials.

[50] L'any 2017 presenta un increment significatiu a causa de l'augment en l'arribada d'expedients a gestionar per part dels SSB, i per l'efecte important sobre la mostra d'uns pocs municipis que van tenir saturat el servei durant uns quants mesos.

Gràfic 3.30. Temps mitjà (en dies) transcorregut entre l'aprovació de sol·licitud del SAD i la prestació del servei, 2010-2019.

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del CCI-SS



Model d'atenció

Heterogeni: cada ens local competent (ajuntaments i consells comarcals) defineix el model d'atenció del SAD segons les característiques del territori i de la població, els recursos disponibles i el seu marc estratègic, vetllant perquè la gestió del servei s'articuli al voltant de les persones usuàries i perquè es garanteixi així l'atenció centrada en la persona.

L'equip de SSB s'encarrega del procés de prescripció, que inclou:

1. **Identificació i valoració de necessitats**: totes les sol·licituds del Servei d'ajuda a domicili s'avaluen als SSB a través dels protocols establerts per cada municipi per tal de realitzar un diagnòstic, preferentment de manera conjunta amb la persona que sol·licita el servei. El procediment més habitual per al diagnòstic de necessitats, un cop s'ha validat que la persona reuneix els requisits i la documentació d'accés, és **l'entrevista a la persona o unitat de convivència demandant**. El resultat d'aquesta entrevista és generalment una valoració quantitativa i qualitativa del nivell de suport que la persona o unitat de convivència necessita. En aquesta fase es pot incloure una **visita al domicili**, amb l'objectiu de conèixer millor l'entorn i detectar altres possibles necessitats, valorar riscos laborals, etc.

2. **Determinació del pla de treball i prescripció del servei**. En funció de la valoració realitzada, i de les demandes i preferències de les persones, s'estableix el pla de treball, que pot incloure diferents prestacions i actuacions a més del SAD, i es procedeix a la prescripció del SAD que inclou l'acord formal amb la persona sol·licitant, en el qual es determinen les tasques que cobrirà el servei i la intensitat (nombre d'hores d'atenció al mes) i es detalla l'horari i dies de la setmana. Posteriorment, en el cas del SAD dependència, es procedeix a la seva aprovació per l'òrgan administratiu competent.[51]

Segons el model de gestió, s'inicia la prestació del servei a través de professionals propis de l'ens local, o d'una entitat externa. El procés de prestació del servei inclou el seguiment del cas, la gestió de queixes i reclamacions, i l'avaluació periòdica per part dels i les professionals dels SSB, així com de l'entitat externa si n'hi ha, per tal de garantir la qualitat del servei.

Pel que fa als serveis que es cobreixen, generalment el SAD ofereix diferents **tipologies d'atenció** en funció de les tasques que cal realitzar i els perfils de les persones professionals que les duen a terme:[52]

- **Atenció personal**: tasques de suport en la realització de les activitats bàsiques i/o instrumentals de la vida diària, com ara: el suport en la higiene i cura personal de la persona usuària; mobilitzacions; subministrament, compra i elaboració d'àpats; acompanyament en gestions pròpies de la vida quotidiana, etc.

- **Socioeducatiu**: tasques de suport en l'aprenentatge d'hàbits relacionats amb la cura de la llar i l'organització domèstica, la cura personal i l'atenció a la infància, persones grans o en situació de dependència.

- **Manteniment i neteja de la llar**: tasques per garantir el manteniment de l'ordre i la neteja de la llar en condicions acceptables d'higiene i salubritat. Aquesta tipologia és complementària a l'atenció a la persona. En el PIA del SAD dependència cal especificar el nombre d'hores de cada tipologia, i no permet que totes les hores siguin únicament d'atenció a la llar.[53]

[51] Per a la modalitat del SAD dependència, un cop el SEVAD n'ha fet la valoració, s'estableix un Pla Individual d'Atenció (PIA) que s'aprova mitjançant resolució administrativa de la Generalitat de Catalunya. Per a la modalitat del SAD social, l'ens local responsable dels serveis socials bàsics aplica el procediment establert en aquest sentit.

[52] Diputació de Barcelona (2020a): p. 41.

[53] Instruccions 3/2017 per a la gestió i l'aplicació de les disposicions normatives derivades de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència: https://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematics/10dependencia/recursos_professionals/elaboracio_pia/documents/altres_documents/INSTRUCCIONS_3_2017_gestio_derivades_Llei_39_2006.pdf.

Modalitats del servei

Pel que fa a les dues modalitats del servei, per motius de dependència i social, cal recordar que la diferència principal entre les persones usuàries d'una modalitat i l'altra és si tenen reconegut legalment el grau de dependència. Així doncs, és possible trobar persones en situacions de dependència dins la modalitat del SAD social, en la majoria dels casos perquè la seva sol·licitud de reconeixement del grau de dependència es troba en procés de tramitació i pendent de ser resolta per part de la Generalitat de Catalunya.

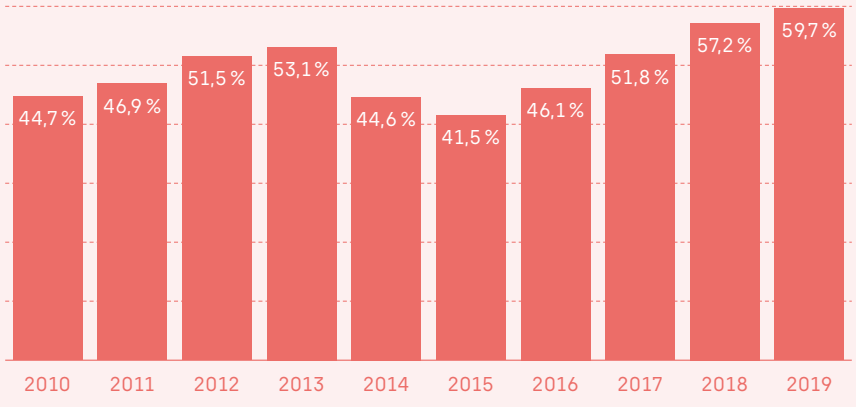
Segons les dades facilitades pel Departament de Drets Socials i publicades al portal de transparència de la Generalitat de Catalunya,[54] **el 37,7 % de les persones usuàries del servei d'atenció domiciliària a la província de Barcelona l'any 2019 van ser-ho per raons de la seva situació social, i el 62,3 % per dependència legalment reconeguda**. Aquest percentatge va variar lleugerament en relació a l'any anterior, quan les persones usuàries del SAD social van suposar el 44,1 % del total.

Arran del desplegament de la LAPAD, a mesura que augmenta el nombre de persones dependents usuàries del SAD, es produeix una reducció del percentatge de persones usuàries del SAD social. Les dades recollides anualment per la Diputació de Barcelona en el marc del Cercle de Comparació Intermunicipal de Serveis Socials evidencien aquesta evolució. El gràfic 3.31 mostra que **el percentatge de persones usuàries del SAD per raó de la seva situació de dependència s'ha incrementat en 15 punts percentuals durant la darrera dècada**. Aquest increment s'atribueix sobretot al desplegament de la LAPAD a Catalunya, més que a un canvi del perfil i les necessitats de la població. Al llarg dels últims anys, **el volum de persones amb grau de dependència reconegut s'ha incrementat** i, per tant, moltes de les persones usuàries de la modalitat del SAD social han passat a la de dependència, especialment a partir de l'any 2015 amb l'entrada de la dependència moderada (Grau I) al sistema. De fet, aquest creixement del nombre de persones amb dependència reconeguda es produeix després d'uns anys de retrocés i ajust del SAAD (2012-2015) que van implicar una disminució del finançament, una reducció del nombre de persones beneficiàries amb dret a prestació, un creixement de les llistes d'espera i una moratòria en la inclusió de les persones valorades amb Grau I des de 2011 fins a mitjan 2015 (Marbán, 2019). Així doncs, a partir de 2015 comença a recuperar-se i a créixer de manera sostinguda el percentatge de persones usuàries d'ajuda a domicili per raó de la seva situació de dependència sobre el total de persones usuàries del SAD.

[54] Vegeu-ne més informació a: https://analisi.transparenciacatalunya.cat/Societat-benestar/Servei-d-Ajuda-a-Domicili-SAD-/qvkp-qkzs.

Gràfic 3.31. Percentatge de persones usuàries del SAD per raó de la seva situació de dependència legalment reconeguda sobre el total de persones usuàries del SAD, 2010-2019.

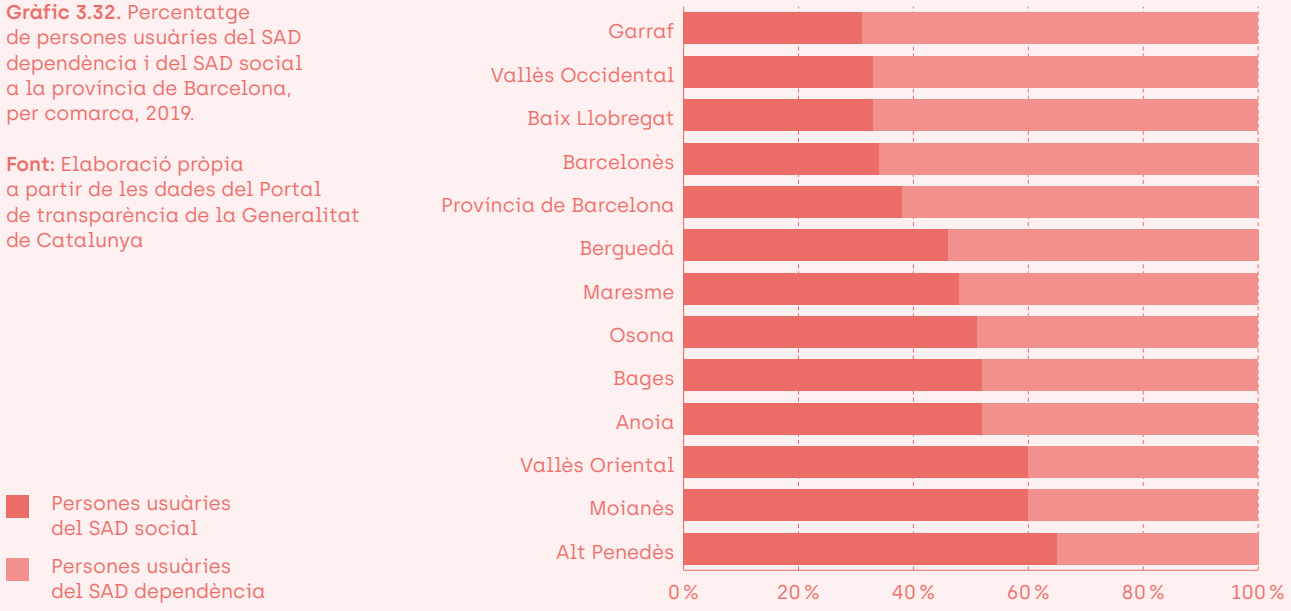
Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del CCI-SS



La distribució de persones usuàries del SAD segons la modalitat del servei presenta algunes diferències territorials. Com ho mostra el gràfic 3.32, d'una banda, les comarques del Garraf, el Vallès Occidental, el Baix Llobregat i el Barcelonès són les que presenten un més alt percentatge de persones amb SAD dependència. De l'altra, les que tenen un percentatge més elevat del SAD social són l'Alt Penedès, el Moianès i el Vallès Oriental.

Gràfic 3.32. Percentatge de persones usuàries del SAD dependència i del SAD social a la província de Barcelona, per comarca, 2019.

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Portal de transparència de la Generalitat de Catalunya

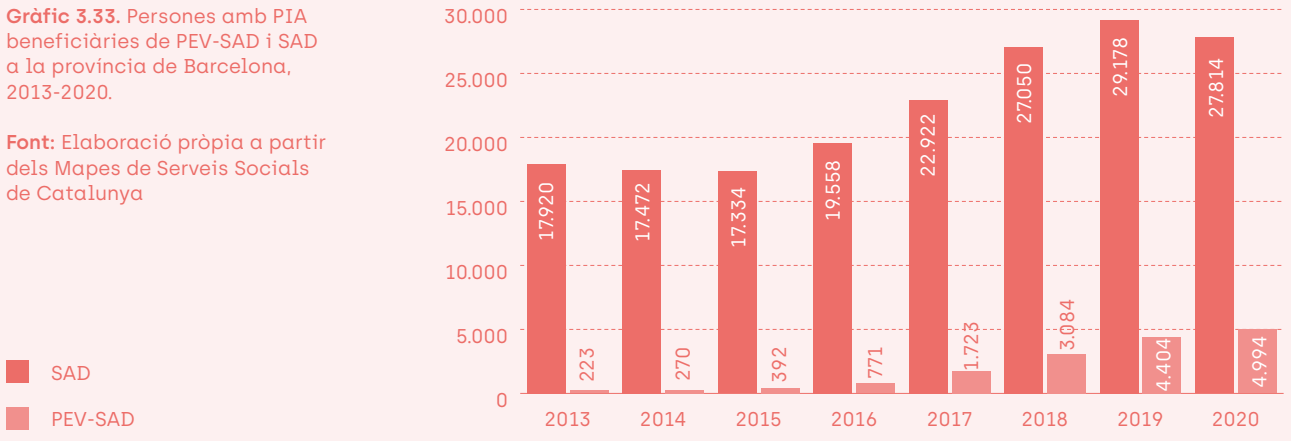


Prestació econòmica vinculada al SAD (PEV-SAD)

El Servei d'ajuda a domicili es proporciona majoritàriament per mitjà de la prestació del servei, però, els darrers anys, **ha crescut la prestació econòmica vinculada al Servei d'ajuda a domicili per a les persones amb SAD dependència, que ha passat d'un 0,2 % de persones amb PIA que tenien concedida aquesta prestació l'any 2013 a un 4,1 % l'any 2020**. L'increment està relacionat amb l'accés de les persones dependents de Grau I a les prestacions de la cartera de serveis de la LAPAD. El gràfic 3.33 mostra que, si es comparen la prestació de servei del SAD i la PEV-SAD, ambdues s'han incrementat els últims anys. Tot i que la PEV-SAD encara és lluny d'arribar a les taxes de cobertura del SAD, va suposar, com s'ha esmentat, el 4,1 % del total de PIA l'any 2020, i el 15 % dels PIA amb SAD i, el més important, s'observa que aquesta modalitat de prestació no actua en detriment de la prestació directa del Servei d'ajuda a domicili, que també segueix creixent, excepte l'any 2020 que, a causa de la pandèmia de la COVID-19, va quedar per sota del 2019.

Gràfic 3.33. Persones amb PIA beneficiàries de PEV-SAD i SAD a la província de Barcelona, 2013-2020.

Font: Elaboració pròpia a partir dels Mapes de Serveis Socials de Catalunya



En general, els municipis més petits són els que fan més ús de la PEV-SAD, ja que suposa un 47,6 % de les hores del SAD dependència als municipis de 5.000 a 20.000 habitants i un 30,3 % en els de menys de 5.000 habitants. En els que passen de 70.000 suposa només un 10,8 % (gràfic 3.34).

Des del punt de vista local,[55] es recorre a la PEV-SAD quan hi ha **augments de la demanda per sobre de la capacitat del municipi o de l'ens local d'ampliar l'oferta** en aquell moment, però també es tracta d'una resposta a les demandes de les persones sol·licitants quan el servei ja es tenia contractat de manera privada. Generalment es tracta de persones amb **capacitat d'autogestió personal o familiar**, ja que han de cercar l'empresa o entitat, gestionar el procés de contractació i un cop a l'any han de presentar la facturació als serveis socials bàsics.

Habitualment, les persones beneficiàries de la PEV-SAD també tenen certa capacitat econòmica, perquè la PEV es finança amb l'aportació del govern de la Generalitat de Catalunya i de la persona beneficiària, l'aportació de la qual varia segons la capacitat econòmica, sense que hi hagi exempcions ni aportacions del municipi i, a més a més, de vegades la persona usuària ha d'avançar el pagament fins a rebre l'aportació inicial del govern.

L'aportació del govern de la Generalitat varia segons el grau de dependència de la persona usuària i el nombre d'hores mensuals de servei, d'acord amb uns barems diferents del contracte programa.[56]

En absència d'un registre d'entitats acreditades per prestar el SAD, els ens locals ofereixen orientació respecte a les empreses i entitats que poden ser contractades per prestar el servei, que són les que consten al Registre d'Equipaments i Establiments de Serveis Socials (RESES) de la Generalitat de Catalunya.

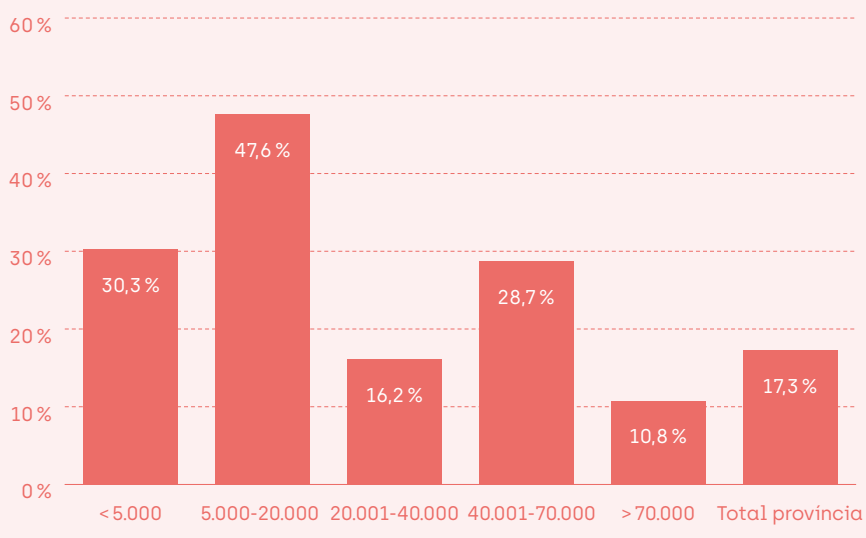
En general, es destaquen com a característiques positives el fet que la PEV permet **una major flexibilitat horària i adaptació a les necessitats de les persones usuàries** (acompanyaments a l'exterior, diversitat de tasques…) i també en alguns casos ajuda a reduir llistes d'espera. Però, sempre, és una prestació que actualment només es pot prescriure quan s'esgota la prestació de servei.

[55] La informació s'ha extret d'entrevistes telefòniques i/o per videoconferència amb responsables de serveis socials o del SAD de nou ABSS de la província de Barcelona amb més prestació de PEV-SAD, realitzades el darrer semestre de 2020.

[56] Les persones entrevistades han destacat que s'afavoreix l'usuari de Grau I i, de manera especial, el que rep un màxim de 10 hores de servei al mes, bonificats amb 18 €/hora, lluny dels 10,7 €/hora amb què es finança el SAD municipal el 2021.

Gràfic 3.34. Percentatge d'hores de PEV-SAD sobre el total d'hores del SAD dependència, 2021.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de la dependència a Catalunya del departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya, febrer 2021



Cobertura i intensitat

La taxa global de cobertura del servei per al conjunt de la província de Barcelona és de **10,30 persones usuàries per cada 1.000 habitants**. L'any 2019 va haver-hi un total de 58.359 persones usuàries del SAD a la demarcació, una xifra un 2,4 % inferior a l'any anterior (59.823 persones). Si s'analitzen les diferències per sexe, s'observa que la taxa de cobertura per a dones és 2,5 vegades més alta que la dels homes. Aquesta diferència és determinada principalment per la cobertura del SAD per motius de dependència, en què la proporció de dones usuàries del servei pràcticament triplica la dels homes, ja que es troben en més situacions de dependència reconeguda atesa la major esperança de vida amb pitjor estat de salut.

Gràfic 3.35: Persones usuàries del SAD per cada 1.000 habitants, per sexe i modalitat de servei, 2019.

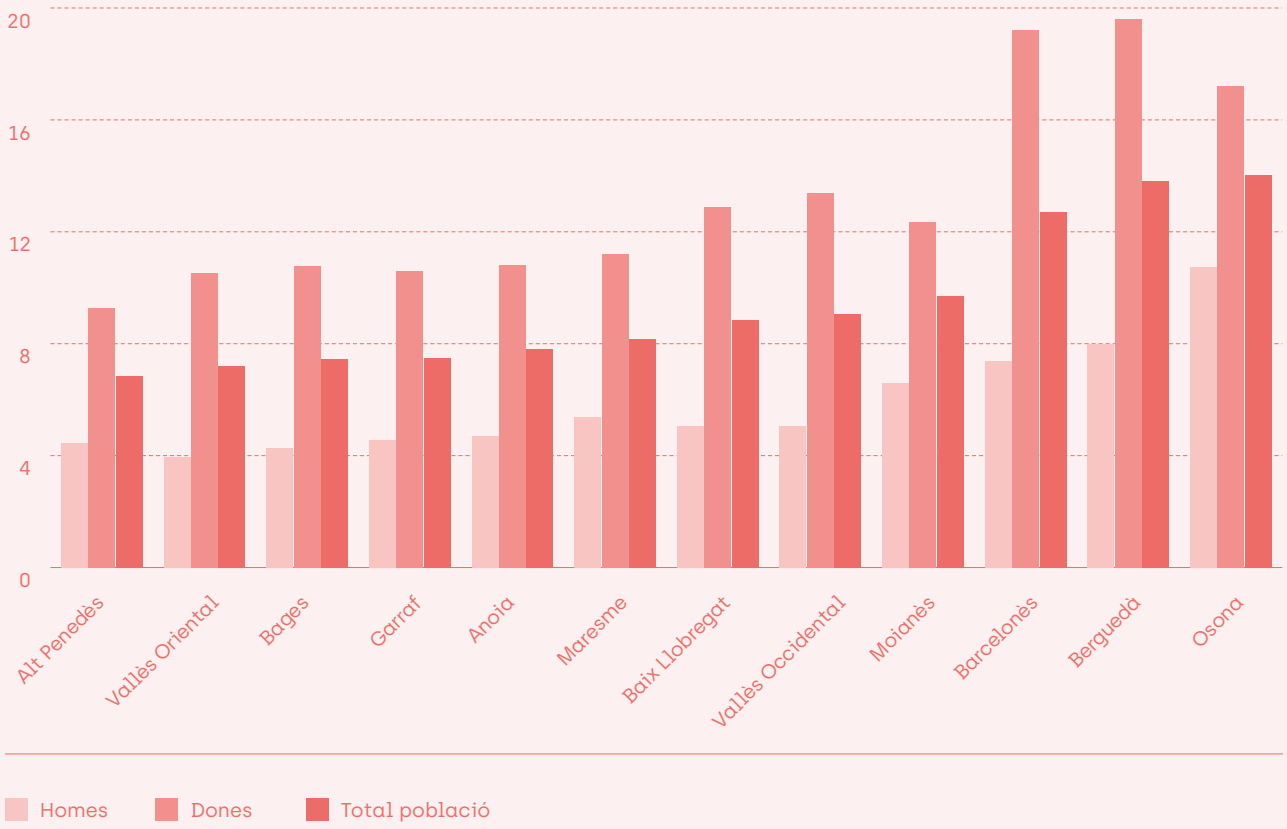
Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Portal de transparència de la Generalitat de Catalunya i Idescat

Pel que fa a la **distribució territorial, la comarca amb més cobertura del servei al conjunt de la població és Osona** (14,02 persones usuàries per cada mil habitants), seguida pel **Berguedà** i el **Barcelonès**. Aquestes tres comarques tenen xifres de cobertura entre un 40 % i un 80 % superiors a les de la resta.

L'anàlisi de les taxes de cobertura segons sexe per comarques mostra que, en tot el territori, la taxa de cobertura de la població femenina és superior a la masculina, i que oscil·la entre el 160 % i el 260 % per sobre de la dels homes, fet que es correspon, com s'ha esmentat, amb la major proporció de dones que viuen en una situació de dependència reconeguda.

Gràfic 3.36. Persones usuàries del SAD per cada 1.000 habitants, per comarca i sexe, 2019.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Portal de transparència de la Generalitat de Catalunya



En l'àmbit del CCI, el gràfic 3.37 mostra l'evolució de les taxes de cobertura del servei segons la dimensió poblacional dels municipis. Algunes conclusions que es poden extreure d'aquest gràfic són:

Els municipis més petits són els que tenen taxes de cobertura més baixes, mentre que els municipis d'entre 20.000 i 40.000 habitants són els que aconsegueixen donar més cobertura a la població.

Tots els grups de municipis milloren les seves taxes de cobertura durant la darrera dècada, tot i que el creixement no és homogeni (**el grup que més creix és, de nou, el dels municipis d'entre 20.000 i 40.000 habitants**) ni lineal.[57]

Finalment, pel que fa a l'evolució d'aquest indicador durant la darrera dècada, les dades recollides pel CCI-SS mostren una millora, amb **un augment del 27,3 % entre 2010 i 2019 de la taxa global de cobertura.**[58] La cobertura del servei l'any 2019 per a les persones de 65 anys o més és de 4,2 persones usuàries de 65 anys o més per cada 100 habitants d'aquest grup d'edat.[59]

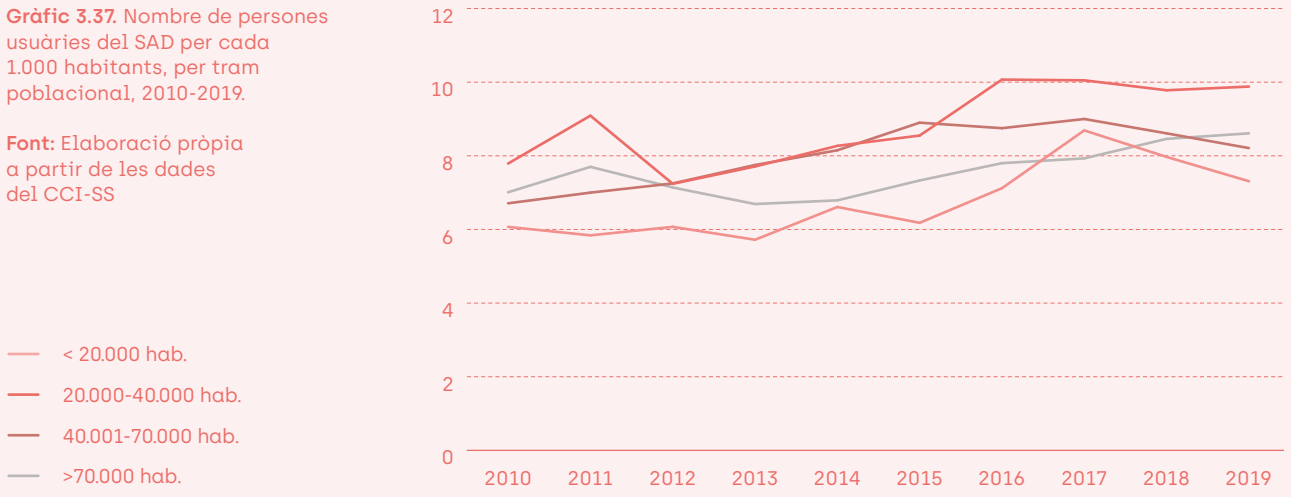
[57] La irregularitat d'aquesta evolució també es deu als canvis que es produeixen en la mostra de municipis que anualment participen en l'estudi. Entre 2015 i 2019, una desena de municipis es van incorporar al projecte, la majoria amb una població inferior als 20.000 habitants, la qual cosa té un impacte en l'evolució dels indicadors.

[58] La taxa de cobertura calculada pel CCI-SS no ha de coincidir amb la taxa del conjunt de la província presentada a l'inici de la secció. El CCI-SS es basa en una mostra de municipis que no inclou la ciutat de Barcelona, amb un pes important sobre el conjunt del territori, mentre que les dades del portal de transparència de la Generalitat de Catalunya inclouen el conjunt d'àrees bàsiques.

[59] En el cas de la població de 65 anys o més, la cobertura del SAD a l'Àrea Metropolitana de Barcelona és superior a la mitjana de la província de Barcelona i arriba al 5,3 % d'aquesta població (IERMB, 2020).

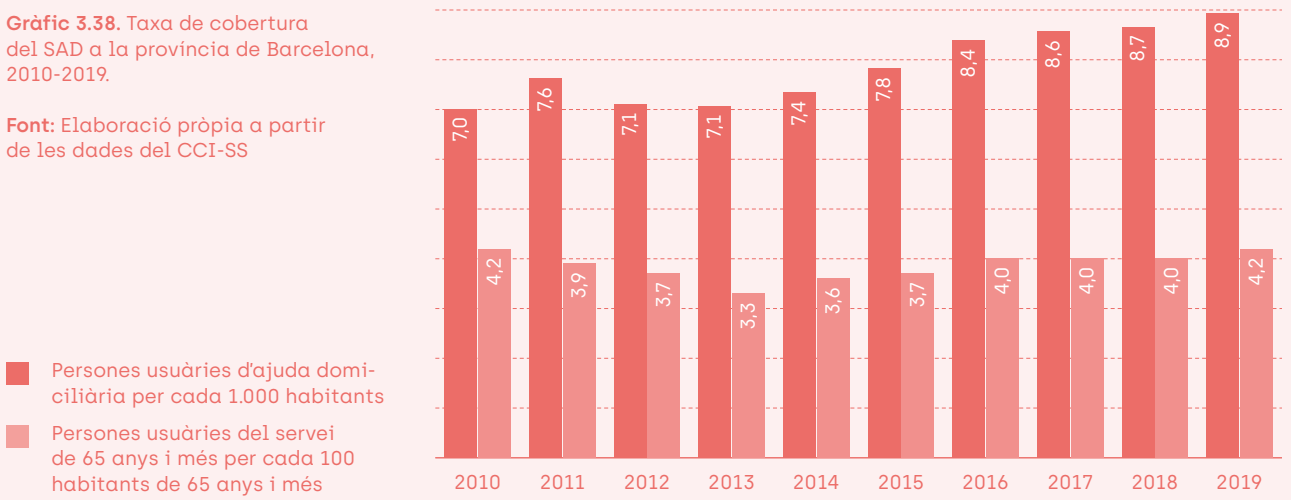
Gràfic 3.37. Nombre de persones usuàries del SAD per cada 1.000 habitants, per tram poblacional, 2010-2019.

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del CCI-SS



Gràfic 3.38. Taxa de cobertura del SAD a la província de Barcelona, 2010-2019.

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del CCI-SS



A diferència de la taxa de cobertura global, **la cobertura del servei per a les persones de 65 anys o més s'ha mantingut força estable durant la darrera dècada**, la qual cosa s'explica per l'envelliment progressiu de la població.[60] Així doncs, atesa la tendència incremental de la població de més edat, si s'aspira a mantenir o incrementar les taxes de cobertura actuals caldrà ampliar la prestació del servei per sobre de la taxa d'envelliment de la població.

Pel que fa a l'any 2020, cal destacar que per primera vegada des que hi ha dades estadístiques del SAD es produeix un decreixement de persones usuàries, arran de la pandèmia de la COVID-19. Per por al contagi i també per més disponibilitat de les famílies per atendre les persones grans, es van produir baixes voluntàries del servei. Durant el període de l'estat d'alarma, de març a juny de 2020, en alguns municipis de la província de Barcelona només es van fer altes del servei en casos de gran necessitat per evitar sobresaturar els equips professionals que tenien problemes d'equipaments de protecció i de baixes per COVID o sospita.[61]

[60] L'any 2019, un 18,9 % de la població de la província de Barcelona tenia 65 anys o més, xifra 2,3 punts percentuals superior a la del 2010 (que era el 16,6 %). Font: Idescat. Estimacions de població.

[61] No es disposa d'informació sobre les llistes d'espera per al SAD, tant en període ordinari com en l'extraordinari derivat de la COVID-19.

Pel que fa al SAD dependència, la cobertura de la població de 65 anys o més en el conjunt de la província de Barcelona, segons dades del departament de Drets Socials per al febrer de 2021, equivalia al 2,7 % de la població d'aquest grup d'edat, de manera que es requereix incrementar la cobertura del SAD per assolir l'objectiu del 4 % per a les persones amb reconeixement de dependència, marcat pel Pla Estratègic de Serveis Socials de Catalunya 2020-2024 (departament de Drets Socials, 2020). Cal assenyalar també que aquesta cobertura difereix segons la dimensió del municipi, ja que els municipis que passen de 70.000 habitants tenen de mitjana una cobertura del 2,8 %, mentre que els menors de 20.000 arriben només al 2 % i, per tant l'esforç que caldrà per arribar a l'objectiu del 4 % és superior.

Intensitat de servei

En relació a la intensitat d'hores de servei per persona usuària, la mitjana d'hores d'atenció per persona usuària al mes difereix molt en funció de la modalitat del SAD. Com mostra la taula 3.3, **el Servei d'ajuda a domicili en situacions de dependència reconeguda té de mitjana més del doble d'intensitat que per a les persones amb SAD per motius socials** (o amb dependència no reconeguda).

Mentre que en el cas del SAD dependència les persones usuàries, tant del SAD com de la PEV-SAD, reben una mitjana de 21,4 hores d'atenció mensual, per a les usuàries del SAD social es redueixen a 8,6 hores mensuals. No es detecten diferències rellevants de la intensitat de servei per sexe de la persona beneficiària. Des del punt de vista **territorial**, les comarques més poblades són les que presenten un nombre més alt d'hores d'atenció per persona usuària del SAD dependència, mentre que la intensitat del SAD social és més heterogènia, i en ambdós casos destaca el Barcelonès amb intensitats per sobre de les mitjanes.

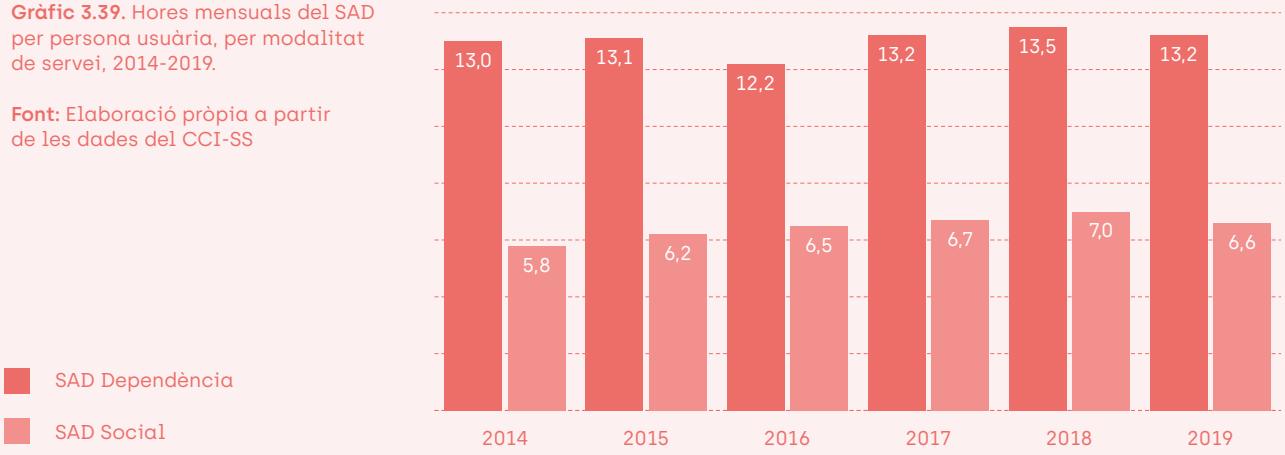
Taula 3.3. Hores d'atenció del SAD i la PEV-SAD per persona usuària al mes.

Font: Elaboració pròpia. Per al SAD Dependència a partir de les dades de la dependència a Catalunya del departament de Drets Socials, febrer 2021,i per al SAD social a partir de les dades del Portal de transparència de la Generalitat de Catalunya, 2019

	Hores/mes usuari SAD Dependència (servei i PEV)	Hores/mes usuari SAD Social
Alt Penedès	18,1	5,5
Anoia	19,6	4,5
Bages	15,2	5,2
Baix Llobregat	19,8	5,5
Barcelonès	22,9	11,7
Berguedà	14,0	6,2
Garraf	21,2	7,3
Maresme	21,2	6,5
Moianès	12,3	4,2
Osona	21,7	2,5
Vallès Occidental	19,9	8,9
Vallès Oriental	22,2	5,2
Total província de Barcelona	**21,4**	**8,6**

Gràfic 3.39. Hores mensuals del SAD per persona usuària, per modalitat de servei, 2014-2019.

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del CCI-SS

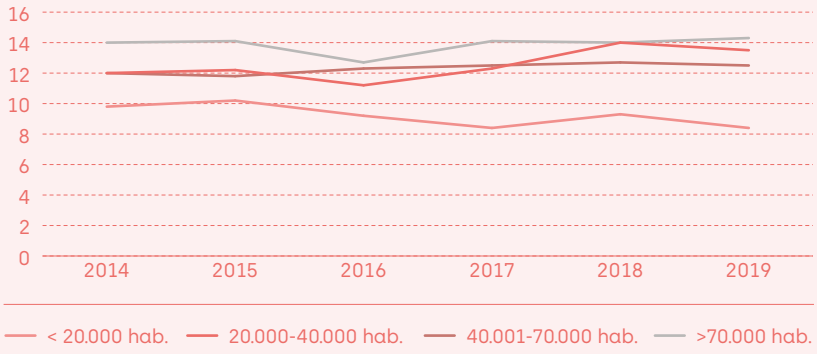


Per tal de tenir una visió longitudinal de l'evolució anual de la intensitat de les dues modalitats de servei, s'han pres les dades dels municipis del CCI. El gràfic 3.39 mostra que s'ha mantingut considerablement estable els últims anys.[62]

Si s'analitzen les dades segons la dimensió poblacional dels municipis, s'observa que, **a mesura que augmenta la població de l'ens local, la intensitat dels dos tipus de servei d'ajuda a domicili s'incrementa.** És destacable que als municipis més petits les hores mensuals d'atenció per persona usuària, tant en el SAD dependència com social han disminuït lleugerament els darrers anys.

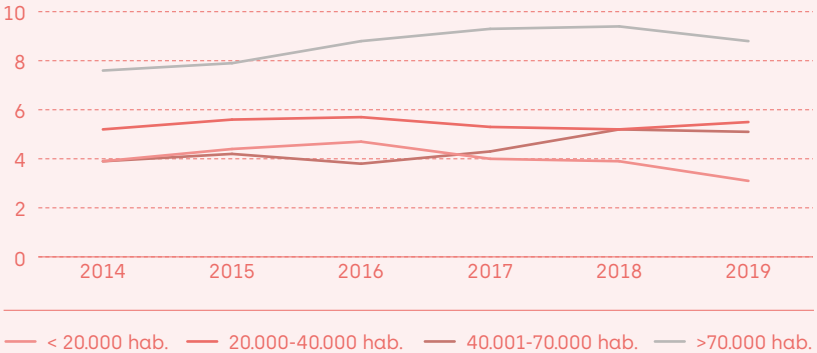
Gràfic 3.40. Hores mensuals del SAD per persona usuària per situació de DEPENDÈNCIA, per tram poblacional, 2014-2019.

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del CCI-SS



Gràfic 3.41. Hores mensuals del SAD per persona usuària per situació SOCIAL, per tram poblacional, 2014-2019.

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del CCI-SS



[62] No tenim dades anteriors a l'any 2014, ja que és el primer any a partir del qual es van començar a recollir aquestes variables en l'enquesta de la Diputació de Barcelona als municipis participants al CCI. Aquestes dades presenten variacions respecte de les presentades anteriorment per al conjunt de la província de Barcelona, perquè estan elaborades a partir d'una mostra de municipis, on no s'ha inclòs el municipi de Barcelona, raó per la qual la mitjana d'hores del SAD dependència és força inferior. També cal tenir en compte que en aquest cas el SAD dependència no inclou la PEV-SAD.

Aquesta intensitat menor de servei als municipis més petits de 20.000 habitants és coherent amb **la menor intensitat que ofereixen a Catalunya les àrees bàsiques de serveis socials comarcals** que agrupen municipis d'aquesta població, la qual se situa en 95,9 hores anuals per usuari, en relació a la cobertura de les àrees bàsiques municipals (municipis de més de 20.000 habitants), que és de 152,9 hores anuals per usuari, d'acord amb el Mapa de Serveis Socials de 2019.

La distribució d'hores de servei del SAD dependència, inclosa la PEV-SAD, entre els tres graus de dependència no es correspon percentualment amb la distribució per graus de dependència de les persones usuàries del servei (taula 3.4). Les persones usuàries de Grau I representen el 55,2 % del total, i reben només el 43,1 % del total de les hores prestades, mentre que aquesta diferència va en sentit contrari per als graus II i III, que reben un percentatge d'hores superior al que representa el total d'usuaris del grau corresponent. Això és degut en part al fet que normativament el màxim d'hores a percebre varia segons el grau de dependència (taula 3.5). Tanmateix, com es pot veure en les taules 3.6, 3.7 i 3.8, en el Grau II no sempre es compleixen de mitjana els mínims que estableix la normativa, i **en el Grau III, tot i representar només un 12,9 % del total d'usuaris, en cap comarca o tram poblacional de municipi s'assoleix de mitjana el mínim d'hores mensuals previst per la normativa**. Aquesta situació planteja un repte estratègic per al SAD com a instrument per evitar la institucionalització de les persones en situació de dependència severa, almenys en el segment que disposa de suport i que desitja romandre a casa.

	Total de persones usuàries SAD per grau	Percentatge de persones usuàries SAD per grau	Total d'hores SAD per grau	Percentatge d'hores SAD per grau
Grau I	17.932	55,2 %	300.628	43,1 %
Grau II	10.398	32,0 %	258.298	37,0 %
Grau III	4.184	12,9 %	138.448	19,9 %
Total	**32.514**	**100,0 %**	**697.373**	**100,0 %**

Taula 3.4. Distribució de les hores i persones usuàries del SAD dependència, inclosa la PEV-SAD, per grau de dependència.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de la dependència a Catalunya del departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya, febrer 2021

En la taula següent es presenten els nivells d'intensitat del SAD dependència marcats per la normativa, en funció de si es tracta d'un servei únic o si es compatibilitza amb altres prestacions del SAAD, principalment la PECEF i la PEV a centre de dia de persones grans en el cas del SAD. La PEV-SAD és compatible amb centre de dia de persones grans. [63]

	Intensitat	
Grau de dependència	Servei únic	Compatibilitat amb altres serveis
Grau III	46 – 70 hores/mes	0 – 25 hores/mes
Grau II	21 – 45 hores/mes	0 – 15 hores/mes
Grau I	0 – 20 hores/mes	

Taula 3.5. Intensitat del SAD per grau de dependència, segons normativa.

Font: Elaboració pròpia a partir de les Instruccions 3/2017 per a la gestió i aplicació de les disposicions normatives derivades de la Llei 39/2006, de 14 de desembre

[63] El pla de xoc per a l'impuls del Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència 2021-2023 del govern de l'Estat preveu una revisió a l'alça de les intensitats horàries del SAD dependència.

En la taula 3.6 s'observa, d'una banda, que el 2021 s'estan complint de mitjana les intensitats que marca la llei (taula 3.5) excepte per a les persones amb Grau III que tenen servei del SAD. De l'altra, així com la intensitat mitjana del Grau I és molt semblant per a SAD i PEV-SAD, per als graus II i III la mitjana de PEV-SAD és força superior.

	Mitjana d'hores/ mes SAD (servei)	Mitjana d'hores/ mes PEV-SAD	Mitjana d'hores/ mes total SAD
Grau I	16,9	16,2	16,8
Grau II	23,7	33,8	24,8
Grau III	30,1	62,7	33,1
Total general	**21,0**	**23,8**	**21,4**

Taula 3.6. Mitjana d'hores mensuals per persona usuària del SAD i la PEV-SAD, per grau de dependència.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de la dependència a Catalunya del departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya, febrer 2021

Si s'observa el SAD en prestació de servei, que és majoritària actualment, i per tant no s'analitza la PEV-SAD, si es comparen les intensitats mitjanes per grau de dependència dels usuaris amb els trams fixats per la Instrucció 3/2017, s'observa que només es compleix la intensitat fixada en el Grau I (un màxim de 20 hores) als municipis de qualsevol tram poblacional, com es pot veure en la taula 3.7. En el Grau II els municipis de menys de 20.000 habitants estan per sota del mínim de 21 hores al mes i el grup de municipis entre 40.001 i 70.000 habitants hi està a unes dècimes per sota, amb 20,7 hores al mes. Per sobre de la mitjana provincial de 23,7 hores al mes per al Grau II només hi ha el grup de municipis que passen dels 70.000 habitants amb 25,7 hores al mes, lluny del màxim de 45 hores previst per la normativa. Pel que fa al Grau III no hi ha cap grup de municipis que arribi de mitjana al mínim de 46 hores mensuals previst per la normativa.

Dimensió poblacional del municipi	Grau I (Mitjana hores SAD normativa): màxim 20h/mes	Grau II (Mitjana hores SAD normativa) entre 21-45 h/mes	Grau III (Mitjana hores SAD normativa) entre 46 i 70 h/mes	Total graus Mitjana hores SAD (en servei)
< 5.000 hab.	14,7	15,1	19,0	15,5
5.000-20.000 hab.	15,1	17,1	21,9	17,1
20.001-40.000 hab.	16,4	21,4	27,4	19,8
40.001-70.000 hab.	15,4	20,7	27,0	18,9
> 70.000 hab.	17,4	25,7	32,9	22,1
Total	**16,9**	**23,7**	**30,1**	**21,0**

Taula 3.7. Mitjana d'hores mensuals per persona usuària del SAD (sense PEV-SAD), per grau de dependència i tram poblacional.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de la dependència a Catalunya del departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya, febrer 2021 (en trama vermella mitjanes que queden per sota del mínim normatiu)

Des del punt de vista comarcal, en la taula 3.8 es reflecteixen les intensitats mitjanes per grau de dependència dels usuaris i usuàries del SAD (sense PEV-SAD). En el Grau I, per sobre de la mitjana provincial (16,9 hores/mes), destaquen el Garraf amb 18,3 hores al mes per usuari i Osona amb 17,9 hores al mes per usuari.

En el Grau II, per sobre de la mitjana (23,7 hores/mes) només hi ha el Barcelonès, amb 27 hores al mes per usuari. En el Grau III no hi ha cap comarca que assoleixi el mínim normatiu de 46 hores al mes, però destaquen per sobre de la mitjana provincial (30,1) el Barcelonès amb 34,2 i Osona amb 32,1 hores al mes per usuari.

	Grau I	Grau II	Grau III	Total graus
	Mitjana d'hores SAD normativa: màxim 20 h/mes	Mitjana d'hores SAD normativa: entre 21-45 h/mes	Mitjana d'hores SAD normativa: entre 46 i 70 h/mes	Mitjana d'hores SAD (en servei)
Alt Penedès	15,0	16,0	19,7	16,2
Anoia	14,1	18,0	23,2	17,3
Bages	12,5	13,3	18,5	13,7
Baix Llobregat	16,6	22,0	28,7	20,0
Barcelonès	17,3	27,0	34,2	22,4
Berguedà	11,8	11,4	13,0	11,8
Garraf	18,3	22,7	23,6	20,5
Maresme	17,4	23,0	29,1	21,6
Moianès	9,5	12,3	19,0	11,7
Osona	17,9	21,1	32,1	21,4
Vallès Occidental	16,3	20,2	26,7	19,5
Vallès Oriental	16,4	19,3	23,6	19,0
Total	**16,9**	**23,7**	**30,1**	**21,0**

Taula 3.8. Mitjana d'hores mensuals per persona usuària del SAD segons el grau de dependència, per comarca.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de la dependència a Catalunya del departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya, febrer 2021 (en trama vermella les mitjanes que queden per sota del mínim normatiu)

En relació a la distribució d'hores d'atenció personal i de manteniment de la llar del SAD dependència, segons dades del departament de Drets Socials per al febrer de 2021, s'estaven prestant un total de 697.373 hores mensuals a 32.514 usuaris i usuàries entre el SAD i la PEV-SAD, com es mostra en la taula 3.9.

Un 85,1 % del total d'hores corresponen a l'atenció personal per a la realització de les activitats de la vida diària i el 14,9 % a l'atenció de les necessitats domèstiques o de la llar (aquest servei d'atenció a la llar només es pot prestar com a complement de l'atenció personal).

Un 39 % dels usuaris i usuàries del SAD reben el servei d'atenció a la llar (7 hores de mitjana al mes per persona usuària d'aquest servei), una xifra per sota de la dels usuaris i usuàries de PEV-SAD, un 51 % dels quals rep el mateix servei amb 10 hores de mitjana al mes per persona usuària.

Hi ha diferències importants a escala comarcal; per exemple, el Bages i el Moianès estan per sota del 6 % d'hores prestades en atenció a la llar; en canvi, algunes comarques estan per sobre del 20 %, com el Baix Llobregat que se situa en el 25,1 %, o el Vallès Oriental amb un 22,1 %.

Pel que fa a la ràtio d'hores mensuals per persona usuària, en global són **18 hores d'atenció personal i 3 hores d'atenció a la llar, la qual cosa suposa de mitjana una ràtio de 21 hores mensuals de servei**, com ja s'ha analitzat en la taula 3.3. La ràtio més elevada correspon al Barcelonès, amb gairebé 23 hores mensuals per persona usuària. Amb ràtios per sota de les 15 hores, hi ha el Moianès i el Berguedà

Comarca	Hores d'atenció personal SAD i PEV-SAD	% hores d'atenció personal SAD i PEV-SAD	Hores d'atenció a la llar SAD i PEV-SAD	% hores d'atenció a la llar SAD i PEV-SAD	TOTAL hores SAD i PEV-SAD	Usuaris SAD	Usuaris PEV-SAD	Total d'usuaris SAD i PEV-SAD	Ràtio d'hores mes/usuari SAD i PEV-SAD
Alt Penedès	6.379	82,9 %	1.312	17,1 %	7.691	188	237	425	18,1
Anoia	9.523	76,9 %	2.858	23,1 %	12.381	337	295	632	19,6
Bages	8.597	94,4 %	507	5,6 %	9.104	499	98	597	15,2
Baix Llobregat	73.660	74,9 %	24.720	25,1 %	98.380	3.979	980	4.959	19,8
Barcelonès	319.534	88,4 %	41.857	11,6 %	361.391	14.564	1.183	15.747	22,9
Berguedà	3.306	84,8 %	593	15,2 %	3.899	229	49	278	14,0
Garraf	10.815	78,9 %	2.900	21,1 %	13.715	511	136	647	21,2
Maresme	34.701	84,3 %	6.464	15,7 %	41.165	1.382	556	1.938	21,2
Moianès	542	95,9 %	23	4,1 %	565	45	1	46	12,3
Osona	9.889	88,5 %	1.286	11,5 %	11.175	509	6	515	21,7
Vallès Occidental	84.755	87,5 %	12.108	12,5 %	96.863	4.358	520	4.878	19,9
Vallès Oriental	31.987	77,9 %	9.057	22,1 %	41.044	834	1.018	1.852	22,2
Total província	**593.688**	**85,1 %**	**103.685**	**14,9 %**	**697.373**	**27.435**	**5.079**	**32.514**	**21,4**

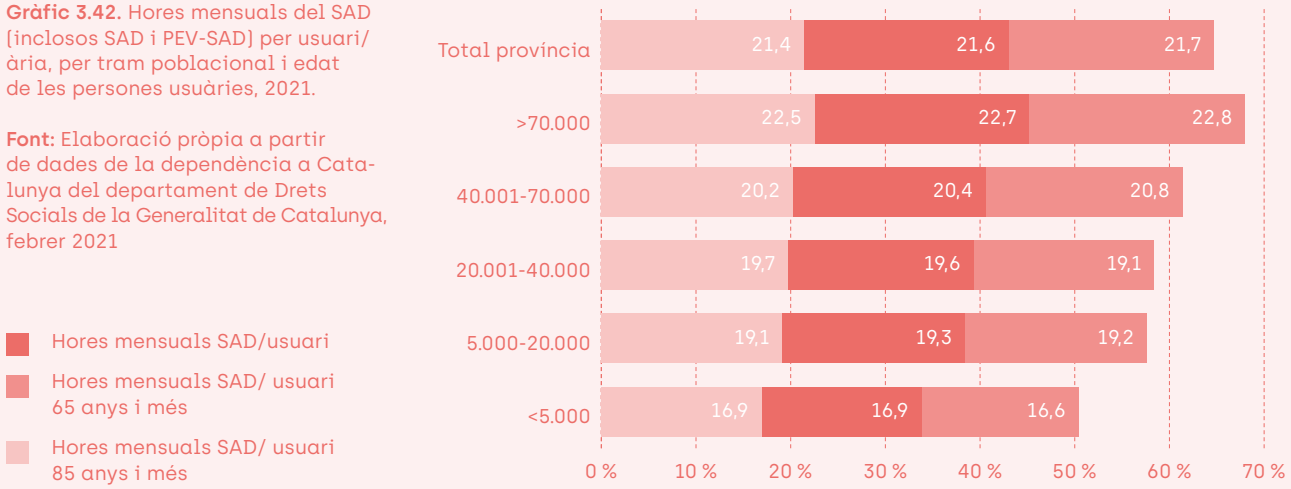
Taula 3.9. Hores d'atenció personal i d'atenció a la llar del SAD i la PEV-SAD i ràtio d'hores mensuals per persona usuària del SAD i PEV-SAD, per comarca.

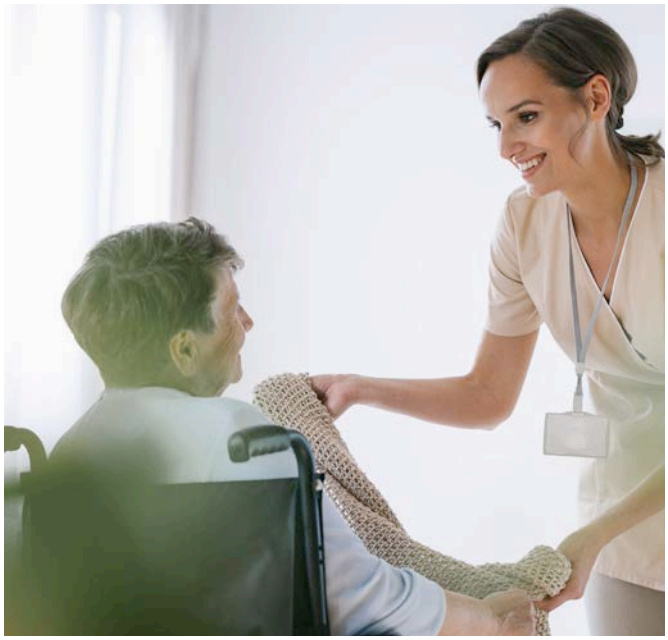
Font: Elaboració pròpia a partir de dades de la dependència a Catalunya del departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya, febrer 2021

Finalment, tal com s'apunta en les taules anteriors, **la intensitat de servei mesurada en hores mensuals per persona usuària augmenta en funció de la dimensió del municipi, però també, en general, del tram d'edat de la persona usuària**, com es pot veure en el gràfic 3.42. Així, doncs, en el tram de municipis de més de 70.000 habitants les ràtios superen la mitjana, amb més de 22 hores mensuals per persona usuària, gairebé 23 en el cas de les usuàries amb més de 85 anys, mentre que als municipis menors de 5.000 habitants la mitjana és de 16,9 hores, i amb poca variació per tram d'edat.

Gràfic 3.42. Hores mensuals del SAD (inclosos SAD i PEV-SAD) per usuari/ària, per tram poblacional i edat de les persones usuàries, 2021.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de la dependència a Catalunya del departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya, febrer 2021





El dilema de la cobertura o la intensitat del servei

Els indicadors de necessitat ajuden a valorar l'equitat en la distribució dels recursos. Un indicador demogràfic que s'aproxima a la necessitat del SAD dependència és l'índex d'envelliment de la població (població de 65 anys o més sobre el total de població). En la taula 3.10 es mostra com es distribueixen les cobertures (percentatge de persones usuàries del SAD de 65 anys o més) i les intensitats del SAD (ràtio d'hores mensuals per persona usuària de 65 anys o més)[64] al costat de l'índex d'envelliment, en les comarques i els municipis de la província de Barcelona segons trams de població.

[64] La ràtio d'hores mensuals de servei presenta una lleugera variació respecte de les dades presentades en l'apartat d'intensitat de servei perquè en aquest cas s'analitza la població usuària de 65 anys o més.

	Índex d'envelliment (població de 65 anys o més/total població)	Població de 65 anys o més	Persones usuàries de 65 anys o més	Cobertura SAD 65 anys o més	Hores total 65 anys o més	Hores mensuals SAD/usuari 65 anys o més
Tram de població						
<5000	19,0 %	50.383	1.008	2,0 %	17.015	16,9
5.000-20.000	17,5 %	155.506	3.152	2,0 %	60.785	19,3
20.001-40.000	17,0 %	103.997	2.477	2,4 %	48.506	19,6
40.001-70.000	18,3 %	129.320	2.960	2,3 %	60.444	20,4
>70.000	19,8 %	648.133	18.259	2,8 %	413.592	22,7
Comarca						
Alt Penedès	17,6 %	19.330	350	1,8 %	6.504	18,6
Anoia	18,2 %	22.417	531	2,4 %	10.467	19,7
Bages	20,0 %	36.179	532	1,5 %	8.053	15,1
Baix Llobregat	17,8 %	148.637	4.218	2,8 %	83.900	19,9
Barcelonès	20,7 %	478.124	13.629	2,9 %	314.362	23,1
Berguedà	24,5 %	9.747	258	2,6 %	3.597	13,9
Garraf	18,0 %	27.428	527	1,9 %	11.412	21,7
Maresme	18,7 %	85.643	1.537	1,8 %	32.947	21,4
Moianès	19,3 %	2.694	40	1,5 %	482	12,1
Osona	17,8 %	29.156	439	1,5 %	9.507	21,7
Vallès Occidental	16,8 %	157.474	4.153	2,6 %	82.171	19,8
Vallès Oriental	17,0 %	70.223	1.638	2,3 %	36.940	22,6
Total de la província	**18,9 %**	**1.016.829**	**27.852**	**2,7 %**	**600.342**	**21,6**

Taula 3.10. Índex d'envelliment, cobertura i intensitat del SAD dependència de la població de 65 anys o més, per tram poblacional i comarca.

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'Idescat (1 de gener de 2020) i de les dades de la dependència a Catalunya del departament de Drets Socials, febrer 2021

Amb una mitjana provincial del 18,9 % de població de més de 65 anys, els territoris més envellits són els municipis que passen dels 70.000 habitants i els que no arriben a 5.000, en concret les comarques del Berguedà (24,5 %), el Barcelonès, el Bages i el Moianès, amb uns índexs per sobre de la mitjana o al voltant de la mitjana. En canvi, les comarques menys envellides són el Vallès Occidental (16,8 %), el Vallès Oriental, l'Alt Penedès i el Baix Llobregat.

El SAD dependència presenta unes cobertures entre el 2,8 % de la població de més de 65 anys als municipis de més de 70.000 habitants i el 2 % als municipis de menys de 5.000 habitants. La mitjana de la província de Barcelona se situa en el 2,7 %. Les comarques del Barcelonès i el Baix Llobregat se situen per sobre d'aquesta mitjana, i al voltant de la mitjana hi ha el Berguedà i el Vallès Occidental. Les cobertures més baixes corresponen al Bages, Osona i el Moianès amb l'1,5 % aproximadament.

La intensitat del servei es mesura pel nombre d'hores mensuals per persona usuària, i la mitjana per a la província de Barcelona és de 21,6 hores mensuals per cada usuària amb més de 65 anys. Per sobre de la mitjana, només hi ha els municipis a partir de 70.000 habitants, mentre que les intensitats més baixes corresponen als municipis amb menys de 5.000 habitants. Des del punt de vista comarcal, el Barcelonès (23,1 hores), el Vallès Oriental, el Garraf i Osona tenen intensitats per sobre de la mitjana provincial i els valors més baixos corresponen al Moianès (12,1 hores), el Berguedà i el Bages.

Si es comparen els tres indicadors (l'envelliment de la població, la cobertura i la intensitat del SAD dependència) no s'intueix una correlació entre necessitats potencials i diferències territorials en la prestació del SAD.[65] Es constata que són els municipis amb més de 70.000 habitants els que presenten una coherència superior, ja que en els tres indicadors se situen per sobre de la mitjana i, per tant, és en aquest grup de municipis on les necessitats d'atenció al domicili de les persones grans poden estar més ben cobertes.

Els municipis més petits, els que tenen menys de 5.000 habitants, tot i que presenten un índex d'envelliment equivalent a la mitjana de la província de Barcelona (un 19 %) presenten les cobertures i intensitats més baixes del SAD dependència. El tram d'entre 5.000 i 20.000 habitants també mostra una cobertura i una intensitat del SAD dependència inferior a la mitjana, però presenten un índex d'envelliment també inferior, de manera que probablement la distància entre les necessitats i la disponibilitat del SAD no sigui tan gran com en el cas dels municipis més petits.

Els municipis d'entre 20.001 i 40.000 habitants tenen l'índex d'envelliment més baix (un 17 %) i presenten la segona cobertura més alta (2,4 % de les persones grans); al seu torn, el tram de municipis entre 40.001 i 70.000 habitants presenta, amb un envelliment lleugerament inferior a la mitjana de la província de Barcelona (un 18,3 %), la segona intensitat més alta (20,4 hores per usuari), tot i que la cobertura és del 2,3 %.

Des del punt de vista comarcal, **només en el cas del Barcelonès es troba una cobertura i una intensitat de servei per sobre de la mitjana**. El Berguedà —amb l'índex d'envelliment més alt de la província— està proper a la mitjana pel que fa a la cobertura (2,6 %) però en els valors més baixos pel que fa a intensitat del servei (13,9 hores per persona usuària). Així mateix, el Bages i el Moianès, amb un índex d'envelliment en la mitjana, tenen els valors més baixos tant de cobertura com d'intensitat de servei. Per tant, s'observa que no hi ha una relació lineal entre més envelliment i més cobertura i intensitat del servei.

Els recursos són limitats, i en alguns casos s'aposta per la cobertura (com al Baix Llobregat, amb un 2,8 % i al Vallès Occidental i al Berguedà, amb un 2,6 %), **mentre en altres casos s'aposta per la intensitat** del servei (com el Vallès Oriental amb 22,6 hores, i el Garraf i Osona amb 21,7; uns territoris que tenen intensitats per sobre de la mitjana, però una cobertura inferior). Per tant, l'aposta pel creixement del SAD en intensitat i cobertura no va sempre de la mà, excepte en el Barcelonès, i generalment es prioritza una dimensió o una altra.

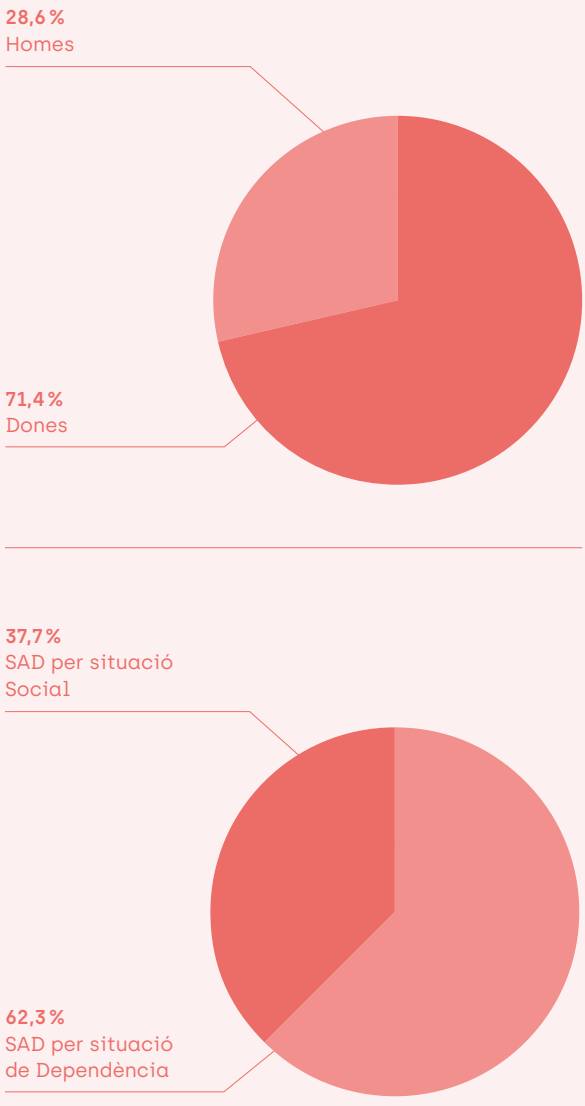
[65] En la mateixa línia, a partir de l'anàlisi de correlació estadística realitzat per l'IERMB (2020), la diversitat observada al si de l'Àrea Metropolitana de Barcelona pel que fa al grau de cobertura i d'intensitat del SAD no es correspon amb la distribució de les necessitats de la població al territori.

Perfil de les persones usuàries

El perfil més habitual de la persona usuària del Servei d'ajuda a domicili és el d'una **dona de més de 65 anys amb grau de dependència reconegut**. Pràcticament tres quartes parts de les persones usuàries del servei a la província de Barcelona l'any 2019 van ser dones, un percentatge que es distribueix de manera homogènia per tot el territori de la província.

Gràfic 3.43. Persones usuàries del SAD a la província de Barcelona, per sexe i modalitat de servei, 2019.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Portal de transparència de la Generalitat de Catalunya

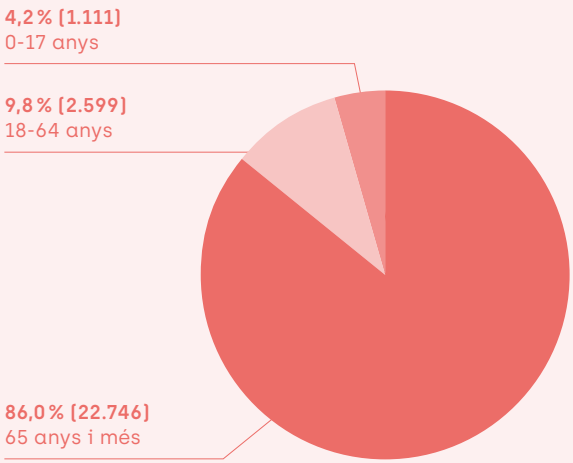


Com s'explica en l'apartat del model d'atenció, la majoria de les persones beneficiàries del servei tenen reconegut el grau de dependència (el 62,3 %), i representen poc més d'un terç les persones usuàries del servei per raons de la seva situació social, o dependència no reconeguda.

Pel que fa a l'edat de les persones usuàries, **el 86 % tenen més de 65 anys i només un 4,2 % són menors d'edat, usuaris i usuàries del «SAD infància»**,[66] especialitzat a atendre les necessitats socioeducatives i de dependència de la població més jove. Aquestes xifres s'han mantingut estables els darrers anys.

Gràfic 3.44. Persones usuàries del SAD a la província de Barcelona per edat, 2019.

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del CCI-SS



[66] Des de la Diputació de Barcelona s'ha elaborat el Model del servei d'atenció domiciliària infantil 0-3 anys (SAID) (Diputació de Barcelona, 2021), un model d'atenció integrada a escala local adreçat a dones gestants i famílies amb infants de 0 a 3 anys.

Pel que fa a les persones usuàries del SAD dependència (taula 3.11), el percentatge de persones menors de 18 anys és inferior al del total del SAD (4,2 % en el gràfic 3.44), ja que només representa un 2,2 % del total a la província, i és l'únic grup d'edat en què predomina el Grau III de dependència. En canvi, el grup d'edat de 18 a 64 anys amb un 12,1 % del total d'usuaris del SAD dependència supera el SAD total (9,8 %).

A mesura que avança l'edat, el percentatge d'usuaris atesos és superior, sobretot en Grau I, que amb el 55,2 % del total és el primer grup receptor del servei. Per grups d'edat, el dels que tenen més de 80 anys és el que aporta més de la meitat del total d'usuaris, amb el 53,3 %.

Grau	Usuaris SAD i PEV-SAD < 18 anys	Usuaris SAD i PEV-SAD 18 - 64 anys	Usuaris SAD i PEV-SAD 65 -80 anys	Usuaris SAD i PEV-SAD > 80 anys	Total d'usuaris	Percentatge d'usuaris per grau
I	33	1696	6649	9554	7.932	55,2 %
II	299	1329	2955	5815	10.398	32,0 %
III	393	912	927	1952	4.184	12,9 %
Total	725	3937	10531	17321	32.514	100,0 %
Percentatge grup d'edat sobre el total SAD	**2,2 %**	**12,1 %**	**32,4 %**	**53,3 %**	**100,0 %**	

Taula 3.11. Edat i grau de dependència de les persones usuàries del SAD dependència i PEV-SAD.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de la dependència a Catalunya del departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya, febrer 2021

Model de gestió

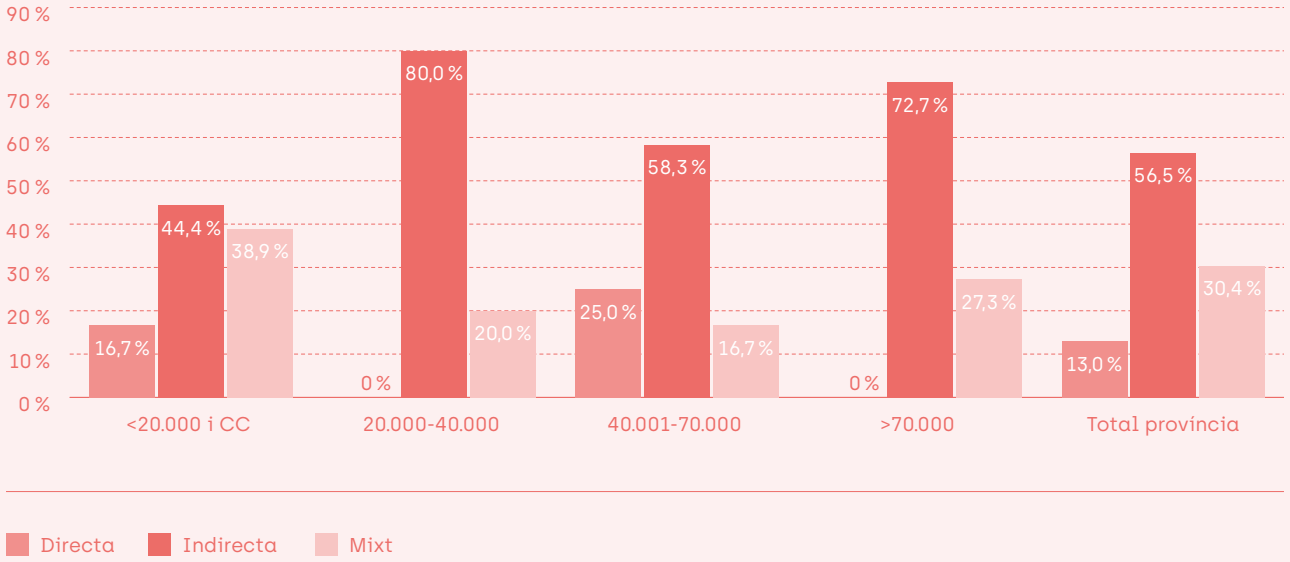
Indirecta o mixta. Cada municipi decideix, d'acord amb el principi d'autonomia municipal, quin és el model de gestió del SAD, i el més freqüent és trobar gestions externes o mixtes a través d'empreses o entitats del tercer sector generalment especialitzades en serveis domiciliaris. En els casos de gestió mixta, una part de les hores d'atenció domiciliària es presta amb personal propi de l'ens local. La gestió directa implica que el 100 % de les hores del servei es presten amb personal contractat directament pels ens locals.

L'anàlisi de l'enquesta de la Diputació de Barcelona als ens locals de la província de Barcelona sobre la gestió i la qualitat del SAD[67] apunta al **predomini de la gestió indirecta**, que és el model de gestió adoptat per una mica més de la meitat dels municipis (un 56,5 % del total), i té més incidència als municipis que passen dels 70.000 habitants (on representa un 72,7 %), però també en els que tenen entre 20.000 i 40.000 habitants (on arriba al 80 %). La gestió directa correspon a un 13 % dels municipis enquestats (un percentatge que arriba al 16,7 % en els que no arriben als 20.000 habitants i al 25 % en el tram de 40.001 a 70.000), mentre que la gestió mixta se situa al voltant de gairebé una tercera part dels municipis de la província de Barcelona, amb més presència també entre els de menys de 20.000 habitants.

[67] Enquesta realitzada per la Diputació de Barcelona el mes de maig de 2021, amb la participació de 79 ens locals de la província de Barcelona (10 consells comarcals, una mancomunitat i 35 municipis menors de 20.000 habitants; 10 municipis de 20.000 a 40.000 habitants; 12 municipis de 40.001 a 70.000 habitants i 11 amb més de 70.000 habitants).

Gràfic 3.45. Tipologia de gestió del SAD als ens locals de la província de Barcelona, per tram poblacional, 2021.

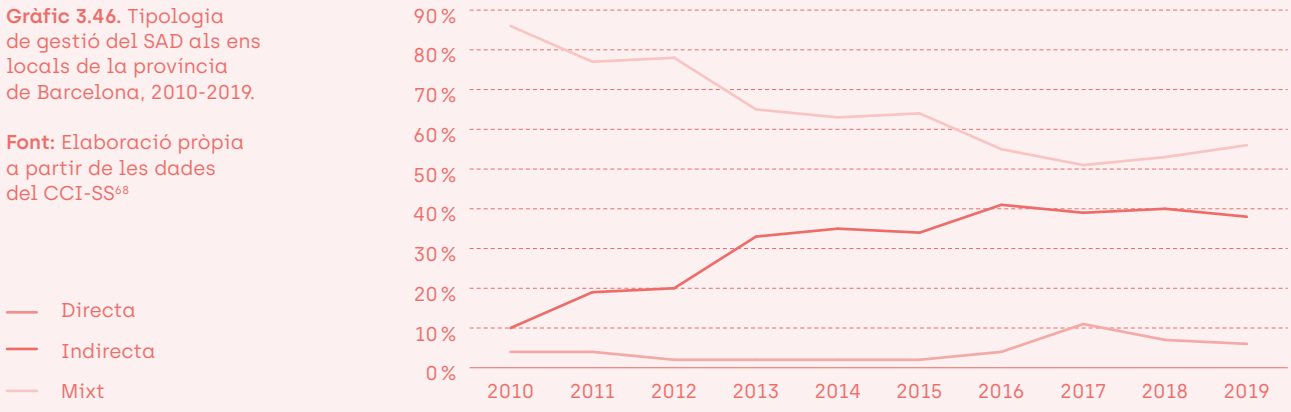
Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta DIBA als ens locals de la província de Barcelona sobre gestió i qualitat del SAD, maig de 2021



Segons la informació recollida en el marc del Cercle de Comparació Intermunicipal de Serveis Socials, **el nombre de municipis que aposten per la gestió indirecta s'ha incrementat de manera sostinguda els darrers 10 anys**. Tal com mostra el gràfic 3.46, amb les dades disponibles fins a 2019, mentre que a principis de la dècada de 2010 prop del 90 % dels municipis que participaven al Cercle apostaven per la gestió mixta, aquesta modalitat ha evolucionat de manera inversa a l'increment de la gestió indirecta. Pel que fa als ens locals que gestionen el SAD de manera 100 % directa, a la mostra del CCI se'n troben molt pocs casos i corresponen a municipis amb poca població.

Gràfic 3.46. Tipologia de gestió del SAD als ens locals de la província de Barcelona, 2010-2019.

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del CCI-SS[68]



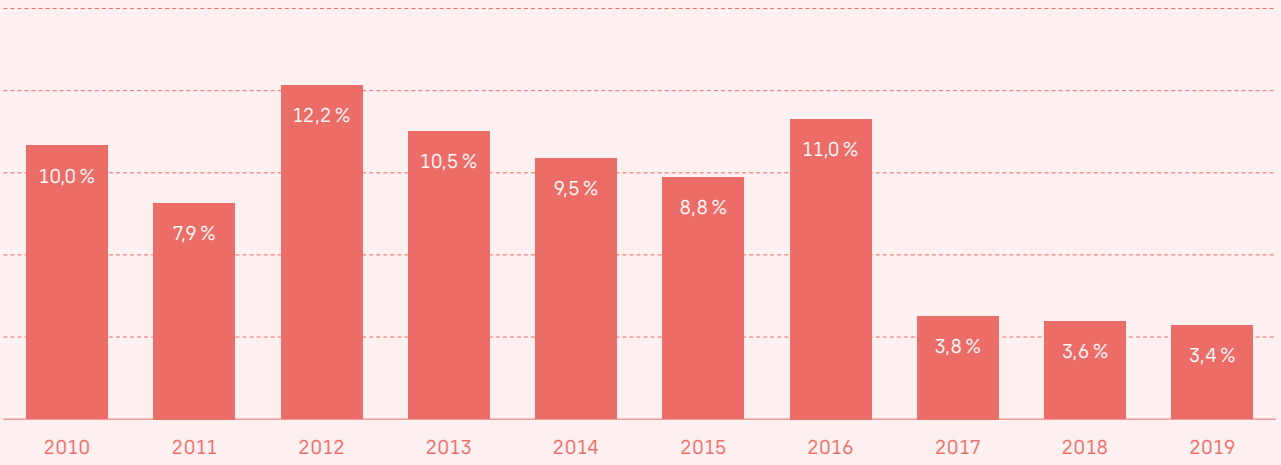
[68] Indicador elaborat a partir de la informació que declaren els municipis sobre les hores de prestació del SAD amb personal propi i amb personal extern als CCI-SS. Les dades difereixen respecte de les presentades en el gràfic 3.45 perquè es tracta de mostres diferents de municipis de la província de Barcelona i de períodes temporals també diferents.

Aquesta evolució també es veu reflectida en el percentatge d'hores de prestació del servei per part de personal propi de l'ens local en relació al total d'hores d'atenció directa (gràfic 3.47). Mentre que en el període 2010 i 2016 aquest percentatge se situava al voltant del 10 %, els últims anys s'ha reduït a poc més d'un 3 % del total d'hores de prestació.

És important destacar que aquest indicador també varia de manera significativa segons la dimensió poblacional dels municipis: **mentre que els municipis de més de 20.000 habitants presten al voltant d'un 7 % de les hores d'atenció del SAD amb personal propi, en els de població inferior aquest percentatge arriba al 33 % de mitjana**.

Gràfic 3.47. Hores de prestació directa del SAD amb personal propi sobre el total d'hores d'atenció directa, 2010-2019.

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del CCI-SS



Pel que fa a les **organitzacions prestadores dels serveis del SAD** en municipis amb externalització parcial o total del servei, un estudi elaborat per la Fundació Salut i Envelliment (2019) de la Universitat Autònoma de Barcelona mostra que el mapa de les organitzacions adjudicatàries està considerablement concentrat. D'un total de 65 expedients de licitació d'ajuntaments i consells comarcals catalans estudiats, **el 60 % han estat adjudicats a cinc úniques entitats**. El 40 % restant es distribueix entre 26 entitats diferents, les quals gestionen només un contracte o dos com a màxim. Del total d'entitats adjudicatàries, entre el 60 % i el 70 % pertanyen al tercer sector social, en forma de societats cooperatives i fundacions, i la resta són empreses privades.[69]

Pel que fa a la província de Barcelona,[70] hi ha un **més gran predomini de l'empresa privada**, ja que un 59,7 % de les entitats contractades per prestar SAD ho són, mentre que un 14,9 % són cooperatives, un 13,4 % empresa pública i un 11,9 % fundacions i entitats del tercer sector social.

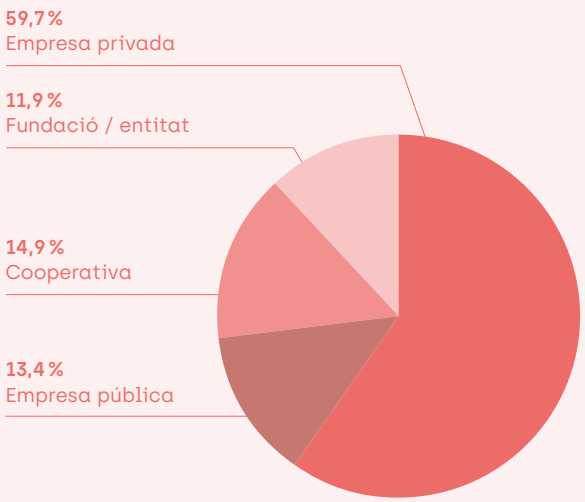
En relació a la concentració d'entitats, gairebé una quarta part dels contractes (un 22,4 %) s'han establert amb una mateixa empresa de titularitat privada. En total, cinc entitats tenen el 61,2 % dels contractes, de les quals tres empreses privades, una cooperativa i una empresa pública. La resta de contractes estan molt fragmentats.

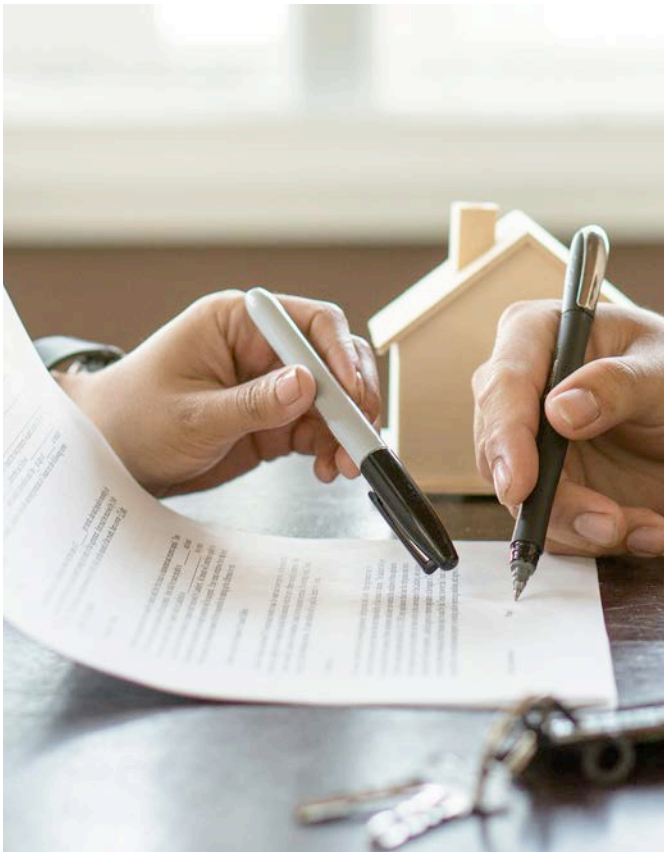
[69] Vegeu-ne més informació a l'annex B de l'estudi de la FUNDACIÓ SALUT I ENVELLIMENT (2019).

[70] Informació extreta de l'enquesta de la Diputació de Barcelona als ens locals de la província de Barcelona sobre gestió i qualitat del SAD, maig de 2021.

Gràfic 3.48. Percentatge d'entitats prestadores del SAD a la província de Barcelona, per tipologia d'entitat.

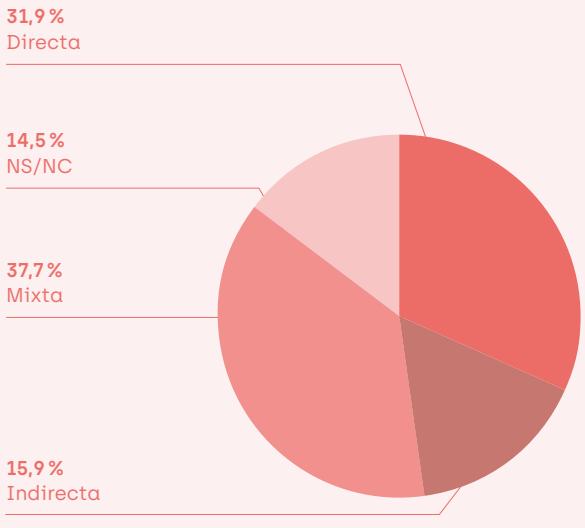
Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta DIBA als ens locals de la província de Barcelona sobre gestió i qualitat del SAD, maig de 2021





Gràfic 3.49. Opinió de responsables del SAD dels ens locals de la província de Barcelona sobre la tipologia de gestió que garanteix millor la qualitat del SAD.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta DIBA als ens locals de la província de Barcelona sobre gestió i qualitat del SAD, maig de 2021



El procediment de contractació és en **un 70 % dels casos la licitació a través d'un procediment obert**, tot i que en un 16,7 % s'utilitza l'encàrrec de gestió. La resta està pendent de licitar o utilitza altres procediments com ara la concessió o la licitació per a la creació d'una empresa d'economia mixta.

Finalment, cal considerar que **els ens locals enquestats per la Diputació de Barcelona afirmen en un 37,7 % dels casos que la gestió mixta és el model que garanteix millor la qualitat del SAD**, seguit d'un 31,9 % que valoren que ho és la gestió directa o pròpia. Només un 15,9 % opina que el model que ofereix més qualitat és la gestió indirecta o externa. En tot cas, cal tenir en compte que entre els ens locals de gestió directa i mixta, la majoria coincideixen que el seu model és el millor en termes de qualitat de servei (per sobre del 75 %), mentre que en el cas dels municipis de gestió indirecta només un 23,1 % consideren que aquest model és el millor en termes de qualitat.

Qualitat del servei

La diversitat en els models d'atenció i de gestió del SAD fa molt complexa l'avaluació de la qualitat del servei. La llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials, estableix en l'article 70 que les entitats privades han de ser acreditades per l'Administració competent en matèria de serveis socials per tal de poder formar part de la Xarxa de Serveis Socials d'Atenció Pública (XSSAP) i per poder prestar serveis amb finançament públic. El reglament que estableix el procediment per atorgar l'acreditació és el **Decret 69/2020, de 14 de juliol, d'acreditació, concert social i gestió delegada en la Xarxa de Serveis Socials d'Atenció Pública**. Aquest decret no només regula el règim jurídic de l'acreditació de les entitats de serveis socials privades, sinó també el règim jurídic de la provisió dels serveis mitjançant el concert social i la gestió delegada. Atès que és una normativa que afecta en gran mesura les entitats prestadores del SAD i que configura un escenari de futur per a aquest servei en què la garantia de qualitat ocuparà un lloc central, es presenta a grans trets el que fa referència a l'acreditació en general.

Així doncs, l'article 6.6 del Decret 69/2020 concreta els **estàndards de qualitat mínima i indispensables del sistema de gestió de la qualitat**: estàndards de qualitat en l'atenció a la persona i en la gestió del servei, estàndards de qualitat en l'organització i el personal, estàndards de qualitat en l'estructura, instal·lacions i equipaments.

L'article 8 del Decret 69/2020 estableix els requisits generals d'acreditació. Succintament, es requereix disposar de solvència econòmica i financera; disposar de prou solvència tècnica (experiència mínima en la prestació dels serveis els darrers dos anys i coneixements tècnics acreditats del personal); disposar d'un sistema de gestió de qualitat i d'avaluació contínua de la qualitat del servei; no incórrer en prohibició de contractar ni haver estat sancionades, amb caràcter executiu, administrativament o penalment; disposar de pòlissa d'assegurança que cobreixi la responsabilitat civil i la del personal; estar al corrent de les obligacions tributàries i de la seguretat social; complir amb la normativa vigent en diferents matèries; disposar de protocol en matèria d'assetjament sexual i per raó de sexe, i disposar de sistema d'organització i gestió de prevenció segons la normativa de prevenció de riscos laborals.

S'estableix una **avaluació periòdica anual** (art. 6.7.) com a mínim per identificar les necessitats de millora i les accions de correcció corresponents. Entre les eines d'avaluació previstes consten: l'avaluació de satisfacció i percepció dels usuaris, usuàries i familiars; l'atenció als suggeriments i reclamacions així com la creació i el manteniment d'un registre; l'establiment d'indicadors d'aspectes indispensables d'atenció a les persones; la documentació del seguiment i l'avaluació de l'impacte del servei; la memòria anual on s'inclogui el grau de compliment dels estàndards de qualitat i l'avaluació de les millores realitzades, així com els protocols sobre compliment de normativa de protecció de dades i garantia de drets digitals i de normativa de transparència.

Correspon a l'Administració titular dels serveis socials proveïts la facultat d'inspecció i control de les entitats proveïdores que, per conservar aquesta condició, han de disposar de l'acreditació i mantenir en tot moment les previsions, les condicions i els criteris establerts (art. 7).

També es crea el Comitè d'Acreditació de Serveis Socials, adscrit al departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya. Aquest comitè és l'òrgan col·legiat que acompleix les funcions d'avaluar i debatre els informes tècnics, així com adoptar l'acord de proposta d'aprovació, denegació o revocació de les acreditacions.

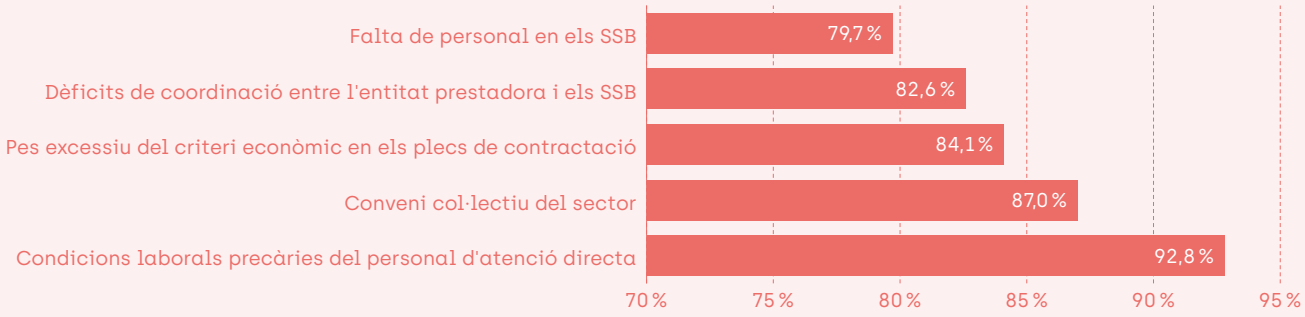
Tenint en compte que aquesta normativa és de recent aprovació i està pendent de desplegar, a partir de l'enquesta duta a terme per la Diputació de Barcelona als ens locals de la província de Barcelona el maig de 2021 es presenten diferents elements que incideixen en la qualitat del servei. D'una banda, aspectes del procés de planificació i contractació, com a elements previs a la prestació del servei que tenen incidència en la qualitat, i, de l'altra, elements i instruments de gestió, seguiment i avaluació del servei que tenen incidència en la qualitat del procés d'implementació i de millora. També s'analitza de manera específica la qualitat de l'ocupació que té una especial vinculació amb la qualitat del servei i la igualtat de gènere.

En tot cas, cal assenyalar prèviament que, segons l'opinió dels i les responsables del SAD dels ens locals enquestats, els elements a millorar que tenen un impacte bastant o molt elevat en la qualitat del servei són, en primer lloc, les condicions laborals precàries del personal d'atenció directa i el conveni col·lectiu del sector. En segon lloc, trobem el pes excessiu del criteri econòmic en el procés

de contractació i els dèficits de coordinació entre l'entitat prestadora i els serveis socials bàsics. En tercer lloc, també s'esmenta com a important la falta de personal en els serveis socials bàsics, especialment municipis petits que no tenen cap figura especialitzada per al seguiment i la gestió del SAD.

Gràfic 3.50. Valoració per part de responsables del SAD dels ens locals de la província de Barcelona d'un impacte com a «molt» o «bastant» elevat sobre la qualitat del servei, per diferents ítems, 2021.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta DIBA als ens locals de la província de Barcelona sobre gestió i qualitat del SAD, maig de 2021

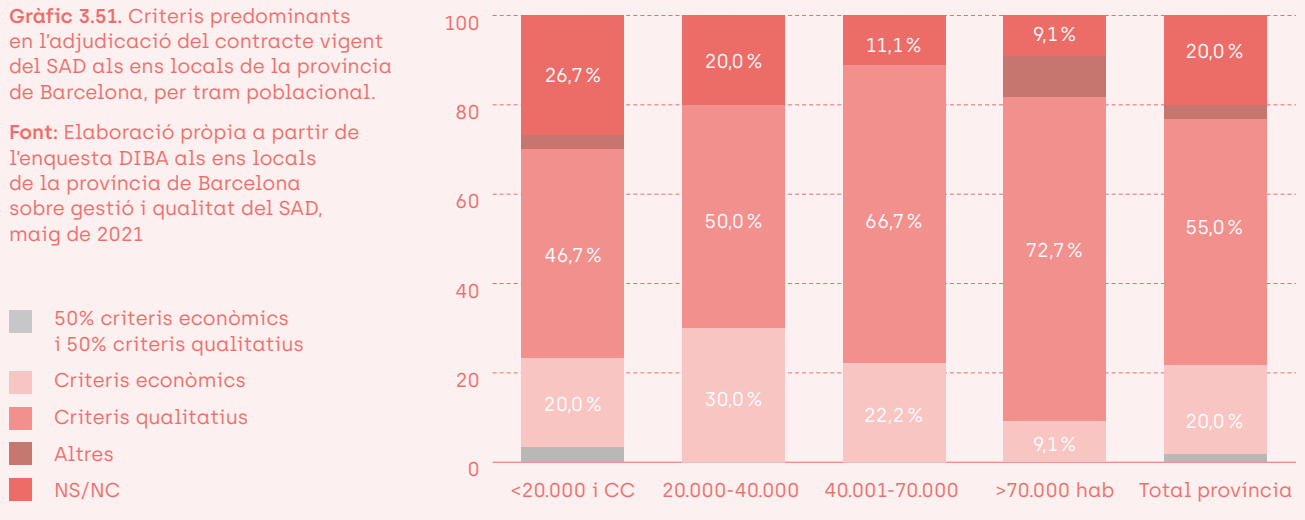


La dimensió de la qualitat en el procés de contractació

Un dels elements que incideix en la qualitat del servei quan es presta de manera indirecta o mixta (un 87 % dels ens locals a la província de Barcelona) és el pes dels criteris qualitatius i econòmics en la licitació. Segons dades de l'enquesta sobre la gestió i la qualitat del SAD duta a terme per la Diputació de Barcelona el maig de 2021, amb la participació de 79 ens locals de la província, predominen els criteris qualitatius en un 55 % dels ens locals, mentre que en un 20 % els criteris econòmics tenen el pes més elevat en la licitació. Als municipis que passen dels 40.000 habitants i especialment en els de més de 70.000 és on hi ha més licitacions en què predominen els criteris qualitatius.

Gràfic 3.51. Criteris predominants en l'adjudicació del contracte vigent del SAD als ens locals de la província de Barcelona, per tram poblacional.

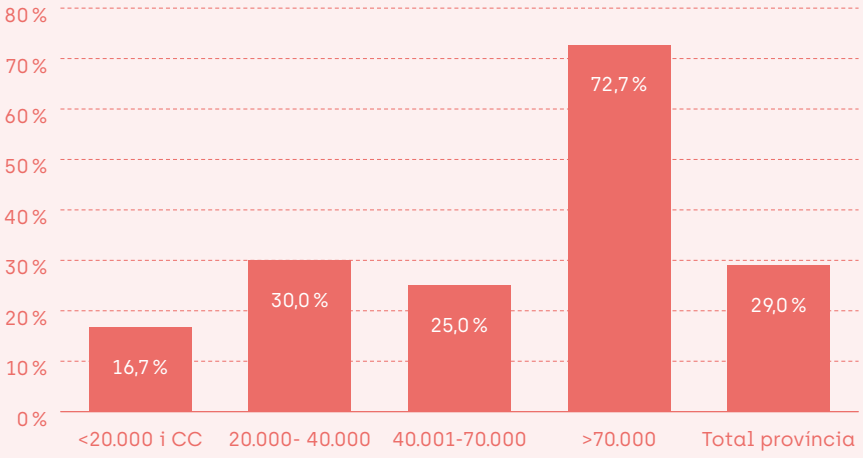
Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta DIBA als ens locals de la província de Barcelona sobre gestió i qualitat del SAD, maig de 2021



Cal tenir en compte que només **un 29 % dels ens locals incorpora la perspectiva de gènere en els plecs de condicions tècniques en el procés de licitació**, però amb importants diferències territorials. Entre els municipis amb més de 70.000 habitants representen el 72,7 %, mentre que entre els que no arriben als 20.000 i els consells comarcals el 16,7 %; i entre els situats en la franja 20.000-70.000, entre un 25 % i un 30 %. Quant al model d'atenció, incorporen la perspectiva de gènere el 26,1 % dels ens locals, però arriba al 45,5 % als municipis amb més de 70.000 habitants. Per tant, la incorporació de la perspectiva de gènere en elements importants per a la prestació del SAD, com els plecs de contractació i el model d'atenció, esdevé un aspecte amb potencial de millora, especialment als municipis de menys de 70.000 habitants.

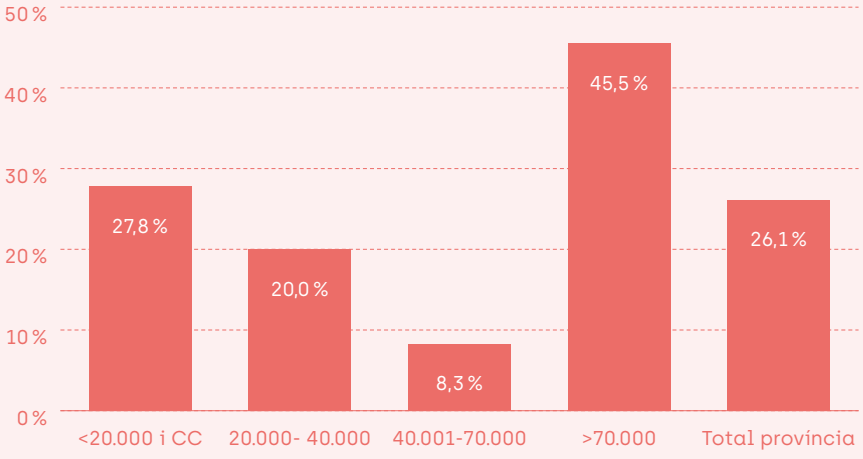
Gràfic 3.52. Percentatge d'ens locals de la província de Barcelona amb plecs de condicions tècniques amb perspectiva de gènere, per tram poblacional, 2021.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta DIBA als ens locals de la província de Barcelona sobre gestió i qualitat del SAD, maig de 2021



Gràfic 3.53. Percentatge d'ens locals de la província de Barcelona amb model d'atenció amb perspectiva de gènere, per tram poblacional, 2021.

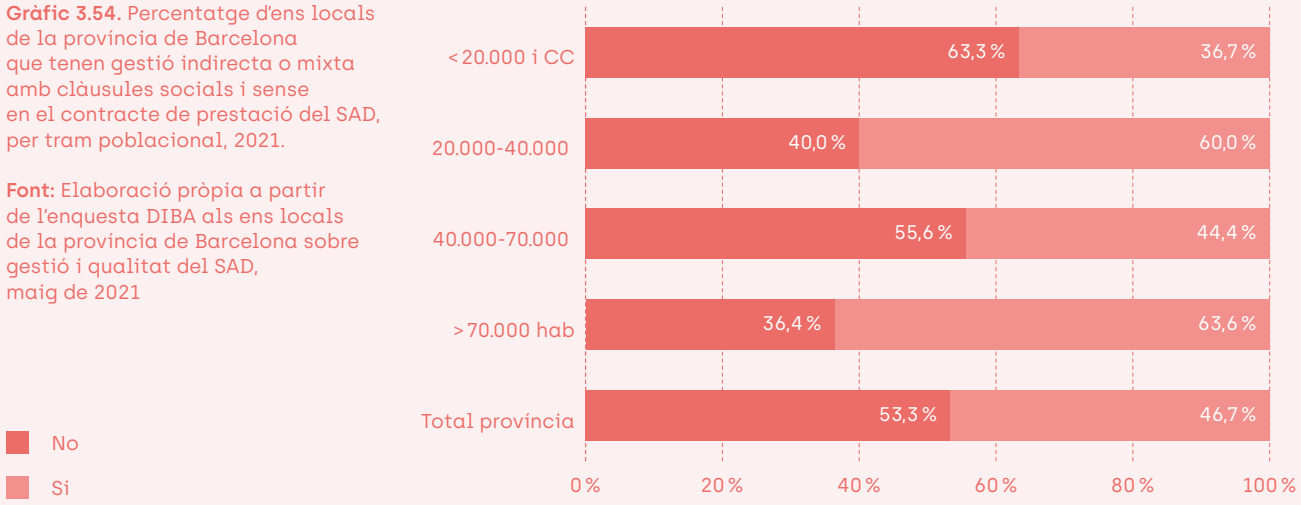
Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta DIBA als ens locals de la província de Barcelona sobre gestió i qualitat del SAD, maig de 2021



Un altre element important per promoure la qualitat del servei en la gestió indirecta és **l'ús de les clàusules socials en el procés de contractació. Menys de la meitat d'ens locals enquestats en té en el contracte actual (un 46,7 %)**. Aquest percentatge és superior als municipis de 20.000 a 40.000 habitants i els de més de 70.000. La majoria de clàusules socials són sobre la millora de les condicions laborals (un 75 % dels que tenen clàusules socials les inclouen), seguides de les de protecció del medi ambient (un 32,1 %). Un 17,9 % tenen clàusules socials de gestió ètica i un 7,1 % solidàries o de suport a la comunitat.

Gràfic 3.54. Percentatge d'ens locals de la província de Barcelona que tenen gestió indirecta o mixta amb clàusules socials i sense en el contracte de prestació del SAD, per tram poblacional, 2021.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta DIBA als ens locals de la província de Barcelona sobre gestió i qualitat del SAD, maig de 2021

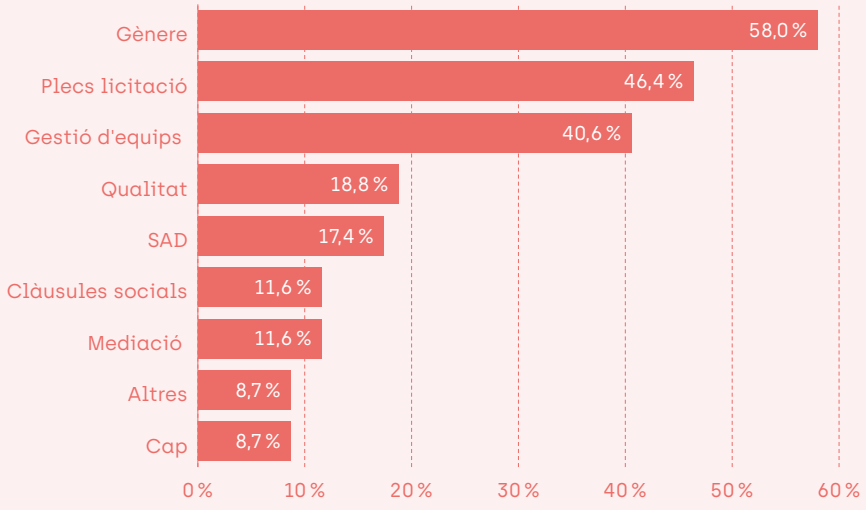


Un element que també incideix en la qualitat del servei des de la perspectiva de la planificació prèvia al procés de contractació és l'existència d'un estudi o diagnosi de necessitats que ajudi a ajustar els requeriments tècnics de la licitació. Un 83,5 % dels ens locals de la província de Barcelona consultats fan aquest estudi previ i no hi ha diferències importants per dimensió del municipi. En la majoria de casos es tracta d'un estudi d'anàlisi de costos del servei.

Finalment, també és important la formació dels i les professionals dels serveis socials bàsics que gestionen el SAD per assegurar una millor gestió del servei i del procés de contractació. **En un 58 % dels ens locals enquestats s'ha ofert formació en matèria de gènere i en un 46,4 % en plecs de contractació per a la licitació.** La gestió d'equips també és un dels àmbits en què s'ha ofert més formació (en un 40,6 % dels ens locals), però només un 18,8 % ha ofert formació en aspectes específics de qualitat i un 11,6 % en clàusules socials i en mediació. També cal tenir en compte que només un 29 % dels responsables de la gestió del SAD disposa de temps per fer estudis o recerca en aquesta matèria durant la seva jornada laboral, sense diferències importants entre municipis per dimensió de població.

Gràfic 3.55. Percentatge d'ens locals de la província de Barcelona que han ofert formació al personal gestor del SAD, per tipologia, 2021.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta DIBA als ens locals de la província de Barcelona sobre gestió i qualitat del SAD, maig de 2021

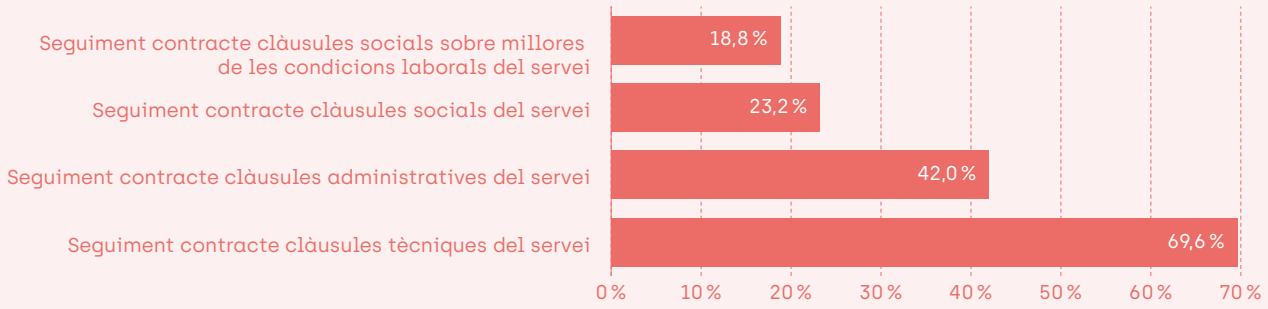


La dimensió de la qualitat en la gestió, el seguiment i l'avaluació del servei

Un aspecte relacionat amb el seguiment de la qualitat en la prestació del servei és la garantia del compliment del contracte. En aquest sentit, **un 69,6 % dels ens locals de la província de Barcelona enquestats fa seguiment de les clàusules tècniques (la totalitat dels de més de 70.000 habitants)**, però només un 23,2 % de les clàusules socials i un 18,8 % de les clàusules socials sobre millores de les condicions laborals. També cal assenyalar que pocs ens locals han aplicat sancions per incompliment de clàusules contractuals: un 7,2 % per incompliment de clàusules tècniques, un 4,3 % per incompliment de clàusules administratives i un 1,4 % per incompliment de clàusules socials sobre condicions laborals.

Gràfic 3.56. Percentatge d'ens locals de la província de Barcelona que fan seguiment del compliment del contracte de prestació del SAD, per ítems de seguiment, 2021.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta a ens locals de la província de Barcelona sobre gestió i qualitat del SAD, maig de 2021



En relació als instruments de seguiment i millora de la qualitat i la gestió del SAD, la Diputació de Barcelona ha elaborat diferents documents tècnics per donar suport als ens locals en la gestió del servei, com ara manuals de processos, quadres de comandament, escales de valoració de necessitats, enquestes d'experiència d'usuaris i usuàries i recentment una Guia per a l'elaboració dels Plecs de contractació del SAD. Alhora, per mitjà del Cercle de Comparació Intermunicipal de Serveis Socials, es proporcionen indicadors clau per avaluar el SAD així com estàndards tant a nivell global del conjunt de municipis participants com per agrupacions segons la dimensió dels municipis.

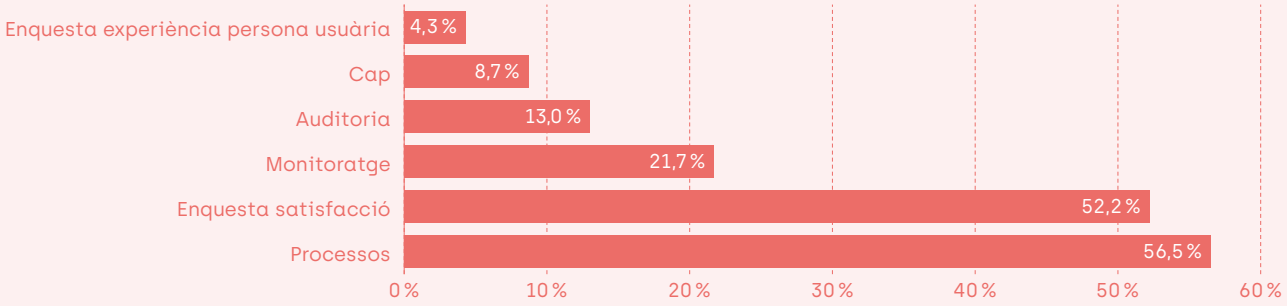
Quant als instruments utilitzats pels ens locals de la província de Barcelona per al seguiment del servei i de la qualitat, com es pot veure en el gràfic 3.57, **predomina el seguiment de processos (un 56,5 % dels ens locals enquestats en disposen), seguit de l'enquesta de satisfacció de les persones usuàries (un 52,2 %)**. Cal tenir en compte que els municipis de més de 70.000 habitants són els que més proporcionen enquesta de satisfacció de la persona usuària (un 72,7 %) i també els de 40.001 a 70.000 habitants (un 66,7 %) (gràfic 3.58). Però la meitat dels municipis de 20.000 a 40.000 habitants i gairebé el 60 % dels que no arriben als 20.000 habitants i consells comarcals no tenen enquesta de satisfacció de les persones usuàries, tot i que en molts casos s'assenyala que es fa una valoració del servei amb la persona usuària.

L'auditoria només s'efectua en un 13 % dels casos i l'enquesta d'experiència de la persona usuària és minoritària. Cal tenir en compte que **un 8,7 % dels ens locals afirma que no utilitzen cap d'aquestes estratègies o instruments de seguiment de la qualitat**.

En relació a instruments de gestió, un 20,3 % dels ens locals enquestats disposa de pla o programa del SAD, un 37,9 % d'un reglament o ordenança del SAD i un 31,9 % d'ordenança fiscal.

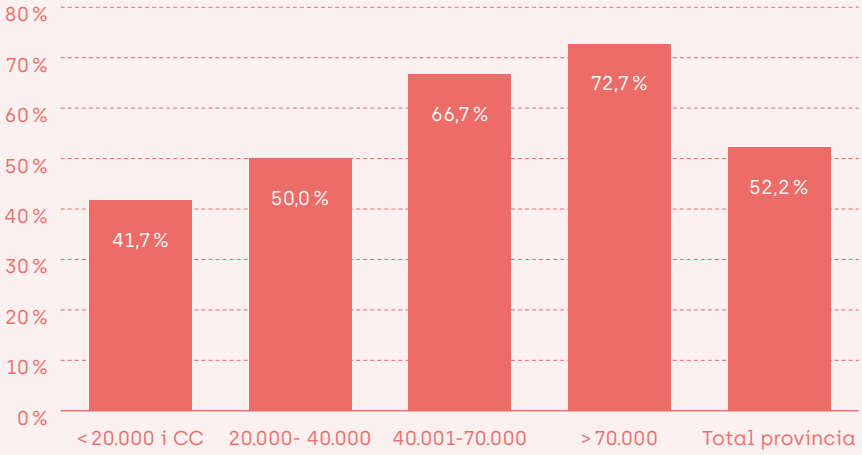
Gràfic 3.57. Percentatge d'ens locals de la província de Barcelona que apliquen estratègies o instruments de seguiment de la qualitat, per tipologia d'instrument, 2021.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta DIBA als ens locals de la província de Barcelona sobre gestió i qualitat del SAD, maig de 2021



Gràfic 3.58. Percentatge d'ens locals de la província de Barcelona que tenen enquesta de satisfacció de la persona usuària del SAD, per tram poblacional.

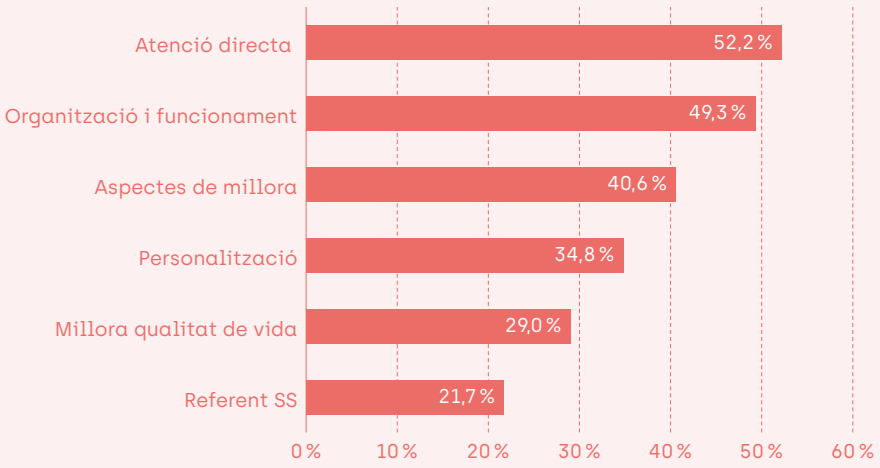
Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta DIBA als ens locals de la província de Barcelona sobre gestió i qualitat del SAD, maig de 2021



L'enquesta de satisfacció, i altres instruments d'avaluació de la qualitat del servei per part de la persona usuària, **valoren sobretot l'atenció directa (en un 52,2 % dels casos), però també l'organització i el funcionament del servei (en un 49,3 %)**, com es pot veure en el gràfic 3.59. A més, es recullen aspectes de millora (en un 40,6 % dels casos) i la valoració de la personalització del servei i de l'impacte en la millora de la qualitat de vida, així com la valoració del o la professional referent dels serveis socials, tot i que en menor proporció. En tot cas, cal destacar que **només un 29 % dels ens locals afirma que valora l'impacte en la millora de la qualitat de vida de la persona usuària**.

Gràfic 3.59. Elements que valora l'enquesta de satisfacció de la persona usuària o altres instruments d'avaluació de la qualitat del SAD per part de la persona usuària, als ens locals de la província de Barcelona, 2021.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta DIBA als ens locals de la província de Barcelona sobre gestió i qualitat del SAD, maig de 2021



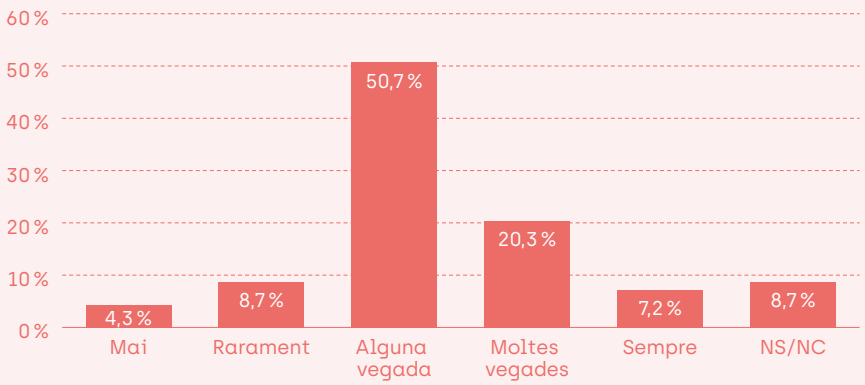
Poc més d'una quarta part dels ens locals consultats fa enquesta de satisfacció a les persones cuidadores no professionals, quan n'hi ha, o als familiars (un 26,1 % dels ens locals enquestats). Aquest percentatge és més elevat als municipis d'entre 40.001 i 70.000 habitants (un 41,7 %).

Cal destacar que **la majoria d'ens locals afirma introduir millores al servei en base a l'anàlisi de les enquestes de satisfacció, o de les queixes formulades**. Un 50,7 % ho ha fet alguna vegada i un 20,3 % moltes vegades.

En relació a la inspecció del servei, cal assenyalar que un 47,8 % dels ens locals afirma que no en fa mai, i un 33,3 % no en tenen coneixement. Per tant, **són molt pocs (un 11,5 %) els que afirmen que fan inspecció de la prestació del SAD, la majoria amb periodicitat anual**.

Gràfic 3.60: Freqüència d'introducció de millores al SAD en funció de l'anàlisi de queixes o enquestes als ens locals de la província de Barcelona, 2021.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta DIBA, als ens locals de la província de Barcelona sobre gestió i qualitat del SAD, maig de 2021

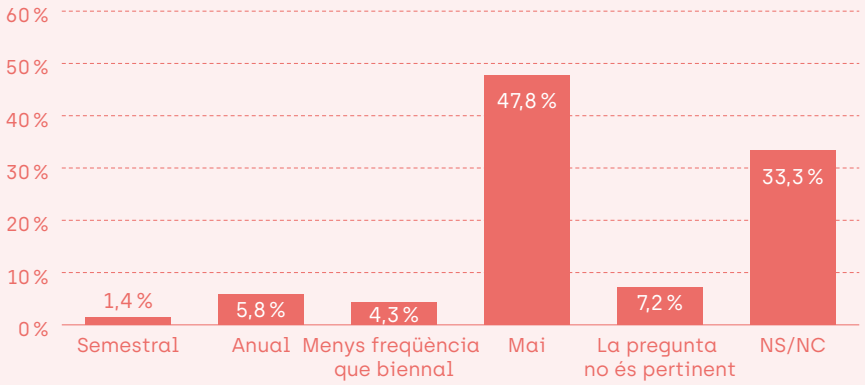


Quant al seguiment dels casos, cal assenyalar que un 73,9 % dels ens locals enquestats el fa de manera setmanal o mensual, i un 18,8 % amb periodicitat trimestral. A més a més, un 61,9 % dels ens locals afirma que el grau de coordinació entre els serveis socials bàsics i l'entitat prestadora del SAD és molt elevat i un 32,2 % bastant elevat. Només en un 7,9 % dels casos es fa referència a una baixa coordinació, i s'esmenta la rotació del personal de coordinació de l'empresa i el canvi d'empresa com a dificultats.

Pel que fa al seguiment de la qualitat de l'ocupació, d'una banda, la majoria d'ens locals (un 62,3 %) ho fan a través de la memòria i un 21,7 % de l'informe de plantilla. Tot i així, un 13 % no en fan seguiment (gràfic 3.62). De l'altra, **un 60,9 % dels ens locals afirma que fa seguiment del pla de formació del personal d'atenció directa**. Cal assenyalar que, com s'observa en el gràfic 3.63, als ens locals que tenen gestió directa del SAD el percentatge arriba fins al 88,9 %, i al 76,2 % en el cas de gestió mixta, mentre que als municipis de gestió indirecta és del 46,2 %.

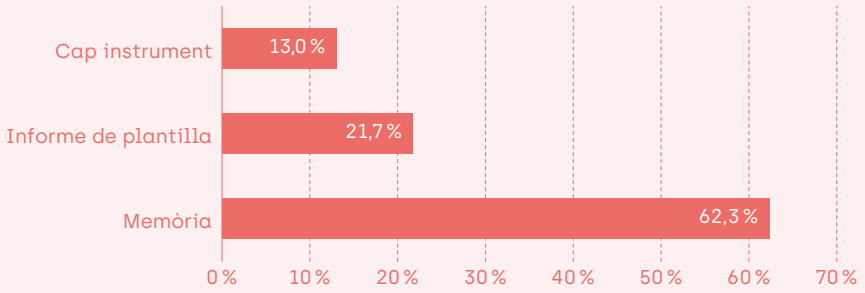
Gràfic 3.61. Freqüència d'inspecció de la prestació del SAD per part dels ens locals de la província de Barcelona, 2021.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta DIBA als ens locals de la província de Barcelona sobre gestió i qualitat del SAD, maig de 2021



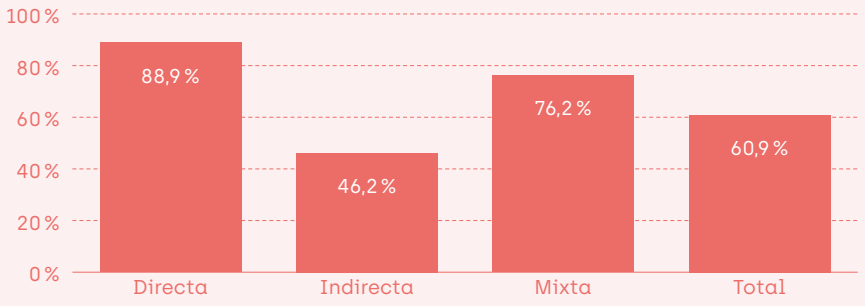
Gràfic 3.62. Seguiment i/o avaluació per part dels serveis socials bàsics de la província de Barcelona de la qualitat de l'ocupació del personal d'atenció directa del SAD, per tipologia d'instrument, 2021.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta DIBA als ens locals de la província de Barcelona sobre gestió i qualitat del SAD, maig de 2021



Gràfic 3.63. Seguiment per part dels serveis socials bàsics de la província de Barcelona del pla de formació del personal d'atenció directa del SAD, per tipologia de gestió, 2021.

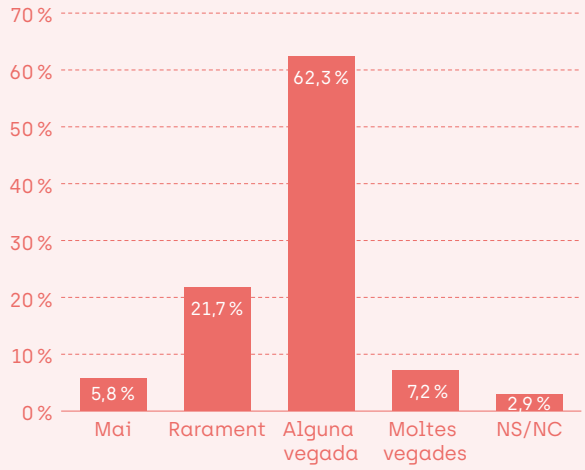
Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta DIBA als ens locals de la província de Barcelona sobre gestió i qualitat del SAD, maig de 2021



Finalment, convé fer referència als dilemes ètics que sovint es presenten en la gestió del SAD (en la prescripció, el seguiment o l'avaluació), tenint en compte que un 62,3 % dels ens locals s'hi ha trobat alguna vegada i un 7,2 % moltes vegades.

Gràfic 3.64. Freqüència amb què el personal de serveis socials bàsics de gestió del SAD de la província de Barcelona s'ha trobat amb dilemes ètics, 2021.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta DIBA als ens locals de la província de Barcelona sobre gestió i qualitat del SAD, maig de 2021



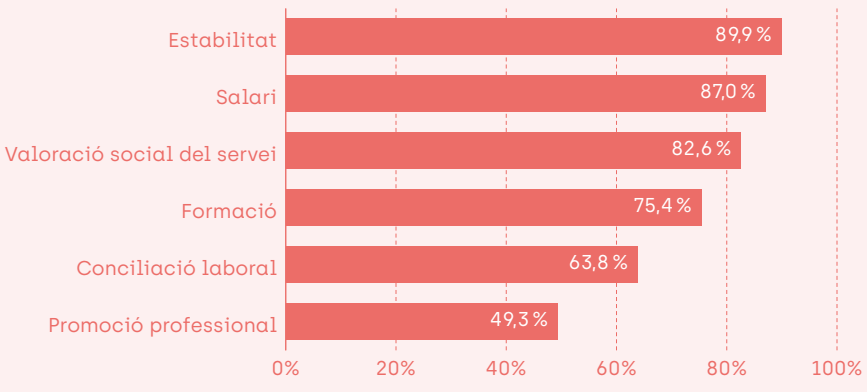
La dimensió de la qualitat en l'ocupació

Cal tenir en compte que **un 91,3 % dels ens locals enquestats per la Diputació de Barcelona afirma que la qualitat de l'ocupació de l'equip d'intervenció directa del SAD condiciona molt o bastant la qualitat total del servei**, i un 89,9 % que condiciona molt o bastant la satisfacció de la persona usuària. Entre els municipis amb menys de 20.000 habitants i consells comarcals i especialment els de gestió directa hi ha un percentatge més elevat que considera que els condiciona poc, en ambdós casos un 22,2 % dels ens locals amb gestió directa. En canvi, en els de gestió mixta i indirecta, més del 95 % coincideixen en el fet que les condicions laborals condicionen bastant o molt la qualitat i la satisfacció amb el servei, i és precisament en aquest grup on es troben, en general, les condicions laborals més precàries, com s'analitza posteriorment.

Els i les responsables de la gestió del SAD dels ens locals enquestats per la Diputació de Barcelona consideren que l'estabilitat, el salari i la valoració social del servei són els aspectes que més condicionen la qualitat de l'ocupació en l'atenció directa del SAD.

Gràfic 3.65. Valoració per part de responsables del SAD dels ens locals de la província de Barcelona com a «molt» o «bastant» important en la incidència en la qualitat de l'ocupació del personal d'atenció directa del SAD, per tipologia d'ítem, 2021.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta DIBA als ens locals de la província de Barcelona sobre gestió i qualitat del SAD, maig de 2021



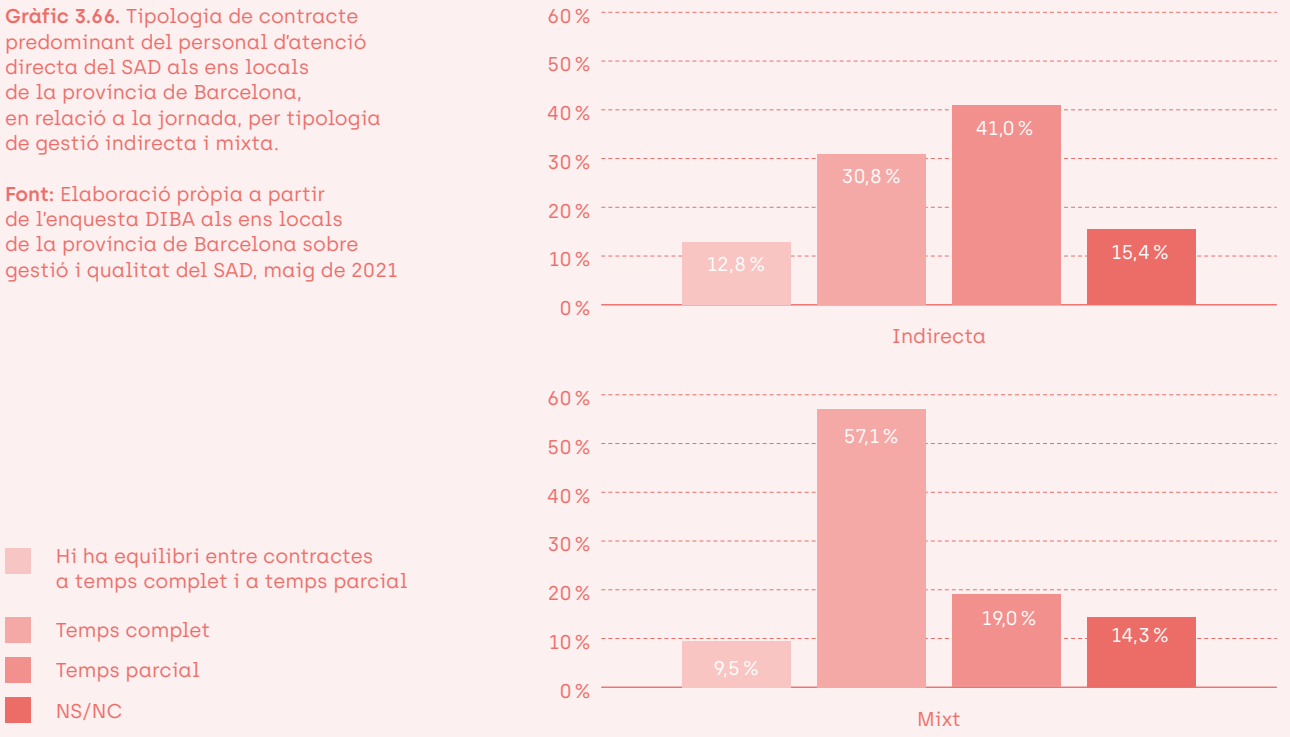
Així doncs, la qualitat de la prestació del SAD és inseparable de la qualitat de l'ocupació. No obstant això, factors com l'alta temporalitat, la rotació en l'ocupació, l'escassa durada dels contractes, l'elevat nivell de temps parcial involuntari i el percentatge de persones ocupades en el sector que estan buscant una altra feina per escassetat d'hores treballades o per raons salarials mostren dèficits en la qualitat de l'ocupació en el sector (CES, 2020).

En el cas de la província de Barcelona, segons una mostra del programa RUDEL de municipis que han externalitzat el servei, el 45 % del personal d'atenció directa té una jornada laboral igual o superior a 35 hores setmanals i només el 29 % tenen un contracte laboral fix.

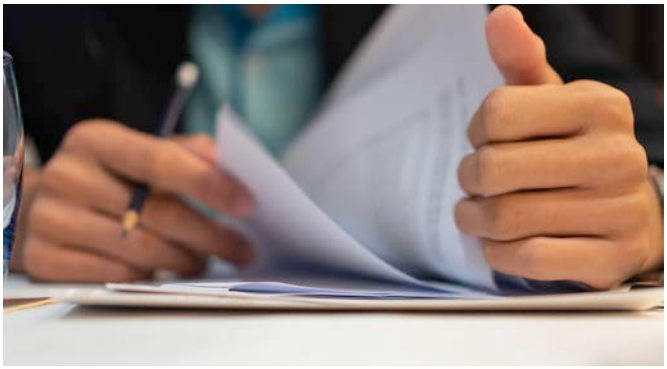
Segons l'enquesta sobre la gestió i la qualitat del SAD duta a terme per la Diputació de Barcelona als ens locals de la província de Barcelona el maig de 2021, en un 41 % dels ens locals que tenen gestió indirecta predominen els contractes a temps parcial entre el personal d'atenció directa del SAD. Aquest percentatge baixa al 19 % en el cas dels ens locals amb gestió mixta. Hi ha ens locals que relaten que la concentració de les intervencions en franja de matí fa difícil que els i les professionals puguin disposar d'una jornada completa.

Gràfic 3.66. Tipologia de contracte predominant del personal d'atenció directa del SAD als ens locals de la província de Barcelona, en relació a la jornada, per tipologia de gestió indirecta i mixta.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta DIBA als ens locals de la província de Barcelona sobre gestió i qualitat del SAD, maig de 2021

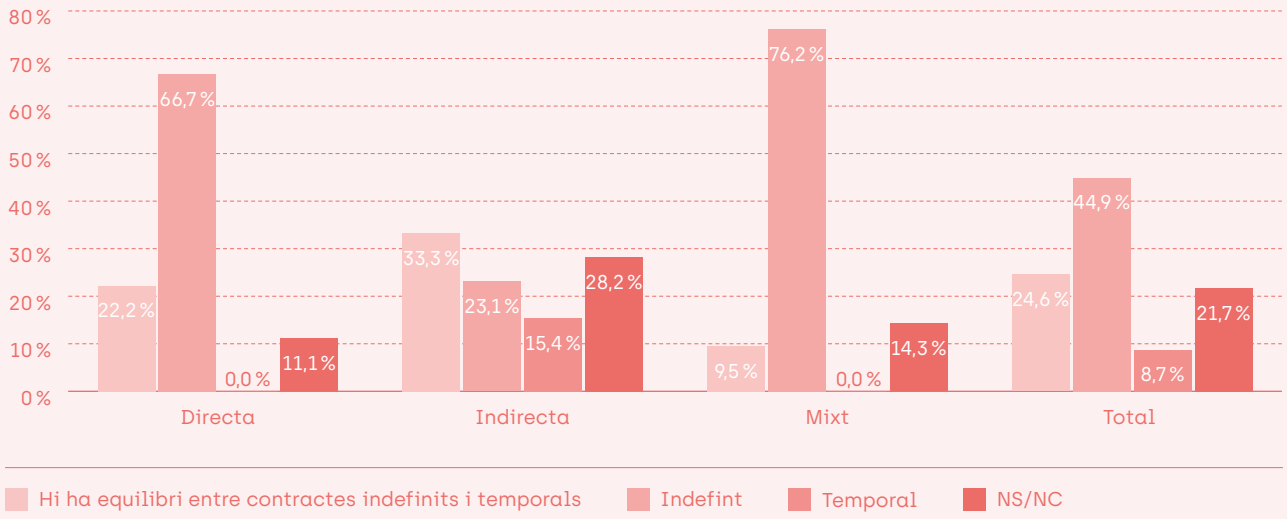


Quant a la durada del contracte, **un 44,9 % dels ens locals afirma que predomina el contracte indefinit**, però aquest percentatge també difereix segons la tipologia de gestió, ja que és més alt en els ens locals amb gestió directa o mixta, amb un 66,7 % i un 76,2 % respectivament. En el cas de la gestió indirecta, un gran nombre d'ens locals desconeix quin tipus de contracte predomina i només un 23,1 % afirma que la contractació indefinida és majoritària.



Gràfic 3.67. Tipologia de contracte predominant del personal d'atenció directa del SAD als ens locals de la província de Barcelona, en relació a la durada, per tipologia de gestió, 2021.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta DIBA als ens locals de la província de Barcelona sobre gestió i qualitat del SAD, maig de 2021



Les condicions laborals per a les professionals del sector estan regulades pel Conveni col·lectiu d'empreses d'atenció domiciliària de Catalunya.[71] Les empreses que no tenen el SAD com a activitat principal poden acollir-se al conveni estatal de la dependència. La gairebé totalitat d'empreses que ofereixen SAD a la província de Barcelona estan adherides al conveni col·lectiu català, en què **el salari se situa en 1.159 euros bruts per a les treballadores familiars i 994 per a les auxiliars de neteja l'any 2021.**

En relació a la perspectiva de gènere, segons els ens locals enquestats, en el cas dels de gestió indirecta o mixta el 29 % afirma que l'empresa té pla d'igualtat, però la gran majoria, un 53,6 %, no en té coneixement. En el cas del protocol contra l'assetjament sexual i/o per raó de gènere, ens trobem amb percentatges molt similars.

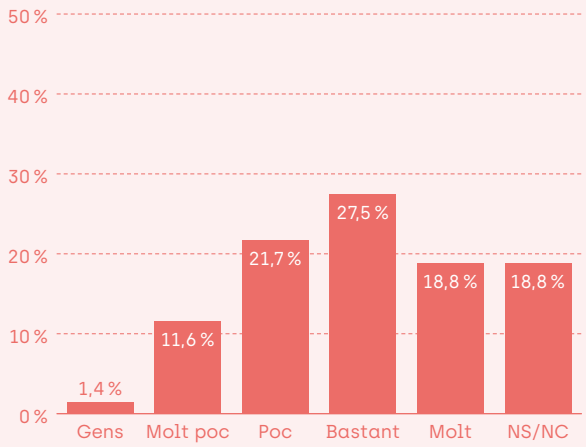
Un dels aspectes que incideixen en les condicions laborals, i en la qualitat del servei, és el grau d'autogestió de les professionals d'atenció directa i la participació en l'organització del treball (horaris, desplaçaments...) i en la definició del pla de treball o tasques a realitzar amb la persona usuària. Un 27,5 % dels ens locals de la província de Barcelona enquestats afirma que participen bastant en l'organització del treball i un 18,8 % que ho fan molt (gràfic 3.68). Trobem una més elevada participació als municipis amb menys de 20.000 habitants i consells comarcals (un 58,3 % afirmen que hi participen bastant o molt, comparat amb el 27,3 % dels que tenen més de 70.000 habitants).

Pel que fa a la participació del personal d'atenció directa en el pla de treball de la persona usuària, un 37,7 % dels ens locals afirma que hi participa bastant i un 13 % molt (gràfic 3.69). Als municipis de menys de 20.000 habitants i consells comarcals és on es troba més participació (bastant o molt, amb un 66,7 % dels casos), comparat amb el 30 % en el grup de 20.000 a 40.000 habitants, el 41,7 % en el de 40.001 a 70.000 i el 27,3 % en els de més de 70.000.

[71] Resolució TSF/2699/2020, de 20 d'octubre, per la qual es disposa la inscripció i la publicació del Conveni col·lectiu d'empreses d'atenció domiciliària de Catalunya (codi de conveni núm. 79001525011999).

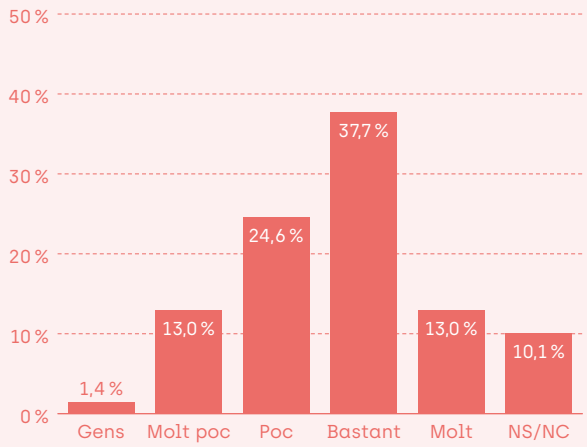
Gràfic 3.68. Grau de participació del personal d'atenció directa del SAD en l'organització del treball, als ens locals de la província de Barcelona, 2021.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta DIBA als ens locals de la província de Barcelona sobre gestió i qualitat del SAD, maig de 2021



Gràfic 3.69. Grau de participació del personal d'atenció directa del SAD en el pla de treball de l'usuari/ària als ens locals de la província de Barcelona, 2021.

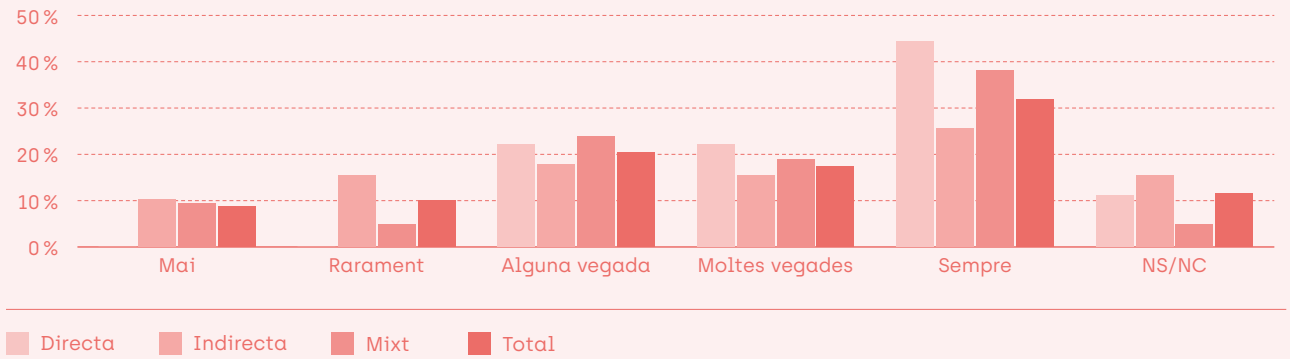
Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta DIBA als ens locals de la província de Barcelona sobre gestió i qualitat del SAD, maig de 2021



La disponibilitat d'ajudes tècniques i teràpia ocupacional també incideix en les condicions de prestació del servei, amb millores tant per a la persona cuidadora com per la persona atesa. **Un 31,9 % dels ens locals enquestats afirma que sempre tenen accés a les ajudes tècniques i/o teràpia ocupacional**, un percentatge que puja al 44,4 % en el cas dels ens locals de gestió directa, mentre que se situa en el 38,1 % pel que fa a la gestió mixta i en el 25,6 % en la gestió indirecta. En canvi, cal tenir en compte que un 18,8 % dels ens locals no disposa d'aquest tipus de suport, o en disposa rarament, un percentatge que arriba al 25,7 % entre els ens locals de gestió indirecta i al 14,3 % entre els de gestió mixta. **En el cas de la gestió directa sempre hi ha accés a les ajudes tècniques**.

Gràfic 3.70. Accés del personal d'atenció directa del SAD a sol·licitar suport de teràpia ocupacional i/o ajudes tècniques, per tipologia de gestió, 2021.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta DIBA als ens locals de la província de Barcelona sobre gestió i qualitat del SAD, maig de 2021

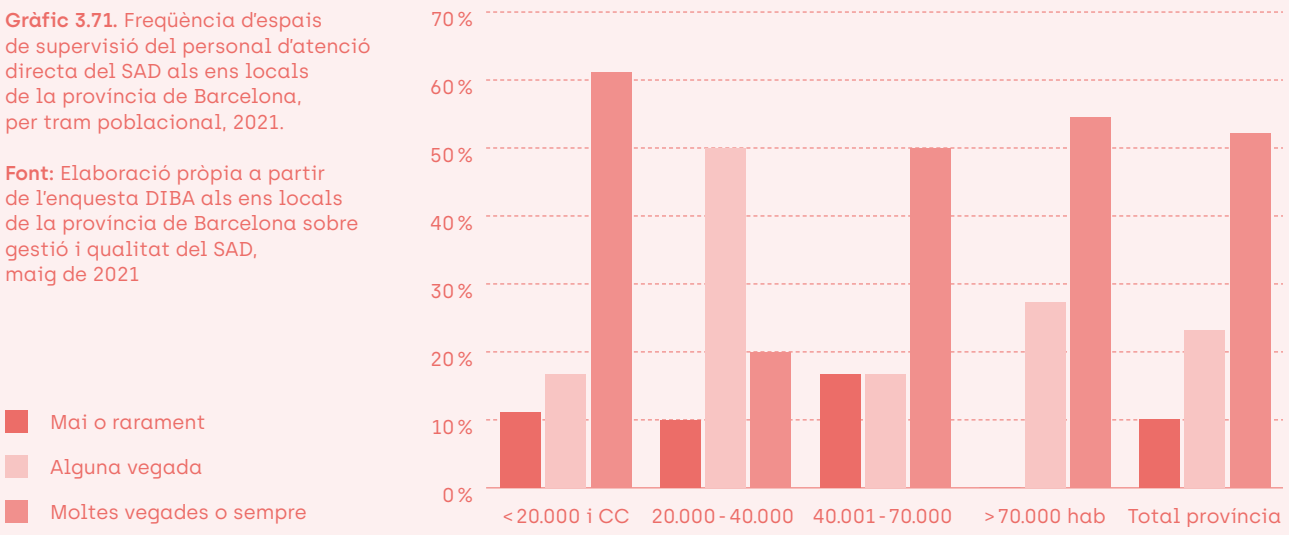


Pel que fa a espais de supervisió per al personal d'atenció directa, la meitat dels ens locals (un 52,2 %) afirma que en tenen moltes vegades o sempre, mentre que un 23,2 % alguna vegada i un 10,1 % rarament o mai. Als municipis amb gestió externa, en la majoria de casos es demana en els plecs de contractació. Cal tenir en compte que s'observen diferències per dimensió de municipi, ja que **als municipis amb més de 70.000 habitants sempre s'ofereix supervisió**, i en els de menys de 20.000 habitants i consells comarcals trobem que en un 61,1 % dels casos moltes vegades o sempre, però en un 11,1 % rarament o mai. Entre els de 40.001 a 70.000 habitants, un 16,7 % no n'ofereixen mai o bé ho fan rarament.

A banda de la supervisió, **un 44,9 % dels ens locals afirma que els i les professionals d'atenció directa compten amb suport psicològic**, sense diferències importants segons la tipologia de gestió o dimensió poblacional del municipi. En el cas de la gestió externa, en alguns casos també es demana en els plecs de contractació.

Gràfic 3.71. Freqüència d'espais de supervisió del personal d'atenció directa del SAD als ens locals de la província de Barcelona, per tram poblacional, 2021.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta DIBA als ens locals de la província de Barcelona sobre gestió i qualitat del SAD, maig de 2021

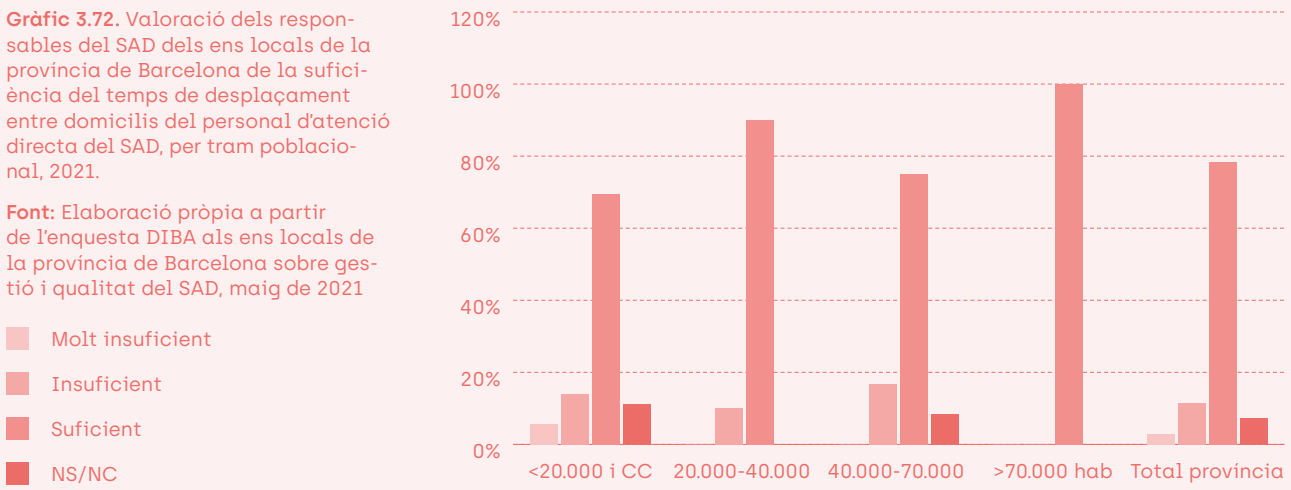


El temps de desplaçament entre domicilis també és un aspecte important en les condicions laborals. Els i les responsables del SAD dels serveis socials bàsics dels ens locals de la província de Barcelona enquestats valoren en la gran majoria de casos (un 78,3 %) que el temps és suficient (gràfic 3.72). Generalment es fan serveis de 50 minuts amb 10 més de desplaçament, tot i que en alguns casos s'esmenta que, a la pràctica, el desplaçament supera els 10 minuts previstos.

No es detecten diferències per model de gestió, però sí per dimensió del municipi, ja que **en els que passen de 70.000 habitants la totalitat coincideixen que el temps de desplaçament és suficient, mentre que en els menors de 20.000 i consells comarcals només el 69,4 %.** En aquest darrer cas s'afirma que, en territoris descentralitzats i rurals, els desplaçaments són llargs i costosos tant per a la treballadora familiar com per a l'ens local des del punt de vista econòmic i de planificació del servei. Pel que fa als municipis de més de 70.000 habitants, i especialment en el cas de la ciutat de Barcelona, el model de treball per equips ha permès reduir els temps de desplaçaments.

Gràfic 3.72. Valoració dels responsables del SAD dels ens locals de la província de Barcelona de la suficiència del temps de desplaçament entre domicilis del personal d'atenció directa del SAD, per tram poblacional, 2021.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta DIBA als ens locals de la província de Barcelona sobre gestió i qualitat del SAD, maig de 2021



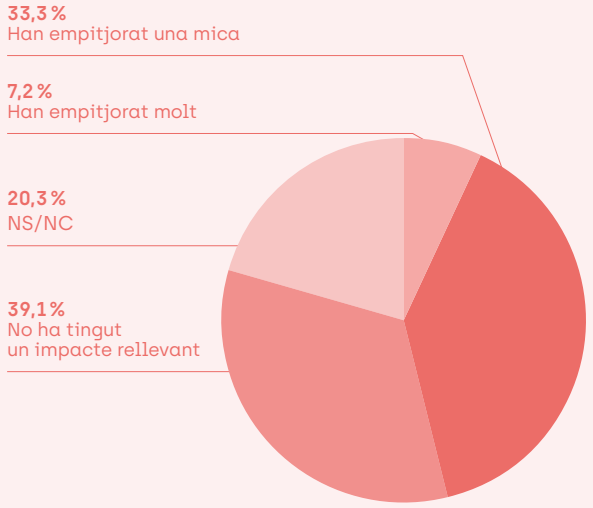
Quant a la prevenció de riscos sobre la salut de l'activitat d'atenció directa, **un 44,9 % dels ens locals enquestats afirma que es fan estudis de prevenció de riscos sobre la salut**. No s'observen diferències per model de gestió, però entre els municipis amb menys de 20.000 habitants i consells comarcals aquest percentatge baixa al 36,1 %, mentre que en els de la franja de 20.000 a 70.000 és del 50 % i en els de més de 70.000 del 63,6 %.

En el context de pandèmia és important també valorar les mesures de protecció de la salut del personal d'atenció directa davant de la COVID-19. Un 92,4 % dels ens locals enquestats coincideixen a afirmar que els Equips de Protecció Individual són adequats, però es detecten diferències pel que fa al model de gestió. En els ens locals de gestió directa el percentatge arriba al 100 % i en els de gestió indirecta suposa el 92,3 %. En els de gestió mixta és del 95,2 %. En el moment de realitzar l'enquesta, el maig de 2021, el 100 % dels ens locals enquestats amb gestió pròpia afirmaven que el personal d'atenció directa estava vacunat. En els de gestió indirecta un 64,1 % i en els de model mixt un 61,9 %. En tot cas, cal tenir en compte que **en molts casos es reporta que s'ha accedit a la vacunació per criteris d'edat i no de col·lectiu professional**.

Cal considerar que **un 7,2 % dels ens locals afirma que la COVID-19 ha empitjorat molt les condicions laborals del personal d'atenció directa i un 33,3 % que les ha empitjorat una mica**. Tot i així, un percentatge força elevat, del 20,3 %, ho desconeix. En tot cas n'hi ha que afirmen que la pandèmia de la COVID-19 ha posat en una situació d'estrès important als i les treballadores d'atenció directa, sense recursos suficients des del punt de vista organitzatiu i emocional, ni reconeixement social i econòmic, i ha fet emergir disfuncions del servei que quedaven amagades.

Gràfic 3.73. Valoració dels responsables del SAD dels ens locals de la província de Barcelona de l'impacte de la COVID-19 en les condicions laborals del personal d'atenció directa del SAD als ens locals de la província de Barcelona, 2021.

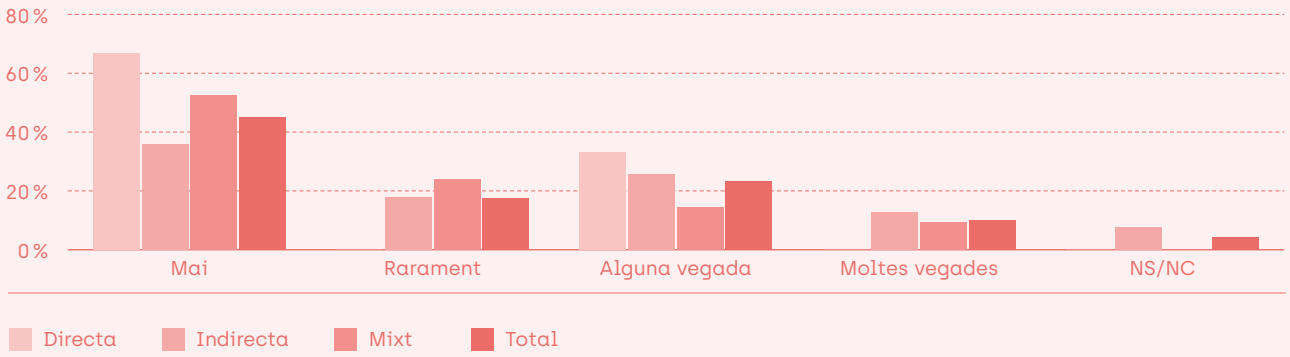
Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta a ens locals de la província de Barcelona sobre gestió i qualitat del SAD, maig de 2021



Finalment, és d'interès saber si s'han produït conflictes laborals, com ara vagues o reclamacions, vinculats a les condicions laborals. Un 38,4 % dels ens locals enquestats que tenen gestió indirecta afirma que alguna vegada o moltes s'ha produït aquest tipus de conflictes a l'entitat prestadora del SAD, mentre que aquest percentatge és del 23,8 % en el cas dels ens locals amb gestió mixta i del 33,3 % en el cas dels que tenen gestió directa (tot i que aquests darrers afirmen que només alguna vegada).

Gràfic 3.74. Freqüència de conflictes (vagues, reclamacions o d'altres) vinculats a condicions laborals del personal d'atenció directa del SAD, per tipologia de gestió als ens locals de la província de Barcelona, 2021.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta a ens locals de la província de Barcelona sobre gestió i qualitat del SAD, maig de 2021



Ràtio de professionals i perfils

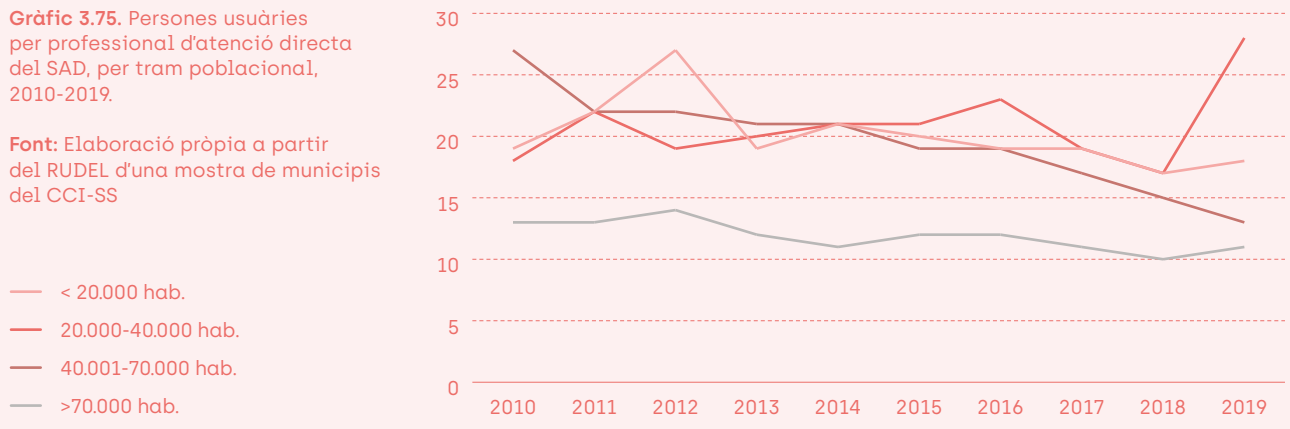
La ràtio de professionals d'atenció directa (treballadores familiars, majoritàriament) per persona usuària és també un element important en la qualitat del servei, que ha millorat durant la darrera dècada i **ha passat de 15,8 a 13,5 persones usuàries de mitjana per cada professional d'atenció directa entre 2010 i 2019.**

El gràfic 3.75 mostra que els municipis més poblats presenten una millor ràtio de professionals, que arriba a les 10 persones usuàries per cada professional d'atenció directa, mentre que els municipis més petits dupliquen aquesta proporció.

Així mateix, els serveis socials bàsics disposen habitualment d'una sola figura tècnica responsable del SAD independentment del nombre d'usuaris.

Gràfic 3.75. Persones usuàries per professional d'atenció directa del SAD, per tram poblacional, 2010-2019.

Font: Elaboració pròpia a partir del RUDEL d'una mostra de municipis del CCI-SS



L'**atenció directa** del servei es presta amb els perfils següents:

- Treballador/a familiar: tasques de suport a la cura personal (higiene personal, mobilitzacions i desplaçaments a la llar, ajuda per menjar, etc.), suport a la socialització o altres activitats (companyia, activitats d'oci, acompanyament a l'exterior, a la compra, a serveis o gestions, etc.), suport a la salut (control i subministrament de la medicació, presa de constants bàsiques, estimulació cognitiva i funcional, etc.).

  També desenvolupa tasques d'atenció a la llar: preparació d'àpats, neteja bàsica de la llar, bugaderia i planxa, suport a l'organització econòmica, etc.

- Tècnic/a auxiliar d'atenció a les persones en situació de dependència: té les mateixes funcions que les treballadores o treballadors familiars, però la seva formació s'especialitza en l'atenció a les persones grans.

- Auxiliar de la llar: tasques de neteja i cura de la llar, en particular quan són necessàries neteges en profunditat o especialitzades.

- Tècnic/a d'integració social: suport a la dinàmica familiar, amb funcions educatives com les pautes educatives parentals i l'observació i la facilitació de les dinàmiques familiars.

- Terapeuta ocupacional: tasques d'avaluació de necessitats de la persona usuària o unitat de convivència relacionades especialment amb les necessitats d'adaptació de la llar, la valoració d'ajudes tècniques i el seguiment del seu estat.

Addicionalment, hi ha altres perfils professionals que no són d'atenció directa, però que també són imprescindibles per al funcionament del servei:

- Coordinació tècnica: funcions d'interlocució i coordinació amb els serveis socials municipals, d'organització de les tasques dels i les professionals d'atenció directa, valoració inicial del servei, visites de seguiment, catalogació del risc, atenció a incidències i control de la qualitat del servei.

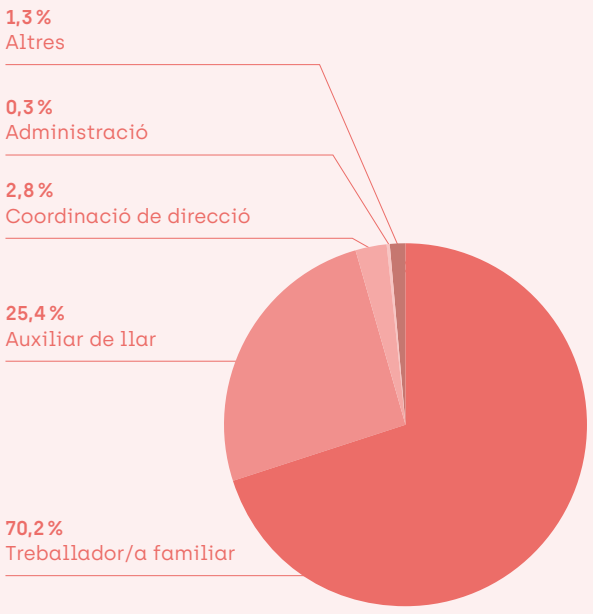
- Suport administratiu: desenvolupa tasques de suport a la gestió, com ara la programació de visites, trucades de seguiment, atenció a incidències i consultes, suport al control de la gestió i justificació econòmica, etc.

Pel que fa a la distribució dels diferents perfils entre el personal del SAD, el gràfic 3.76 mostra que més del 95 % del personal contractat pel SAD correspon a figures d'atenció directa, treballadores familiars i auxiliars de la llar majoritàriament.[72] Segons la informació analitzada, **per cada 33,5 professionals d'atenció directa (auxiliars de la llar i treballadors i treballadores familiars) hi ha una figura de coordinació o direcció**. També cal destacar que l'equip de suport administratiu i tècnic és molt reduït.

[72] Informació extreta a partir de les fitxes RUDEL d'una mostra de municipis de la província de Barcelona que participen al CCI-SS. Les dades corresponen exclusivament al personal contractat de manera externa.

Gràfic 3.76. Personal de les empreses prestadores del SAD per a ens locals de la província de Barcelona, per tipologia de llocs de treball, 2019.

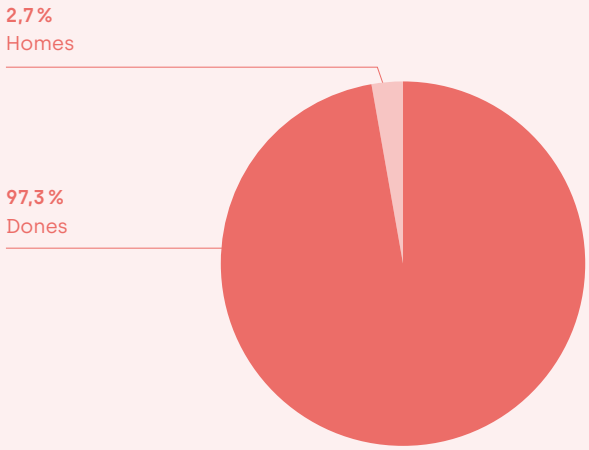
Font: Elaboració pròpia a partir del RUDEL d'una mostra de municipis del CCI-SS



El gràfic 3.77 mostra que es tracta d'un **servei altament feminitzat**, en el qual **el 97,3 % de les professionals són dones.**

Gràfic 3.77. Personal de les empreses prestadores del SAD per a ens locals de la província de Barcelona, per sexe, 2019.

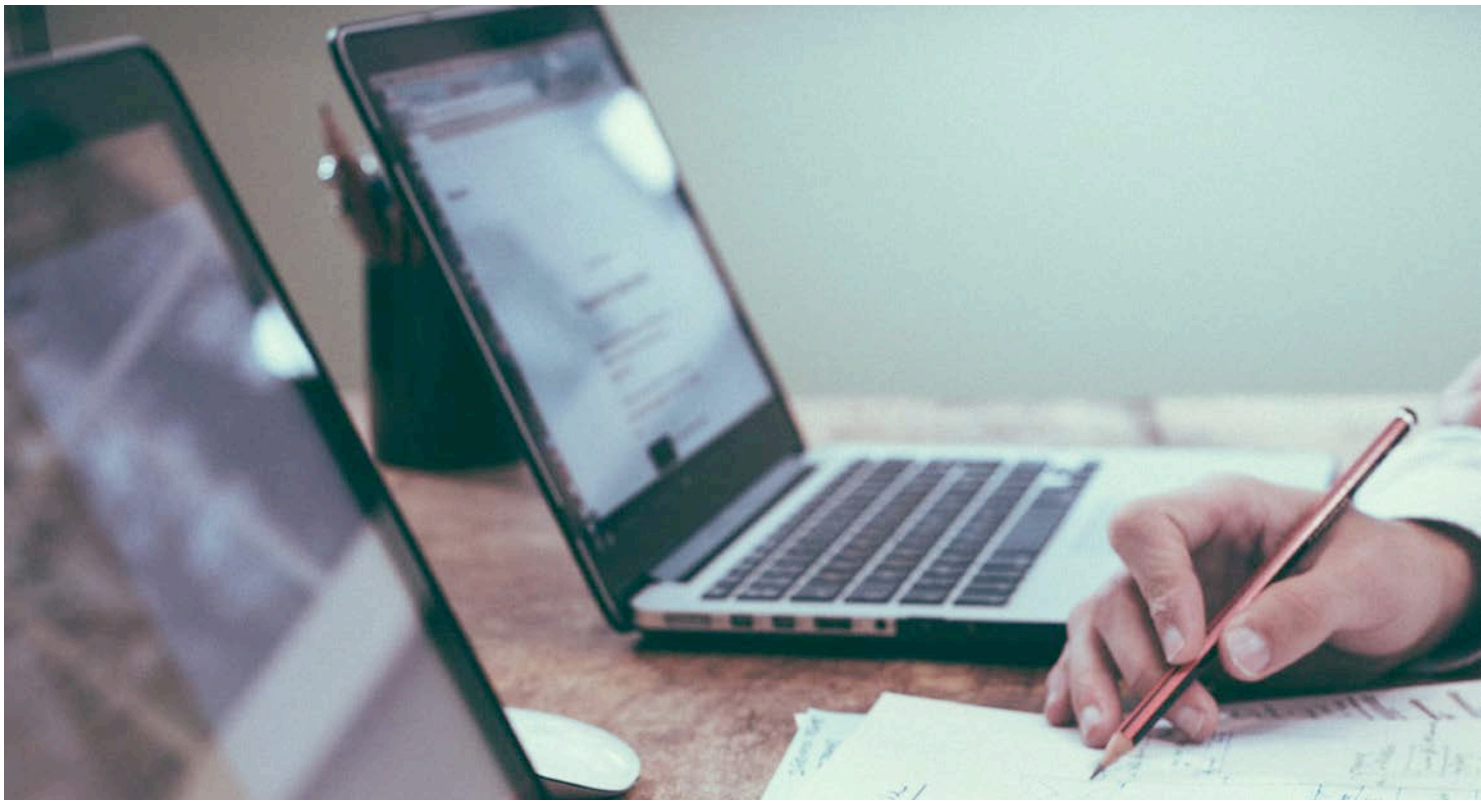
Font: Elaboració pròpia a partir del RUDEL d'una mostra de municipis del CCI-SS



Finançament

El finançament del SAD varia segons la modalitat. El SAD dependència rep finançament de l'Estat (el nivell mínim per a cada persona dependent que rep un servei o prestació econòmica) i de la Generalitat de Catalunya, que hi ha d'afegir fins a un 66 % del cost total estimat del servei (16,25 €/h el 2021). El 33 % restant, segons la LAPAD, va a càrrec de la persona usuària. La Generalitat acorda periòdicament un contracte programa amb cada ABSS, que estableix un pressupost anual per al SAD dependència, el qual es pot ampliar en funció dels PIA del SAD que s'hagin resolt favorablement i de les hores efectivament realitzades.[73]

L'aportació de la persona usuària a Catalunya es regula mitjançant les ordenances fiscals dels ens locals, en absència de regulació autonòmica, de manera que es produeixen situacions molt diverses, com ja s'ha tractat en l'apartat d'accés al servei. En conclusió, **tot i que la LAPAD no preveu el finançament dels ens locals, a la pràctica per als municipis de la província de Barcelona el SAD suposa el segon servei pel que fa a despesa municipal**. Una altra de les causes és que el SAD social és finançat pels municipis i amb una aporta-



ció fixa del Govern de la Generalitat, que també es canalitza per mitjà del contracte programa (sense modificacions els darrers 10 anys).

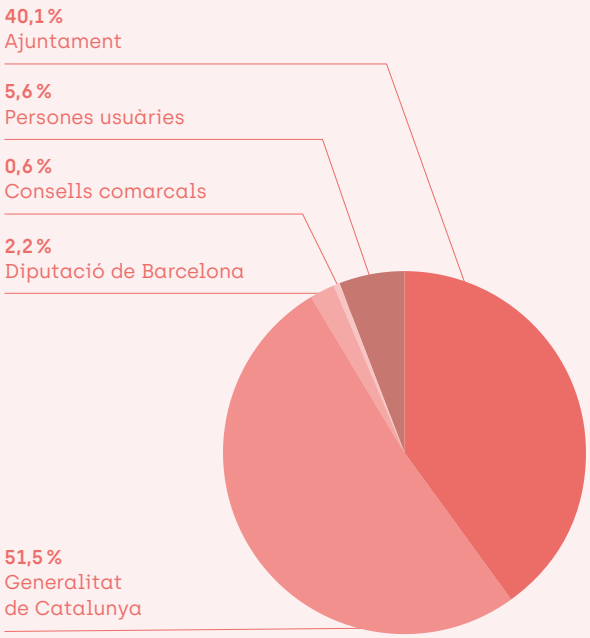
Segons les dades analitzades dels municipis participants en el CCI-SS, **el 46,3 % del finançament del conjunt del SAD (social i dependència) prové de la Generalitat de Catalunya a través del contracte programa als ens locals de més de 20.000 habitants i consells comarcals, i el 43,9 % dels mateixos ens locals**. La resta es finança entre la Diputació de Barcelona i les persones usuàries.

Pel que fa a les fonts de finançament segons la modalitat del SAD (gràfics 3.78 i 3.79), ambdues segueixen el mateix patró, amb l'excepció del finançament del SAD Social, que ha rebut una aportació més elevada de la Diputació de Barcelona.

[73] Vegeu-ne més informació al web del departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya, on està disponible la informació sobre el contracte programa de cada ens local. https://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/el_departament/contractacio_i_conveniscontracteprograma.

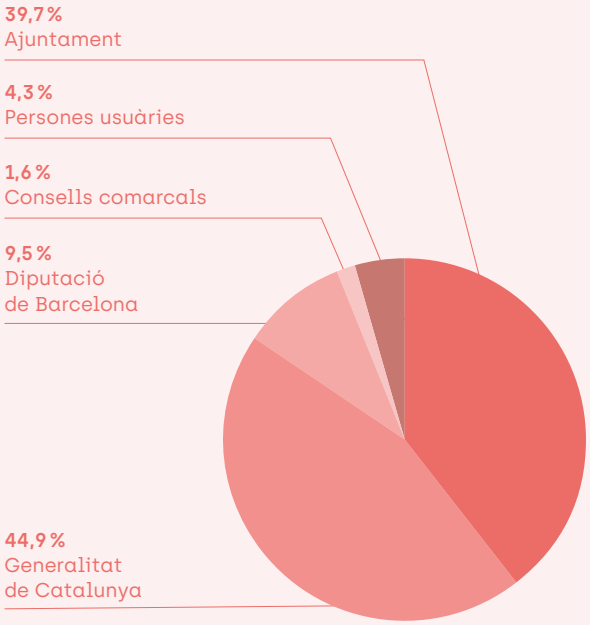
Gràfic 3.78. Fonts de finançament del SAD dependència, 2019.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de les FIEEP dels municipis participants en el CCI-SS



Gràfic 3.79. Fonts de finançament del SAD social, 2019.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de les FIEEP dels municipis participants en el CCI-SS

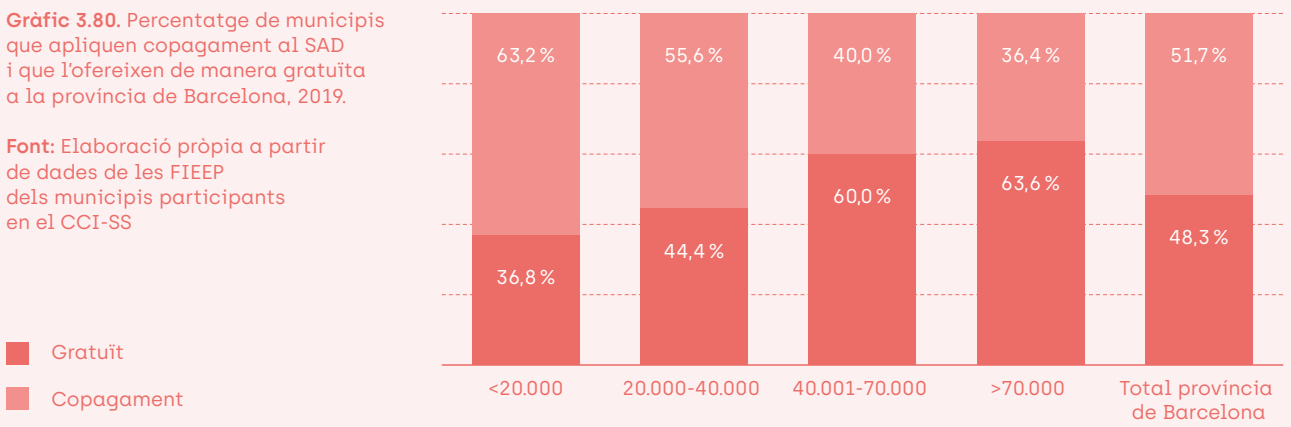


La participació en el finançament de les persones usuàries del SAD dependència només suposa gairebé un 6 % de la despesa, lluny del 33 % que preveu la LAPAD. Els municipis són els que cobreixen majoritàriament la diferència.

Com s'ha exposat, és una potestat dels municipis aplicar o no copagament a les persones usuàries del SAD. Hi ha municipis que apliquen barems en funció del nivell de renda per afavorir la població amb menys ingressos i, d'altres que financen la totalitat del servei per a les persones usuàries. Segons les dades recollides pel Cercle de Comparació Intermunicipal de Serveis Socials, **el 48,3 % dels 58 municipis participants l'any 2019 van oferir el Servei d'ajuda a domicili de manera gratuïta**. Com mostra el gràfic 3.80, la dimensió poblacional no és un factor determinant en l'aplicació de copagament, tot i que s'observa que els municipis de més dimensió són els que tenen més propensió a oferir el servei de manera gratuïta.

Gràfic 3.80. Percentatge de municipis que apliquen copagament al SAD i que l'ofereixen de manera gratuïta a la província de Barcelona, 2019.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de les FIEEP dels municipis participants en el CCI-SS

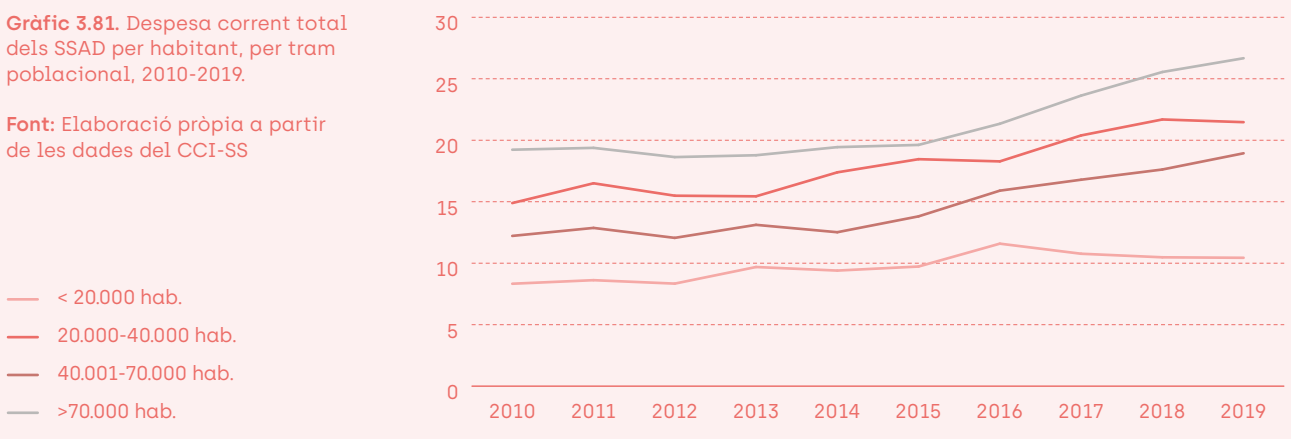


Des de la perspectiva de la despesa, el gràfic 3.81 mostra **l'increment sostingut que han experimentat els pressupostos municipals associats als SSAD**[74] durant els darrers 10 anys, derivat de l'augment de les persones usuàries i del preu hora del servei. Aquesta tendència és més pronunciada als municipis amb més població, els quals van gastar de mitjana 26,67 € per habitant l'any 2019, 2,5 vegades més que els municipis més petits.

[74] Serveis socials d'atenció a domicili (SSAD). Aquest gràfic inclou també la despesa associada al Servei de teleassistència, la qual suposa aproximadament un 8 % de la despesa total.

Gràfic 3.81. Despesa corrent total dels SSAD per habitant, per tram poblacional, 2010-2019.

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del CCI-SS



Pel que fa a l'any 2020, cal destacar que **la pandèmia de la COVID-19 ha suposat sobrecostos importants per a totes les administracions**.

El març de 2020 el Ministeri de Drets Socials i Agenda 2030 creà un Fons social extraordinari per fer front a situacions extraordinàries derivades de la COVID-19 que es transferí a través d'acords amb el departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya. Mitjançant un conjunt d'addendes al contracte programa,[75] s'incrementà el suport econòmic a les àrees bàsiques de serveis socials en una sèrie d'àmbits, en primer lloc, el SAD. Els objectius, en el cas del SAD, són atendre persones i famílies amb noves necessitats causades per la pandèmia i incrementar el nombre d'hores del SAD a les persones que ja n'eren beneficiàries i necessitaven més suport a causa de la situació d'emergència. Els ens locals que es van acollir a l'Addenda es comprometeren a cofinançar l'increment del servei en el mateix percentatge que l'establert al contracte programa. Per la seva part, el departament de Drets Socials assumí el cofinançament mitjançant una bestreta equivalent al 100 % de la seva aportació. No s'exigeix projecte tècnic als ens locals per acollir-se a l'Addenda, i se'ls permet justificar la despesa amb l'import no executat per SAD social ordinari. Finalment, es van establir uns indicadors d'avaluació mensuals a presentar amb la justificació de la despesa.

A més a més, el departament de Drets Socials es va comprometre a fer-se càrrec de les hores contractades amb les empreses del SAD, encara que no s'haguessin realitzat a causa de la pandèmia, ja que es considerava que havia estat per causes involuntàries. L'única limitació que s'imposava a les empreses és que no tinguessin la plantilla amb un ERTO.

Malgrat aquests suports extra, els ens locals i sovint també les empreses prestadores del SAD han tingut sobrecostos durant aquest període, especialment els derivats de les diferents mesures de protecció del personal (EPI, tests, i també, en alguns casos, de les vacunacions).

3.2.4. Altres serveis d'atenció al domicili

En el marc dels serveis d'atenció a domicili és habitual que els ens locals vehiculin un conjunt de serveis complementaris per cobrir necessitats relacionades amb la dependència i la promoció de l'autonomia personal. D'una banda, un dels més habituals és el servei de neteges a domicili, inclòs generalment dins del Servei d'ajuda a domicili, tal com es recull en l'apartat corresponent. De l'altra, també existeix el servei d'àpats a domicili adreçat a persones en situacions de manca d'autonomia personal,[76] que reuneix les característiques explicades en la taula següent. Cal assenyalar que durant la pandèmia de la COVID-19 s'ha produït un important increment de la demanda d'aquest servei, especialment per a persones ateses en centres de dia que van haver de tancar per ordre administrativa.

[75] Vegeu-ne més informació al web https://dretssocials.gencat.cat/ca/el_departament/contractacio_i_convenis/contracteprograma.

[76] Cal no confondre'ls amb els serveis d'àpats en companyia que s'impulsen des dels ajuntaments amb l'objectiu de pal·liar la soledat no volguda.

Servei d'àpats a domicili

Població destinatària	Persones que, tot i ser autònomes per alimentar-se i mantenir un bon estat cognitiu o lleument deteriorat, no poden preparar-se els àpats o necessiten ajuda per fer-ho, no poden desplaçar-se a cap menjador públic, no tenen cap suport social i/o familiar o el que tenen és insuficient per cobrir les atencions que necessiten.
Objectius	→ **Assegurar àpats equilibrats i saludables**, en condicions adequades de qualitat i higiene, a fi de garantir la cobertura de les necessitats nutricionals de les persones ateses. → Resoldre problemes o limitacions d'autonomia personal de la persona usuària del servei, i col·laborar en la cura de la persona atesa.
Descripció	El servei consisteix en **l'elaboració, el transport i el lliurament d'àpats a domicili**, generalment a les persones beneficiàries del Servei d'ajuda a domicili, a fi de garantir la cobertura de les necessitats nutricionals. Se serveix un àpat diari saludable i equilibrat, de manera que permeti prolongar l'estada a la llar.
Titularitat	Pública, dels ajuntaments o consells comarcals.
Accés	A través dels serveis socials bàsics. És imprescindible que la persona sigui atesa pels EBAS del seu municipi, i serà el treballador o treballadora social de referència qui valorarà la idoneïtat del servei, l'assignarà i en farà el seguiment. No hi ha criteris homogenis entre municipis per regular l'accés al servei. En molts és imprescindible que la persona sigui ja usuària del Servei d'ajuda a domicili, i que es trobi en situació de necessitat econòmica. El preu del servei es regula aplicant les ordenances fiscals municipals, i generalment està subjecte a copagament en funció dels ingressos de la persona atesa.
Cobertura	No disponible.
Model de gestió	Indirecta, generalment amb la contractació d'una entitat privada d'iniciativa mercantil o social. És habitual que es liciti en el mateix contracte que el SAD. El servei d'elaboració dels àpats i el de distribució sol anar a càrrec de diferents entitats i en alguna ocasió la distribució al domicili està a càrrec de voluntariat.
Exemples / Més informació	→ Servei d'àpats a domicili de Barcelona: https://ajuntament.barcelona.cat/accessible/ca/guia-recursos/servei-dapats-domicili. → Servei d'àpats a domicili de Cornellà de Llobregat: https://www.cornella.cat/ca/viure-a-cornella/igualtat-inclusio-i-diversitat/accio-social/cartera-municipal-de-serveis-socials/programes-transversals/programes-datencio-domiciliaria/servei-dapats-a-domicili. → Servei d'àpats a domicili d'Esplugues de Llobregat: https://www.esplugues.cat/recursos/importacions/serveis/accio-social/servei-dapats-a-domicili. → Servei d'àpats a domicili de Sabadell: https://www.sabadell.cat/ca/396-serveis-datencio-domiciliaria/35041-apats.

Un altre servei d'iniciativa municipal o comarcal que és rellevant destacar són les ajudes tècniques. Tot i que no són serveis d'atenció personal, són prestacions rellevants per promoure l'autonomia personal i de suport a les persones cuidadores, professionals i no professionals, de manera que es poden considerar «serveis de suport a les cures». La taula següent en presenta les característiques principals.

Servei d'ajudes tècniques o banc d'ajuts tècnics (BAT)

Població destinatària	→ Persones en situació de dependència temporal o permanent. Generalment no és necessari tenir reconegut el grau de dependència. → Persones que necessiten ajuda per evitar situacions de risc, com ara caigudes o accidents. → Persones amb problemes de mobilitat.
Objectius	→ Facilitar la **vida diària** de les persones en situació de dependència i la **tasca de les persones cuidadores i familiars**. → **Facilitar l'accés a ajudes tècniques**: llits articulats, grues de transferència, butaques, caminadors, cadires de rodes, passamans, cadires de dutxa, alça per al WC, etc.
Descripció	És un servei generalment gestionat pels serveis socials bàsics, que busca facilitar les tasques de cura i autocura de persones en situacions de dependència temporal o permanent. Generalment, el servei ofereix: → **Informació, assessorament i orientació** sobre la cura de persones en situació de dependència a domicili, i de les diferents ajudes tècniques per augmentar-ne la independència i l'autonomia. → **Cessió temporal d'aparells tècnics i ortopèdics** per mitjà dels bancs de recursos, o el lloguer temporal a empreses especialitzades.
Titularitat	Pública, dels ajuntaments o consells comarcals. En alguns casos compten amb finançament del departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya.
Accés	A través dels serveis socials bàsics. Les condicions d'accés són regulades per cada ens local. És un servei generalment subjecte a copagament de les persones usuàries, tot i que en alguns casos els ajuts s'ofereixen gratuïtament.
Cobertura	No és possible aproximar dades de cobertura de la província de Barcelona ja que no hi ha una recollida homogènia d'aquesta informació. A partir de l'estudi de la fitxa 1 del RUDEL d'una mostra de municipis de la província de Barcelona, s'han identificat 2.425 persones beneficiàries durant l'any 2019, el 60 % dones, amb una gran variabilitat territorial en el nombre d'ajudes tècniques proporcionades.
Model de gestió	Indirecta, generalment en col·laboració amb entitats especialitzades.
Exemples / Més informació	→ BAT de Vilafranca del Penedès: https://dretssocials.vilafranca.cat/bat-banc-dajuts-tecnics. → Servei d'ajudes tècniques (BAT Osona):https://benestar.vic.cat/promocio-de-lautonomia-i-atencio-a-la-dependencia/servei-dajudes-tecniques-bat-osona. → BAT de la Catalunya Central: https://www.ccbages.cat/banc-dajudes-tecniques-de-la-catalunya-central/.

Per últim, en el marc d'aquesta línia de recursos adreçats a facilitar el treball de cures, és rellevant considerar el **Programa d'Arranjament d'Habitatges** impulsat per la Diputació de Barcelona. La finalitat d'aquest programa és la promoció de l'autonomia personal de les persones grans i de les persones amb discapacitat per tal de millorar-ne la qualitat de vida i garantir les condicions de seguretat, higiene, habitabilitat i eficiència energètica mínimes dels seus habitatges.

Cal tenir en compte la importància de preparar el domicili i l'espai físic perquè sigui possible la cura en les millors condicions possibles per a la persona usuària i la persona cuidadora. En aquest sentit, l'adaptació funcional de l'habitatge és una condició essencial perquè la política de cures al domicili es pugui implementar amb qualitat.

Programa d'arranjament d'habitatges

Població destinatària

- → Persones de 65 anys o més, amb dificultats per desenvolupar les activitats de la vida diària.
- → Persones de més de 80 anys que visquin soles o amb una altra persona gran.
- → Persones de menys de 65 anys amb necessitats especials vinculades a la seva capacitat física i/o psíquica per desenvolupar les activitats de la vida diària dins la llar.

Objectius

- → Promoure **l'autonomia funcional i la qualitat de vida al domicili**.
- → Garantir unes **condicions mínimes d'habitabilitat, seguretat, higiene i eficiència energètica** als habitatges.
- → Simplificar **l'accessibilitat i la mobilitat** de les persones al domicili.

Descripció

Les actuacions que es duen a terme en el marc del programa són obres o reformes bàsiques d'adaptació funcional i instal·lació d'ajudes tècniques als domicilis de les persones beneficiàries, per tal d'assolir els objectius esmentats.

Les intervencions sempre es fan a l'interior dels habitatges, majoritàriament en:

- → **Banys,** amb l'objectiu de millorar-ne l'accessibilitat i la usabilitat i facilitar la higiene personal.
- → **Cuines**, amb la finalitat de millorar les condicions de seguretat i accessibilitat.
- → **Intervencions generals** per adaptar i/o proporcionar suports que facilitin la mobilitat de la persona a l'interior de l'habitatge.
- → **Actuacions complementàries** a les anteriors, amb la finalitat de millorar l'eficiència energètica de l'habitatge.

El procediment inclou:

- → Primera visita al domicili per valorar les necessitats de la persona i les possibilitats d'adaptació de l'habitatge.
- → Elaboració d'un informe d'adaptació funcional, amb la prescripció dels treballs que cal fer-hi.
- → Execució de les obres i instal·lació d'ajudes tècniques.
- → Visita final al domicili i elaboració de l'acta de comprovació i conformitat de les actuacions realitzades.
- → El pressupost anual destinat al programa és de 2.000.000 €. Es preveu un cost mitjà de 2.000 € per intervenció.

Titularitat	L'Àrea d'Igualtat i Sostenibilitat Social de la Diputació de Barcelona proveeix els ajuntaments de: → El suport tècnic i la direcció facultativa de les actuacions, mitjançant la contractació de professionals de l'arquitectura, experts en adaptació funcional d'habitatges. → L'execució de les intervencions, mitjançant la contractació d'empreses constructores. Per a la gestió del Programa, la Diputació de Barcelona posa a l'abast dels municipis una plataforma informàtica que permet recollir i gestionar tota la informació associada a cada arranjament per tal de facilitar el seguiment per part dels diferents agents implicats. Els ajuntaments participants són responsables de la identificació de les persones beneficiàries del programa i de la tramitació, per part dels serveis socials municipals, de les demandes que se'n derivin.
Accés	Els ens locals interessats a participar en el Programa han de formalitzar la seva sol·licitud mitjançant el Catàleg de Serveis de la Diputació de Barcelona. Les persones beneficiàries hi accedeixen a través dels serveis socials bàsics.
Cobertura	→ Perfil majoritari: dones entre 76 i 90 anys que viuen acompanyades. → Tipologia principal d'actuació: al bany, canvi de banyera per plat de dutxa. → Entre 2009 i 2019 s'han realitzat **7.710 arranjaments que han beneficiat gairebé 13.000 persones**.
Model de gestió	Indirecta, a través d'entitats prestadores del servei.
Exemples / Més informació	→ Programa d'Arranjament d'Habitatges de la Diputació de Barcelona: https://www.diba.cat/es/web/benestar/arranjaments/arranjaments.

3.2.5 Altres serveis de suport a l'autonomia i atenció a la dependència

Servei de suport a l'autonomia a la pròpia llar

Població destinatària	Persones amb discapacitat física, intel·lectual o problemàtica social derivada de malaltia mental que vulguin viure soles o amb altres persones, i que necessitin suport personal per al desenvolupament d'una vida autònoma.
Objectius	→ Contribuir al **desenvolupament de la persona en les activitats de la vida diària**, tant a la llar com a la comunitat, i fer possible la seva autonomia personal. → Proporcionar suport en les activitats d'organització de la vida quotidiana: alimentació, cura de la salut i utilització dels sistemes de protecció, així com aspectes relacionats amb la capacitació, les competències i les habilitats socials per millorar la convivència, les relacions socials i la participació.
Descripció	És una **prestació econòmica permanent** que s'abona directament a la persona en situació de discapacitat o a l'entitat prestadora del servei. L'import mitjà percebut per persona usuària l'any 2019 va ser de 484,68 € mensuals. La prestació econòmica ha d'estar vinculada necessàriament a la prestació dels serveis d'atenció a la persona.
Titularitat	Pública, per part del Departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya.
Accés	És necessari tenir una discapacitat igual o superior al 33 %, o ser beneficiari d'una pensió de la Seguretat Social d'incapacitat permanent en el grau de total, absoluta o gran invalidesa, o pensionista de classes passives que tinguin reconeguda una pensió de jubilació o de retir per incapacitat permanent per al servei o inutilitat. Cal tenir valorada la situació de dependència. No poden accedir a aquest Programa les persones sol·licitants que tinguin reconeguda la situació de dependència amb un Grau II o superior. També cal acreditar residència a Catalunya durant almenys cinc anys, dos immediatament anteriors a la sol·licitud.
Cobertura	L'any 2019 hi va haver un total de 1.824 persones beneficiàries del programa a Catalunya, de les quals 279 van acollir-s'hi el mateix any. La despesa total del servei l'any 2019 va ser de 10.608.784,68 €.
Model de gestió	Indirecta, a través d'entitats prestadores del servei.
Exemples / Més informació	→ Memòria del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. Generalitat de Catalunya, 2019: https://dretssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematics/15serveissocials/estadistiques/memoria_2019/Memoria_Departament_2019.pdf. → Mapa de Prestacions Socials de Catalunya. Annex: Fitxes descriptives de les prestacions socials. Generalitat de Catalunya, 2015. → Ordre TSF/111/2017, de 7 de juny, per la qual s'aproven les bases per a la concessió dels ajuts de suport a l'autonomia en la pròpia llar per a l'any 2017.

Assistència personal

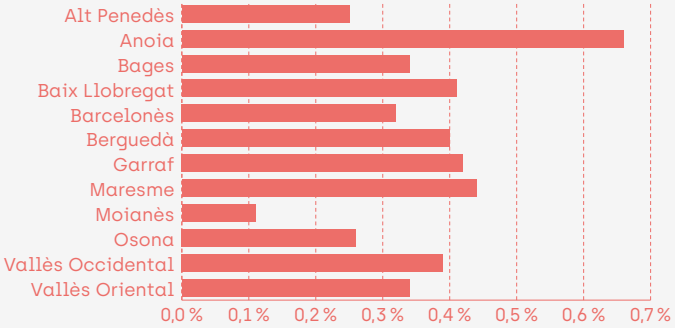
Població destinatària	Persones amb discapacitat o en situació de dependència.
Objectius	→ Fomentar l'**autonomia personal** i garantir l'exercici de drets i la igualtat de condicions. → Proporcionar el suport que la persona consideri necessari en els àmbits i activitats que conformen el seu **projecte de vida independent.**
Descripció	L'assistència personal és el servei prestat per la figura de l'assistent personal, la qual proporciona el suport necessari a la persona amb discapacitat o dependència per tal que pugui dur a terme el seu projecte de vida amb la màxima autonomia i autodeterminació. Per accedir a l'assistència personal a través de la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (LAPAD), a Catalunya, hi ha dues modalitats: → **Assistència personal de suport en l'acompanyament a activitats laborals, ocupacionals i/o formatives.** Té per objecte el suport en els desplaçaments a les activitats de caràcter laboral, ocupacional i/o formatiu fora de la llar habitual. → **Assistència personal de suport a la vida autònoma i d'integració social i comunitària.** Té per objecte el suport en les activitats que la persona fa de manera habitual, dins i fora de la llar, que afavoreixen el desenvolupament d'una vida autònoma i independent.
Titularitat	Pública, servei recollit en la cartera de la LAPAD, en forma de prestació econòmica. També s'ofereix de manera privada, sobretot per part d'entitats del tercer sector social.
Accés	La prestació econòmica d'assistència personal és encara testimonial en el marc del Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència de Catalunya, i a la província de Barcelona la majoria de persones ateses ho han estat a Barcelona ciutat seguit de les comarques del Maresme, el Vallès Occidental, el Vallès Oriental i Garraf. A la resta de comarques no hi ha cap persona beneficiària d'aquesta prestació en el marc de la LAPAD.
Cobertura	En el conjunt de la província de Barcelona hi havia, a finals de l'any 2020, **63 persones amb PIA d'assistència personal.**
Model de gestió	La prestació econòmica d'assistència personal és un dret subjectiu des de l'aprovació de la Llei 39/2006 (LAPAD). És una prestació finalista i garantida, vinculada a pagar part del cost de la contractació laboral d'un assistent o assistenta personal. Aquesta contractació podrà ser directa per part de la persona en situació de dependència, i feta a través del règim d'autònoms, o mitjançant una entitat acreditada i proveïdora**.**
Exemples / Més informació	→ Informació del servei a la *Guia de recursos per a la discapacitat de la província de Barcelona*, elaborada per ECOM: http://www.ecom.cat/ca/guia-recursos/guia-recursos-discapacitat/assistent-personal.

Centre de dia per a persones grans

Població destinatària	→ Persones de 65 anys o més en situació de risc social o de dependència que necessiten organització, supervisió i assistència en les activitats de la vida diària.
Objectius	→ Afavorir la recuperació i el manteniment de l'**autonomia personal i social**. → Mantenir la persona en el seu **entorn personal i familiar** en les millors condicions possibles. → Proporcionar **suport a les famílies** en l'atenció a les persones grans en situació de dependència.
Descripció	→ El centre de dia és un **servei d'acolliment diürn que complementa l'atenció pròpia en l'entorn familiar**. Constitueix una alternativa a l'internament residencial de la persona gran, i pot ser un servei de caràcter temporal o permanent. → L'equip de professionals que treballa en un centre de dia per a persones grans és pluridisciplinari i està format per un director o directora responsable, un/a responsable higienicosanitari i personal d'atenció directa (professionals amb titulació adient per oferir atenció geriàtrica, animació sociocultural, teràpia ocupacional, fisioteràpia, atenció sanitària, psicològica i social).
Titularitat	→ Pública, per part del Departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya. També s'ofereix de manera privada.
Accés	→ L'assignació del centre de dia es du a terme a través dels SSB com a marc del PIA quan hi ha una situació de dependència reconeguda o bé per informe de serveis socials que acredita la situació de necessitat.
Cobertura	→ L'any 2020 hi va haver un total de 3.929 persones beneficiàries de la LAPAD amb prestació de centre de dia per a persones grans a la província de Barcelona, una xifra que s'ha mantingut força estable durant els darrers anys, com es mostra en l'apartat d'anàlisi del SAAD, amb un lleuger descens l'any 2020. Aquesta xifra suposa **un 0,36 % de les persones de 65 anys o més, i un 3,3 % de les persones beneficiàries de la LAPAD amb PIA l'any 2020**. → El gràfic següent recull el grau de cobertura del servei en el marc del SAAD respecte de la població de 65 anys o més per comarques.

Gràfic 3.82. Percentatge de persones de 65 anys o més amb dependència reconeguda i PIA usuàries de centre de dia per a persones grans, per comarca, 2020.

Font: Elaboració pròpia a partir del Mapa de Serveis Socials de Catalunya



Model de gestió	→ La gestió pot ser pública o ser feta a través d'una entitat privada d'iniciativa mercantil o d'iniciativa social. → A la província de Barcelona, segons la informació del Programa Hermes,[77] l'any 2018 hi havia 664 centres de dia, dels quals 119 públics (un 18,5 %), 417 d'entitats privades d'iniciativa mercantil (un 64,7 %) i 108 d'entitats privades d'iniciativa social (un 16,8 %).
Exemples / Més informació	→ Centres de dia. Departament d'Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya: https://dretssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/gent_gran/residencies_centres_de_dia_i_habitatges_tutelats/centres_de_dia/.

[77] Vegeu-ne més informació a: https://www.diba.cat/hg2/menu.asp?mnid=4.

Finalment, també cal destacar, a més dels **centres de dia i ocupacionals per a persones amb discapacitat** de diferents tipologies, la **prestació social de caràcter econòmic de dret de concurrència**, emmarcada dins del **programa d'atenció social a les persones amb discapacitat (PUA)**. És un ajut econòmic dins l'ordenament de prestacions d'assistència social, i busca atendre situacions de necessitat específiques de persones que no poden cobrir-les per altres mitjans. És destinada a persones amb un grau de discapacitat igual o superior al 33 % i que compleixin els requisits establerts en cada convocatòria.

La prestació compta amb tipologies diferents, segons les necessitats ateses. L'any 2019 es van atorgar un total de 3.431 ajudes periòdiques per un import de 4.289.877,49 € per cobrir assistència domiciliària, atenció precoç, assistència personal o assistència en centres residencials. Addicionalment es van atorgar 1.974.464,46 € en 3.116 ajuts personals en qualitat de prestacions per a la mobilitat, productes de suport per a persones amb discapacitat visual, auditiva, discapacitat física, intel·lectual o mental, etc.

3.2.6. Serveis i recursos per a persones cuidadores no professionals

S'anomena cuidadora o cuidador no professional la persona de l'àmbit familiar o de l'entorn proper que atén de manera continuada una persona en situació de dependència ja sigui per raó d'edat, discapacitat i/o malaltia mental, amb la qual està vinculada afectivament. Porta a terme un treball de cures que es produeix en l'àmbit privat domèstic, i que generalment du a terme una familiar, però també amiga o veïna de la persona que necessita aquests serveis de manera temporal o permanent.

Les persones amb grau de dependència reconegut segons la Llei 39/2006 poden optar a la **prestació econòmica de cures en l'entorn familiar i de suport a persones cuidadores no professionals en el seu Pla Individual d'Atenció (PIA)**. En aquest cas és necessari que la persona cuidadora no professional sigui un familiar de fins a tercer grau de parentiu, i convisqui amb la persona en situació de dependència. A Catalunya hi havia 88.365 persones que rebien aquesta prestació a finals de 2020 (departament de Drets Socials, mapa de serveis socials, 2020), un 52,5 % del total de persones beneficiàries de prestacions de la LAPAD. **A la província de Barcelona aquesta prestació era rebuda per 61.276 persones**, amb un percentatge de PIA similar que al conjunt de Catalunya (un 50,9 %). Cal tenir en compte que les dones continuen sent les principals responsables dels treballs domèstics i de cura, en línia amb els resultats de les enquestes dels usos del temps.[78] Alhora, el retard de l'edat de maternitat les últimes dècades ha generat que hi hagi cada vegada més dones per a les quals el temps entre cuidar un o més infants i una o més persones grans en situació de dependència s'escurci, donant lloc al que s'ha anomenat «generació *sandwich*». Així, doncs, cal tenir en compte tant les dinàmiques generacionals com les noves realitats sociodemogràfiques i les preferències de les generacions futures de persones cuidadores no professionals.

La responsabilitat de tenir cura d'una persona en situació de dependència —fet que requereix una dedicació considerable—[79] pot ocasionar esgotament físic i emocional de manera ocasional o continuada, la qual cosa té **conseqüències en la salut, en les relacions interpersonals i en la qualitat i els projectes de vida, i empitjora l'estat de benestar social, psicològic i físic**. També té un impacte en les trajectòries laborals i en la situació econòmica.[80] L'efecte del treball de cures en la qualitat de vida de la persona cuidadora no professional (des d'una dimensió física, emocional, relacional, econòmica o material) respon a un model multidimensional on intervenen variables, entre d'altres, com el coneixement i la formació sobre la situació de dependència que cal atendre, la xarxa social de suport i la utilització de serveis i ajudes tècniques, el context de la persona en situació de dependència i les característiques de la cura (nombre de persones que es cuiden, tipus de cures i hores de dedicació necessàries, etc.), així com el context de la persona cuidadora no professional (entorn rural/urbà, sexe, estudis, etc.) (Alcalde, Cahner, Lozano,

[78] Vegeu-ne més informació a: https://www.idescat.cat/pub/?id=eut.

[79] Les persones que es troben actives dins el mercat laboral dediquen una mitjana diària de 12,98 h a les cures de les persones en situació de dependència. Per la seva banda, les que es troben inactives tenen una dedicació mitjana superior, de 16,95 h al dia. Un 42,8 % acumula més de 10 anys dedicats a les cures (Alcalde, Cahner, Lozano, Agudo, 2019).

[80] Pel que fa a la salut física, sobresurten problemes com ara afeccions d'esquena, cervicals, dolors articulars, hèrnies, tendinitis, cansament general i malalties. Els impactes en la salut mental i emocional inclouen estrès, ansietat, tristor perllongada, depressió, baixa autoestima i sentiment de culpa. També s'ha detectat un impacte en la disminució de relacions socials i en l'aïllament social, així com en la trajectòria formativa i ocupacional (Spora Sinergies SCCL 2018; Ezquerra i Mansilla, 2018; Fernández *et al.*, 2011).

Agudo, 2019). Alhora, cal tenir en compte que l'impacte de la COVID-19 ha estat molt significatiu en aquest col·lectiu. Un estudi de la Fundació Pere Tarrés assenyala que un 83,3 % va manifestar que la pandèmia havia tingut algun efecte negatiu en la seva qualitat de vida, mentre que una de cada quatre persones cuidadores no professionals remarcava de manera explícita que la situació li havia provocat un desgast físic i emocional important (Alcalde, Cahner, Lozano, 2021).

Per això, és necessari que la persona cuidadora no professional pugui disposar de recursos de suport per a l'autocura i de respir, tant per evitar aquests impactes negatius com per promoure la qualitat de vida i desenvolupar el treball de cura en les millors condicions possibles.

Per aquest motiu, des de les administracions públiques i la societat civil es promouen actuacions diverses per donar suport a les necessitats d'aquestes persones. En aquesta secció s'analitzen els principals serveis adreçats a cuidadors i cuidadores no professionals, la majoria sense reconeixement ni finançament en el marc del SAAD. També cal mencionar que altres serveis, com el SAD o el centre de dia, representen en moltes ocasions un suport per a les persones cuidadores no professionals. En aquest sentit, «per promoure la permanència en la comunitat de persones amb elevats graus de dependència cal tenir present la —gairebé— imprescindible coexistència de la cura formal amb la cura no remunerada. La utilitat dels serveis formals en aquesta situació depèn de fins a quin punt satisfan les necessitats de la persona dependent i de la persona cuidadora principal. Totes dues bandes de l'equació són rellevants» (Davey, 2021: 13).

3.2.6.1. Serveis de Respir

S'anomenen serveis de respir els programes i projectes de suport a persones que tenen cura de persones en situació de dependència. Hi ha una gran diversitat d'entitats que ofereixen aquest tipus de serveis, i en modalitats molt diferents. Els primers apartats d'aquesta secció presenten l'anàlisi conjunta de les diferents iniciatives identificades, i els apartats finals se centren en l'estudi dels Serveis Residencials d'Estades Temporals i Respir de la Diputació de Barcelona.[81]

Missió

Millorar la qualitat de vida de les persones cuidadores no professionals proporcionant-los un **temps de descans** mentre les persones receptores de cures estan en un entorn segur. Els serveis de respir sovint també ofereixen resposta a **situacions imprevistes o d'urgència**. La majoria estan orientats a facilitar **estades temporals** en règim residencial (amb pernoctació) o durant unes hores al dia per a la persona en situació de dependència.

L'objectiu principal d'aquests serveis és que les persones cuidadores no professionals, en la majoria dels casos familiars de la persona en situació de dependència, puguin disposar de temps per destinar a elles mateixes i realitzar activitats d'autocura. Els serveis de respir també busquen oferir a les persones en situació de dependència un entorn segur i de confiança, on rebin el suport i l'atenció necessàries per realitzar les activitats bàsiques de la vida diària i participar en espais lúdics i de socialització.

Reconeixement de dret i titularitat

Es tracta de **prestacions no garantides** i, per tant, no poden ser exigides per la ciutadania com a dret subjectiu. Són serveis i programes impulsats generalment per administracions públiques i entitats del tercer sector social, però també per entitats privades d'iniciativa mercantil, de manera que poden ser de titularitat pública o privada.

[81] D'ara endavant, serveis Respir de la Diputació de Barcelona. Vegeu-ne més informació a: https://www.diba.cat/es/web/respir/inici.

El desplegament d'aquesta mena de serveis ha estat dut a terme principalment per entitats del tercer sector social especialitzades en la cura de persones en situació de dependència, tot i que també hi ha iniciatives públiques rellevants i suport de les administracions a les activitats de respir impulsades per les entitats. Entre les iniciatives públiques destaquen els serveis Respir de la Diputació de Barcelona, en funcionament des de 1995, el principal servei Respir d'estades residencials temporals públic a la província de Barcelona. Pel que fa a les iniciatives del tercer sector, s'han pogut identificar un centenar de programes de respir que s'ofereixen a la província de Barcelona,[82] a través de diferents modalitats.

Població destinatària

Persones cuidadores no professionals que atenen persones grans en situació de dependència, persones amb trastorn mental crònic i compensat i/o persones amb discapacitat física, intel·lectual i/o sensorial, o persones amb pluridiscapacitats. Els serveis de Respir ofereixen **atenció directa** a les persones en situació de dependència que són ateses habitualment al domicili, i garanteixen la cobertura de les seves necessitats. D'aquesta manera proporcionen **un temps de descans** a familiars i persones cuidadores no professionals.

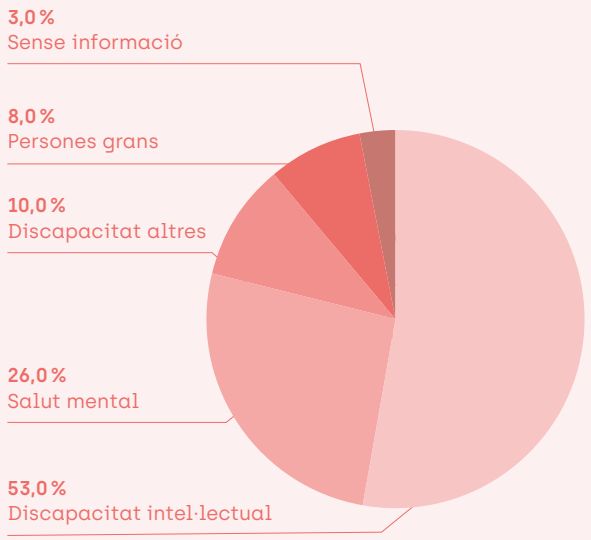
Cada servei defineix la població específica a la qual vol arribar, i habitualment s'especialitza en col·lectius concrets. L'anàlisi de la mostra de serveis identificats a la província de Barcelona permet classificar les persones destinatàries en els grups següents:

- Persones amb discapacitat intel·lectual. Els serveis adreçats a aquest col·lectiu en alguns casos s'especialitzen en persones amb un grau de discapacitat determinat (per exemple, més del 65 % de discapacitat).[83]
- Persones amb altres tipus de discapacitat, com ara les persones amb discapacitat sensorial, o les persones amb **pluridiscapacitats,** una discapacitat greu d'origen neurològic que presenta nombroses patologies.
- Persones amb trastorns de conducta i malalties de salut mental. Destaquen els serveis adreçats a persones amb Trastorn de l'Espectre Autista i, en menor mesura, serveis per a persones amb Alzheimer [84] i deteriorament cognitiu.
- Persones grans, amb serveis adreçats a persones de 65 anys o més en situació de dependència.

L'anàlisi de les 100 iniciatives de serveis de respir identificades mostra com a **col·lectiu prioritari les persones amb discapacitat intel·lectual i les seves famílies**, seguides per les persones amb problemes de salut mental. Els serveis adreçats en exclusiva a persones amb altres tipus de discapacitats o persones grans són minoritaris, i se n'han identificat deu iniciatives per al primer grup i vuit per al segon.

Gràfic 3.83. Destinataris d'una mostra de serveis de respir a la província de Barcelona, 2020.

Font: Elaboració pròpia a partir de recerca efectuada en webs municipals i d'entitats socials



[82] Aquestes organitzacions s'han identificat a partir del mapa d'entitats que ha elaborat la Diputació de Barcelona dels recursos Respir al territori de la província de Barcelona, i del llistat d'entitats que ofereixen serveis Respir que recull la Guia de recursos per a la discapacitat de la província de Barcelona elaborada per ECOM (http://www.ecom.cat/ca/guia-recursos/guia-recursos-discapacitat/serveis-de-respir-familiar). En tot cas, és només una mostra de les entitats que ofereixen respir al territori.

[83] Per exemple, la Fundació Boscana (https://www.boscana.com/es/que-hacemos/); la Fundació Sant Tomàs (https://www.santtomas.cat/servei-de-respir-i-sad/); APADIS (https://www.apadis.es/areas/area-de-familia/); l'Associació pro disminuïts psíquics del Berguedà (https://apdpb.org/#), o la Fundació Ave Maria (https://www.avemariafundacio.org/suport-a-les-families.html), en tots els casos serveis Respir amb el suport de la Diputació de Barcelona.

[84] Per exemple, l'Associació de Familiars d'Alzheimer de Barcelona (https://www.afab-bcn.org/serveis/serveis-per-a-families-cuidadores/)

En paral·lel a les situacions de necessitat i les patologies que presenten els col·lectius destinataris dels serveis de respir, és habitual que les organitzacions que es dediquen a aquestes activitats especialitzin els seus serveis segons l'edat de les persones usuàries. Aquesta separació es fa amb l'objectiu d'atendre millor les necessitats de la població destinatària, i les classificacions més habituals són:

- Petita infància: infants d'entre 1 i 3 anys i les seves famílies, com per exemple una de les modalitats del servei «Temps per a tu» de l'Ajuntament de Barcelona.[85]
- Infància i joventut, ja sigui en grups de persones entre 4 i 17 anys, o diferenciant l'adolescència de la infància, com és el cas del T.E.A. Vallès o l'Espai Jove de l'associació Asperger NewLife.[86]
- Persones adultes: entre 18 i 64 anys, que representa la franja d'edat més habitual.
- Persones grans: de 65 anys o més, especialment per a persones en situació de dependència i malalties mentals degeneratives deteriorament cognitiu.

Accés

L'accés als serveis es regula mitjançant les entitats i els organismes públics competents, els quals estableixen els criteris que consideren més adients. En el cas dels serveis públics, **l'accés acostuma a ser regulat i gestionat a través dels serveis socials bàsics**. En el cas dels serveis d'iniciativa social, són les mateixes organitzacions les que el regulen. Per aquest motiu, existeix una **heterogeneïtat considerable en els requisits d'accés** als serveis de respir, en funció de les necessitats i característiques de la població específica a la qual es vol donar cobertura.

En el cas dels serveis adreçats a **persones amb discapacitat** i les seves famílies, s'acostuma a demanar el certificat acreditatiu de la discapacitat. També és habitual que es demanin autoritzacions mèdiques que certifiquin que la persona pot participar en les activitats programades sense risc (especialment en les activitats esportives). En el cas de les persones amb **trastorns de conducta i malalties mentals**, és habitual que es requereixin els certificats diagnòstics de les malalties.

Pel que fa als serveis a **persones en situació de dependència**, el requisit general és que presentin el certificat de reconeixement del grau de dependència. En alguns casos se'ls permet accedir al servei tot i no tenir reconeguda legalment la dependència, sempre que els serveis socials bàsics acreditin la situació de necessitat.[87] En la majoria de serveis es demana un informe mèdic de les persones destinatàries per atendre correctament les necessitats sanitàries que presenten.

En el cas dels serveis d'iniciativa social, sovint cal, tant pels serveis a persones amb discapacitat com amb problemes de salut mental, que la família beneficiària sigui sòcia de l'associació o federació d'entitats que presten el servei, i que estigui al corrent del pagament de les quotes corresponents.

Pel que fa al requisit de lloc de residència, és molt heterogeni. Els serveis oferts per organismes públics requereixen que les persones cuidadores sol·licitants siguin residents i estiguin empadronades al municipi en què es presten els serveis als quals es vol accedir, o que ho estiguin en algun municipi de la província de Barcelona en el cas dels serveis oferts per la Diputació de Barcelona. Aquest criteri també s'aplica en alguns casos als programes oferts per les entitats socials (sobretot en el cas de Barcelona ciutat), tot i que sovint ofereixen els seus serveis a la població resident a la comarca o al conjunt de Catalunya.

Des del punt de vista territorial, l'accés als serveis de respir no és homogeni. Com mostra el gràfic següent, la majoria dels programes de la mostra analitzada es concentren al Barcelonès, concretament a la ciutat de Barcelona. Cal destacar que totes les comarques compten amb algun servei de respir, però també queda patent que no tots els col·lectius poden ser atesos de la mateixa manera a tot el territori de la província, com ho mostra el mapa següent. S'observa que la majoria dels recursos Respir analitzats es concentren a la ciutat de Barcelona (on s'han identificat 55 serveis), i a la regió metropolitana.

[85] Vegeu-ne més informació a: https://ajuntament.barcelona.cat/accessible/ca/tematiques/temps-per-tu.

[86] Vegeu-ne més informació a https://www.ass-valles-occident-teasperger.es/esplai-de-nens i a https://www.aspergernewlife.org/index.php/actividades/aspi-espai-jove-ocio-inclusivo.

[87] Com és el cas de la Diputació de Barcelona i l'Ajuntament de Barcelona en els serveis Respir i Respir plus, respectivament.

Gràfic 3.84. Distribució territorial de la mostra de serveis de respir de la província de Barcelona analitzada, 2020.

Font: Elaboració pròpia a partir de recerca efectuada en webs municipals i d'entitats socials

Finalment, des del punt de vista de l'accessibilitat econòmica, la diversitat de models d'atenció i gestió fa complexa l'anàlisi dels preus dels serveis i programes. En general, els serveis de titularitat pública es regeixen per **sistemes de copagament de les persones usuàries**, en els quals la quota a abonar es determina en funció de la capacitat econòmica. En el cas dels serveis Respir de la Diputació de Barcelona, subjectes a l'Ordenança Fiscal de la Diputació, el preu mitjà del servei residencial per a les persones de més de 65 anys en situació de dependència va ser de 23,6 € al dia l'any 2020, i de 15,2 € en el cas de les persones amb discapacitat intel·lectual.[88] El preu que s'ha de pagar per a les persones usuàries varia en funció de la capacitat econòmica de la persona i la situació familiar, i el servei Respir per a persones amb discapacitat intel·lectual és gratuït per a les persones usuàries de menys de 18 anys.

En el cas dels serveis de respir impulsats pel tercer sector social, els preus varien en funció del tipus de servei que es presta, i també de les característiques de la població atesa. A tall d'exemple, els serveis de cap de setmana que ofereix la Federació ACELL per a les famílies amb membres amb discapacitat intel·lectual van tenir un preu mitjà de 86,1 € al dia i per persona l'any 2020.[89] Tot i així, cal esmentar que tenen un **sistema de beques per garantir l'accessibilitat de persones amb pocs recursos econòmics**, amb el suport de les diputacions, en el cas de la província de Barcelona de la Diputació de Barcelona.

Models d'atenció

Diversos i flexibles. Els serveis de respir identificats presenten una diversitat important de modalitats d'atenció a la població usuària, a causa de l'absència de regulació formal, i de la innovació i flexibilitat en el desenvolupament de models d'atenció per part de les entitats impulsores. El gràfic següent presenta la distribució dels serveis de respir identificats a la província de Barcelona.[90]

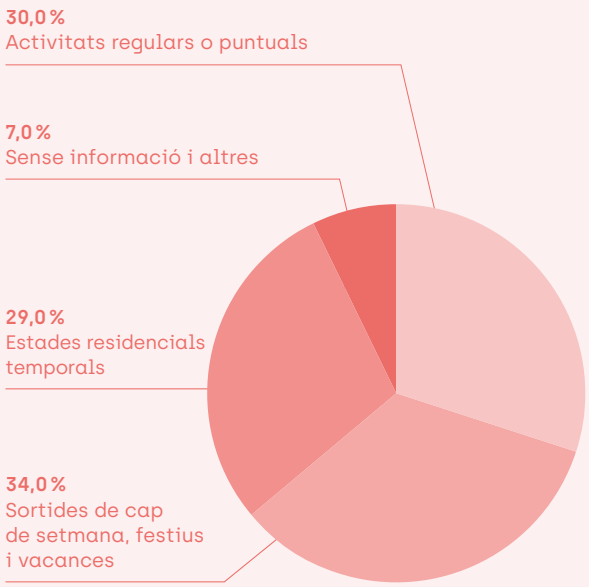
[88] Regulat per les ordenances de taxes i preus públics que anualment publica la Diputació de Barcelona: https://www.diba.cat/documents/130988496/0/2019_Ordenances+Fiscals_text_complet.pdf/d1bac126-eba0-4242-9db6-ac9c07b0b054.

[89] Quota calculada en base al llistat d'activitats i preus programats per a l'any 2020, que es pot consultar a: http://www.federacioacell.org/documentos/Programa_Respir_RESPIRS_FEDERACIO_ACELL_2020_General.pdf.

[90] Quan l'entitat presta més d'una modalitat de servei s'ha classificat en la que ofereix més prestacions.

Gràfic 3.85. Serveis de respir segons modalitat d'atenció d'una mostra de serveis de respir a la província de Barcelona, 2020.

Font: Elaboració pròpia a partir de recerca efectuada en webs municipals i d'entitats socials



Cada modalitat d'atenció es pot perfilar de la manera següent:

→ Activitats regulars o puntuals: aquesta categoria agrupa els **serveis de respir que es desenvolupen durant unes hores al dia**, ja sigui de manera habitual o puntual per a les persones usuàries. És la modalitat que aplica el servei de l'Ajuntament de Barcelona «Temps per a tu» o el Respir de persones grans afectades per Alzheimer de l'AFA Vallès Occidental o el d'APINAS.[91] En ambdós casos, les activitats es desenvolupen de manera grupal, en espais habilitats específicament, i amb el personal de suport adequat. Són serveis regulars, amb un horari fix, i les famílies s'hi han d'inscriure mensualment o anualment. Les activitats que es desenvolupen són generalment lúdiques i de socialització. Altres modalitats de respir puntual són, per exemple, el Servei de Conciliació Familiar que presta la federació d'entitats DINCAT,[92] el qual ofereix, a les famílies de persones amb discapacitat intel·lectual, personal de suport individual i puntual, amb un copagament reduït de 3 €/hora. Una altra organització que ofereix un servei similar és la Fundació APIP-ACAM, tot i que aquest es desenvolupa majoritàriament al domicili de les persones usuàries, amb un programa d'activitats externes.[93] Una modalitat diferent del servei Respir puntual seria la implementada per la Fundació l'Espiga, que coordina serveis de cangur per a les famílies de l'Alt Penedès que tenen a càrrec persones amb discapacitat a mans de famílies d'acollida.[94]

→ Sortides de cap de setmana, períodes festius i vacances: és la modalitat que ofereixen les entitats de manera més habitual. Es basa en l'**organització d'excursions**, generalment a espais rurals, durant períodes de temps que habitualment són d'entre 2 i 10 dies. Es realitzen activitats lúdiques i esportives en la natura, tallers, jocs grupals, etc.

La majoria d'organitzacions ofereixen servei de respir a les famílies cuidadores durant els caps de setmana i els dies festius («els ponts»), i les famílies s'hi inscriuen amb la freqüència que desitgin.[95] També hi ha algunes entitats que organitzen serveis durant l'estiu en format de **colònies** o fins i tot **viatges**.[96] En tots els casos es garanteix que les activitats es fan en condicions de seguretat i atenció adequades per a les persones usuàries.

[91] Vegeu-ne més informació a: https://www.afavalles.com/respir/ i http://www.apinas.cat/.

[92] Entitat que agrupa les organitzacions del sector de defensa dels drets de les persones amb discapacitat intel·lectual: https://www.dincat.cat/serveis-a-les-persones/.

[93] Vegeu-ne més informació a: https://fundacionapipacam.org/respir.html.

[94] Vegeu-ne més informació a: http://fundaciolespiga.com/serveis/respir/.

[95] Alguns exemples d'aquesta modalitat són les sortides amb activitats esportives organitzades per la Federació Acell (https://federacioacell.org/esports/), adreçades a les persones amb discapacitat intel·lectual; els serveis de respir de cap de setmana de la Fundació Centre Psicopedagògic d'Osona (https://www.osonament.cat/respir/) per a persones amb trastorns de conducta, i el servei Respir de caps de setmana, festius i vacances d'ASPACE (https://aspace.cat/).

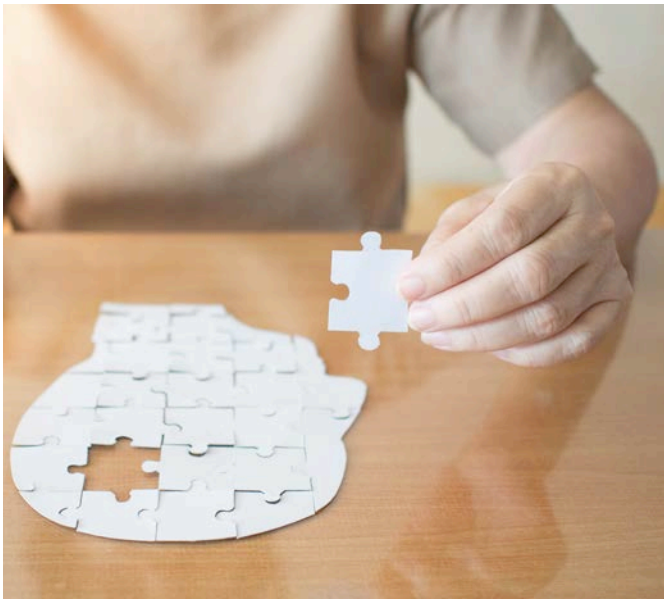
[96] Aquest és el cas de les colònies organitzades per NEXE per a la infància amb pluridiscapacitats (https://www.nexefundacio.org/es/respiro-y-ocio/vacaciones-colonias/); o els monitors i monitores d'Aprenem de suport per a persones amb trastorn d'espectre autista durant les colònies (https://www.associacioaprenem.org/es/suport-per-a-colonies/).

- Estades residencials temporals: hi ha una gran diversitat de modalitats dels serveis de respir d'estades temporals, però en totes elles la característica principal és que les persones ateses pernocten en els espais habilitats especialment i reben atenció personal i especialitzada durant l'estada. El més habitual és que els serveis es desenvolupin en **residències o llars residència** que reserven algunes places per als serveis de respir.[97] El cas de la Diputació de Barcelona és diferent, ja que es tracta d'un equipament destinat a serveis de respir. Aquests equipaments compten amb tots els serveis habituals en les residències (atenció mèdica, programes de rehabilitació i fisioteràpia, estimulació cognitiva, activitats lúdiques i ocupacionals, podologia, etc.), i és habitual que també s'ofereixin serveis d'assessorament i orientació social a les persones cuidadores i les famílies.

  En general, aquests serveis es poden utilitzar durant tots els dies de l'any, ja siguin pocs dies o en estades més prolongades. Tot i que hi ha entitats que ofereixen el servei de manera il·limitada, el més habitual és que estableixin un nombre màxim de dies anuals. Aquests varien de 15 dies naturals en un gran nombre d'entitats a 60 en el cas del servei Respir de la Diputació de Barcelona per a les persones grans. Aquest últim servei, a més, indica un període mínim d'estància de 15 dies en el cas de les persones grans en situació de dependència i de 3 dies en el cas de les persones amb discapacitat intel·lectual.

- Altres modalitats: hi ha entitats que organitzen els serveis de respir de manera diferent a les recollides anteriorment, com ara les organitzacions que coordinen estades temporals de respir amb famílies d'acollida de la zona, les quals atenen les persones amb discapacitat o problemes de salut mental uns dies a l'any perquè els seus familiars puguin gaudir d'un temps de descans.[98]

Una altra modalitat és la que ha implementat l'Ajuntament de Barcelona amb el seu programa Respir Plus, adreçat a persones en situació de dependència, el qual ofereix una prestació econòmica a les famílies amb membres en situació de dependència de 65 anys o més perquè puguin finançar estades temporals a centres residencials o la prestació de serveis d'atenció domiciliària. L'import màxim dels ajuts que es concedeix és de 60 € per persona i dia, i 45 dies a l'any.[99]



Cobertura

La diversitat de models d'atenció i organismes proveïdors dels programes de respir fa inviable l'anàlisi d'una taxa de cobertura global de tots els serveis. No obstant això, es pot analitzar de manera específica la cobertura dels serveis Respir de la Diputació de Barcelona, tot i que el nombre de places disponibles no sempre ha estat el mateix.

L'any 2019 van arribar a ser ateses 3.905 persones, el màxim històric del servei, com ho mostra el gràfic 3.86. D'aquestes, aproximadament la meitat eren persones grans en situació de dependència, i la resta persones amb discapacitat intel·lectual. Cal tenir en compte que, en el cas del Respir per a persones grans, un 27 % de les persones usuàries van repetir estada al llarg de l'any. En el Respir per a persones amb discapacitat intel·lectual, aquest percentatge va ser del 69 %, ja que les estades són més curtes, d'un mínim de 3 dies a un màxim de 60.

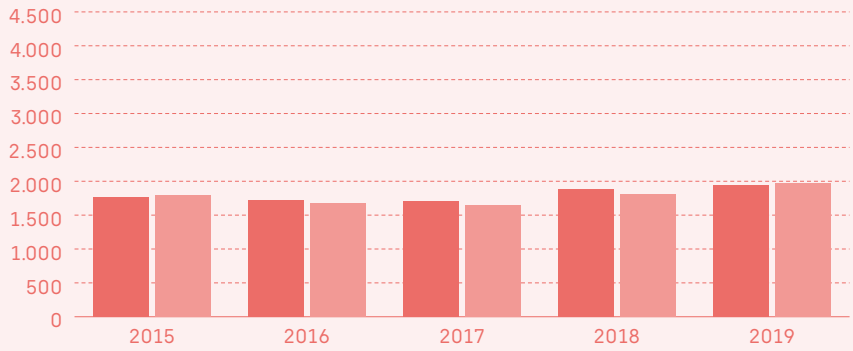
[97] És el cas de la Fundació Boscana (https://www.boscana.com/es/que-hacemos/) o la Fundació Finestrelles (https://www.fundaciofinestrelles.com/servicio-respir/), especialitzades en persones amb discapacitat intel·lectual, o el projecte Autisme La Garriga en el cas de les persones amb TEA (https://www.autisme.com/).

[98] Aquest és el cas de la Fundació l'Espiga ja esmentada, però també de la Fundació Ampans: https://ampans.cat/.

[99] Vegeu-ne més informació a: https://ajuntament.barcelona.cat/personesgrans/es/canal/programa-respir-plus.

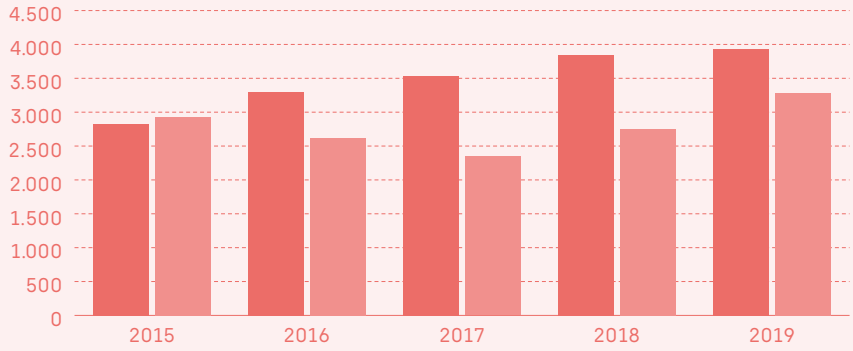
Gràfic 3.86. Persones ateses pels Serveis Residencials d'Estades Temporals i Respir de la Diputació de Barcelona per a persones amb discapacitat intel·lectual i persones grans, 2015-2019.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del servei Respir DIBA



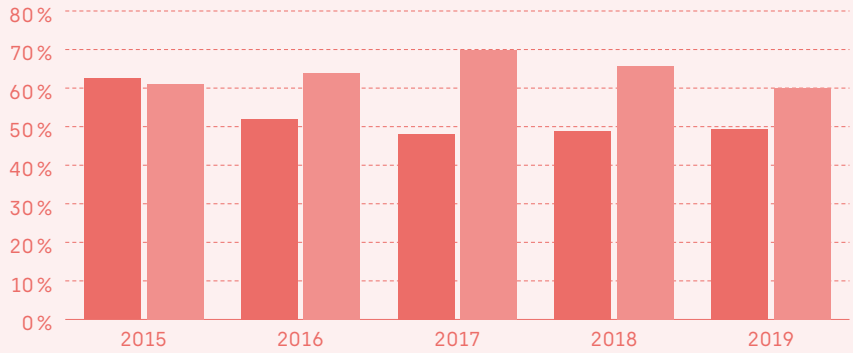
Gràfic 3.87. Nombre de sol·licituds als Serveis Residencials d'Estades Temporals i Respir de la Diputació de Barcelona per a persones amb discapacitat intel·lectual i persones grans, 2015-2019.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del servei Respir DIBA



Gràfic 3.88. Cobertura de sol·licituds dels Serveis Residencials d'Estades Temporals i Respir de la Diputació de Barcelona per a persones amb discapacitat intel·lectual i persones grans, 2015-2019.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del servei Respir DIBA



Tenint en compte que la població destinatària dels serveis, a banda de les persones amb discapacitat o dependència, són els cuidadors o cuidadores principals, la taxa de cobertura s'ha de relacionar amb aquesta segona població. A la província de Barcelona hi havia 62.728 persones cuidadores no professionals l'any 2019 reconegudes en el marc de la LAPAD. Per tant, la taxa de cobertura del servei seria del 6,2 % si només donés atenció a persones amb PIA que contempla la PECEF. La realitat del servei és que atén moltes persones cuidadores que no reben la prestació de cures en l'entorn familiar prevista per la LAPAD, però que els serveis socials valoren que tenen una situació de sobrecàrrega de cura o que necessiten suport.

Tenint en compte que **el nombre de persones ateses pel serveis residencials i de respir de la Diputació s'ha incrementat un 52,3 % des de 2009** i que el nombre de persones cuidadores amb prestació econòmica a la província ha disminuït els darrers anys,[100] es pot afirmar que la taxa de cobertura del servei ha millorat. Però, com s'ha esmentat, el nombre de persones cuidadores és molt més gran que el que queda recollit per les estadístiques del SAAD.

Un altre indicador interessant quan es vol valorar la resposta del servei a les persones que el necessiten és el percentatge de sol·licituds dels serveis Respir de la Diputació de Barcelona que han pogut ser ateses. Cal tenir en compte que les persones cuidadores s'adrecen als serveis socials de la seva localitat per sol·licitar el Respir o aquests poden prescriure el servei quan detecten una situació de necessitat. En el cas del Respir per a persones amb discapacitat intel·lectual, les persones cuidadores també es poden adreçar a les entitats del sector. En tot cas, són els ajuntaments i les entitats els que deriven les sol·licituds a la Diputació de Barcelona. El gràfic següent mostra que **les sol·licituds d'accés als Serveis Residencials d'Estades Temporals i Respir per a persones amb discapacitat intel·lectual i per a persones grans s'han incrementat els últims anys**, especialment en el cas dels serveis adreçats a persones grans en situació de dependència, que l'any 2019 representaven un 60,6 % més de sol·licituds que deu anys enrere.

Les unitats de convivència que compten amb membres amb discapacitat intel·lectual també sol·liciten el servei Respir de la Diputació de Barcelona amb més assiduïtat que fa 10 anys, tot i que no han experimentat un creixement tan evident.

[100] L'any 2013 hi havia 11.867 persones més que rebien aquesta prestació a la província de Barcelona que l'any 2019.

L'any 2019, **el 49,3 % de les sol·licituds del servei per part de famílies amb persones grans en situació de dependència van poder ser cobertes, mentre que aquest indicador pujava fins al 60 % en el cas de les persones amb discapacitat intel·lectual**. Aquests valors estan condicionats principalment per l'alta demanda dels serveis en els períodes vacacionals, que fa necessària una priorització per donar resposta a les persones cuidadores que presenten un nivell de sobrecàrrega més important.

Cal tenir en compte que els anys 2016 i 2017 hi ha una davallada de les sol·licituds ateses de persones grans perquè es van fer les obres de remodelació del centre i el funcionament ordinari se'n va veure afectat. A més, cal tenir present que des del mes de març de 2020, atesa la situació de pandèmia generada pel SARS-CoV-2, els serveis Respir de la Diputació de Barcelona s'han adaptat per atendre situacions d'emergència social vinculades amb la COVID-19.

Perfil de persones usuàries

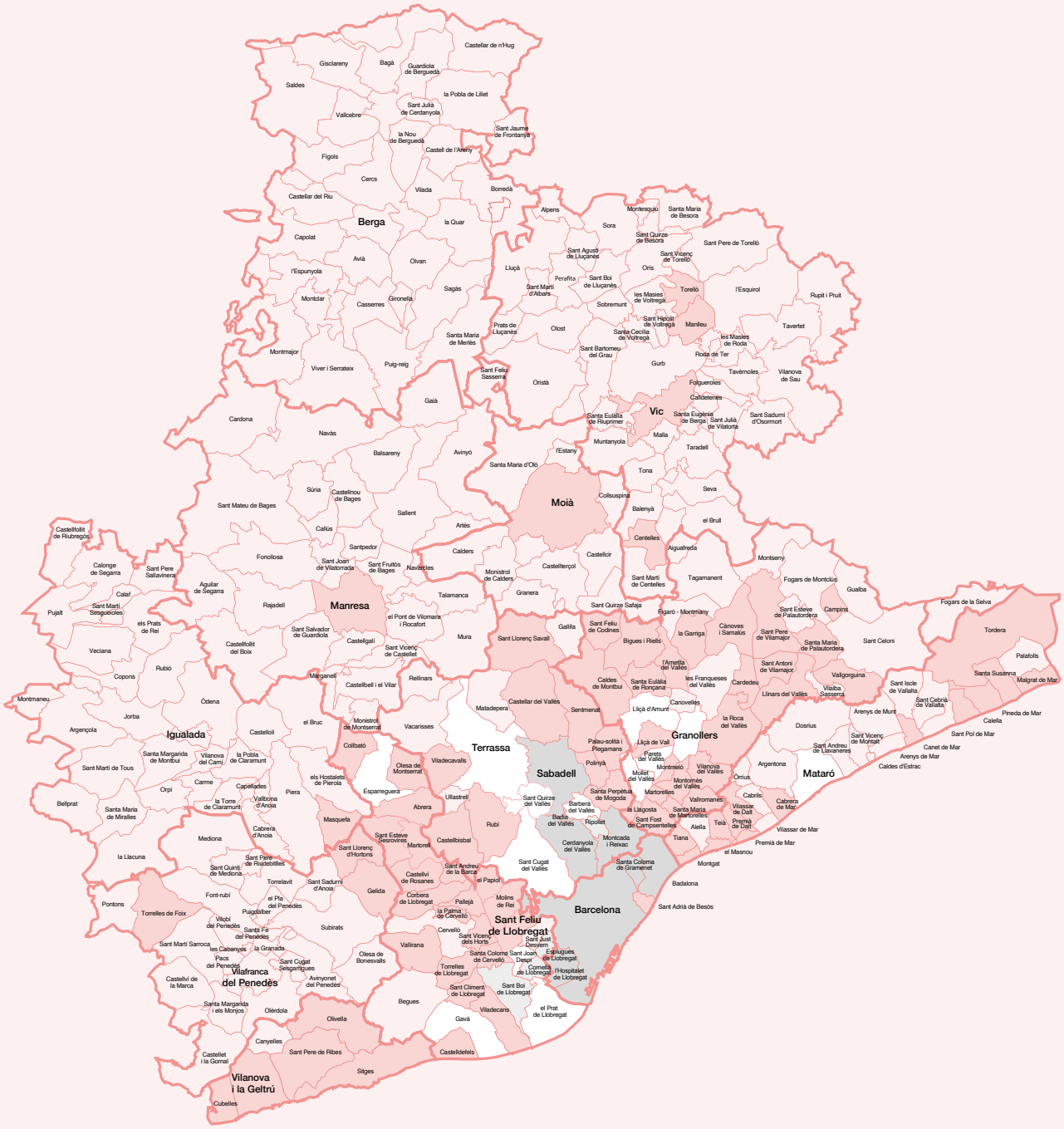
Continuant amb l'anàlisi dels serveis Respir de la Diputació de Barcelona, cal dir que hi ha dos **perfils molt diferents en cada servei**. En el cas del **servei adreçat a persones amb discapacitat intel·lectual**, el perfil majoritari és un **home de 30 anys, resident a Barcelona ciutat, amb un trastorn de personalitat o de conducta lleu**, derivat d'un centre ocupacional. En canvi, en el cas del **programa per a persones grans en situació de dependència**, el perfil més habitual és una **dona de 87 anys, resident també a la ciutat de Barcelona, amb una dependència física moderada i un deteriorament cognitiu de moderat a greu**, derivada dels serveis socials bàsics.

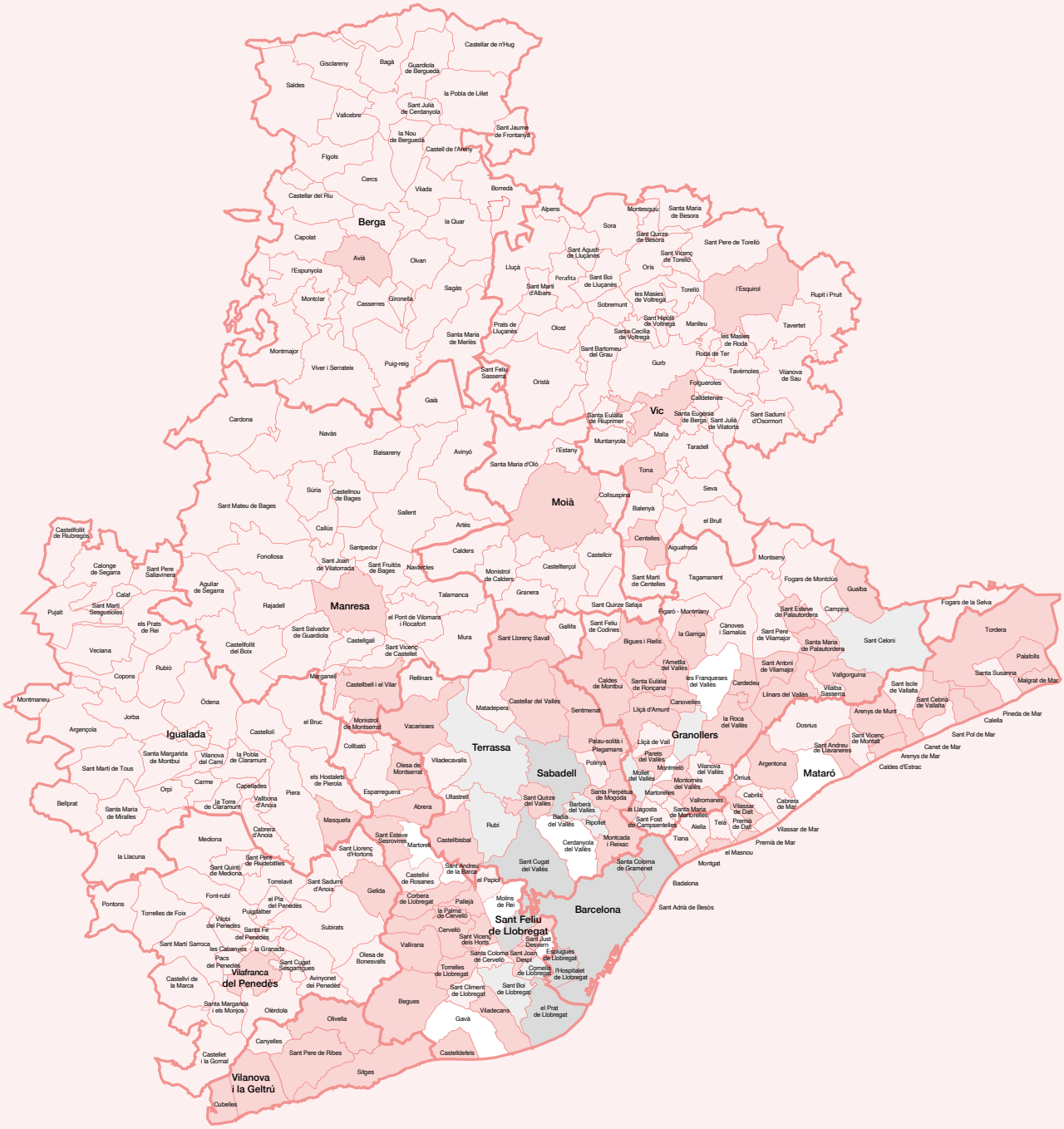
En el servei Respir per a persones grans, en general, les persones que s'hi acullen tenen un alt grau de dependència, i en ocasions les persones cuidadores presenten una situació de claudicació i utilitzen el servei com a pas previ a una residència permanent.

Tot i que els serveis Respir van atendre famílies d'un centenar de municipis de la demarcació, en els dos tipus de serveis la majoria de sol·licituds provenen de la ciutat de Barcelona i els municipis del seu voltant, tal com mostren els mapes a continuació.

Gràfic 3.89. Nombre de sol·licituds al Servei Residencial d'Estades Temporals i Respir de la Diputació de Barcelona per a persones grans i persones amb discapacitat, 2019.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del servei Respir DIBA





Sol·licituds persones amb discapacitat intel·lectual 2019

0 1-20 21-40 41-60 >60

Model de gestió

Directa en el cas dels serveis Respir de la Diputació de Barcelona, que disposa d'una plantilla pròpia de professionals. En el cas del servei «Temps per a tu» de l'Ajuntament de Barcelona, la gestió es fa de manera **indirecta** a través de diferents entitats del tercer sector especialitzades. Quan es tracta de serveis impulsats per entitats socials, la gestió la fan directament les entitats o bé les federacions d'entitats o associacions de diverses organitzacions per desenvolupar projectes específics.

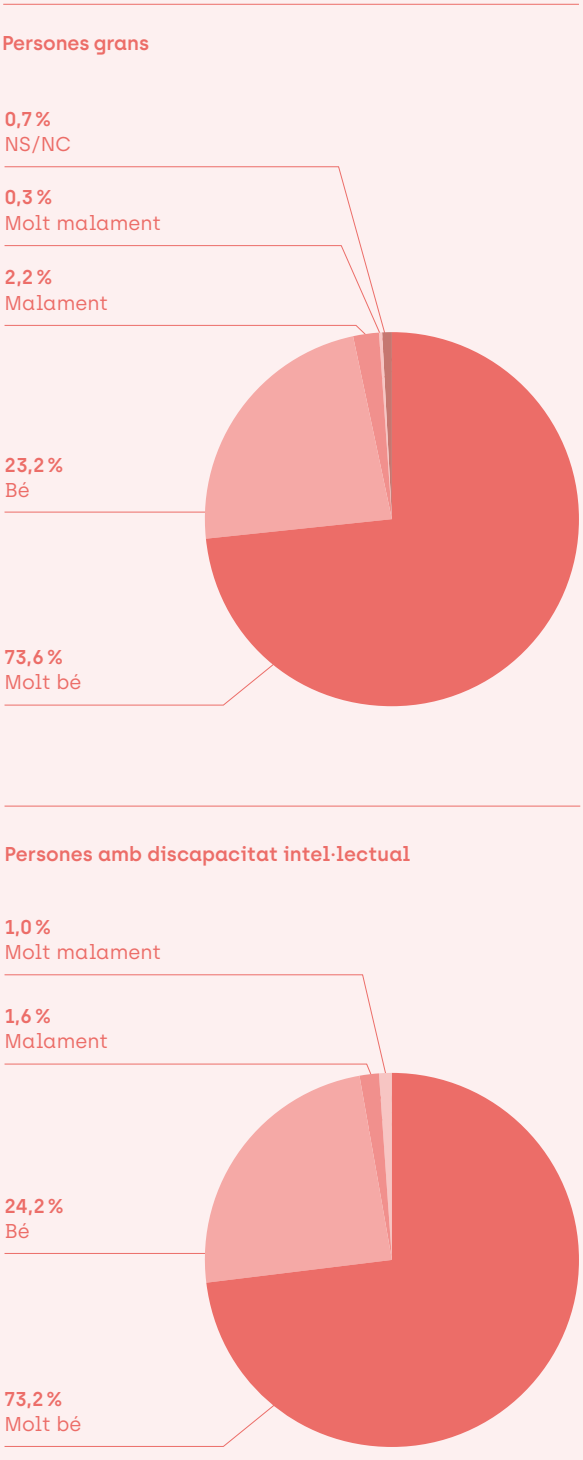
Qualitat del servei

Atesa la diversitat d'organismes proveïdors de serveis de respir, no resulta possible avaluar la qualitat de la tasca que desenvolupen. De manera global es pot afirmar, però, que un dels principals impactes positius d'aquests serveis és la **reducció de l'estrès i la sobrecàrrega emocional** de les persones cuidadores. Segons la informació de les entitats impulsores i gestores, el temps de descans per a les persones cuidadores principals té un impacte molt positiu en la qualitat de les relacions familiars i, per tant, de l'entorn en el qual es du a terme el treball de cures.

Pel que fa als serveis Respir de la Diputació de Barcelona, els indicadors de qualitat del servei, elaborats a partir de les enquestes de satisfacció a les persones usuàries i les seves famílies, presenten una imatge molt positiva del servei. Segons les dades de 2019, el 96,8 % de les persones entrevistades van valorar bé o molt bé la qualitat global del servei, i el 95 % va considerar que va proporcionar al seu familiar totes les atencions que necessitava. **L'índex global de satisfacció de les persones usuàries i les famílies cuidadores és del 93 % en el cas del servei Respir per a persones grans, i del 92 % en el cas del servei Respir per a persones amb discapacitat intel·lectual**. L'índex de satisfacció respecte a les instal·lacions del centre se situa al voltant del 90 %. Pel que fa als indicadors de gestió interna del servei, relatius al temps de resposta de les sol·licituds i queixes rebudes, així com a la documentació generada per cada persona atesa, tots ells arriben al 100 % per als dos serveis.

Gràfic 3.90. Valoració de l'estada per part de les famílies usuàries del Servei Residencial d'Estades Temporals i Respir de la Diputació de Barcelona per a persones grans i per a persones amb discapacitat, 2019.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del servei Respir DIBA



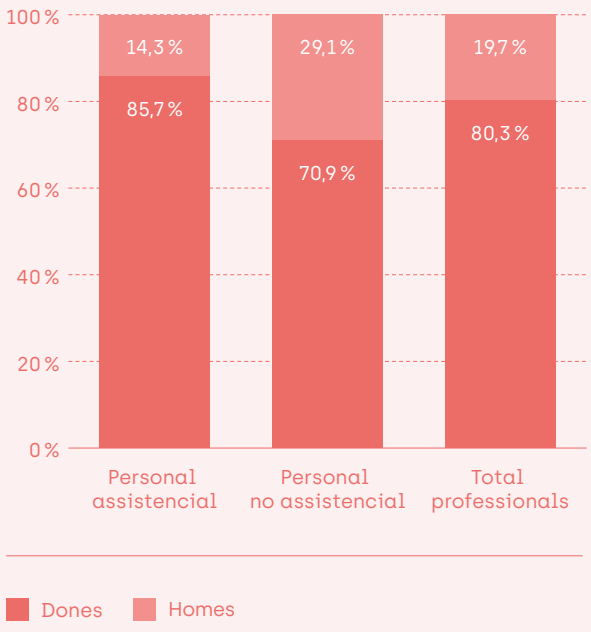
Ràtio de professionals i perfils

Les ràtios de professionals per persona usuària del conjunt de serveis de respir varien notablement segons les característiques del col·lectiu atès i el tipus de servei que es presta. De manera excepcional hi ha serveis de respir puntual que ofereixen una persona cuidadora per cada persona atesa, però **l'habitual és que cada professional atengui entre 5 i 10 persones a la vegada**.

Pel que fa als perfils de les persones que treballen en aquests serveis, són molt diversos i específics en funció del col·lectiu atès. Mentre que els serveis d'activitats puntuals o regulars per a persones en situació de dependència o un baix grau de discapacitat habitualment requereixen monitors i monitores de temps lliure amb formació específica, en el cas de les persones amb pluridiscapacitat són necessaris perfils amb un grau important d'especialització.

Gràfic 3.91. Professionals dels Serveis Residencials d'Estades Temporals i Respir de la Diputació de Barcelona per a persones amb discapacitat intel·lectual i persones grans, per sexe, 2020.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del servei Respir DIBA



Aquesta mateixa diversitat s'observa de manera més evident en el cas dels serveis residencials d'estades temporals, on és necessari personal amb formació sanitària de diferents àmbits (infermeria, fisioteràpia, pediatria, psiquiatria, podologia, etc.), a banda dels perfils d'atenció quotidiana i suport a les necessitats bàsiques i activitats de socialització (treballador o treballadora social, tècnics i tècniques auxiliars d'atenció a la dependència, educadors i educadores socials, perfils de psicologia i de teràpia ocupacional, etc.). Per tal d'oferir una atenció integral i centrada en la persona, els centres residencials organitzen **equips de treball interdisciplinari** amb la finalitat de dissenyar i portar a terme plans assistencials adaptats a cadascuna de les persones ateses.

En el cas dels **serveis Respir de la Diputació de Barcelona**, hi ha una **plantilla altament feminitzada, en què el 80,3 % de les professionals són dones**. El gràfic següent mostra com aquesta ràtio encara creix més entre el personal assistencial, en què arriba al 85,7 %.

Finançament

En el cas del Respir de la Diputació de Barcelona, els serveis es financen amb recursos propis i amb el copagament de les famílies usuàries. Els serveis d'entitats del tercer sector social es financen a través de les contribucions de les persones usuàries i les subvencions que reben les entitats per part d'organismes públics,[101] com també d'altres organitzacions no governamentals.[102]

[101] La Generalitat de Catalunya i la Diputació de Barcelona en un alt nombre de casos, i també els ajuntaments i consells comarcals.

[102] Aquest és el cas de les fundacions d'entitats bancàries, però també d'entitats del tercer sector social que deriven recursos a d'altres, com ara Fundesplai.

3.2.6.2. Grups de suport emocional i ajuda mútua

Els grups de suport emocional i ajuda mútua (GSAM) són un recurs adreçat a persones cuidadores no professionals de persones que es troben en situació de dependència, discapacitat o problemes de salut mental. És una modalitat d'intervenció psicosocial que pretén reduir l'impacte negatiu que les activitats de cures poden generar en les persones cuidadores no professionals, que es manifesta generalment en forma d'estrès i ansietat. Alhora, cal tenir en compte que les persones cuidadores necessiten espais de relació entre elles i amb els altres, ja que en molts casos es detecta soledat no desitjada.

En aquest apartat s'estudiaran de manera específica els GSAM impulsats per la Diputació de Barcelona,[103] sense analitzar iniciatives impulsades per altres administracions públiques o entitats del tercer sector social.[104]

Missió

Millorar la qualitat de vida de les persones cuidadores no professionals i, indirectament, de les persones de les quals tenen cura, oferint-los un **espai de relació i suport psicològic i emocional** que possibilita l'expressió de sentiments, emocions i preocupacions associades a la tasca que desenvolupen. Tenir cura d'una persona amb qui existeix un vincle emocional i que presenta un procés de deteriorament progressiu o una malaltia mental genera impactes des del punt de vista físic, psíquic i social. Els GSAM són un espai en què les persones cuidadores poden parlar sobre el procés que estan afrontant en tenir cura d'un familiar o persona propera, i desenvolupar accions d'acompanyament i de suport mutu: «cuidar sense descuidar-se».

Els objectius del recurs són:

- Facilitar **espais de relació**, presencials o virtuals, entre persones cuidadores no professionals que es troben en una situació similar perquè comparteixin necessitats, preocupacions i coneixements.
- Generar **vincles d'acompanyament i d'ajuda mútua** entre les persones cuidadores perquè puguin compartir l'experiència de cuidar d'una manera satisfactòria.
- Donar suport a les persones cuidadores per a la **gestió de les emocions i els sentiments** que es generen durant el procés de cura per tal de prevenir i evitar situacions d'esgotament. En aquest sentit, s'ofereixen estratègies a la persona cuidadora perquè gestioni favorablement necessitats i conflictes.
- **Informar** a les persones cuidadores dels diferents recursos de suport que hi ha al seu territori o de les entitats públiques i privades que els poden ajudar.

Reconeixement de dret i titularitat

És una **prestació no garantida**. No forma part de la cartera de serveis socials de Catalunya. La titularitat i la provisió corresponen a l'ens que promou el recurs, és a dir, a la Diputació de Barcelona en el cas dels GSAM (tot i que estan gestionats per entitats), així com als municipis, ens locals i entitats socials que promouen altres grups. En aquest apartat s'analitzen específicament els GSAM de la Diputació de Barcelona.

Població destinatària

Persones cuidadores no professionals de persones en situacions de manca d'autonomia personal per motius d'edat, discapacitat, dependència o problemes de salut mental. Si bé els GSAM que impulsa la Diputació de Barcelona es plantegen de manera genèrica, en ocasions s'orienten específicament a persones cuidadores no professionals de:

- Persones grans en situació de dependència.
- Persones amb discapacitat.
- Persones amb problemes de salut mental.

[103] Vegeu-ne més informació a: https://www.diba.cat/es/web/benestar/gsam.

[104] Per exemple, pel que fa a les administracions públiques, el conveni del Departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya amb la Fundació Pere Tarrés. En el cas de les organitzacions sense ànim de lucre, l'associació Aprenem (https://www.associacioaprenem.org/tea-time-3/); la fundació Autisme amb Futur (http://www.autismeambfutur.com/actividades-garraf/) o les activitats de la Federació de Salut Mental de Catalunya (https://www.salutmental.org/que-fem/accio-comunitaria-smc/entre-families/), entre d'altres.

Accés

Els GSAM estan **oberts a totes les persones cuidadores no professionals**, amb reconeixement o sense en el marc de la LAPAD, i independentment de la situació que motiva la seva dedicació no professional a les cures. Des del punt de vista de la capacitat econòmica, **el servei s'ofereix de manera gratuïta**.

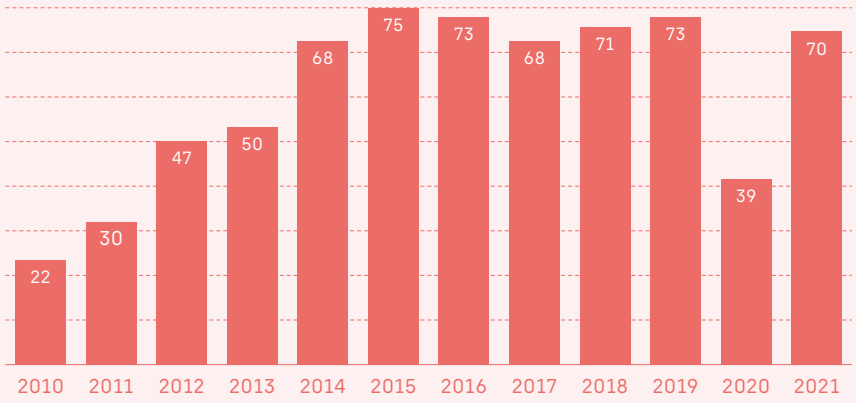
L'entrada al GSAM és regulada pels serveis socials municipals, els quals es responsabilitzen de la difusió del recurs, d'informar específicament a les persones que poden ser susceptibles d'accedir al servei i finalment de fer la valoració tècnica que determina la idoneïtat de participar en el grup.

Des del punt de vista territorial, el servei és accessible des dels municipis de la província de Barcelona que el demanen a través del catàleg de serveis de la Diputació de Barcelona. Aquest catàleg es publica anualment i, per tant, no tots els municipis ofereixen el recurs de manera contínua. A causa del context de la pandèmia de la COVID-19, l'any 2020 es van realitzar 39 GSAM, una xifra inferior respecte a l'any anterior, que se'n van fer 73. Alguns ajuntaments van renunciar a organitzar-ne o bé van optar per fer-ne, però amb un format virtual o amb una combinació de formats presencial i no presencial/mixt. L'any 2021 es va recuperar el volum d'actuació anterior a la pandèmia, amb 70 grups.

De l'any 2016 al 2019 s'han realitzat un total de 285 GSAM a 127 municipis diferents, principalment a les comarques del Baix Llobregat, el Maresme, i el Vallès Oriental i l'Occidental, com mostren el gràfic i el mapa següents.

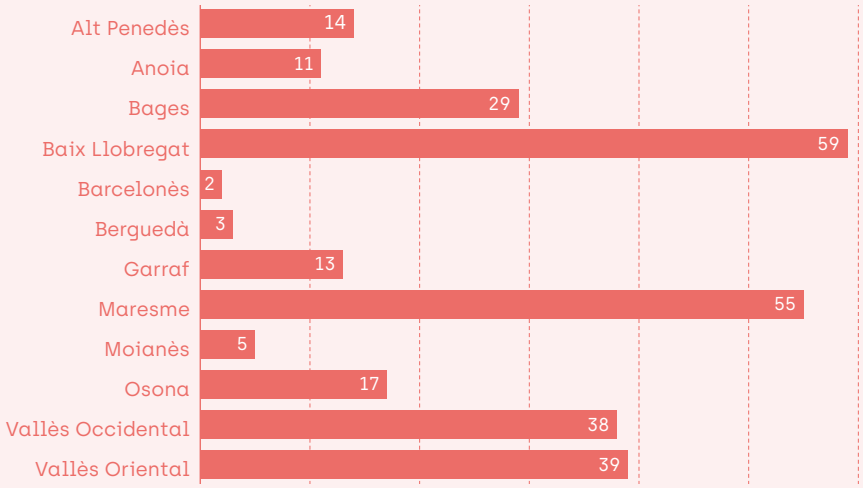
Gràfic 3.92. Nombre de GSAM promoguts per la Diputació de Barcelona, 2010-2021.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del GSAM de DIBA



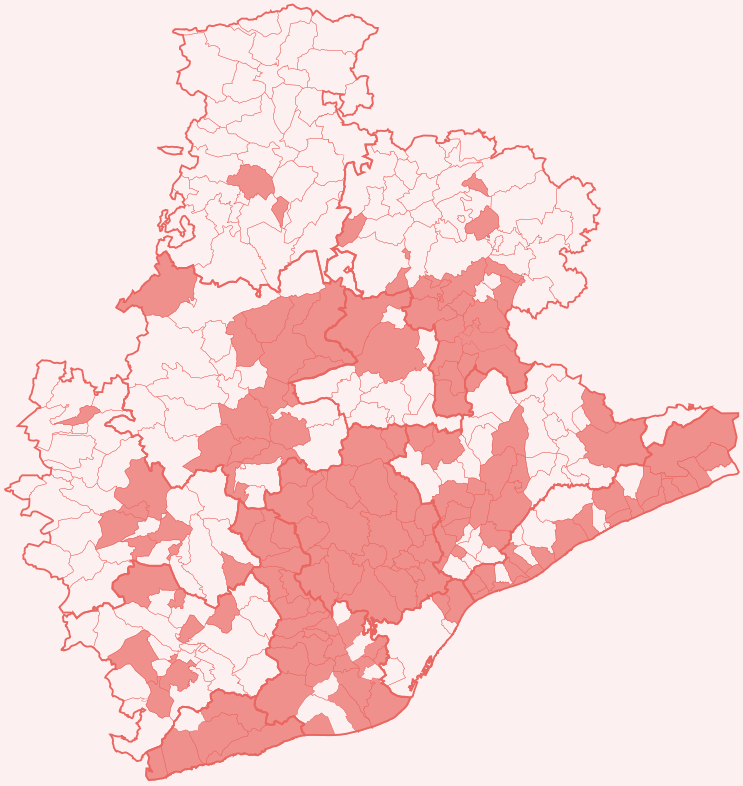
Gràfic 3.93. Nombre de GSAM promoguts per la Diputació de Barcelona entre 2016-2019, per comarca.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del GSAM de DIBA



Gràfic 3.94. Municipis que han implementat una o més edicions de GSAM promoguts per la Diputació de Barcelona entre 2016 i 2019.

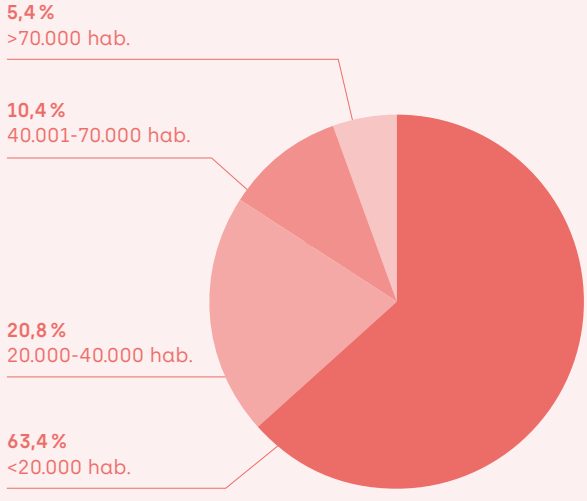
Font: Elaboració pròpia a partir de dades del GSAM de DIBA



Des del punt de vista de la dimensió poblacional del municipi, un 5,4 % del total dels GSAM impulsats per la Diputació de Barcelona van tenir lloc en municipis de més de 70.000 habitants (que representen un 4 % del total de municipis de la província), mentre que la gran majoria es van desenvolupar en ajuntaments de menys de 20.000 habitants (un 63,4 %). Tot i així, cal tenir en compte que els municipis de menys de 20.000 habitants representen un 58 % dels municipis de la província. En canvi, **els municipis de 20.000 a 40.000 habitants, que representen un 7 % del total de municipis de la província, van acollir el 20,8 % dels grups**. Finalment, els de 40.001 a 70.000 habitants arriben a un 4 % dels municipis de la província i van acollir el 10,4 % dels grups.

Gràfic 3.95. Percentatge de GSAM promoguts per la Diputació de Barcelona entre 2016-2019, per tram poblacional.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del GSAM de DIBA



Model d'atenció

Grupal. El recurs s'organitza a través d'edicions o programacions que tenen un caràcter puntual. Per a cada edició es forma un grup d'entre 10 i 15 persones, les quals es comprometen a assistir a les 10 sessions que conformen cada edició del GSAM. Les sessions són d'una hora i mitja de durada, es realitzen amb la freqüència que acorda l'ens municipal amb l'entitat que proveeix el servei, i generalment es concentren en un trimestre.

Les trobades dels grups tenen lloc en espais municipals que reuneixen les condicions bàsiques d'accessibilitat, salubritat, acolliment i confort, a més de permetre i garantir la confidencialitat i la intimitat del grup. Les sessions estan **conduïdes per una persona professional, amb perfil de psicologia generalment**, la qual s'encarrega de dinamitzar-les i tractar els continguts previstos. Durant les sessions es fomenta que les persones participants comparteixin les seves experiències com a cuidador o cuidadora amb la resta, i la persona professional dirigeix les converses cap als temes que resulten de més interès per al grup, o que més rellevància poden tenir en l'activitat quotidiana de cures. Alguns dels objectius més habituals de les sessions són:

- Analitzar les conductes que presenten les persones que atenen (especialment en cas d'Alzheimer o demències) i relacionar els comportaments desagradables amb l'evolució de la malaltia i no amb la voluntat de la persona en situació de dependència. Aquest és un dels elements que més afecten emocionalment la persona cuidadora.

- Reflexionar sobre els canvis que s'han produït en la vida des que la persona cuidadora va assumir les tasques de cura, i quins impactes ha tingut. També es comparteix el procés de dol quan es produeixen defuncions, i es prepara per a la pèrdua de la persona cuidada.

- Treballar tècniques de relaxació i respiració per reduir o evitar la sensació d'angoixa en moments d'estrès.

- Informar dels recursos disponibles d'acord amb les necessitats, i fomentar la creació de grups d'ajuda mútua autogestionats entre les persones participants.

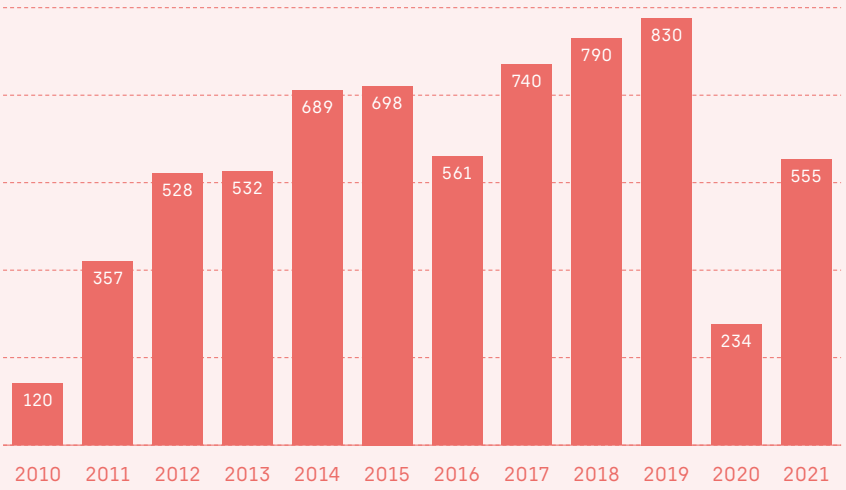
Cobertura

Pel que fa a la cobertura del recurs, s'ha produït un creixement sostingut de grups i de persones beneficiàries des de l'inici, l'any 2010. Tenint en compte les característiques del servei, basat en grups d'atenció reduïts, ha aconseguit arribar a un nombre de persones prou rellevant. L'any 2019 van ser ateses un total de **830 persones cuidadores no professionals en 73 grups diferents**, un increment del 5 % respecte a 2018, i aproximadament 6 vegades superior al primer any d'implementació del recurs (2010). En aquest sentit, un dels factors del creixement ha estat l'augment del nombre mitjà de persones per grup, que ha arribat a ser d'11,3, una dada positiva ja que el grup idoni se situa en 15 persones. L'excepcionalitat de l'any 2020 a causa de la COVID-19, i les mesures de prevenció sanitàries, van fer que la xifra de persones que van participar en els grups caigués fins a situar-se en 234 persones.

L'any 2019 hi va haver 62.728 persones reconegudes com a cuidadores no professionals a la província de Barcelona, amb la qual cosa la taxa de cobertura del servei s'ubicaria en l'1,3 % d'aquesta població,[105] i la taxa de cobertura s'incrementaria fins al 2 %. Tot i així, aquesta cobertura és més gran si considerem els grups de suport que s'ofereixen des d'altres ens locals o entitats socials.

Gràfic 3.96. Persones beneficiàries dels GSAM promoguts per la Diputació de Barcelona, 2010-2020.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del GSAM de DIBA

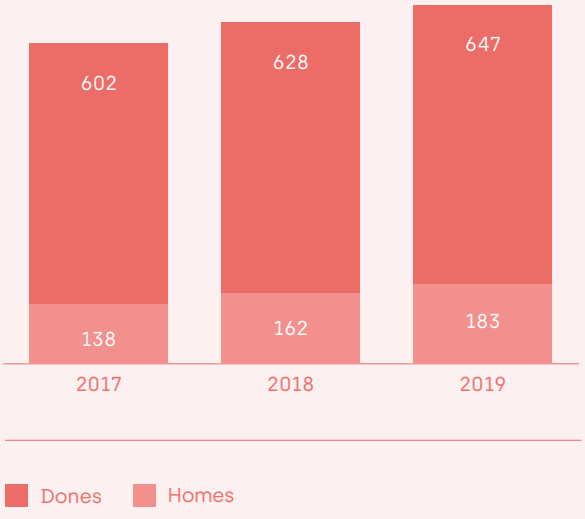


Perfil de les persones usuàries

El perfil més habitual de persona usuària del GSAM és una **dona d'entre 56 i 75 anys d'edat que té cura de la seva parella, la qual pateix d'Alzheimer o d'altres malalties mentals, i que com a mínim fa 3 anys que se'n fa càrrec**. Si bé el gràfic següent mostra xifres corresponents als anys 2017, 2018 i 2019, es confirma que des de l'any 2010 la població atesa majoritàriament és femenina, amb valors que oscil·len entre el 78 % i gairebé el 82 %.

Gràfic 3.97. Persones beneficiàries dels GSAM promoguts per la Diputació de Barcelona, per sexe, 2017-2019.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del GSAM de DIBA



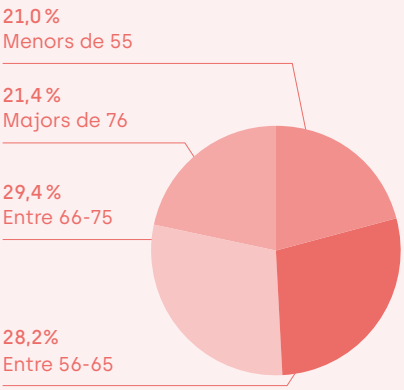
[105] És rellevant recordar que els GSAM no només atenen persones reconegudes com a cuidadores no professionals en el marc del SAAD, sinó totes les persones que realitzen aquestes funcions de cura, estiguin o no formalment reconegudes. Per tant, la taxa de cobertura real seria més baixa.

Pel que fa a altres característiques de les persones usuàries del recurs de GSAM, les gràfiques següents mostren que es tracta d'una població que majoritàriament té més de 55 anys —i fins i tot en un 21,4 % dels casos més de 76— que té cura de persones amb les quals conviu habitualment —en gairebé el 80 % dels casos—, i hi té vincles familiars en el 90 % dels casos. Cal tenir en compte, doncs, el valor d'agència i la capacitat de les persones adultes més grans per aportar a la societat el seu treball i el seu paper tan actiu en el treball de cures.

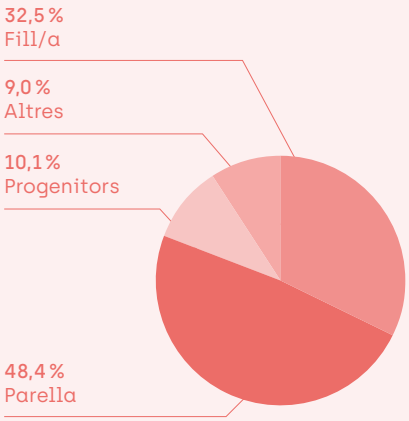
Gràfic 3.98. Perfil de les persones beneficiàries dels GSAM promoguts per la Diputació de Barcelona, 2019.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del GSAM de DIBA

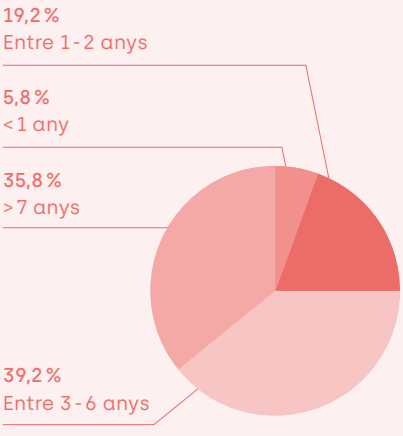
Edat



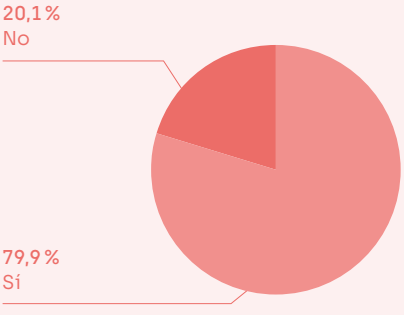
Parentiu



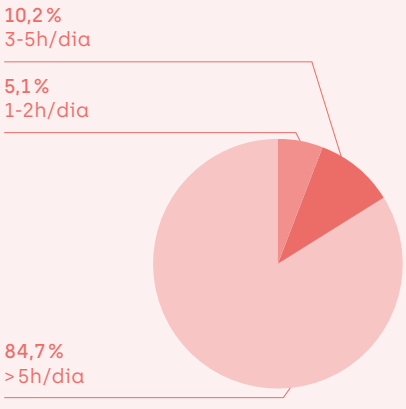
Anys d'experiència com a cuidador/a



Conviu amb la persona cuidada



Hores diàries que dedica a la cura

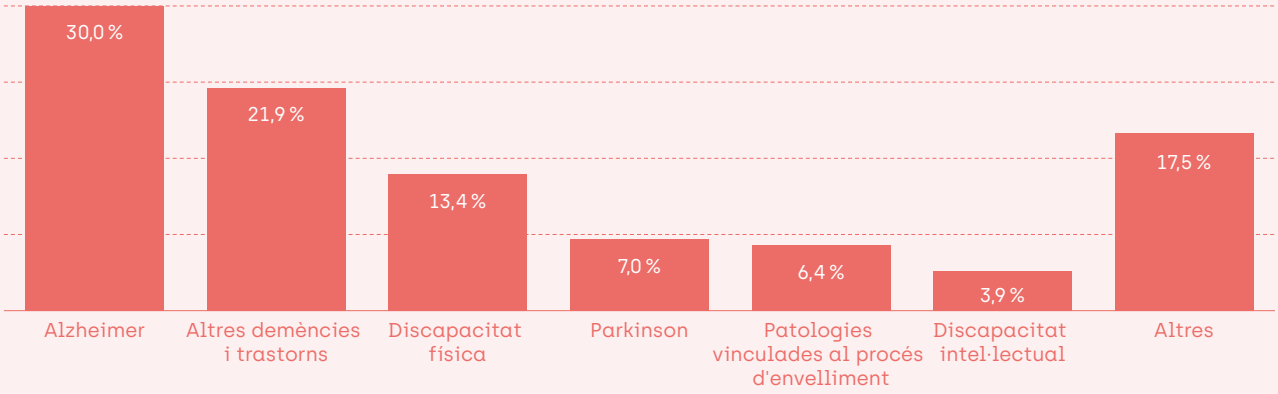


Un altre aspecte a destacar és que el treball de cura es porta a terme durant un període de temps perllongat; així, **tres de cada quatre persones cuidadores ho són des de fa més de tres anys i un 35,8 % des d'en fa més de set**. Així mateix, s'evidencia una dedicació d'hores elevada de les persones dedicades a la cura de les persones en situació de dependència, discapacitat o malaltia mental, que **supera les 5 hores diàries en el 84,6 % dels casos**, fet que explica les desigualtats en els usos del temps i la pobresa de temps que pateixen les persones que s'hi dediquen, la majoria dones.

El gràfic següent mostra les principals patologies que atenen les persones cuidadores beneficiàries dels GSAM, en el qual es pot identificar el predomini de les malalties mentals associades a la vellesa (Alzheimer i demència, principalment).

Gràfic 3.99. Patologies i situacions de les persones receptores de cures de les persones beneficiàries dels GSAM promoguts per la Diputació de Barcelona, 2019.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del GSAM de DIBA



Model de gestió

Indirecta, a partir de la col·laboració publicoprivada entre la Diputació de Barcelona i les entitats prestadores del servei, i amb la col·laboració dels ens locals en els quals es duen a terme els GSAM. La Diputació de Barcelona realitza i supervisa el procediment de contractació de les entitats que desenvolupen els grups en els diferents municipis, i en fa el seguiment.

L'any 2019 es van establir **acords amb 12 entitats per realitzar els 73 GSAM** que es van dur a terme en el territori. Totes van ser entitats del tercer sector especialitzades, en la majoria de casos, en atenció a la dependència i atenció a persones amb deteriorament cognitiu.[106] Com ja s'ha mencionat anteriorment, aquestes entitats s'encarreguen de dinamitzar les sessions dels GSAM a través dels i les professionals del camp de la psicologia, i també de promoure la participació activa de les persones participants i recollir la informació bàsica de perfil i de valoració del servei, a banda d'elaborar els informes de resultats.

Finalment, **cal assenyalar el paper dels ens locals en la promoció i el desenvolupament dels GSAM**, que se centralitza des dels serveis socials bàsics municipals, els quals detecten i incorporen les persones cuidadores no professionals als grups, cerquen els espais més adequats per desenvolupar el recurs, i en coordinen el desenvolupament i el seguiment de les persones participants, conjuntament amb l'entitat proveïdora i la Diputació de Barcelona.

[106] Les entitats amb què s'ha col·laborat durant el període 2019-2020 han estat: la Fundació per a l'Atenció de Persones Dependents, la Fundació Hospital Sant Jaume i Sta. Magdalena, Creu Roja, l'Associació de Familiars de Malalts d'Alzheimer del Baix Llobregat, la Federació d'Associacions de Familiars de Malalts d'Alzheimer, la Fundació Uszheimer, l'Associació de Familiars i Malalts d'Alzheimer d'Osona (AFMADO), la Fundación Valiente Pulido, la Fundació AVAN, l'Associació de Familiars de Malalts d'Alzheimer de Barcelona, i la Fundació Anna Ribot.

Qualitat del servei

Gràcies al model de col·laboració amb diferents entitats de la província de Barcelona, les quals contribueixen a descentralitzar el servei i a enfortir la relació amb el teixit associatiu, els GSAM tenen una alta capil·laritat i arrelament en el territori. A més, la gestió de la Diputació de Barcelona permet unificar el model d'atenció i els procediments de funcionament, i garantir alhora l'homogeneïtat del servei i la seva qualitat.

Una eina bàsica de control de la qualitat és el formulari de satisfacció amb el servei que han d'omplir les persones participants en acabar el GSAM. **La mitjana de l'índex de valoració global del servei va ser de 9,2 sobre 10 el 2019, i de 9,1 el 2020**. El servei també es dota d'un mecanisme per avaluar l'impacte que genera en el benestar de les persones usuàries. Aquesta anàlisi es basa en els resultats recollits a partir del test de Goldberg en la primera i la darrera sessió del programa, amb l'objectiu de contrastar l'evolució de l'ansietat i l'estrès de les persones participants.[107] Segons les dades corresponents a les edicions 2019 i 2020, la participació en el GSAM redueix un 31 % el nivell d'ansietat i un 26 % el nivell de depressió. Un **71 % de les persones participants en el GSAM han experimentat una reducció del nivell d'ansietat** i **un 56 % del nivell de depressió**, reduccions que s'han mantingut considerablement estables els darrers anys del servei.

Un altre efecte molt positiu generat pels grups de suport emocional i ajuda mútua és l'aparició de **grups d'ajuda autogestionats** per part de les persones usuàries una vegada finalitza l'edició del GSAM. Tot i així, la majoria de grups no aconsegueixen consolidar-se de manera estable, la qual cosa s'identifica com a àmbit de millora.

Un repte addicional del servei és millorar l'índex d'assistència i adherència al grup, que els últims tres anys se situava en el 73 % de mitjana i l'any 2019 va baixar al 65 %. Aquest decreixement de la participació i l'assistència s'atribueix a la intensitat que pot suposar el servei per a les persones cuidadores, les quals no sempre disposen d'un recurs per cobrir les tasques de cura durant la seva absència. La creació d'un SAD de substitució durant les franges horàries de les sessions, o disminuir-ne la freqüència, són dues de les possibles solucions que es plantegen a aquesta oportunitat de millora.

[107] El test de Goldberg inclou un seguit de preguntes amb resposta binària (sí/no) que serveixen per detectar patrons d'ansietat i/o depressió.

Ràtio de professionals i perfils

Les sessions dels GSAM estan conduïdes generalment per un psicòleg o una psicòloga, que assumeix la gran majoria de funcions relacionades amb la gestió i la dinamització del recurs.

Altres perfils que intervenen en el servei són l'equip tècnic de la Diputació de Barcelona, encarregat de fer el seguiment de la contractació i l'execució dels serveis per part de les entitats prestadores, i el personal administratiu i tècnic dels serveis socials municipals, responsable de les tasques de selecció de les persones participants i el suport general al desenvolupament dels grups.

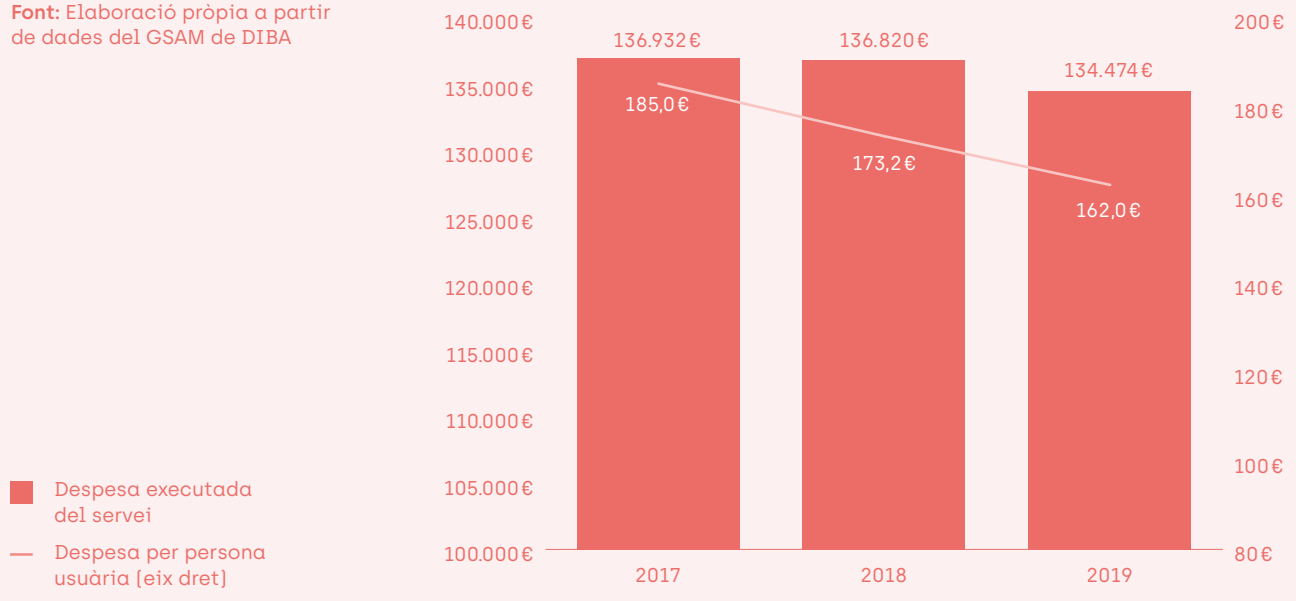
Finançament

El servei **és finançat íntegrament per la Diputació de Barcelona**, a excepció de la contribució en personal dels ens locals per a la coordinació de les sessions. La partida pressupostària reservada anualment per al finançament d'aquest servei està consolidada i únicament fluctua la despesa final en funció del nombre de grups que es concreten.

El cost per persona usuària ha experimentat una baixada durant els últims dos anys, equivalent a un 12,4 % menys de despesa per persona atesa l'any 2019 en relació al 2017. Aquesta evolució és conseqüència de l'increment del nombre de persones ateses en cada grup de suport emocional i ajuda mútua, que va passar de 10,8 persones, de mitjana, a 11,3 en aquest període. Tenint en compte que la capacitat dels GSAM és de 15 persones per grup, la reducció d'aquest indicador es considera positiva, ja que contribueix a millorar l'eficiència del servei.

Gràfic 3.100. Despesa del recurs GSAM de la Diputació de Barcelona, 2017-2019.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del GSAM de DIBA



3.2.6.3. Altres recursos de suport a persones cuidadores no professionals

Com ho il·lustren les seccions anteriors, les persones cuidadores no professionals compten amb diferents recursos a la província de Barcelona, tot i que amb una distribució heterogènia en el territori. Addicionalment als recursos analitzats, hi ha també altres recursos i serveis adreçats a persones cuidadores, impulsats i oferts per les administracions públiques i les entitats del tercer sector social, amb diferents nivells de consolidació.

Algunes d'aquestes iniciatives són:

Espais d'informació i assessorament

Població destinatària	→ Persones cuidadores no professionals de persones amb discapacitat, en situació de dependència o problemes de salut mental.
Objectius	→ **Informar, orientar i assessorar** sobre els recursos existents al territori relatius a les situacions de discapacitat, dependència o salut mental. → Difondre esdeveniments i programes sobre les cures no professionals, i **sensibilitzar** la ciutadania en matèria de cures. → Donar suport a les persones cuidadores en **l'accés als recursos i facilitar un punt de trobada** entre persones amb situacions compartides.
Descripció	Espais físics o virtuals des dels quals s'atenen les demandes d'informació de persones cuidadores no professionals de persones en situacions de manca d'autonomia personal, discapacitat o malalties mentals, i s'orienten i deriven cap als recursos existents. Els serveis socials bàsics també duen a terme aquesta funció.
Titularitat	Pública per part dels ajuntaments o consells comarcals, o privada per part d'entitats del tercer sector social.
Accés	Universal.
Cobertura	Informació no disponible.
Model de gestió	Directa, a través dels serveis socials bàsics, o indirecta per mitjà de les entitats socials.
Exemples / Més informació	→ Barcelona Cuida: espai d'informació i orientació especialitzat en l'atenció a persones cuidadores dins l'estratègia de l'Ajuntament de Barcelona de «Democratització de les cures»: https://www.barcelona.cat/ciutatcuidadora/ca/espai-barcelona-cuida/que-es. → Cornellà Cuida, programa d'activitats per a persones cuidadores no professionals que inclou serveis d'informació i assessorament, de la Fundació per a l'Atenció a Persones Dependents: https://www.cornella.cat/es/vivir-en-cornella/igualdad-inclusion-y-diversidad/accion-social/cartera-municipal-de-servicios-sociales/atencion-a-la-dependencia/atencion-a-personas-con-dependencia/cornella-cuida. → Servei d'informació i orientació a famílies de persones amb Trastorn de l'Espectre Autista de l'Associació Aprenem Autisme: https://www.associacioaprenem.org/es/informacio-i-orientacio/. → Servei Multicanal SerCuidadorA de Creu Roja, d'informació i suport gratuït per a les persones cuidadores no professionals: https://www2.cruzroja.es/sercuidadora.

A més, s'ofereixen activitats de formació a persones cuidadores no professionals, promogudes principalment per la Generalitat de Catalunya, però també pels ens locals i entitats del tercer sector social. És important la formació, la capacitació i alhora l'anàlisi de competències, no només professionals sinó també sociopersonals, per al treball de cures.

Activitats de formació i capacitació

Població destinatària	Persones cuidadores no professionals de persones en situació de dependència.
Objectius	→ **Millorar les habilitats** i els coneixements relacionats amb les tasques de cura de persones en situació de dependència. → Facilitar l'aprenentatge d'actituds, continguts i procediments que contribueixin a **garantir el benestar de la persona que es cuida**.
Descripció	La formació que ofereix el departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya consisteix en cursos de 25 hores de durada, en modalitat física o virtual, per tal de dotar les persones cuidadores no professionals de les habilitats i els coneixements adients per desenvolupar el treball de cures. Els cursos s'estructuren en dos mòduls: → Primera part (15 h): tracta de temes genèrics com ara què és la dependència i com s'afronta socialment, de recursos específics per a les persones grans, l'estrès de la persona cuidadora, nocions bàsiques de primers auxilis, etc. → Segona part (10 h): és específic i se centra en aspectes concrets com el deteriorament cognitiu, les demències, les alteracions de la capacitat motora, els trastorns del son, la cura de la pell, les alteracions de la capacitat funcional i la nutrició o la resolució de conflictes, entre d'altres.
Titularitat	Pública, per part del Departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya. També hi ha alguns ens locals de la província de Barcelona i entitats del tercer sector social que impulsen programes d'aquestes característiques o similars, alguns dels quals en el marc de convenis de col·laboració amb la Generalitat de Catalunya per acreditar la formació.[108]
Accés	Persones considerades cuidadores principals pel Pla Individual d'Atenció de les persones amb grau de dependència reconegut per la Generalitat de Catalunya. La formació s'ofereix des d'una cinquantena de municipis de tot Catalunya, i està oberta al conjunt de la ciutadania. La modalitat en línia de les formacions ha contribuït a millorar-ne l'accessibilitat. Tenen caràcter gratuït. També s'ofereixen activitats formatives, especialment des d'entitats del tercer sector social, per a persones cuidadores no professionals encara que no tinguin el reconeixement en el marc del SAAD.
Cobertura	L'any 2018[109] van participar 1.297 persones (un 73 % dones) en les formacions per a cuidadores i cuidadors no professionals de persones en situació de dependència de 65 anys o més.
Model de gestió	Indirecta, a través de les entitats acreditades. El programa de formacions de la Generalitat de Catalunya ha estat executat els últims anys a la província de Barcelona per la Fundació Pere Tarrés, la Creu Roja, el Parc Sanitari Pere Virgili, ABS Igualada Nord, Fundació per a l'atenció a les persones dependents, Fundació IPSS i Ajuntament de Sant Cugat - Taula de Malalties Neurològiques, Cròniques i Càncer.
Exemples / Més informació	→ Activitats formatives, acreditades en contingut i durada, adreçades a cuidadores i cuidadors no professionals de persones en situació de dependència: https://dretssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematics/10dependencia/persones_cuidadores/pdf/cursos_acreditats.pdf.

[108] En la Memòria d'activitats de l'any 2019 del Departament de Drets Socials es reconeixen 11 cursos de formació adreçats als cuidadors i les cuidadores no professionals d'atenció a les persones en situació de dependència, organitzats per organismes i entitats públiques i privades.

[109] En la Memòria del Departament de Drets Socials de 2019 no apareix informació sobre aquest recurs. Per aquest motiu la referència és de l'any anterior.

3.2.7. Serveis i recursos per a les famílies i la petita infància

La família és una de les institucions socials més rellevants en l'organització social de les cures. És l'entorn principal de les relacions primàries i s'hi desenvolupa la gran majoria d'activitats de cures que fan possible la reproducció social, des de la cura als nounats a l'atenció a la dependència, quan es produeix, en les últimes fases de la vida. La família, i en concret les dones, a causa de l'encara persistent divisió sexual del treball, és un eix vehiculant de suport polivalent al llarg de la vida i de transmissió de cures entre generacions.

Ens trobem cada vegada amb nuclis familiars més reduïts, a conseqüència principalment de la disminució de la natalitat, amb una de les taxes de fertilitat a l'Estat espanyol més baixes de tota la Unió Europea i un retard significatiu respecte a altres països d'Europa en l'edat en què les dones tenen el seu primer fill (León, 2015). La composició de les famílies i la seva organització és un altre element en transformació, i cada vegada són més habituals les famílies monoparentals encapçalades per dones, reconstituïdes, entre persones LGTBIQ, etc. A més, els rols familiars tradicionals també estan experimentant canvis importants. A conseqüència de l'erosió de la família nuclear normativa, la major participació de les dones en el mercat laboral, la més gran presència del paradigma feminista en la societat i el reconeixement que «l'oferta de treball de les dones no [és] infinita, com [...] es pressuposava» (Carrasco, 2013: 46), les actituds i dedicacions al treball de cures es van transformant.

Aquestes transformacions s'identifiquen de manera més clara en les formes de criança, particularment en la petita infància. La vivència de la maternitat i la paternitat ha variat profundament: les maternitats són més tardanes i són motivades pel desig de tenir un fill o filla, més que a causa dels patrons socials, i l'aspiració cap a la igualtat entre dones i homes posa en relleu la importància de la paternitat. Tot i així, hi ha una bretxa significativa entre el nombre de fills o filles desitjat i el real, que assenyala un desfasament en la capacitat de les polítiques públiques d'atendre les necessitats dels que es troben o es trobaran aviat en aquest moment de la vida (León, 2015).

Així doncs, les necessitats i demandes de les famílies han evolucionat també en direccions diferents. Les famílies busquen recursos per formar-se sobre les diverses visions de la criança, obtenir suport mutu entre pares i mares, o trobar nous espais de relació amb els fills i les filles.

En aquest context, sorgeixen nombroses iniciatives de caràcter públic, privat i comunitari, amb una elevada diversitat de tipologies i maneres d'aproximar-se a les necessitats de les unitats familiars. En aquesta secció s'analitzen alguns dels **serveis identificats com a més rellevants en el suport a la criança**, a partir d'una anàlisi de diferents recursos existents en el territori.[110] Segons el mapa de recursos en criança positiva a Catalunya, elaborat pel departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya, s'ofereixen més de 600 recursos d'aquesta tipologia en el conjunt del territori. L'exercici positiu de la parentalitat es defineix com el comportament i els valors parentals, l'objectiu fonamental dels quals és l'interès superior de l'infant, que vetlla per la cura i el desenvolupament de les seves capacitats, evitant la violència i donant-hi reconeixement, així com orientant-lo d'acord amb uns límits establerts que li permetin el creixement com a persona.[111]

[110] La selecció s'ha fet en base a revisió bibliogràfica i consulta del portal de dades obertes de la Generalitat de Catalunya. En aquest apartat no s'inclouen les escoles bressol, que s'entenen com a recurs educatiu, tot i que alhora també és un dels serveis principals de suport a les cures i a la conciliació familiar en la petita infància.

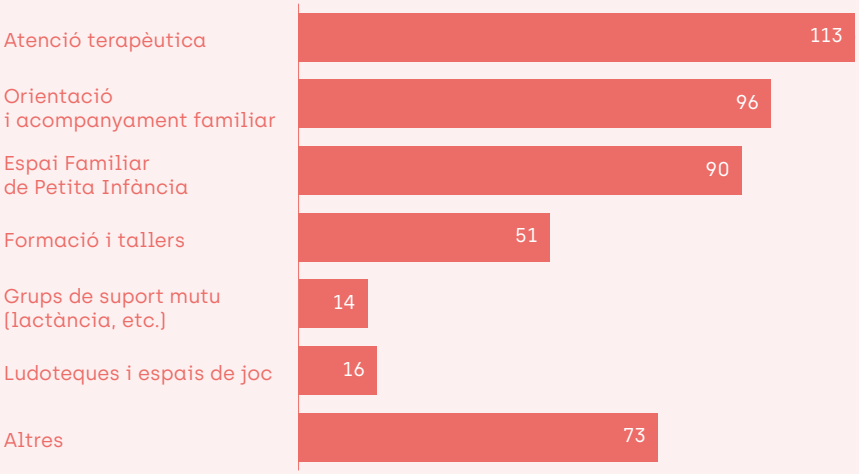
[111] Recomanació 19 del Consell d'Europa (2006): 14.

Així doncs, amb aquesta finalitat s'engloba un ampli ventall de recursos i serveis adreçats a les famílies i a la petita infància. El gràfic següent presenta els recursos identificats pel mapa de recursos en criança positiva de la Generalitat de Catalunya a la província de Barcelona (439 en total), agrupats en diferents categories. A excepció dels Espais Familiars de Petita Infància (EFPI d'ara endavant), que és un servei considerablement homogeni, la resta són categories genèriques que abasten més d'un tipus de recurs.

El gràfic mostra que predominen els serveis que presten algun tipus d'atenció terapèutica, seguits a prop pels serveis d'orientació i acompanyament a famílies i els EFPI. Els apartats següents presenten, en primer lloc, els Espais Familiars de Petita Infància amb un grau superior de detall, i a continuació una descripció dels diferents serveis identificats.

Gràfic 3.101. Recursos a famílies i a la petita infància a la província de Barcelona, 2019.

Font: Elaboració pròpia a partir del mapa de recursos en criança positiva de la Generalitat de Catalunya 2019 i dades de la Diputació de Barcelona



3.2.7.1. Espais Familiars de Petita Infància

Els Espais Familiars de Petita Infància (EFPI) de 0-3 anys són una categoria de serveis d'atenció a famílies que, tot i que no està regulada formalment i que no pertany a un únic àmbit sectorial, engloba un **conjunt de serveis del territori amb característiques comunes**. Són dispositius que acullen famílies amb infants de 0 a 3 anys, acompanyats i conduïts per professionals experts. **Els infants hi assisteixen amb la persona o persones adultes que en tenen cura i un vincle o lligam relacional**. Així doncs, tenen la voluntat de ser un lloc de trobada per a petits i grans que afavoreix la relació dins de la comunitat propera, l'intercanvi i la socialització, contrarestant les tendències a l'aïllament familiar i social que poden viure algunes famílies.

Es van originar a diferents països europeus (Anglaterra, França, Itàlia, als països nòrdics, etc.) i van ser importats a Catalunya en la dècada de 1990 per l'Ajuntament de Barcelona, amb el Centre de Planificació Familiar de Canyelles i a la Zona Franca, com a experiències pilot. Des d'aleshores, estimulats per la necessitat d'avançar cap a un model de primera infància més integral i d'ampliar l'oferta d'atenció socioeducativa als infants d'entre 0 i 3 anys, el nombre de municipis que van decidir impulsar EFPI es va incrementar notablement.

La Diputació de Barcelona va apostar per aquests serveis des del primer moment, oferint suport tècnic i econòmic, formació i supervisió als ens locals. Així, va fomentar la coordinació i l'intercanvi d'experiències entre municipis amb la creació d'una Prexarxa d'Espais Familiars de Petita Infància (l'any 2005), a través de la qual s'ha generat documentació rellevant per clarificar i homogeneïtzar el funcionament del servei i contribuir a la seva millora.[112] A continuació es presenten les característiques principals dels EFPI.

[112] Alguns dels informes més destacats són: Diputació de Barcelona (2006, 2010 i 2020b).

Missió

Millorar la **qualitat de vida dels infants**, promoure els seus drets i vetllar per les seves necessitats. Els EFPI busquen incrementar el benestar de la petita infància i la seva família, i **promoure la parentalitat positiva o responsiva**, així com detectar i prevenir de manera precoç situacions de vulnerabilitat o de risc, procedir a la derivació a altres serveis si és necessari, i donar atenció sostinguda en el temps a les famílies.

Els objectius principals dels EFPI són:

- Facilitar un espai acollidor de trobada per a les famílies que fomenti l'intercanvi d'experiències de vida que els ajudin a «saber ser» i «saber fer» de mares i pares, i evitar l'aïllament i la solitud de les famílies amb nens i nenes petits.
- Enfortir la confiança i la seguretat dels principals educadors dels infants, les seves mares i els seus pares fent-los sentir-se competents.
- Sensibilitzar la família sobre la responsabilització d'una maternitat i paternitat compromesa i compartida que els permeti viure i gaudir amb tranquil·litat el desenvolupament de l'infant.
- Atendre les necessitats singulars de cada infant i la seva família.
- Donar suport als lligams emocionals entre els pares i les mares i els fills i les filles.
- Detectar precoçment indicis de vulnerabilitat o risc en la família i/o en l'infant, per poder fer-los les indicacions necessàries i oferir-los els recursos adients.
- Oferir informació sobre temes d'interès pel que fa a la criança i l'educació del fill o filla, amb la finalitat que les mares i els pares puguin sentir-se més segurs a l'hora de prendre decisions.
- Afavorir un observatori natural en què les mares i els pares puguin veure, viure, compartir i interpretar, amb altres famílies, els avenços dels seus fills i filles.
- Oferir al grup d'infants espais i activitats de joc i joguines adequades a la seva edat, que siguin estimuladors de les seves capacitats de relació, de descoberta i d'experimentació, conjuntament amb els seus pares i mares.
- Possibilitar xarxes de relacions socials en la comunitat entre les famílies autòctones i les nouvingudes, per facilitar-los el fet de conèixer-se, compartir, comunicar-se, conviure i ajudar-se, aprenent de les diferències i les cultures.
- Saber integrar-se, com a servei valuós, en la xarxa comunitària del poble o la ciutat, per tal de donar-se a conèixer i aprofitar millor els recursos tant del servei cap a la comunitat com a l'inrevés.
- Promoure la participació i la coordinació en l'àmplia xarxa social, educativa i sanitària de la ciutat o el poble.

Reconeixement de dret i titularitat

És un **servei no garantit**, no pot ser exigit per part de la ciutadania com a dret subjectiu. Els espais familiars són promoguts per entitats socials en alguns casos, però **majoritàriament són d'iniciativa pública municipal**. Fent una aproximació en base a les dades del portal de transparència de la Generalitat de Catalunya, aproximadament el 60 % dels espais familiars identificats són de titularitat municipal, i la resta corresponen a entitats del tercer sector social.[113]

La creació d'EFPI per part de les administracions locals s'empara dins de l'article 33 de la Llei 18/2003, de suport a les famílies, el qual indica que «les administracions competents han de regular els serveis complementaris que tinguin com a finalitat l'atenció educativa de l'infant, entre els quals hi ha [...] els espais educatius d'orientació familiar, que tenen com a objectiu constituir llocs de trobada per a infants de fins a tres anys i per a llurs famílies, per tal d'afavorir l'ajuda mútua entre famílies per mitjà d'intercanvis i l'assessorament professional i oferir formació prematernal i postmaternal, orientació i suport a les famílies els primers anys de vida dels infants».

[113] Es consideren d'iniciativa privada els 35 EFPI de la província de Barcelona que s'emmarquen dins del programa Caixa ProInfància. A través d'aquest programa, La Caixa dona cobertura econòmica a EFPI promoguts per entitats socials.

En general, es tracta d'un recurs amb molta inestabilitat a causa de la falta de normativització i que es va veure afectat per la crisi econòmica iniciada l'any 2008 — període de en què es van tancar alguns dels espais—, com també s'ha vist fortament impactat per la crisi de la COVID-19. Així doncs, la seva continuïtat al llarg del temps no ha estat tan estable com la d'altres serveis adreçats a la petita infància, com les escoles bressol, i en ocasions es veu interromput de manera temporal o permanent.

Població destinatària

Famílies amb infants de 0 a 3 anys. Estan centrats en els infants, però l'atenció és per al conjunt de la família i, per això, una condició bàsica del recurs (tret diferencial respecte a les escoles bressol i altres serveis) és que els infants hi assisteixin acompanyats d'una persona adulta. No cal que la persona adulta que acompanya l'infant sigui sempre el seu pare o mare —tot i que es recomana que sigui així per assolir els objectius principals del servei—; és suficient que hi tingui un lligam relacional estable.

És habitual que els EFPI s'especialitzin en franges d'edat dels infants. Les principals són:

- Famílies amb nadons des del naixement fins a l'any, o només fins a nou mesos en alguns casos. Es coneixen habitualment com a «espai nadó», però també amb altres nomenclatures com «ja tenim un fill», «hola nadó», etc. En alguns d'aquests espais, de manera excepcional, s'atenen també famílies amb dones embarassades a partir dels darrers mesos d'embaràs.

- Famílies amb infants a partir de 10 o 12 mesos, i fins als tres anys.

- Famílies amb infants de fins a tres anys. Hi ha casos puntuals en què s'atenen només famílies amb fills i filles de fins a dos anys, i en d'altres l'atenció s'allarga fins als quatre.[114]

Els EPFI són dispositius preventius de caràcter universal i, per tant, s'adrecen a totes les famílies amb un infant menor de tres anys, amb independència del nivell socioeconòmic o cultural. En general, acullen també famílies en situació de vulnerabilitat o risc social que hi han estat derivades pels serveis socials.

Hi ha municipis que han incorporat els EFPI municipals a la cartera de Serveis d'Intervenció Socioeducativa (SIS) en el marc dels serveis socials bàsics, fet que en alguns casos ha suposat una reorientació del recurs cap a un model centrat en l'atenció a famílies en situació de risc social. Tot i així, la gran majoria de municipis han seguit apostant per un **model universal i heterogeni**, que atén a tot tipus de població.

Existeixen també altres serveis amb característiques similars, però impulsats amb l'objectiu d'atendre exclusivament famílies en situació de risc social.[115] D'una banda, hi ha els espais anomenats maternoinfantil, d'iniciativa municipal, per a famílies derivades pels serveis socials bàsics. Aquests centres tenen objectius diferents als dels EFPI —més centrats a treballar habilitats parentals—, i les metodologies de treball també divergeixen.[116] De l'altra, trobem els centres Paidós, impulsats per Càritas Diocesana de Barcelona,[117] i els espais familiars vinculats al programa ProInfància de La Caixa. Aquests centres presenten característiques similars als EFPI, però es diferencien en el fet que la major part de la població atesa es troba en situació de vulnerabilitat social, i les metodologies de treball són més dirigistes o intervencionistes, d'acord amb un model més similar als tallers formatius o escoles de pares i mares.

[114] Com ara a l'Espai Familiar municipal de Granollers, Petits i Grans, que atén infants de fins a quatre anys (https://granollers.cat/benestar-social/espai-familiar-petits-i-grans), a diferència de l'espai familiar municipal d'Olesa de Montserrat, especialitzat en nadons i en infants de 0 a 2 anys https://www.olesademontserrat.cat/pl19/ajuntament-seu-electronica/comunicacio/noticies-municipals/id8301/engega-una-nova-edicio-de-l-espai-nado-i-l-espai-familiar-per-a-families-amb-infants-de-0-a-2-anys.htm.

[115] Una anàlisi d'aquests models es pot trobar en l'informe elaborat per l'Institut d'Infància i Adolescència (2017).

[116] Els objectius dels maternoinfantil estan focalitzats a treballar les habilitats parentals i els aspectes més bàsics de la criança (higiene del nadó o infant, aprendre a fer dormir el nadó, etc.). A més, és indispensable que la família sigui usuària dels serveis socials bàsics i l'assistència al centre forma part del pla de treball que la família acorda amb el seu tècnic o tècnica social de referència.

[117] Vegeu-ne més informació a: https://caritas.barcelona/familia-i-infancia/centres-paidos/.

Accés

Universal, ja que un EFPI és un servei obert al conjunt de la població, i té vocació d'universalitat.

La difusió d'aquests serveis entre les famílies és un element clau per millorar-ne l'accessibilitat i es fa a través de vies diverses, des de les mateixes famílies a partir de la seva xarxa fins a visites domiciliàries promogudes per l'ajuntament en alguns municipis a les famílies que han tingut un nadó. També es fan servir materials informatius mitjançant la xarxa d'atenció a famílies (centres d'atenció primària de salut) i campanyes de comunicació als mitjans locals, a banda de la divulgació que se'n fa a les webs oficials i les xarxes socials.

Des del punt de vista territorial, segons les dades de què disposa l'APEFAC,[118] hi ha al voltant de 130 EFPI de titularitat municipal a tot Catalunya repartits entre 70 municipis. A partir de les dades del mapa de la Generalitat de Catalunya, ampliades amb les dades pròpies de la Diputació de Barcelona, es detecta que a la província de Barcelona hi ha un total de **90 EFPI distribuïts en 36 municipis**. Aquestes dades inclouen els EFPI que són d'iniciativa privada.

Finalment, pel que fa a l'accessibilitat **des del punt de vista econòmic**, la majoria d'EFPI de titularitat municipal ofereixen el servei de manera gratuïta al conjunt de la població. En alguns casos s'estableix un copagament d'entre 15 i 50 euros per trimestre i família usuària, tot i que pot arribar a ser més elevat.

Model d'atenció

Grupal. Per bé que els espais familiars inclouen una alta diversitat de formes d'atendre les famílies, intentant adaptar-se a les seves necessitats, de manera general s'estructuren en **activitats grupals entre mares i pares i els seus fills i filles**. El treball grupal és molt important en el model d'atenció: es treballa amb **grups multifamiliars**, i el grup s'entén com a motor per al canvi. Per tant, són espais en què es donen múltiples interaccions (entre pares i mares, entre infants, entre pares i mares i els seus fills i filles, però també amb els de la resta, pares i mares amb professionals, professionals amb infants, etc.).

Els espais físics són generalment amples i ben estructurats, els infants hi troben joguines i espais adients segons la seva edat, i els més grans hi poden realitzar activitats de joc de manera autònoma. També es disposa del mobiliari i els accessoris necessaris per al desenvolupament de les trobades entre mares i pares. Tal com recull l'informe de l'Institut d'Infància i Adolescència (2017), tot i que molts EFPI compten amb espais exclusivament destinats a les seves activitats, el més habitual és que s'ubiquin físicament a les escoles bressol municipals, en una modalitat que es pot anomenar de «serveis integrals». Segons la informació recollida pel Cercle de Comparació Intermunicipal d'Escoles Bressol (Diputació de Barcelona, 2019b), el 37,6 % dels municipis participants comptaven amb altres serveis d'atenció a la petita infància i a les seves famílies dins de les escoles bressol municipals.[119]

Pel que fa a la composició dels grups, s'identifiquen dos models d'atenció diferents:

- Grups estables o semioberts: són el format més habitual. Busquen el compromís d'assistència regular de les famílies que s'inscriuen en el recurs, que acostuma a durar un trimestre o 10 mesos. Es configuren grups d'entre dotze i catorze famílies, i aquests es troben un o dos cops a la setmana en un horari fixat, de matí o de tarda. L'objectiu del grup és que les famílies que el componen siguin les mateixes al llarg del temps, per la qual cosa, un cop s'arriba al màxim de famílies, el grup es tanca i només s'admeten famílies noves si s'hi produeixin baixes.

  Gràcies a l'estabilitat del grup, es facilita la creació d'espais d'intimitat i suport. El compromís, la cooperació i la confiança són els trets que identifiquen aquests grups.

  És habitual que els grups estables s'especialitzin a atendre famílies amb infants amb edats determinades (diferenciant entre nadons i infants), ja que són períodes en què el desenvolupament dels fills i les filles es produeix a molta velocitat, i les preocupacions i els dubtes dels pares i les mares canvien molt.

[118] Associació de Professionals d'Espais Familiars a Catalunya: http://www.apefac.cat/.

[119] Altres municipis aposten per un model intergeneracional, com el cas de l'Espai Familiar Municipal El Remei de Vic que comparteix espai amb el Centre de Dia per a persones grans Sant Jordi: https://escolesbressol.vic.cat/espai-familiar-municipal-vic/.

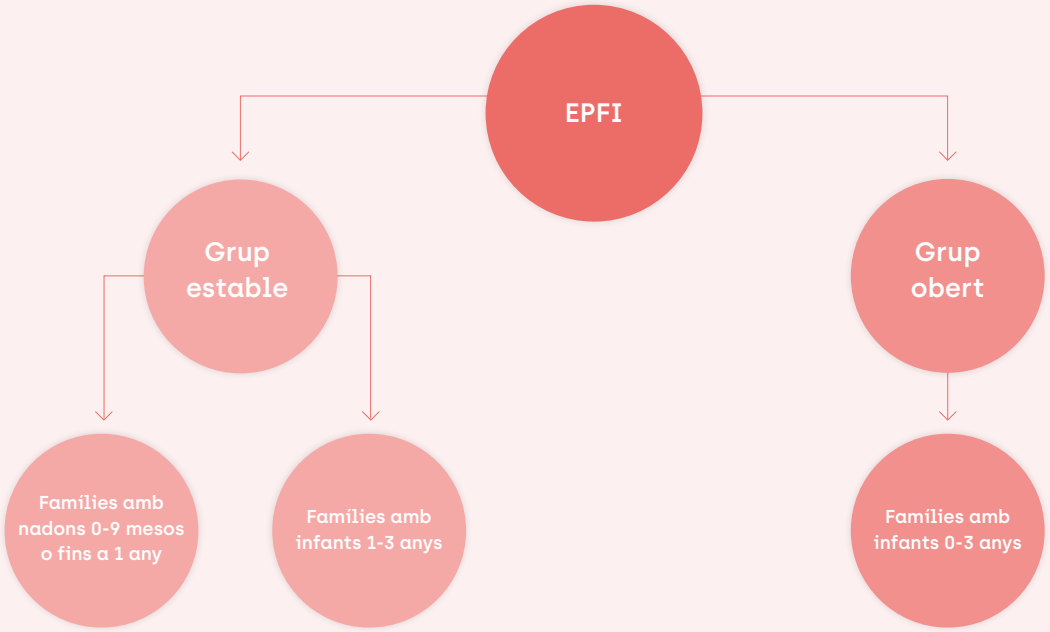
→ Grups oberts: són menys freqüents, tot i que també estan implantats en un bon nombre de municipis. És un format més flexible per a la família usuària, la qual es pot inscriure en el recurs sense assumir cap compromís d'assistència regular. S'hi fan sessions de treball grupal en unes franges horàries i freqüència setmanal predeterminades, i les famílies poden decidir de manera autònoma quins dies hi volen assistir. S'acostuma a establir un límit màxim de participants diaris per no fer grups excessivament grans, d'acord amb l'aforament que permeti la sala en qüestió i els recursos de l'EFPI en particular.

Les famílies, dins els horaris establerts, hi poden assistir quan ho necessitin o vulguin, per la qual cosa l'assistència a cada sessió és variable (d'entre 6 famílies a 60, en els casos més grans). Aquesta situació implica una capacitat important d'observació per part dels i les professionals, i una «presència flotant» a la sala d'actitud disponible i no invasiva. L'edat dels infants de les famílies ateses acostuma a ser diversa, sense cap mena d'especialització.

Pel que fa a l'estructura de les sessions, de dues hores de durada generalment, cada servei l'organitza de la manera que més bé s'adapta a les característiques de la població atesa. Habitualment, cada sessió s'inicia amb una acollida inicial a les famílies, individual o grupal, una activitat central dirigida, i el comiat.[120]

Un dels aspectes rellevants d'aquest recurs és que **en general treballa en xarxa i hi participen altres serveis i dispositius del territori**: serveis socials, educatius, de salut, entitats, etc., que en alguns casos ofereixen tallers o xerrades. A més, els professionals també proporcionen informació sobre els recursos existents en el territori que poden ajudar a fomentar un creixement saludable i un desenvolupament correcte dels infants, així com de les activitats que van dirigides a pares i mares dins de la comunitat. També n'hi ha que ofereixen xerrades, tallers o actes similars de professionals experts.

[120] Vegeu més informació sobre la metodologia de treball específica de les sessions multifamiliars a Diputació de Barcelona (2020b).



El col·lectiu professional també anomena els grups estables com a «semi oberts»

Alguns grups inclouen germans/es fins als 4 anys i excepcionalment fins als 6 anys

Cobertura

Heterogènia. No és possible calcular la taxa de cobertura del servei ja que no es disposa de dades agregades sobre les persones usuàries. A partir d'una aproximació basada en consultes a pàgines web i a persones treballadores d'EFPI municipals, es pot considerar que la població atesa anualment a la província de Barcelona és de 9.000 unitats familiars o 18.000 persones aproximadament.[121] Si només es té en compte la població menor de 4 anys a la província, la taxa de cobertura del servei a la demarcació de Barcelona seria de **3,6 infants per cada 100 habitants d'entre 0 i 4 anys**. Si es calcula la cobertura del servei sobre el total de famílies amb fills o filles a la província de Barcelona, independentment de la seva edat, la taxa seria del 0,55 %.

Perfil de les persones usuàries

No es disposa de dades de perfil de les persones usuàries però es valora que la població usuària és **representativa** de la societat dels municipis en els quals s'ubica el recurs.

Model de gestió

Indirecta generalment, a través de la col·laboració publicoprivada entre ajuntaments (des de les àrees de serveis socials o d'educació, principalment) i entitats especialitzades. Mentre que és habitual que la gestió de les escoles bressol municipals es faci de manera directa, **els espais familiars han viscut un procés d'externalització al llarg dels darrers anys**. Hi ha algunes excepcions d'equips professionals municipals o mixtos, com el cas de Vilafranca del Penedès o els EFPI municipals de la ciutat de Barcelona, però generalment s'externalitzen a empreses privades, entitats socials i cooperatives.

Qualitat del servei

Tots els EFPI disposen d'instruments d'avaluació informal de la qualitat del recurs i dels seus impactes, en base a les relacions espontànies, que permeten recollir el que expliquen les famílies durant les sessions. A més, alguns serveis acostumen a passar enquestes a les famílies usuàries a final de curs per saber quin és el seu grau de satisfacció, la fidelitat en l'assistència, etc.

Fruit de les reunions plenàries de la xarxa de professionals d'EFPI de la Diputació de Barcelona que es van dur a terme al llarg de l'any 2010, i el treball del grup motor que es va configurar amb aquesta finalitat, es va elaborar una *Guia d'avaluació dels Espais Familiars de Petita Infància* (Diputació de Barcelona, 2016). Des de la perspectiva de les persones treballadores dels espais familiars, alguns dels àmbits de millora que s'identificaven eren:

- El foment de trobades de professionals d'EFPI amb l'acompanyament d'una o diverses administracions, obertes i flexibles, amb independència del fet que els EPFI siguin de l'àmbit de la salut, de l'educació o dels serveis socials. La creació de l'APEFAC va sorgir d'aquesta necessitat de suport mutu entre els i les professionals.
- L'impuls de formacions i aprenentatges especialitzats permanents, tant per als professionals que s'inicien com per als que estan en actiu en els EFPI i ja tenen recorregut.
- La promoció d'espais de supervisió, tant en referència als casos familiars que atenen com a l'anàlisi i la reconducció de les dinàmiques internes de treball en i amb el grup.
- L'organització de jornades o congressos locals i internacionals amb temàtiques d'interès per al col·lectiu, així com el foment de la participació en jornades d'altres àmbits no específics dels EFPI però relacionats.
- Donar a conèixer i difondre sistemàticament entre la població les singularitats dels EFPI. Els mitjans de comunicació esdevenen clau per tal d'obtenir un impacte publicitari que permeti fer arribar la informació a la població. També és important donar a conèixer els EFPI, difondre'ls i sensibilitzar els professionals dels àmbits de l'educació, la salut i els serveis socials, d'institucions públiques i privades, respecte a les singularitats dels EFPI i la idoneïtat d'aquesta modalitat de suport a les famílies per tal que puguin contemplar-los com un recurs més a utilitzar o recomanar en la seva pràctica quotidiana.
- Internalitzar els serveis, ja que la gestió indirecta representa una gran fragilitat i incrementa la volatilitat del servei.

[121] Es calcula que, de mitjana, cada EFPI atén unes 100 famílies anuals. A la província de Barcelona hi ha un total de 90 EFPI, per la qual cosa s'atenen aproximadament 9.000 famílies. Aquesta xifra és equivalent a 18.000 individus ja que, per cada família, hi assisteix un infant i una persona adulta.

Ràtio de professionals i perfils

El nombre mínim de professionals per cada grup és de dos, i l'ideal és de 3, amb funcions ben definides i consensuades entre si. La ràtio de persones ateses és d'entre 50 i 100 famílies anualment per cada professional, però el nombre màxim de famílies ateses al mateix temps oscil·la entre les 5 i les 7.

Les funcions principals que els corresponen són:

- Acollir i donar la benvinguda a les noves famílies usuàries. Ajuden a connectar les famílies les unes amb les altres, i a teixir relacions.
- Preparar i dinamitzar les sessions de treball grupal sobre la criança i l'educació que puguin ser d'interès per a les famílies.
- Observar tant els infants com les dinàmiques familiars, i fer de mediadores i resoldre els conflictes del grup si es presenten.
- Promoure el desenvolupament dels infants oferint-los un ambient ric en estímuls i possibilitats de joc, experimentació i relació entre els infants i amb els adults.
- Organitzar i tenir cura de l'espai físic perquè sigui un lloc agradable i acollidor.
- Fer un seguiment de l'assistència dels participants així com dels principals avenços del grup.

La formació d'aquest perfil pot ser molt diversa, però sempre dins de l'àrea de les **ciències humanes i socials o de la salut**: educació infantil, educació social, psicologia, pedagogia, psicopedagogia, treball social, infermeria pediàtrica, treball familiar, llevadores, etc. L'especificitat de la feina també fa que sigui recomanable una formació específica i complementària en petita infància o treball grupal. Els equips multidisciplinaris aporten un plus de qualitat en el servei, i els equips formats per persones d'ambdós sexes, tot i que no sempre és possible, amb la presència d'homes en un espai tradicionalment femení com és el de la criança, esdevé una bona mesura per reduir la tendència a la feminització en aquest àmbit.

Finançament

Municipal. No es disposa de dades, però la major part dels serveis són finançats pels ajuntaments, amb molt poques subvencions d'altres administracions, i amb quotes reduïdes, quan n'hi ha, de les persones usuàries. Des de mitjan anys noranta del segle passat van rebre finançament del Ministeri de Treball i Assumptes Socials, però amb l'arribada de la crisi econòmica de l'any 2008 aquest finançament es va interrompre.

3.2.7.2. Altres serveis i recursos de suport a la criança

Com es presenta en la introducció d'aquest apartat, els Espais Familiars de Petita Infància són només una part de l'ampli ventall de recursos que s'ofereixen a la província de Barcelona amb la finalitat de donar suport a les famílies en les tasques de cura i criança dels fills i filles. Tenint en compte que no són recursos homogenis, i que existeix una alta diversitat en els objectius i el funcionament, en aquesta secció es presenta només una selecció de serveis que inclou els centres de desenvolupament infantil i atenció precoç (CDIAP); els Serveis d'Orientació i Acompanyament a les Famílies (SOAF); punts d'informació i assessorament a famílies; espais de formació i capacitació; grups de preparació al part i de postpart, i serveis i programes d'atenció terapèutica.

També cal fer un apunt a serveis amb poca presència en el territori de la província de Barcelona però que ofereixen alguns municipis, de **visita domiciliària a les famílies que han tingut un nadó**, i de **respir** per a famílies amb infants per atendre activitats imprevistes o gestions, així com per facilitar la conciliació de les famílies, oferint un temps personal de descans als pares i les mares, especialment mares que encapçalen famílies monoparentals.

3.2.7.2.1. Centres de desenvolupament infantil i atenció precoç

Els centres de desenvolupament infantil i atenció precoç (CDIAP) són espais destinats a coordinar actuacions assistencials i preventives per a la infància. Tenen un impacte important en la detecció de trastorns en el desenvolupament infantil, i són considerats en aquest estudi per la seva molt valorable funció preventiva, tot i que específicament no constitueixen un servei de suport a la criança.

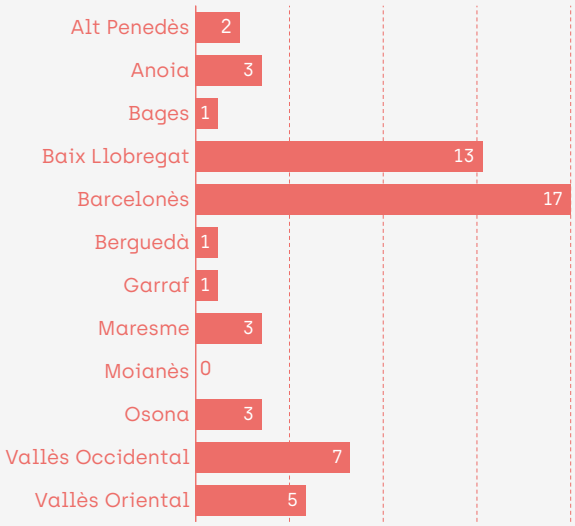
Centres de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç (CDIAP)

Població destinatària	Famílies amb infants de fins a 6 anys que presenten algun trastorn en el desenvolupament o es troben en situació de risc de patir-ne un: → Infants amb malformacions conegudes, defectes congènits, lesions cerebrals de qualsevol origen o altres anomalies. → Infants que no arriben a un desenvolupament adequat a la seva edat i que, per tant, necessiten atenció per arribar-hi. → També s'atenen infants que no necessitarien aquesta atenció, però el medi familiar i social en què viuen poden fer-la necessària. → Es prioritza l'atenció als infants de menys de tres anys i als infants amb afectació greu. → Si bé poden atendre infants fins a edats superiors, el seu paper és clau de 0 a 6 anys.
Objectius	→ Detectar i realitzar un **diagnòstic precoç** dels trastorns del desenvolupament infantil i l'aprenentatge. → **Eliminar o disminuir els efectes dels trastorns en el desenvolupament infantil, i millorar el benestar de l'infant** i les seves relacions familiars, també en els casos d'afectació més greu. → Coordinar les actuacions de **tractament integral bio-psico-social i educatiu** que es porten a terme en aquesta franja d'edat. → Assegurar equips interdisciplinaris experts en desenvolupament infantil.
Descripció	Els i les professionals del centre (pediatres, psicòlegs i psicòlogues, fisioterapeutes, logopedes i treballadors/res socials) desenvolupen una tasca interdisciplinària que incideix simultàniament sobre els àmbits sanitari, social i educatiu, i s'adreça als infants i al seu entorn familiar i social. Aquesta diversitat permet atendre qualsevol mena de trastorn i assolir un abordatge global de les necessitats de l'infant i de la seva família. Als **Equips Interdisciplinaris per a la Petita Infància** (EIPI), ubicats als CDIAP, els corresponen les funcions següents: → Informació, orientació, suport i assessorament a la família. → Avaluació global de la problemàtica de l'infant i la seva família (diagnòstic). → Atenció terapèutica a l'infant de manera individualitzada, i seguiment de l'evolució de l'infant. → Orientació i suport a les escoles d'educació infantil, col·laborant amb els programes de prevenció i detecció. → També organitzen en alguns casos grups de reflexió per a pares i mares centrats en la criança i l'educació dels fills i filles des d'un enfocament psicoterapèutic.

Titularitat	Pública, per part del Departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya.
Accés	**Universal**, adreçat al conjunt de la població infantil que presenta aquests trastorns o està en risc de patir-ne.
Cobertura	A la província de Barcelona hi ha un total de 56 centres, ubicats a totes les comarques a excepció del Moianès.

Gràfic 3.102. Centres de desenvolupament infantil i atenció precoç (CDIAP) a la província de Barcelona, 2020.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del directori de CDIAP de la Generalitat de Catalunya



Model de gestió	Indirecta, a través d'entitats especialitzades.
Exemples / Més informació	→ Informació del servei a la web del Departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya: https://dretssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/infancia_i_adolescencia/infants_amb_trastorns_en_el_desenvolupament_o_amb_risc_de_patir-los/atencio_precoc/centres_de_desenvolupament_infantil_i_atencio_precoc_cdiap/.

3.2.7.2.2 Serveis d'orientació i atenció a famílies

En el mapa de recursos en criança positiva a Catalunya (departament de Drets Socials, 2021) s'han identificat més de 90 recursos diferents que ofereixen serveis d'orientació i atenció a famílies. És una categoria heterogènia que agrupa serveis i programes molt diferents, però tots donen suport a les famílies en àmbits relacionats amb la criança i les funcions parentals. Entre aquests, destaca especialment el SOAF, el Servei d'Orientació i Acompanyament a les Famílies.

Servei d'orientació i acompanyament a les famílies (SOAF)

Població destinatària	Qualsevol família amb filles i/o fills. És un servei universal, adreçat a totes les tipologies de famílies amb independència del nivell socioeconòmic, i en qualsevol moment del cicle vital.
Objectius	→ Millorar el benestar personal, familiar i social de les famílies. → Afavorir relacions familiars saludables. → Evitar o minimitzar les conseqüències d'entorns i realitats complexos en el benestar d'infants, adolescents i adults. → Detectar i reforçar les capacitats de les famílies, en particular les habilitats parentals.
Descripció	El SOAF és un servei d'orientació i acompanyament integral a les famílies que treballa des de la prevenció, amb l'objectiu de **buscar les millors condicions possibles per a l'exercici de les funcions parentals de manera positiva**. Les habilitats parentals es potencien mitjançant activitats d'orientació i suport específic. Per això, compten amb un equip especialitzat en la gestió de situacions de conflicte familiar, dificultats psicosocials, risc d'exclusió social i dinàmiques disruptives de l'estabilitat i el benestar familiar. Els SOAF no disposen d'una metodologia de treball única ni d'un catàleg d'activitats homogeni, sinó que generalment apleguen una alta diversitat de serveis i activitats amb uns principis d'intervenció comuns. Alguns d'aquests serveis i activitats són: → Informació, orientació i derivació. → Activitats i tallers grupals de reconeixement i suport a les competències parentals, i suport individual (per exemple, Espai d'Escola de Família, Espai d'Orientació Familiar). → Acompanyament terapèutic, individual o grupal, i mediació familiar. → Activitats i projectes de foment de la participació activa de les famílies a la comunitat.
Titularitat	Pública, del Departament Drets Socials de la Generalitat de Catalunya.
Accés	Universal, adreçat a totes les famílies que requereixin suport. No cal complir requisits mínims, ni comptar amb una derivació específica.

	Segons el punt de vista territorial, és accessible des de **12 municipis de la província de Barcelona**: → Badia del Vallès → Barcelona → Cornellà de Llobregat → Granollers → Igualada → Mataró → Sabadell → Sant Adrià de Besòs → Sant Boi de Llobregat → Sant Pere de Ribes → Santa Coloma de Gramenet → Vic Des d'aquests municipis, generalment s'ofereixen serveis al conjunt de famílies de la zona. Les comarques de l'Alt Penedès, el Bages, el Berguedà i el Moianès són les úniques que no compten amb un SOAF en la seva delimitació, però l'objectiu és estendre el servei a totes les comarques. Des del punt de vista econòmic, és un servei **gratuït**.
Cobertura	En el conjunt de la província de Barcelona hi ha actualment 13 SOAF (a Barcelona ciutat n'hi ha 2). El Pla Estratègic de Serveis Socials de Catalunya 2020-2024 (Departament de Drets Socials, 2020) estableix com a objectiu estendre el SOAF a les ABSS, i arriba a atendre 20.000 famílies.
Model de gestió	**Indirecta**, a través d'entitats socials especialitzades.
Exemples / Més informació	→ Informació del servei a la web del Departament de Treball, Drets Socials s de la Generalitat de Catalunya: https://dretssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/families/SOAF.

Altres serveis d'orientació i suport a les famílies són els punts d'informació, els serveis de mediació familiar, o l'assessorament sobre aspectes específics (discapacitat, dificultats en l'aprenentatge, altes capacitats, malalties específiques o minoritàries, etc.). No és possible analitzar aquests serveis en detall a causa de l'heterogeneïtat que presenten, per la qual cosa es facilita informació bàsica de referència en la taula següent.

Altres serveis i programes d'orientació, acompanyament i atenció a famílies

Punts d'informació i assessorament a famílies

Serveis i espais d'atenció a famílies especialitzats a atendre sol·licituds d'informació sobre necessitats genèriques o concretes, i a assessorar sobre els recursos existents. Habitualment són impulsats per entitats del tercer sector social que volen oferir orientació a famílies afectades per situacions específiques (malalties poc freqüents, discapacitats o altes capacitats, trastorns en el desenvolupament o trastorns de conducta, etc.), però també n'hi ha que atenen situacions més freqüents i no vinculades a patologies (famílies nombroses, monoparentals, etc.).

En el mapa de la Generalitat de Catalunya de recursos en criança positiva s'han identificat al voltant de 70 serveis d'aquestes característiques, els quals acostumen a prestar-se en combinació amb altres serveis d'atenció.

Exemples / Més informació

- → Servei d'informació i assessorament a famílies nombroses de l'Associació de Famílies Nombroses de Catalunya: https://fanoc.org/servicios/informacio-i-assessorament/.
- → Punt d'Assessorament, Informació i Intervenció a les Famílies (PAIF) de la Fundació AGI, especialitzat en violència filioparental: http://www.fundacioagi.org/area-datencio-a-la-familia/.
- → Informació i orientació a famílies de persones amb autisme de la Fundació Junts Autisme: https://juntsautisme.org/serveis/ajuda-families/.
- → Serveis d'Atenció Directa personalitzada per a famílies amb fills o filles amb cardiopaties, de l'Associació de Cardiopaties Congènites: https://www.aacic.org/ca/que-podem-fer-per-tu/el-teu-fill-ha-nascut-amb-una-cardiopatia-congenita/.

Espais de formació i capacitació

Es tracta d'escoles de mares i pares, tallers ludicoeducatius, espais de formació grupal, tallers d'habilitats parentals, cicles de xerrades, tallers d'adolescència per a pares i mares, etc. Les modalitats dels espais de formació i aprenentatge sobre la criança són molt diverses. Són promoguts tant per les administracions públiques com per entitats del tercer sector social, generalment en el marc d'altres equipaments o espais adreçats a famílies, com les escoles bressol, els EFPI, els SOAF, les escoles de primària, etc. Busquen la millora de les habilitats i competències parentals en la criança i vetllen pels drets dels infants i adolescents promovent el bon tracte vers els infants i entre ells.

En alguns casos, aquests espais estan impulsats pels mateixos equips dels SSB municipals, i es poden adreçar exclusivament a famílies ateses per aquests serveis, o a la població en general. Aquestes iniciatives, que poden comptar amb el suport de la Diputació de Barcelona en la seva organització, són conduïdes de manera transversal per part de professionals de diferents serveis municipals (serveis socials, escoles bressol, escoles d'infantil i primària, CDIAP, etc.).

També des de les AFA (Associació de Famílies d'Alumnes), vinculades a les escoles de primària, s'organitzen activitats adreçades a pares i mares al voltant de l'evolució dels infants i les seves problemàtiques.

Exemples / Més informació

- → Projectes de treball amb famílies per part dels SSB, amb el suport de DIBA: https://www.diba.cat/web/benestar/espais-de-capacitacio-tecnica-per-treballar-amb-grups-de-pares-i-mares.

Grups de preparació al part i el postpart

En l'àmbit de les cures a la petita infància, és important també la intervenció des de l'embaràs mateix, a través de diferents recursos que s'ofereixen des dels centres d'atenció primària de salut, com la guia per a embarassades o els grups de preparació al part, que pretenen proporcionar consells i millorar els coneixements i les habilitats de mares i pares per a la cura del nadó i per afrontar els canvis emocionals, físics i d'estil de vida.

Aquests grups solen formar part de l'oferta formativa del sistema públic de salut i també de diverses entitats privades de salut. Els grups solen estar conduïts per una llevadora i és habitual que moltes de les mares i parelles que hi assisteixen estiguin esperant el primer fill o filla. Es tracta més aviat d'una escola de mares o pares adreçada al darrer període d'embaràs per tal de preparar el naixement i el postpart immediat. Aquests grups no solen tenir continuïtat, tot i que, a partir del naixement de l'infant, sovint els seus integrants passen a integrar-se en un grup de postpart.

Els grups de postpart estan adreçats a mares amb els seus nadons, però les dones hi poden anar acompanyades per les parelles. Generalment, aquests grups no tenen continuïtat més enllà del postpart o puerperi, és a dir, el període de temps que inclou les primeres 6 o 8 setmanes després del part. Ofereixen coneixements sobre el període del postpart, potencien les habilitats en la cura del nadó, donen suport a l'alletament matern, reforcen l'autoestima, donen pautes per a la resolució de problemes quotidians i afavoreixen la recuperació física amb el treball de la musculatura del sòl pelvià i l'entrenament de la musculatura abdominal. De vegades també ofereixen nocions sobre massatge infantil.

Exemples / Més informació → Canal Salut de la Generalitat de Catalunya: https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/e/embaras-part-i-postpart/.

3.2.7.2.3. Serveis de promoció de la parentalitat positiva a través de models terapèutics

L'atenció terapèutica i psicoterapèutica a famílies és un recurs que s'ha normalitzat i estès amb gran èxit durant els últims anys entre les entitats i organitzacions que ofereixen activitats de promoció de la criança en positiu. Hi ha formats i metodologies de treball molt diferents, individuals o grupals, amb periodicitats i objectius diversos, però en conjunt es plantegen donar acompanyament als pares i les mares en els processos educatius i de desenvolupament psicològic dels seus fills i filles. La taula següent presenta de manera sintètica algunes de les característiques principals d'aquests espais.

Serveis i programes d'atenció terapèutica

Població destinatària	Famílies amb fills i/o filles de qualsevol edat. En alguns casos els grups s'adrecen exclusivament a mares i pares.
Objectius	→ Potenciar **dinàmiques relacionals saludables en les famílies**, acompanyar en processos de creixement personal i col·lectiu. → Prevenir hàbits o conductes de risc per a la salut emocional i el desenvolupament social dels nens, nenes o adolescents. Prevenir situacions de negligència i maltractaments.

	→ **Promocionar relacions socials (incloses les familiars) funcionals i saludables** en el context del respecte per les característiques i preferències personals i culturals de les persones usuàries. → **Capacitar els pares i les mares** en l'exercici de les funcions parentals. Desenvolupar o optimitzar les capacitats d'autoajuda i ajuda mútua.
Descripció	Els formats i les metodologies de treball són diversos. És habitual que les entitats ofereixin serveis a les famílies de manera tant individualitzada com grupal, i que les sessions es distribueixin al llarg d'uns mesos, amb freqüència setmanal o mensual, segons el servei. Els serveis també acostumen a comptar amb una **primera fase de diagnòstic o consultoria** en la qual es treballa la participació activa, la motivació i demanda de la família atesa, i a continuació s'inicia el **suport terapèutic**. Tant els programes que treballen de manera individual com els que ho fan de manera grupal amb les famílies estan orientats a identificar i superar les disfuncions relacionals que afecten negativament la criança dels fills i les filles.
Titularitat	Privada, d'entitats del tercer sector social en la majoria de casos, tot i que també n'hi ha d'iniciativa pública.
Accés	En general es tracta de **serveis adreçats al conjunt de la població. Alguns es dirigeixen específicament a famílies en situació de vulnerabilitat** (com és el cas del programa CaixaProInfància), o fins i tot són exclusius per a persones usuàries dels SSB. Des del punt de vista econòmic hi ha una alta diversitat: alguns serveis són de caràcter gratuït i d'altres compten amb copagament.
Cobertura	Segons la informació disponible en el mapa de recursos en criança positiva de la Generalitat de Catalunya, hi ha un total de **114 serveis d'atenció terapèutica o psicoterapèutica a famílies a la província de Barcelona**. No es pot saber, però, si tots estan actius. Si fos així, a cada servei hi correspondrien unes 14.400 famílies del total de llars amb filles i/o fills que hi ha a la demarcació de Barcelona.
Model de gestió	Directa en el cas de les entitats del tercer sector, indirecta en el cas dels serveis d'iniciativa pública. En aquests últims, la gestió s'acostuma a fer a través d'entitats especialitzades o, fins i tot, de plataformes comunitàries.
Exemples/ Més informació	El Servei d'Acompanyament Terapèutic a les Famílies (SAFT) de Castelldefels, Olesa de Montserrat, Sant Boi de Llobregat, Lliçà de Vall, Sant Pere de Ribes, Martorell i el Masnou. Més informació a: → https://eduvic.coop/serveis-de-suport-terapeutic-a-les-families/. → Espai d'atenció a famílies del Prat de Llobregat: https://eduvic.coop/espai-datencio-a-les-families-el-prat-de-llobregat/. → Grups de parentalitat positiva de la Fundació IPSS: https://www.ipss-online.org/programas/programa-datencio-familiar-grups-de-parentalitat-positiva-i-espai-psicologic-familiar/. → Grups multifamiliars de l'Espai Bes: http://espaibes.cat/activitats/grups-familiars-de-reflexio/, i de l'entitat ABD: https://abd.ong/ca/desigualtat/grups-multifamiliars-abd/. → Treball terapèutic amb les famílies a Ventijol, associació per a la salut familiar i comunitària: https://acciosocial.org/entitats-socies/ventijol-associacio-per-a-la-salut-familiar-i-comunitaria/.

3.2.8. Iniciatives preventives i comunitàries de cura

La comunitat és un agent actiu en l'organització social de les cures o «el diamant» de les cures (que incorpora l'Administració pública, la família, el mercat i la comunitat). La cura comunitària té a veure amb el sosteniment diari de la vida a través de xarxes, vincles i espais en què es cuida més enllà de la família. Tot i així, és un element poc definit i delimitat. Són pràctiques heterogènies que recullen un ampli camp d'experiències que van del voluntariat al suport mutu i passen per serveis de gestió mixta i actuació voluntària, tant en associacions com en espais informals (Vega i Martínez, 2017).

La dimensió comunitària de les cures té una perspectiva històrica, ja que tradicionalment una part de les necessitats de cures s'ha resolt mitjançant xarxes de dones unides per llaços de veïnatge o parentiu; una realitat que ha anat perdent pes, especialment en els contextos urbans i a conseqüència de la individualització i mercantilització de molts espais de la vida (Keller, 2017). No obstant això, continuen existint **fórmules col·lectives que donen resposta a les necessitats de cura**. Algunes són més informals i d'altres tenen un grau de formalització o consolidació considerable, generalment **impulsades pel tercer sector social, l'economia social i solidària, o bé per iniciatives veïnals**. Alguns exemples d'aquestes iniciatives són els grups de criança compartida, els de lactància materna, els de suport mutu entre persones cuidadores de persones dependents, els d'autocura de treballadores de la llar o els de suport al dol. També solen incorporar una perspectiva de cures les cooperatives d'habitatge, els bancs del temps o els projectes intergeneracionals. Tots ells suposen una resposta col·lectiva que atorga centralitat i reconeixement a la cura, i es basen en l'autogestió i el suport mutu.

La COVID-19 ha traslladat al primer pla la dimensió comunitària de les cures, en un context en què «les xarxes veïnals configurades arran de la pandèmia i la seva col·laboració amb diverses organitzacions solidàries, serveis públics i empreses de proximitat, amb claus d'innovació tecnològica i social, ens donen la pauta de les possibilitats que ofereixen el territori i la comunitat per mutualitzar les cures» (Fantova, 2020).

Així doncs, durant el període de confinament derivat de la primera onada de la COVID-19, el març de 2020, van sorgir iniciatives veïnals de suport mutu, algunes de les quals han perdurat com a espais d'acció comunitària vinculats a la solidaritat i les cures. Les tasques que s'han cobert a través d'aquestes xarxes són molt diverses. Abasten des de necessitats bàsiques com anar a comprar aliments, medicaments, atendre necessitats diàries d'una persona gran o en situació de dependència que viu sola, tenir cura d'animals de companyia, etc. fins a necessitats més vinculades al suport emocional i a l'acompanyament davant de situacions de soledat no volguda. També en moltes ocasions, aquestes xarxes veïnals s'articulen com a respostes comunitàries a necessitats vinculades a l'emergència alimentària o habitacional. En tot cas, incorporen l'òptica de la promoció de l'autonomia personal, l'autocura i l'enfocament preventiu en el marc de comunitats cuidadores.

En tot cas, el grau de formalització d'aquestes xarxes i la forma d'organització difereix, però de fet es caracteritzen per **l'horitzontalitat, la participació veïnal, la reciprocitat, l'intercanvi i la voluntarietat**, i n'hi ha que compten amb l'impuls, l'experiència, el suport o l'aliança d'entitats socials que des de fa temps promouen en el territori accions comunitàries vinculades a les cures. En aquest sentit, cal destacar el paper del voluntariat social en aquest àmbit, articulat a través d'entitats del tercer sector social. En tot cas, aquestes iniciatives tendeixen a relacionar-se en una lògica de complementarietat amb els serveis públics, essencials per garantir les cures com a dret social.

Des de la perspectiva de les administracions públiques, hi ha també nombroses **iniciatives impulsades pels governs locals amb la voluntat de dinamitzar o construir espais comunitaris de cures**. Aquestes iniciatives, realitzades generalment en col·laboració amb entitats socials, contribueixen a enfortir la capil·laritat dels serveis socials en el teixit social i a desplegar polítiques d'acció comunitària, generalment identificades com un àmbit a potenciar dins l'acció dels serveis socials municipals. En aquest sentit, és d'interès el moviment de recursos del domicili a la seva prestació integrada en la comunitat, com per exemple en el marc dels SSAD, i la capacitat de crear des de les administracions locals espais d'interrelació comunitària, com ara els grups d'ajuda mútua.

Tot seguit s'analitzen dues experiències que parteixen d'aquesta voluntat dels governs locals de generar una resposta a necessitats de cures que tingui un **impacte comunitari o preventiu** en l'àmbit de l'atenció

a les persones grans: el **projecte Radars** i el **programa Els serveis socials, més a prop**. A continuació, s'expliquen altres iniciatives comunitàries promogudes per entitats socials o la ciutadania, en aquest cas en l'àmbit de l'atenció a la petita infància, com ara els **grups de criança compartida**.

3.2.8.1. Projecte Radars

El projecte Radars s'emmarca en la finalitat de desplaçar l'abordatge de la soledat no volguda de l'àmbit individual al comunitari i, per tant, abordar les cures des de la dimensió emocional, el suport mutu i l'acompanyament social. S'inscriu entre l'acció comunitària, l'envelliment actiu i l'acció dels serveis socials, en base a un model d'interacció entre l'Administració, les entitats socials i les xarxes veïnals. El projecte, impulsat per l'Ajuntament de Barcelona, s'ha estès també a altres municipis de la província de Barcelona, així com de Catalunya i l'Estat espanyol.

Així doncs, la iniciativa és impulsada pels serveis socials per tal d'implicar la ciutadania, organitzada i no organitzada, amb la voluntat de donar resposta a una necessitat de cures teixint noves confiances que superen la lògica institucional i reforcen l'acció comunitària. Es tracta d'un efecte simbòlicament positiu perquè «contribueix a l'emergència d'una comunitat que existia però no es reconeixia» (Moreno, 2018: 159). És a dir, «Serveis Socials va arribar a la conclusió que calia implicar la comunitat per tal de millorar la detecció de situacions de risc i lluitar contra la soledat que la gent gran pogues sin sentir» (Costas, 2020: 117).

Missió

Crear una xarxa comunitària per **detectar situacions de risc entre les persones grans i pal·liar les situacions de soledat no volguda**. El projecte es planteja prevenir l'aïllament i el risc d'exclusió social, amb l'objectiu que les persones continuïn vivint al domicili i millorin la seva xarxa de relacions. Els objectius van des de reduir el risc d'aïllament de les persones grans i afavorir el seu benestar fins a crear una xarxa de suport, sensibilitzar i corresponsabilitzar sobre les situacions de vulnerabilitat de les persones grans, i afavorir la relació entre generacions.

Població destinatària i cobertura

Inicialment, persones de més de 75 anys que viuen soles o acompanyades d'altres persones grans, amb una xarxa familiar i social dèbil. A partir de l'expansió del projecte a la ciutat de Barcelona, es van detectar altres necessitats i es va ampliar a **persones amb més de 65 anys que viuen soles o que se senten soles**. Les activitats també s'han ampliat més enllà de la detecció de situacions de risc a la detecció de situacions de soledat no volguda i a accions per vincular les persones grans a la comunitat.

El maig de 2020, el projecte comptava a la ciutat de Barcelona amb 1.592 persones usuàries, 1.824 radars veïnals, 1.475 radars comercials, 557 professionals de farmàcia adherits, 340 persones voluntàries i 348 entitats i serveis participants. La participació en el projecte comporta per a les persones grans una reducció de l'impacte emocional de la soledat no desitjada, com ho demostra una recent enquesta de satisfacció, en la qual el 81 % de les persones entrevistades manifesten haver millorat el seu estat d'ànim (Costas, 2020).

Accés

Universal. S'adreça a totes les persones amb més de 65 anys que viuen soles o que se senten soles.

Des del punt de vista territorial, el projecte Radars està actualment implementat al conjunt de la ciutat de Barcelona. Va néixer l'any 2008 al barri del Camp d'en Grassot, de Gràcia Nova, i a partir de 2012 es va estendre al conjunt de la ciutat tot arribant a 53 barris, especialment a partir de la Mesura de govern: Expansió del projecte Radars 2017-2019 (Ajuntament de Barcelona, 2017b), en un context de creixement del nombre de persones grans en risc d'aïllament, però també amb la voluntat dels serveis socials d'ampliar la seva capacitat d'acció amb la participació d'entitats, serveis, veïns i veïnes, i comunitat en general.

En l'àmbit de la província de Barcelona, **diversos municipis han impulsat, especialment els darrers anys, projectes amb la metodologia Radars**. Alguns d'ells són Granollers des de 2014, i, posteriorment, Igualada, Mataró, Badalona, Premià de Mar, Arenys de Mar, Arenys de Munt i d'altres. L'Ajuntament de Barcelona ofereix suport i acompanyament metodològic a aquests municipis a través de convenis de col·laboració. Alguns dels projectes s'han aturat a causa de la COVID, i es van reactivar l'any 2021.

Model d'atenció

El projecte es basa en una **xarxa de radars veïnals** (comerços, farmàcies, veïnat...) que tenen un paper fonamental en la detecció de situacions de risc de les persones grans del seu entorn. Si detecten solitud, absència de la persona, canvis d'aspecte físic o de comportament, i absència o deteriorament de la persona cuidadora ho comuniquen al projecte, des d'on professionals de serveis socials i de salut fan conjuntament una valoració del cas (condició psicològica, de salut i d'entorn), a fi de determinar si necessita algun servei de suport complementari. Quan no es presenta un deteriorament cognitiu, se la deriva a la Plataforma de Seguiment Telefònic, que és un espai de vinculació en el qual voluntaris de barri (habitualment gent gran) truquen a les persones usuàries de Radars per establir llaços d'amistat (Casas, 2020: 121).

El projecte també contempla **visites a domicili** (el «porta a porta») per part de persones voluntàries, formades i coordinades per les entitats del tercer sector social que formen part del projecte Radars, per identificar les persones grans en situació de risc o soledat i poder-ne fer la derivació a serveis socials. A més, fan un seguiment telefònic per saber com estan, compartir una estona i vincular-les a activitats socials del barri. En aquest sentit també fan activitats adaptades, acollides i acompanyaments.

Un actor important són les farmàcies, com a element de proximitat de confiança; un agent de salut integrat als barris —com s'ha mostrat especialment en els períodes de confinament derivats de la COVID-19— que pot exercir un rol informatiu, d'acompanyament en la medicació i de foment d'hàbits de vida saludable, com també de detecció de situacions de risc. En el cas de Radars, també funciona com a espai de mediació per a la trobada entre professionals de serveis socials i les persones grans.

Model de gestió

Els agents que hi intervenen són l'Administració local, entitats socials, comerços i ciutadania a títol individual, amb un rol de complementarietat. A través d'una **taula de coordinació** en què participen veïns i veïnes, persones voluntàries, entitats i comerciants del barri, i serveis públics, es defineixen les estratègies, es fa la coordinació i el seguiment de les intervencions, i es reorienta el projecte. És a dir, «l'espina dorsal del projecte és la taula d'entitats de cada territori, en la qual es reuneixen trimestralment tots els agents anteriorment citats (serveis socials i sanitaris, entitats, comerços, farmàcies, equipaments, serveis en general i voluntaris) per dissenyar, planificar i avaluar les estratègies que es duen a terme a fi d'augmentar la detecció de situacions de risc i de solitud, i aconseguir la vinculació de la gent gran als equipaments de barri» (Costas, 2020: 119).

Un dels elements clau és la creació de xarxa ciutadana i l'enfortiment dels vincles socials de proximitat. És a dir, el projecte busca construir un concepte de convivència basat en relacions comunitàries qualitatives, de respecte i suport mutu, i alhora un treball conjunt entre el veïnatge i els serveis públics. Tal com reconeix la mesura de govern que va impulsar el projecte a la ciutat de Barcelona, es vol potenciar la corresponsabilitat entre els agents del barri entenent que tant l'Administració pública com la societat civil formen part de la solució (Ajuntament de Barcelona, 2017b).

3.2.8.2. Programa Els serveis socials, més a prop

Un altre projecte adreçat a la detecció i l'atenció de les situacions de risc social de les persones grans que ha tingut una trajectòria i presència territorial important a la província de Barcelona és el programa Els serveis socials, més a prop.

Aquesta iniciativa, inspirada en experiències desenvolupades en països nòrdics, i impulsada per la Diputació de Barcelona des de l'any 2006, s'ha desplegat als municipis de la província de Barcelona amb visites a domicili a persones de més de 80 anys no usuàries de serveis socials.

Missió

Detectar necessitats de persones grans no usuàries de serveis socials, i derivar-les als serveis socials, si escau, així com **donar a conèixer l'oferta de prestacions, serveis i entitats socials del municipi**, amb l'objectiu d'afavorir la vinculació amb xarxes relacionals i activitats per fomentar un envelliment més actiu. La continuïtat del programa als municipis ha permès tenir una visió longitudinal de les necessitats i alhora fer un seguiment de les persones grans contactades.

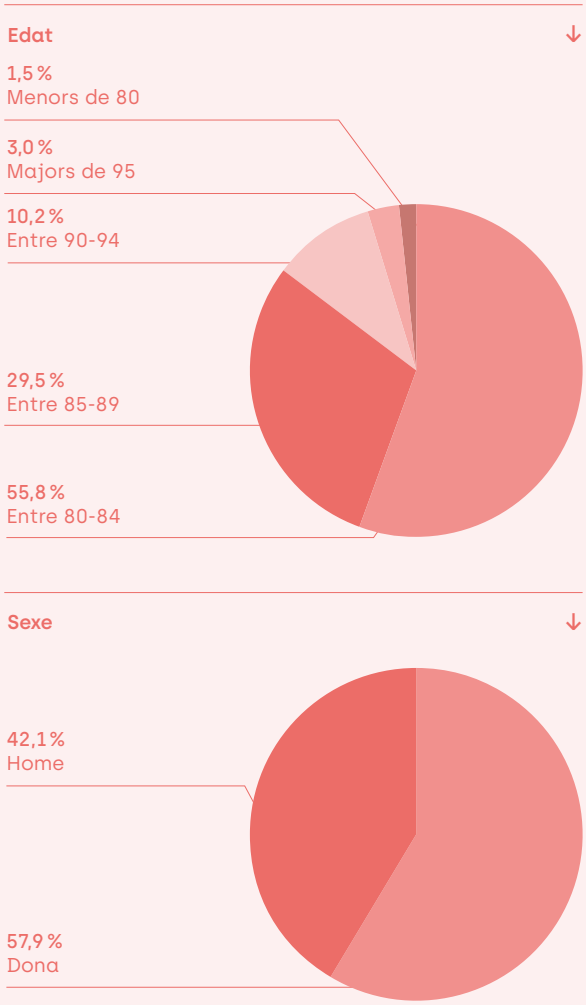
Població destinatària i cobertura

El programa s'adreça a **persones amb més de 80 anys que no reben atenció continuada o seguiment de serveis socials**.

La majoria de persones beneficiàries han estat dones, en gairebé un 60 % dels casos, i la mitjana d'edat és de 84 anys. També cal tenir en compte que un 32 % de les persones entrevistades viuen soles. Del total, la majoria, un 82 %, mantenen contacte diari o uns quants cops a la setmana amb els fills o filles, si en tenen. Aquesta realitat pot haver canviat amb l'impacte de la COVID-19, especialment pel que fa al contacte presencial.

Gràfic 3.103. Persones beneficiàries del programa Els serveis socials més a prop, per edat i sexe, 2018 i 2019.

Font: Elaboració pròpia



Accés

Universal. S'adreça a totes les persones de més de 80 anys que no són usuàries de serveis socials. El programa s'ha desplegat a **290 municipis** de la província de Barcelona des del seu inici, i ha permès entrar en contacte i valorar més de 35.000 persones grans.

El total d'ajuntaments participants en el programa ha reconegut una millora substancial del coneixement de les persones grans del municipi, així com una millora en la tasca de detecció de situacions que requereixen intervenció, unes situacions que s'anirien deteriorant i comportarien el patiment de la persona gran. Alhora, el projecte ha facilitat que les persones grans i les seves famílies disposin de més informació sobre els serveis socials i comunitaris que estan al seu abast. En definitiva, el projecte augmenta la capacitat de portar a terme una actuació més estructurada, coordinada i corresponsable.

Model d'atenció

L'essència del programa recau en una intervenció professional de l'àmbit de l'acció social que realitza, en base a un **ampli qüestionari**, una **valoració multidimensional de les necessitats de les persones grans entrevistades** —inclosa la situació d'autonomia i dependència—, la percepció de l'estat de salut, la situació de l'habitatge i la situació relacional, entre altres elements.

El programa funciona, per tant, com a eina de planificació de recursos locals adreçats a les persones grans a través de la detecció de necessitats i, alhora, com a eina de vinculació de les persones grans a serveis públics i a recursos comunitaris.

Un dels impactes més rellevants del programa és que permet identificar situacions de risc elevat entre les persones entrevistades i fer-ne una derivació immediata als serveis socials o d'urgència si el cas ho requereix. Així doncs, es poden detectar situacions precàries respecte a l'habitatge, que poden derivar en accidents o bé en dificultats afegides per fer una vida normalitzada, com també identificar problemes de salut no atesos adequadament o situacions de soledat i falta de suport familiar i comunitari que poden afectar greument el benestar de la persona gran. De mitjana, al conjunt de municipis de la província de Barcelona on s'ha intervingut, **s'ha detectat un 33 % de casos amb necessitat d'atenció**, els quals han estat derivats a serveis socials.

Model de gestió

El model de gestió es basa en la **cooperació entre la Diputació de Barcelona, els municipis de la província de Barcelona i el tercer sector social**, a través d'una entitat social que és l'encarregada de realitzar les visites a domicili, orientar les persones beneficiàries en la seva vinculació amb l'entorn i realitzar els informes individuals i agregats per a l'ens local. La Diputació de Barcelona és responsable de la planificació, el finançament i la coordinació global del programa. Els municipis col·laboren en la identificació de les persones que han de ser entrevistades i en l'atenció i el seguiment des dels serveis socials de les persones en què s'ha detectat situacions de risc o vulnerabilitat.

3.2.8.3. Grups de criança compartida

Els grups de criança compartida (GCC) són «**iniciatives comunitàries de resolució de les cures en la primera infància**, formades per famílies que s'autoorganitzen per gestionar projectes de criança per als seus fills i filles» (Keller, 2017: 168), abans de l'edat d'escolaritat obligatòria, els 6 anys. Segons aquesta autora, sorgeixen com una alternativa al sistema públic d'escoles bressol, no tant per la insuficiència de places, sinó en busca d'un altre model pedagògic. Les principals crítiques se centren en l'excessiva ràtio d'infants per professional a càrrec, i en els canvis de professionals, i reivindiquen el paper de les famílies en el procés educatiu dels fills i filles.

Missió

Crear un espai de criança segur i estimulant per a nens i nenes, que cobreixi les necessitats bàsiques quotidianes, però també d'aprenentatge i de socialització. Busquen oferir un model educatiu i de cures alternatiu a l'habitual, amb una **major relació entre els pares, mares i infants, i amb un grau de decisió sobre tots els aspectes de la criança més elevat**. Els objectius d'aquests espais no són homogenis, es configuren de manera *ad hoc* segons les necessitats de cada comunitat de criança.

Població destinatària i cobertura

Famílies amb infants generalment d'entre 1 i 3 anys, tot i que hi ha casos que el servei s'amplia fins als 6 o que atén infants menors d'1 any.

Tot i que no hi ha dades en aquest sentit, elements com ara la disponibilitat de temps o de recursos econòmics poden actuar com a **barreres per a les famílies de rendes baixes o mitjanes-baixes**, ja que no disposen generalment ni del temps ni dels ingressos suficients per dedicar-se al grup.

Accés

És limitat a les **famílies que conformen la comunitat**, les quals hi han de contribuir amb dedicació de temps i/o amb quotes monetàries. Hi ha exemples de grups gratuïts, tot i que es tracta d'activitats puntuals i no de serveis de criança estables.

Model d'atenció

Són espais de característiques molt diverses. Estan impulsats per agrupacions de mares i pares sota un paraigua formal (per exemple, una associació) o bé sense estar legalment constituïdes. Són iniciatives de petita escala i vinculades al veïnat que generen llaços de solidaritat i de suport mutu. En alguns casos, el treball de cures recau totalment en les mares i els pares, que ofereixen part del seu temps a la **cura col·lectiva dels infants**, però és habitual que comptin amb **professionals**

amb coneixement i experiència específica en maternitat i criança que donen suport a l'atenció. En qualsevol cas, els GCC compten sempre amb una gran participació dels pares i les mares en el funcionament i en la presa de decisions.

S'inspiren en diferents enfocaments i tipus de pedagogies, com ara les escoles lliures, els espais Waldorf, les escoles Montessori, l'enfocament Reggio-Emilia, les escoles-bosc, etc. En tots els casos, la ràtio d'infants per persona adulta a càrrec no supera els 8.

La pauta general dels grups és que tots els membres adults de la família s'impliquin en el projecte. No obstant això, l'aportació de dones i homes està lluny de ser la mateixa pel que fa a càrrega d'hores i tipus de tasques, i **els grups estan molt feminitzats**.

Model de gestió

La gestió és directa per part de les famílies, amb independència de si es contracten professionals per donar suport en les tasques de cura. Es tracta de grups **autogestionats** i compten amb mecanismes de presa de decisions horitzontals.

Finalment, es recullen de manera resumida altres iniciatives comunitàries de suport a la criança que considerem rellevants per la seva singularitat i capacitat d'innovació.

Altres iniciatives comunitàries de suport a la criança

Mares (i pares) de dia

Una Mare de dia és un servei socioeducatiu que acull nens i nenes d'entre els 4 mesos i els 3 anys d'edat en grups reduïts (no més de quatre infants). Sovint es desenvolupa directament a la llar de la persona que ofereix el servei, la qual s'habilita de manera específica. El principal objectiu és l'oferta d'un servei d'atenció a la petita infància personalitzat, professional i de qualitat a la llar, amb un ritme i ambient quotidià, i amb una ràtio d'infants per persona cuidadora molt baixa.

La funció de la Mare de dia és molt similar a la d'una educadora infantil, tot i que no s'identifica com a tal, i generalment compta amb formació específica en l'àmbit. Té una gran relació amb la família del nen o nena, i treballa en xarxa amb la resta de mares de dia. Aquesta figura de Mares o Pares de dia s'ha anat incrementant els últims anys, com a importació a Catalunya del model de «llar de criança» dels països nòrdics.

Es tracta d'iniciatives comunitàries que s'organitzen a través d'associacions i cooperatives de treball.

Servei de famílies col·laboradores

Servei impulsat per ajuntaments, o per entitats socials, que posa en contacte famílies que es troben en situacions de dificultat (per exemple, famílies monoparentals, mares i pares sense xarxa familiar i baixos ingressos, mares que viuen en centres penitenciaris) amb d'altres que s'ofereixen a tenir cura dels infants en algun moment de la setmana de manera temporal i voluntària. L'objectiu és afavorir el suport mutu i la col·laboració entre veïns i veïnes. La família voluntària integra els infants al seu nucli familiar en uns moments concrets.

Grups d'alletament

Els grups d'alletament són espais que donen suport al procés d'alletament de les mares als seus nadons. Habitualment, aquests grups es dediquen a cobrir necessitats informatives i a ajudar en el procés de la lactància materna.

Un dels objectius principals és la normalització de la lactància materna, així com visibilitzar i normalitzar els beneficis que presenta tant per a la mare com per al nadó. A més, s'estableix una xarxa de relació i suport entre les mares que permet crear un espai d'atenció que repercuteix positivament en l'àmbit familiar.

Segons la Federació Catalana de Grups de Suport a la Lactància Materna, actualment hi ha grups actius a totes les províncies de Catalunya. Aquests grups solen estar organitzats per serveis de voluntariat promoguts per una associació que treballa en aquest sector. Tot i així, en alguns casos, és l'Administració pública local la que els crea i promociona. Els grups solen estar conduïts per una dona, o grup de dones, que fan el paper d'«assessora de lactància» i són les encarregades, durant les reunions periòdiques, d'oferir informació i suport directe a les mares que volen alletar els seus nadons, així com de promoure l'ajuda mútua entre les participants.

Síntesi i conclusions

04.

Aquest informe presenta una anàlisi sociodemogràfica de la població i dels serveis que contribueixen a configurar un sistema públic de cures en l'entorn domiciliari i comunitari a la província de Barcelona, amb la voluntat de ser una temptativa d'escenari de necessitats i mapa de recursos i tendències de cara a repensar l'enfortiment del sistema públic de cures en la comunitat en aquest territori.

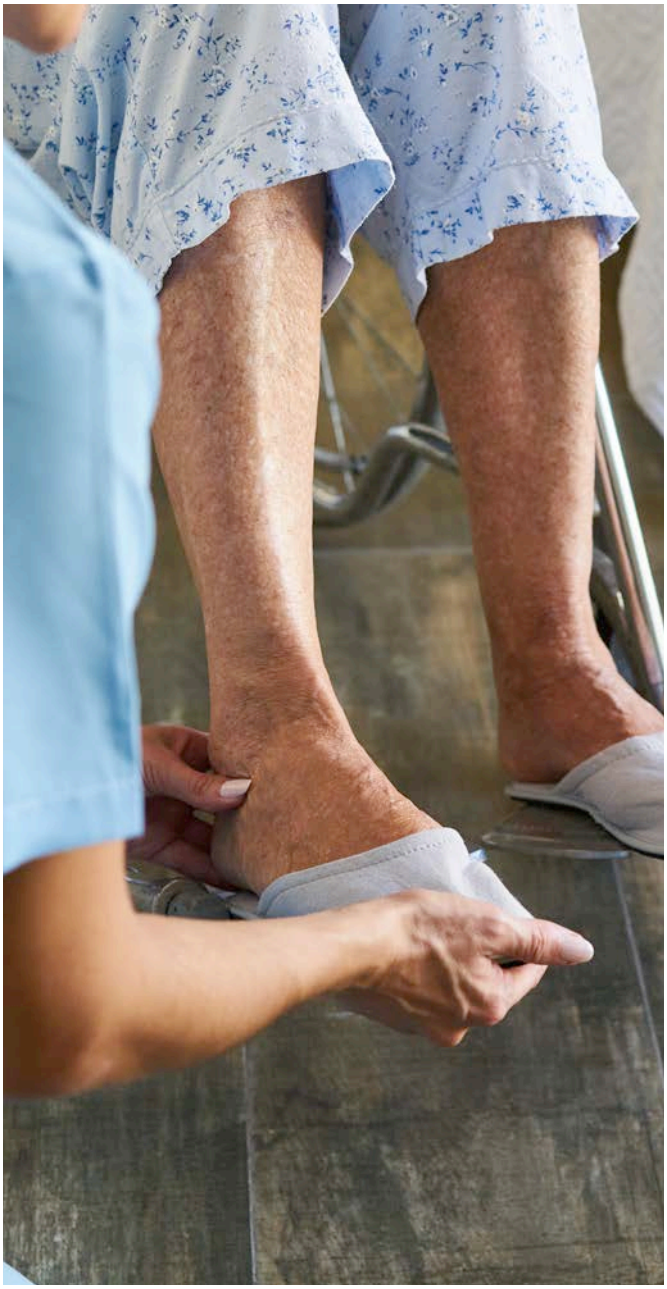
L'impacte sanitari i social de la pandèmia causada per la COVID-19 ha posat en evidència debilitats importants que afectaven el Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència, i ha ressituat reptes que provenen d'un desenvolupament limitat de polítiques socials que donin resposta a les necessitats de cures per a l'atenció a les situacions de fragilitat, dependència i discapacitat al domicili i en l'entorn comunitari, i també per a una adequada atenció a la infància, especialment els primers anys de vida, des d'una perspectiva de més equitat social i de gènere.

Aquest document no pretén apuntar solucions a aquests reptes, fet que serà abordat en informes posteriors a través del debat amb agents que des de diferents àmbits estan implicats i implicades en el treball i els serveis de cures. L'informe actual presenta un retrat sociodemogràfic que apunta necessitats i un mapa de serveis i recursos que es despleguen als municipis de la província de Barcelona per contribuir a socialitzar les cures cap al sector públic i comunitari, en un context en què predomina el paper de les famílies, especialment de les dones, i on també té un pes important el sector mercantil, en molts casos en el marc de l'economia informal.

L'informe se centra especialment en serveis assistencials, però alhora vol posar de relleu la importància del foment de la salut i l'autonomia personal en totes les etapes de la vida mitjançant la prevenció i el suport a les persones que cuiden.

Així mateix, el document, si bé apunta alguns dels impactes que la COVID-19 ha tingut sobre els serveis de cures, no pretén fer-ne una anàlisi en profunditat sinó situar els reptes del sistema de cures des d'una perspectiva evolutiva i de trajectòria recent.

També cal posar de relleu les mancances en matèria de dades estadístiques desagregades a escala municipal i amb perspectiva de gènere i interseccional que no ha permès fer una anàlisi més acurada en termes d'equitat territorial i de gènere en l'accessibilitat i l'impacte dels serveis i recursos. Així mateix, no s'han pogut identificar dades de l'origen de les persones ocupades en el sector de les cures, fet que ajudaria a posar de relleu la presència de les persones migrades en el sector. Una altra de les mancances se situa en les dades de demanda de serveis, i de la seva cobertura i llistes d'espera, així com d'avaluació de la qualitat, que ha obligat en alguns casos a fer un estudi *ad hoc*. Tant la informació i l'anàlisi de la demanda atesa i no atesa com l'avaluació de la gestió dels serveis i de la qualitat es consideren reptes pendents.



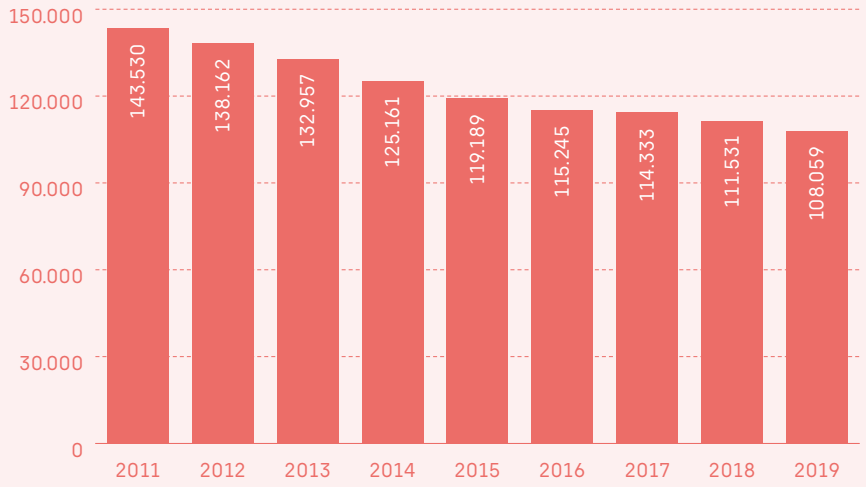
4.1. ESCENARI SOCIODEMOGRÀFIC: EL DIBUIX DE LES NECESSITATS

Des de la perspectiva dels **components de creixement demogràfic**, a la província de Barcelona (exclosa de l'anàlisi la ciutat de Barcelona), hi ha hagut un descens molt significatiu de la població de 0 a 2 anys durant la darrera dècada. També s'ha produït una disminució (aproximadament d'un 5 % durant cinc anys) de naixements per cada 1.000 dones en edat fèrtil. La taxa de fecunditat és més elevada als municipis grans que als petits, però amb un comportament diferencial per comarques.

De 2011 a 2019 ha disminuït un **25 %** la població de 0 a 2 anys a la província de Barcelona.

Gràfic síntesi 1. Evolució de la població de 0-2 anys a la província de Barcelona, sense Barcelona ciutat, 2011-2019.

Font: Cercle de comparació intermunicipal d'escoles bressol. Resultats any 2019. Diputació de Barcelona, 2020



Tant els municipis més petits (de menys de 5.000 habitants) com els més grans (amb més de 70.000) són els que es troben més envellits, especialment el col·lectiu de dones.

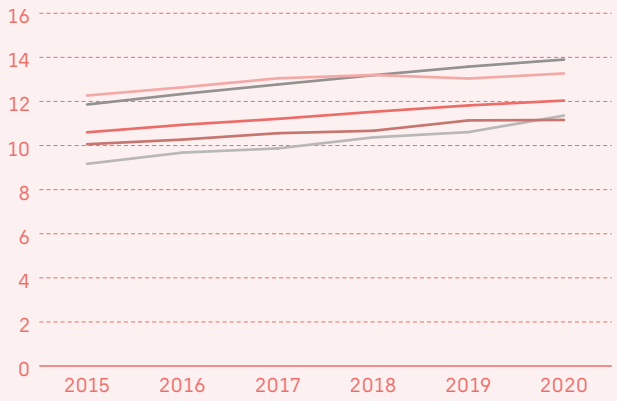
Des del punt de vista de **l'estructura de la població**, es posa de manifest la pèrdua del nombre d'efectius poblacionals d'edats infantils i joves amb el consegüent increment de l'envelliment de la població. Si bé es tracta d'una tendència general a la província de Barcelona, es detecten diferències des de la perspectiva territorial i de gènere.

Així doncs, **l'envelliment i el sobreenvelliment es caracteritza per tenir un rostre femení**, i cal considerar que l'envelliment de les dones és superior als municipis més grans que als més petits, mentre que el sobreenvelliment femení es presenta com un fenomen més propi dels municipis amb menys de 5.000 habitants.

En termes generals, sobretot als municipis més petits, la tendència demogràfica es caracteritza per un menor creixement demogràfic, el descens de la natalitat i l'envelliment de la població.

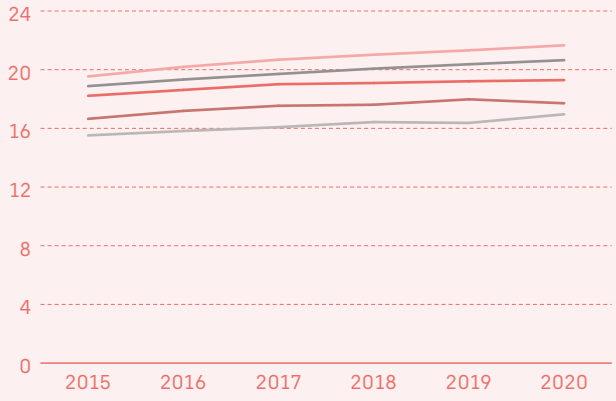
Gràfic síntesi 2. Índex de sobreenvelliment dels homes per trams poblacionals, 2015-2020.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'INE



Gràfic síntesi 3. Índex de sobreenvelliment de les dones per trams poblacionals, 2015-2020.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'INE



En relació a **l'índex de dependència**, s'observa que als municipis de més de 70.000 habitants l'envelliment de la població no s'acompanya de més dependència juvenil[122] i global,[123] a diferència del que passa als municipis més petits, tot i que hi ha divergències per gènere.

Les llars amb algun membre de 65 anys o més han passat del **40 %** a gairebé el **45 %** de 2014 a 2019. També creixen les llars unipersonals d'aquest grup d'edat.

Quant a la **tipologia de les llars**, al llarg dels últims anys **s'han incrementat les llars amb persones grans** a conseqüència de l'envelliment de la població. Es tracta d'una tendència que cal considerar a l'hora de dissenyar un nou sistema de cura, tant pel que fa a les necessitats d'atenció a la dependència com pel risc d'una soledat no desitjada cada cop més important.

Alhora, la disminució de la natalitat comporta una **disminució lleu, d'un 0,9 % entre 2013 i 2020, del percentatge de llars amb fills i filles**.

Si s'observen les llars monoparentals, s'identifica que persisteixen com a realitat femenina (amb una proporció del 80 % de dones i el 20 % d'homes). També s'observa, d'una banda, un lleuger increment de les llars monoparentals amb fills i filles majors d'edat i, de l'altra, una lleugera disminució d'aquesta tipologia de llars amb infants menors de 12 anys.

El conjunt de dades presentades ens porten a un **canvi en l'estructura de la població en termes regressius**, amb una pèrdua del nombre d'efectius poblacionals d'edats infantils i joves i amb el conseqüent increment dels trams adults.

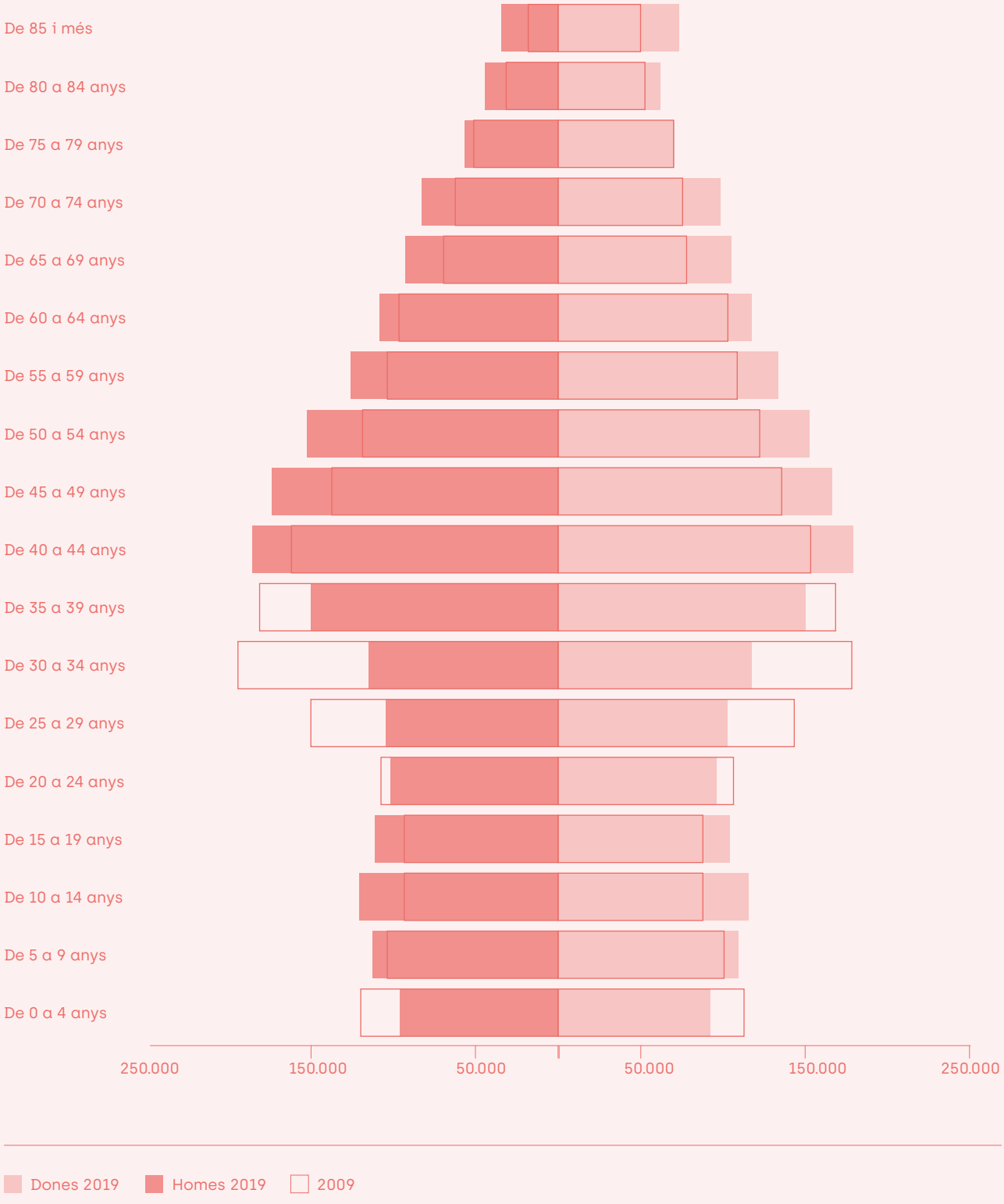
Un **80 %** de les llars monoparentals estan encapçalades per dones.

[122] L'índex de dependència juvenil és la relació entre els individus en edat no activa, de 0 a 15 anys, respecte a la població potencialment activa, de 16 a 64 anys.

[123] L'índex de dependència global és la relació entre els individus en edat no activa (de 0 a 15 anys i de 65 anys o més) respecte a la població potencialment activa (de 16 a 64 anys).

Gràfic síntesi 4. Piràmide de població de la província de Barcelona, 2009 i 2019.

Font: Programa Hermes



Finalment, el **retrat sociodemogràfic de la discapacitat** indica que, segons dades de l'any 2020, en tot el territori de la província de Barcelona hi havia 460.530 persones amb reconeixement legal de discapacitat, una xifra que representa **el 8 % sobre la població total** i es manté estable al llarg del temps.

La població amb discapacitat presenta un equilibri per sexes —excepte en el cas dels municipis més grans, on el percentatge de dones és significativament superior al dels homes— i majoritàriament es troba en edat laboral; pel que fa a la tipologia, la meitat de la població presenta una discapacitat de caràcter físic.

Un **35 %** de les persones amb discapacitat té entre 45 i 64 anys.

4.2. EL SISTEMA PER A L'AUTONOMIA I L'ATENCIÓ A LA DEPENDÈNCIA

Aquest apartat presenta el desplegament de la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (LAPAD) a la província de Barcelona, mitjançant l'anàlisi de les persones beneficiàries de prestacions del Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a les persones en situació de Dependència (SAAD). Cal tenir en compte que, d'una banda, encara que la manca d'autonomia personal és més freqüent en la població de més edat, les situacions de dependència en els termes que reconeix la Llei poden estar presents en **qualsevol etapa de la vida**.

Un **72,1 %** de les persones beneficiàries de la LAPAD que reben prestació a la província de Barcelona tenen més de 65 anys. El **5,3 %** tenen menys de 18 anys.

D'altra banda, les dones protagonitzen l'atenció a la dependència; són les principals responsables del treball de cures, de forma remunerada o no, i també són les **destinatàries principals dels serveis de cures de llarga durada**, a causa d'una major esperança de vida i de pitjors condicions de salut en l'envelliment. Tenint en compte que les dones arriben de mitjana a l'edat de jubilació amb pensions més baixes i, per tant, amb menys recursos per poder accedir als serveis de cures en l'àmbit privat, el desplegament de prestacions o serveis públics d'atenció a la dependència és un element d'equitat social i de gènere.

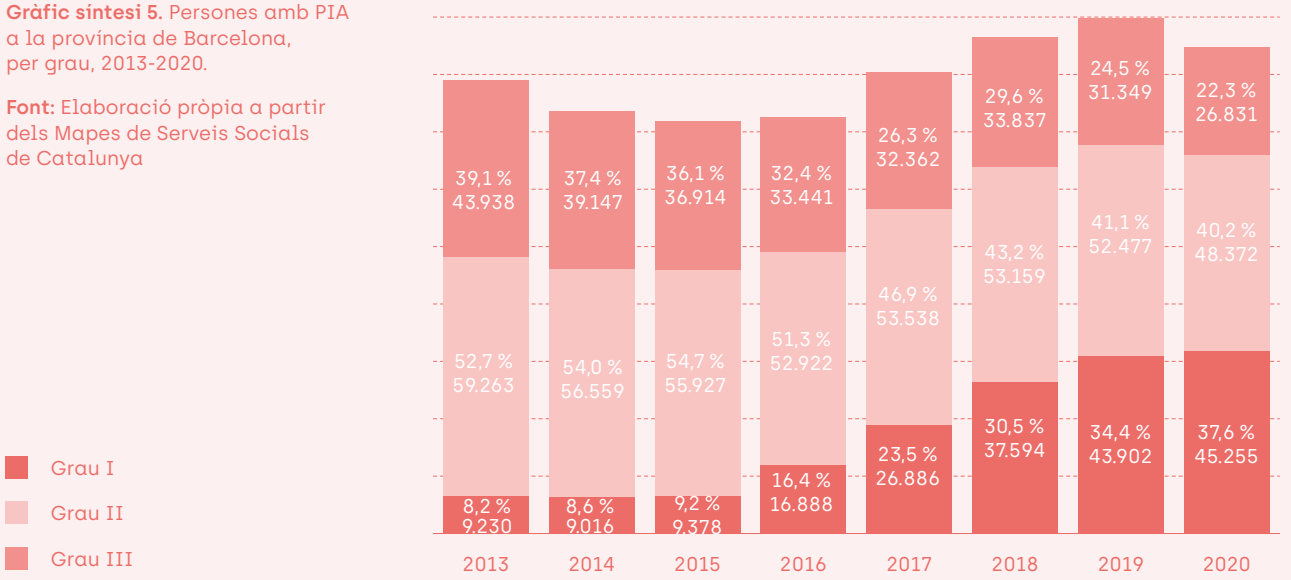
Un **64,9 %** de les persones que reben una prestació del Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència són dones.

Quant al grau de dependència, amb el pas dels anys, la distribució de la població en situació de dependència que té un PIA vigent a la província de Barcelona se situa amb una base més àmplia de persones amb menys dependència (Grau I) i amb proporcions decreixents de gran dependència, a causa de la normativa de desplegament del sistema que ha estat progressiva per als diferents graus.

Així doncs, d'acord amb **la importància relativa i creixent del Grau I**, el sistema de cures haurà de repensar recursos i prestacions per atendre una població menys dependent i que, de manera majoritària, vol viure a casa seva. Cal tenir en compte, també, l'impacte important en la salut i el deteriorament de l'autonomia personal que la soledat no desitjada i l'aïllament social estan tenint en les persones grans que es troben en aquestes situacions i que poden requerir serveis més preventius.

Gràfic síntesi 5. Persones amb PIA a la província de Barcelona, per grau, 2013-2020.

Font: Elaboració pròpia a partir dels Mapes de Serveis Socials de Catalunya



Un **47,9 %** de les prestacions del SAAD a la província de Barcelona són econòmiques. Als municipis de menys de 20.000 habitants representen un **58,1 %**.

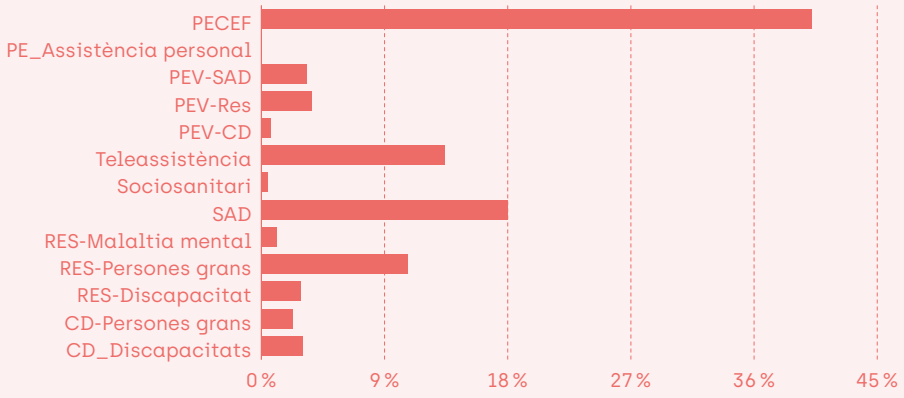
Quant a les prestacions del sistema, la LAPAD ha suposat un marc estable de recursos i serveis per a la promoció de l'autonomia personal i l'atenció a la dependència. La Llei estableix els serveis com a prioritaris, però el seu desplegament ha estat limitat a la província de Barcelona.

Així doncs, les prestacions econòmiques suposen gairebé la meitat del total i el seu pes és més elevat als municipis de menys de 20.000 habitants. Això s'explica per la gran proporció de prestacions econòmiques per a persones cuidadores no professionals (PECEF).

Entre les raons subjacents a la creació del SAAD figurava disminuir la càrrega que suposava per a les llars, i sobretot per a les dones, la responsabilitat de les cures. Tot i això, encara no s'ha superat el paper marcadament predominant de les atencions proporcionades tradicionalment en l'entorn familiar, especialment **als municipis de menys de 5.000 habitants de la província de Barcelona, en què la PECEF representa de mitjana un 50,2 % del conjunt de prestacions del SAAD**, 10 punts percentuals per sobre de la mitjana de la província de Barcelona, que és del 40,2 %.

Gràfic síntesi 6. Percentatge de cada prestació del SAAD a la província de Barcelona respecte del total de prestacions, 2021.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de la dependència a Catalunya del departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya, febrer 2021



1 de cada 2 PIA contempla l'atenció amb persones cuidadores no professionals (PECEF)

Si s'observa l'evolució dels PIA que contemplen PECEF, la tendència dels darrers anys ha estat a disminuir, tot i que s'apunta un lleuger creixement proporcional l'any 2020. Tanmateix, encara és d'hora per veure l'impacte de la COVID-19 i les seves conseqüències socials i econòmiques en aquesta aturada del descens de les cures no professionals. En tot cas, per una banda, el **suport a les persones cuidadores no professionals** que representen el recurs més important de cures del SAAD i, per l'altra, la **professionalització dels serveis de cures al domicili o a l'entorn comunitari** davant d'una tendència a reduir-se la cura familiar, són reptes de futur.

En relació a les prestacions de tipus residencial i les que permeten viure a la llar, d'una banda, si es compara l'atenció en l'entorn comunitari (que proporcionen les prestacions del SAD, teleassistència, centre de dia i PECEF, principalment) i en el residencial, el primer presenta un percentatge molt superior a causa de l'efecte de la PECEF. De l'altra, si es compara l'evolució de l'atenció residencial amb la dels serveis que permeten continuar al domicili adreçats a persones grans,[124] **s'observa que ha disminuït l'atenció residencial (d'un 23,4 % dels PIA l'any 2013 s'ha passat a un 18,3 % l'any 2020) i que el SAD ha crescut proporcionalment (fins a un 27,2 % dels PIA).**

Un **18,9 %** de les prestacions del SAAD a la província de Barcelona són residencials. Als municipis que no arriben als 20.000 habitants superen el **25 %**.

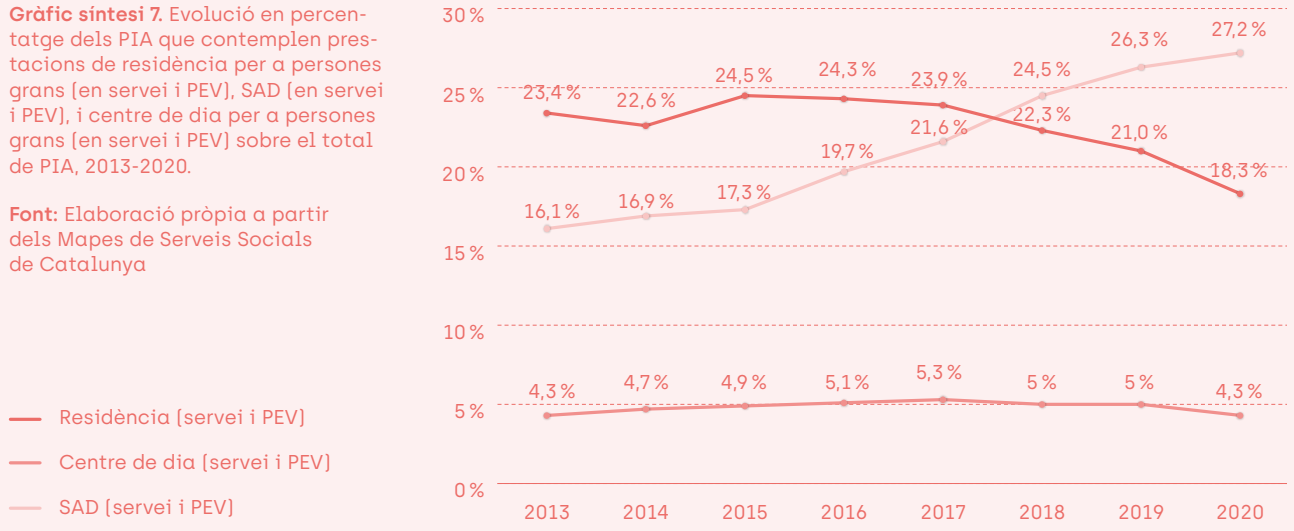
Si bé aquestes xifres es poden veure afectades per l'efecte de la pandèmia de la COVID-19, la tendència a la disminució proporcional dels PIA amb residència per a persones grans i el creixement dels del SAD es produeix des de 2015, a conseqüència de l'entrada en el sistema de persones beneficiàries amb dependència moderada, més propenses a utilitzar el servei del SAD i sense accés als serveis residencials en el marc de la LAPAD. Tot i així, la disminució proporcional de l'atenció residencial ha estat lleu, de manera que les dades apunten que el creixement del SAD s'ha fet a costa de la disminució de la PECEF, que ha estat més intensa —amb mesures impulsades per l'Administració de l'Estat que ho han potenciat—. Malgrat tot, **l'atenció residencial continua tenint un pes important en el model d'atenció**, i suposa el 14,7 % de prestacions del SAAD a la província de Barcelona (sense contemplar la PEV-residència), mentre que al conjunt de l'Estat representa el 10,9 %.

La mesura en què el SAD pot acabar reduint de manera efectiva els ingressos residencials i les cures no professionals dependrà possiblement de dos factors. En primer lloc, de la intensitat del servei, que l'any 2020 era de 21 hores mensuals de mitjana per al SAD dependència, les quals arriben a la intensitat prevista per la normativa per a les persones amb Grau I de dependència, que suposen el 55 % del total d'usuaris d'aquesta modalitat del SAD, però en general no cobreixen els mínims previstos per la legislació en el Grau II i sobretot en el Grau III. En segon lloc, també és rellevant fer compatible el SAD amb altres prestacions de servei i econòmiques de la cartera del SAAD. En aquest sentit, el pla de xoc per a l'impuls del Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència, del Ministeri de Drets Socials i Agenda 2030, preveu una avaluació general del SAAD, i planteja l'increment de les intensitats horàries i l'ampliació de compatibilitats entre les diferents prestacions i serveis, així com la regulació dels serveis de respir, suport i formació per als cuidadors i cuidadores no professionals.

[124] S'analitzen comparativament només el SAD i el centre de dia, ja que la teleassistència actua en gairebé tots els casos com a servei complementari, i el servei de prevenció de la dependència i promoció de l'autonomia personal, i també la prestació econòmica d'assistència personal, són gairebé inexistents a la província de Barcelona.

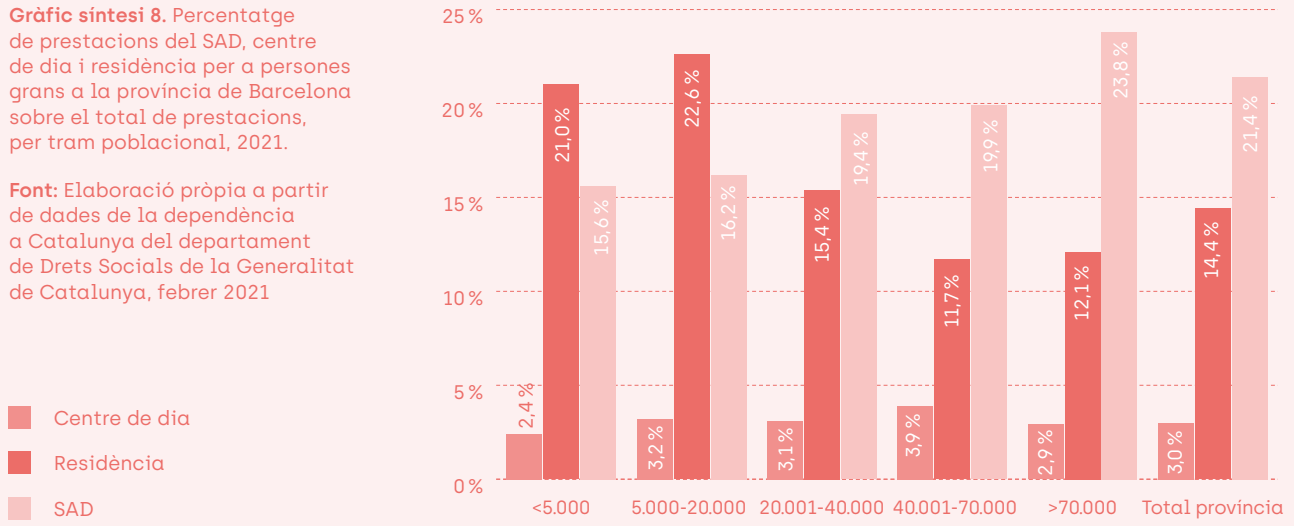
Gràfic síntesi 7. Evolució en percentatge dels PIA que contemplen prestacions de residència per a persones grans (en servei i PEV), SAD (en servei i PEV), i centre de dia per a persones grans (en servei i PEV) sobre el total de PIA, 2013-2020.

Font: Elaboració pròpia a partir dels Mapes de Serveis Socials de Catalunya



Gràfic síntesi 8. Percentatge de prestacions del SAD, centre de dia i residència per a persones grans a la província de Barcelona sobre el total de prestacions, per tram poblacional, 2021.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de la dependència a Catalunya del departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya, febrer 2021



En síntesi, el SAD (analitzat conjuntament en servei i PEV, tot i que aquesta representa només un 15 % del conjunt) ha experimentat un creixement important els últims cinc anys: ha arribat al 27,2 % dels PIA i representa el 21,4 % de prestacions. Tot i així, cal tenir en compte l'heterogeneïtat del territori, ja que **als municipis amb menys de 20.000 habitants de la província de Barcelona el SAD representa, de mitjana, un percentatge molt menor (entre el 15,6 % i el 16,2 % de les prestacions), i es veu superat per l'atenció residencial en persones grans**. En aquest sentit, cal posar l'accent en l'equitat territorial i a superar possibles dificultats en la prestació del SAD en zones rurals o poc poblades.

Igualment, cal tenir en compte que el centre de dia per a persones grans té una cobertura molt baixa, del 4,3 % dels PIA (en servei i PEV), i al voltant del 3 % de les prestacions, tot i representar un servei amb un impacte important en el suport a les cures, des d'un vessant comunitari, i també en les persones cuidadores no professionals. Alhora, hi ha una manca de dades sobre el servei de transport, un complement necessari del servei de centre de dia.

Finalment, en el marc de l'atenció en l'entorn comunitari, la prestació econòmica per al servei d'assistència personal, tot i la seva escassa implementació (un 0,04 % de les prestacions del SAAD de la província de Barcelona l'any 2021), té una considerable potencialitat com a servei de suport a la vida independent i de promoció de l'autonomia per assolir una plena participació social en tots els àmbits, de manera que és desitjable que s'expandeixi en el sistema públic de cures del futur. L'anàlisi destaca alguns reptes del SAAD a la província de Barcelona —en gran mesura compartits amb el sistema de la dependència a escala estatal—, com ara una millora de l'accessibilitat, els temps d'espera i l'oferta equitativa de serveis en el territori, com també de la igualtat de gènere, entenent que la tendència a situar les cures al domicili recau sobretot en les xarxes familiars i en la sobrecàrrega de les dones, les principals cuidadores. La confluència del creixement de l'atur per la crisi econòmica derivada de la COVID-19, la disminució de la renda de les famílies i la crisi del model residencial podrien apuntar a un creixement de la demanda de la PECEF si no es fa una aposta per uns serveis públics de qualitat i professionalitzats d'atenció al domicili i en l'entorn comunitari. La crisi de les cures obliga, també, a reforçar el vessant preventiu dels serveis per evitar la pèrdua de l'autonomia personal des d'una perspectiva de gènere que tingui en compte el pitjor estat de salut de les dones, i alhora acompanyar els projectes de vida que majoritàriament passen per viure al domicili propi. En aquest sentit, cal tenir més presents també les necessitats dels infants i adolescents en situació de dependència reconeguda per la Llei, que representen una proporció menor però amb necessitats específiques.

Finalment, cal tenir en compte l'element de la sostenibilitat financera. Així, l'anticipació a l'augment de la demanda de serveis professionalitzats de cures de llarga durada constitueix un repte per a les polítiques socials que han de poder preparar-se amb estratègies a mitjà i llarg termini que incloguin els municipis i ens locals com a agents rellevants, sense deixar de banda la necessitat de donar suport a l'entorn familiar de la persona en situació de dependència.

4.3. SERVEI DE TELEASSISTÈNCIA

El Servei de teleassistència es caracteritza pel fet que té un **enfocament predominantment preventiu**, i respon a les necessitats d'una gran diversitat de situacions, alhora que proporciona seguretat i tranquil·litat a les persones usuàries i a les seves famílies. El desplegament d'aquest recurs s'emmarca en les possibilitats que ofereixen les tecnologies en el suport a les cures, un camí amb gran recorregut en què s'imbriquen aspectes de l'ètica de la cura, l'atenció centrada en la persona i la integralitat de les intervencions des de la cooperació de diferents agents.

Des de l'any 2005, a la província de Barcelona aquest servei es desplega a través del Servei Local de Teleassistència (SLT) de la Diputació de Barcelona, que dona cobertura als 310 municipis de la província a excepció de Barcelona ciutat —que compta amb el seu propi servei—. D'altra banda, en un 53 % és finançat pels municipis, i en un 47 % per la Diputació de Barcelona.

Actualment, **90.591** persones
són usuàries de la teleassistència
a la província de Barcelona, un **12,8 %**
de les persones de 65 anys o més.

La teleassistència ha esdevingut un dels programes socials amb més impacte dins del conjunt dels serveis socials d'atenció domiciliària de la província de Barcelona, tant per la seva cobertura territorial (**100 % del territori**) com pel seu abast (ha passat —amb dades de la província sense Barcelona ciutat— de 3.000 persones usuàries l'any 2005 a les més de 90.000 actuals) i per la seva **activitat reactiva i proactiva constant**.

Un 12,8 % de les persones de 65 anys o més tenen el servei a l'abast. Des del punt de vista de la dimensió poblacional del municipi, es detecta **una més gran cobertura de la població que passa dels 65 anys als municipis més petits** de menys de 5.000 habitants, on arriba al 13,4 %, seguits dels que superen els 70.000 habitants, on el 12,9 % de persones de 65 anys o més en disposen.

Un salt qualitatiu i de reforç del vessant preventiu i predictiu del servei ha estat la transformació en **teleassistència avançada**, que permet una optimització de solucions tecnològiques per facilitar les cures i la quotidianitat de les persones, no només com a instrument d'emergència sinó de suport al manteniment de l'autonomia personal en el dia a dia.

Per tant, és un servei que fa un contacte directe i habitual amb la persona usuària i disposa de diferents recursos, programes d'atenció integral i tecnologia complementària:

- **Dispositius de seguretat i adaptació a necessitats especials**: la teleassistència es complementa, en funció de la valoració de les necessitats de cada persona —que es fa de manera inicial i continuada— amb dispositius per detectar riscos a la llar com els **detectors de foc/fum, gas o monòxid de carboni**, i els orientats a prevenir riscos sobre la persona com ara són els **detectors de mobilitat o de caigudes**. També hi ha **dispositius adaptats a necessitats especials**, per exemple les limitacions de mobilitat en les extremitats superiors o quan hi ha una discapacitat auditiva o dificultats en la parla, i la **teleassistència mòbil** per a persones que viuen en entorns rurals aïllats.

L'SLT disposa de **20.873** dispositius de seguretat, dels quals més del **50 %** són detectors de foc/fum.

- **Campanyes d'envelliment actiu i saludable i prevenció de riscos** que, amb trucades, visites o xerrades al territori, fan arribar a les persones usuàries del servei **consells** de seguretat sobre consum, sobre com actuar en situacions de meteorologia extrema, i sobre salut i bon ús del servei, entre d'altres. En aquest sentit, el servei va esdevenir un suport important durant el període de confinament per la COVID-19, mitjançant trucades de seguiment per donar informació i acompanyar les persones usuàries.

L'any 2020 es van gestionar més de **5 milions** de trucades. Gairebé 2 milions van ser de seguiment des del servei a les persones usuàries.

- **Programes especials d'atenció**: s'ha posat en marxa un **protocol de prevenció i detecció del suïcidi** i un altre de **prevenció, detecció i actuació quan es té la sospita de maltractaments** en col·laboració amb el cos de Mossos d'Esquadra.

D'aquesta manera, la teleassistència actua com a eina de detecció de maltractaments a les persones grans i de violència masclista, i els casos es deriven a serveis especialitzats.

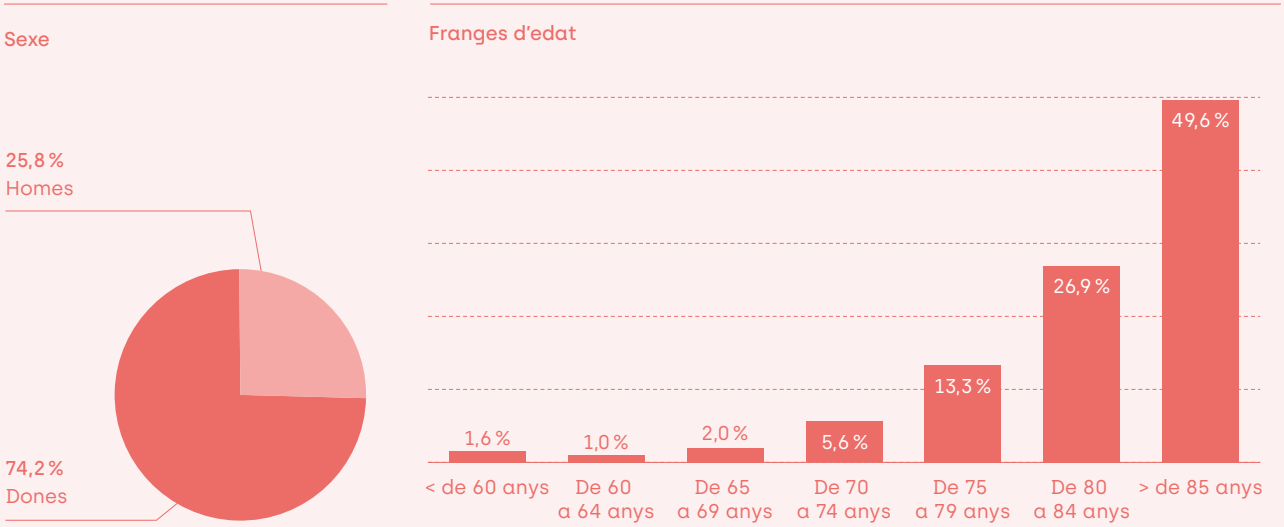
Des de 2016 s'han detectat **1.839** possibles casos de maltractament. En un **88,4 %** la presumpta víctima era una dona, i en el **72,9 %** el presumpte agressor era un home.

En el perfil de les persones que són ateses per la teleassistència, destaca una gran majoria de dones de més de 80 anys.

La meitat de les persones usuàries de la teleassistència **viuen soles** i només **un 19 % tenen reconegut el grau de dependència**. Per tant, es confirma que funciona com a recurs eminentment preventiu per poder garantir l'autonomia a casa mateix i alhora rellevant en la detecció precoç i el suport a persones en situació de deteriorament cognitiu o de soledat no desitjada o de vulnerabilitat, especialment entre dones grans, que són les principals usuàries del servei i un sector de la població generalment invisibilitzat.

Gràfic síntesi 9. Perfil de les persones usuàries del Servei Local de Teleassistència, 2020.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Servei Local de Teleassistència



L'índex de satisfacció mitjana és de **4,5** sobre **5**.

En general, són persones que valoren positivament el servei. **El 94 % de les enquestades considera que reben l'atenció que necessiten** (trucades, visites, detectors assignats...). Sobretot, valoren positivament la informació i les recomanacions que reben des del centre d'atenció a través del programa de promoció de l'envelliment actiu.

Quant al cost del servei per a la ciutadania, cal dir que en gairebé la meitat dels municipis de la província de Barcelona s'ofereix gratuïtament.

El **53,4 %** dels municipis ofereix el servei amb copagament de les persones usuàries.

En relació a l'equip professional, el Servei Local de Teleassistència funciona a partir d'un **equip de professionals divers i feminitzat**. La gran majoria són teleoperadores que fan trucades informatives, preventives i de seguiment, i que es coordinen amb recursos externs o amb l'entorn o la família de la persona usuària.

També és important el paper del o la coordinadora de zona, que és la persona referent per a la persona usuària i la que fa les visites inicials i de seguiment.

A banda del personal tècnic, també hi ha perfils especialitzats en l'àmbit de la prevenció del suïcidi o dels maltractaments i per a l'acció comunitària i de participació.

El **68 %** dels professionals del Servei Local de Teleassistència són dones.

Del total de professionals del servei, un 91,6 % tenen un contracte laboral fix i un 78,1 % treballen a jornada completa.

Finalment, cal destacar que aquest servei emprèn com a repte una nova etapa marcada per la **digitalització**, que permetrà ampliar la tecnologia complementària amb més i nous dispositius orientats a reforçar la detecció de riscos a la llar i sobre la salut de les persones; la monitorització intel·ligent per detectar comportaments de risc precoç, així com altres dispositius funcionals per a les persones en situació de dependència i per donar suport a les persones que duen a terme les tasques de cura.

Per tant, si es parteix del model de teleassistència avançada es pot enfortir el sector de les cures i aprofitar les oportunitats que aporta la digitalització i l'ús de tecnologies per millorar la qualitat de vida al domicili de persones grans o amb limitació de l'autonomia personal. La teleassistència es configura, alhora, com un **servei clau en la governança de les cures** perquè permet un contacte permanent amb les persones i una monitorització de dades que poden ajudar a una atenció més personalitzada i articulada amb altres serveis, recursos i agents de cures.

4.4. SERVEI D'AJUDA A DOMICILI (SAD)

El SAD, com a servei social bàsic gestionat a escala local, constitueix un dels principals serveis municipals en l'àmbit de les cures, basat en el principi de la **permanència al domicili** de les persones en situació de dependència o necessitats socials.

El **62,3 %** de les persones usuàries del SAD a la província de Barcelona ho són en el marc del SAD dependència.

Amb l'aprovació de la LAPAD, el Servei d'ajuda a domicili es comença a desenvolupar com una prestació específica de dependència; així, actualment es diferencia entre l'anomenat **SAD dependència**, per a persones amb dependència reconeguda en el marc del SAAD, i el **SAD social**, per a persones que no tenen aquest reconeixement o estan a l'espera de valoració i requereixen suport en les activitats bàsiques de la vida diària, o bé suport socioeducatiu en el cas de l'atenció a la infància. Cal tenir en compte que des de 2015 ha crescut el percentatge del SAD dependència sobre el total, coincidint amb l'entrada de les persones amb dependència moderada al SAAD. L'any 2021, el Grau I suposa a la província de Barcelona el 55 % de les persones usuàries del SAD dependència.

Alhora, ha crescut la prestació econòmica vinculada al SAD, de manera que ha passat d'un 0,2 % de persones amb PIA que tenien concedida aquesta prestació l'any 2013 a un 4,1 % l'any 2020. Així doncs, **la PEV-SAD representa un 15 % del total de PIA amb SAD**.

Els municipis recorren a la PEV-SAD quan hi ha augments de la demanda per sobre de la capacitat que l'ens local té d'ampliar l'oferta, però també es tracta d'una resposta a les demandes de les persones sol·licitants si ja es tenia contractat el servei de manera privada. És un recurs que aporta **flexibilitat**, però actualment només es pot prescriure quan s'esgota la prestació del servei.

27.435 persones reben la prestació del SAD dependència i **5.079** la PEV-SAD a la província de Barcelona.

El perfil més habitual de la persona usuària del Servei d'ajuda a domicili és el d'una dona de més de 65 anys amb grau de dependència reconegut.

La majoria de persones usuàries són dones i **el 86 % tenen més de 65 anys**, una gran part, com s'ha esmentat, amb reconeixement de dependència. Només un 4,2 % són menors d'edat, usuaris i usuàries del SAD infància.

El **finançament** del SAD difereix segons la modalitat. L'aportació que prové de la Generalitat de Catalunya és, segons una mostra de municipis del Cercle de Comparació Intermunicipal de serveis socials, superior pel que fa al SAD dependència (un 51,5 %) que pel que fa al SAD social (un 44,9 %).

Una mica més de la meitat dels municipis apliquen copagament a les persones usuàries. En tot cas, el copagament, quan n'hi ha, sempre és progressiu i amb exempcions per a les rendes baixes.

Un **71,4 %** de les usuàries del SAD són dones.

Cal assenyalar també **l'increment sostingut que han experimentat els pressupostos municipals associats als SSAD** (ajuda a domicili i teleassistència) durant els darrers deu anys, d'acord amb un augment de les persones usuàries i del preu hora del servei. Aquesta tendència és més pronunciada als municipis de més població, que superen els 70.000 habitants, els quals van gastar de mitjana 26,67 € per habitant l'any 2019 —és a dir, 2,5 vegades més que els municipis més petits—.

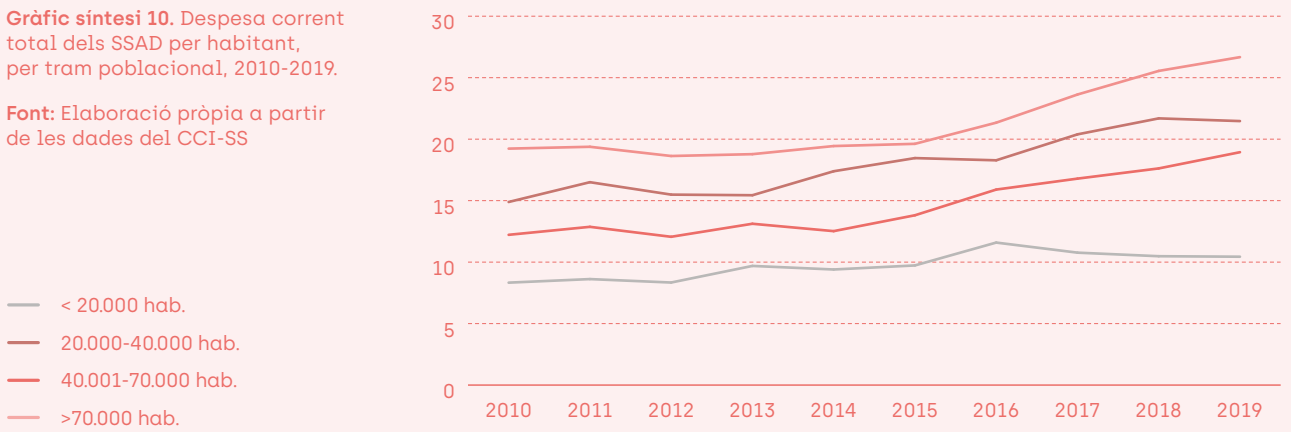
El **48,3 %** dels municipis ofereixen el SAD de manera gratuïta.

Un element important per copsar l'impacte del servei és la cobertura, que se situa en el 4,2 % de les persones que tenen més de 65 anys.

Tot i el creixement de l'esforç pressupostari, la cobertura del SAD (dependència i social) a persones de 65 anys o més no ha crescut els darrers deu anys. De fet, ha augmentat un 27,3 % el nombre de persones usuàries per cada mil habitants, però la cobertura de la població de més edat es manté estable en el 4 % a causa de l'envelliment de la població. Així doncs, si s'aspira a mantenir o a incrementar les taxes de cobertura actuals, caldrà ampliar la prestació del servei per sobre de la taxa d'envelliment de la població.

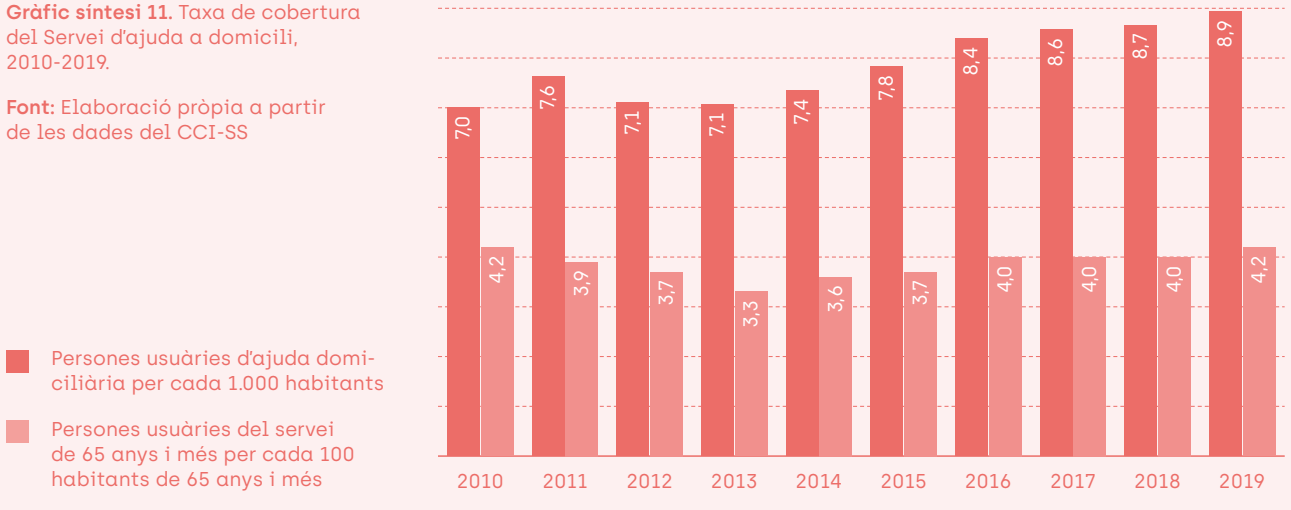
Gràfic síntesi 10. Despesa corrent total dels SSAD per habitant, per tram poblacional, 2010-2019.

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del CCI-SS



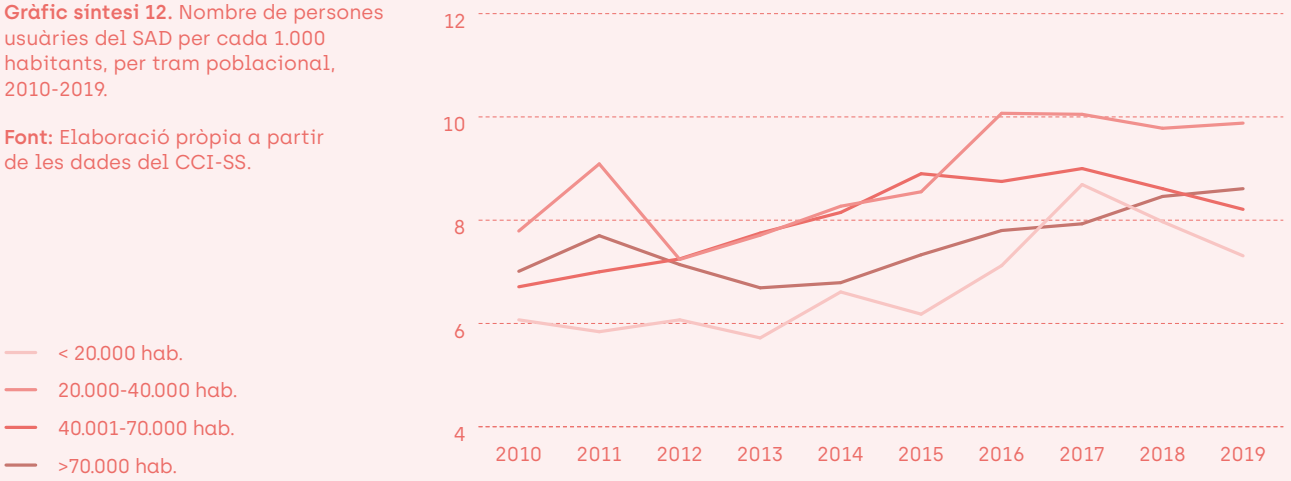
Gràfic síntesi 11. Taxa de cobertura del Servei d'ajuda a domicili, 2010-2019.

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del CCI-SS



Gràfic síntesi 12. Nombre de persones usuàries del SAD per cada 1.000 habitants, per tram poblacional, 2010-2019.

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del CCI-SS.



La taxa de cobertura mostra diferències territorials, i els municipis més **petits són els que presenten cobertures més baixes**.

Pel que fa específicament al SAD dependència, la mitjana de cobertura a la província de Barcelona és del 2,7 % de les persones de 65 anys o més, però els municipis que superen els 70.000 habitants presenten cobertures més elevades (del 2,8 %), mentre que en els de menys de 20.000 habitants la cobertura és només del 2 % i, per tant, tenen un recorregut important a fer si volen assolir el 4 % fixat pel Pla Estratègic de Serveis Socials de Catalunya 2020-2024.

La mitjana d'hores mensuals a la província de Barcelona del SAD dependència és de **21,4** hores (dades dependència Departament de Drets Socials).

La mitjana del SAD social és de **8,6** hores mensuals (dades portal de transparència).

La **intensitat del servei** és també un dels elements bàsics per valorar l'impacte del SAD en l'organització social de les cures. La mitjana d'hores de prestació del SAD dependència és de 21,4 hores mensuals per persona usuària. Tot i així, les diferències territorials i per dimensió del municipi són accentuades: als municipis de menys de 5.000 habitants se situen en 16,9 hores mensuals de mitjana, mentre que els que passen de 70.000 habitants superen la mitjana de la província, amb 22,5 hores al mes. Les comarques amb més hores mensuals de prestació del SAD dependència són el Barcelonès i el Vallès Oriental.

De mitjana, a la província de Barcelona, l'any 2021 **s'estan complint les intensitats mínimes marcades per la normativa, excepte pel que fa a les persones amb Grau III que tenen servei del SAD**, les quals no arriben al mínim (les que tenen PEV-SAD sí que assoleixen el mínim previst). Ara bé, des del punt de vista territorial s'observen moltes diferències, sobretot al Grau II, amb moltes comarques que no arriben de mitjana al mínim de 21 hores al mes del SAD. En tot cas, la intensitat de servei per als graus II i III és superior en la PEV-SAD.

En el SAD social, la mitjana mensual és només de 8,6 hores: una atenció força reduïda, i sense que hagi tingut un creixement significatiu els darrers anys. També cal tenir en compte que l'Anoia, el Moianès i Osona se situen per sota de les 5 hores mensuals de mitjana.

Per a les dues modalitats del SAD, destaca una **menor intensitat de servei als municipis de menys de 20.000 habitants**, d'acord amb la menor atenció que ofereixen les àrees bàsiques de serveis socials comarcals que agrupen municipis d'aquesta població, la qual se situa en 95,9 hores anuals per persona usuària, en relació a la intensitat de les àrees bàsiques municipals (municipis de més de 20.000 habitants), que és de 152,9 hores anuals per usuari o usuària, d'acord amb el Mapa de Serveis Socials de Catalunya del 2019.

Cal tenir en compte que aquestes hores de servei inclouen activitats diverses. Una diferenciació té a veure amb les accions relacionades amb **l'atenció personal** per a la realització de les activitats bàsiques de la vida diària i les relacionades amb **l'atenció de les necessitats domèstiques o de la llar**.

Es presta un total de **697.373 hores** del SAD dependència a la província de Barcelona: el **85 %** d'atenció personal i el **15 %** d'atenció a la llar.

En el marc de la LAPAD, els serveis d'atenció a la llar només es poden prestar com a complement dels d'atenció personal.

El nombre de municipis que aposta per la gestió indirecta del SAD s'ha incrementat els darrers deu anys. El 56,5 % dels ens locals de la província de Barcelona opten per aquest model, mentre que un 30,4 % ho fa per la gestió mixta.

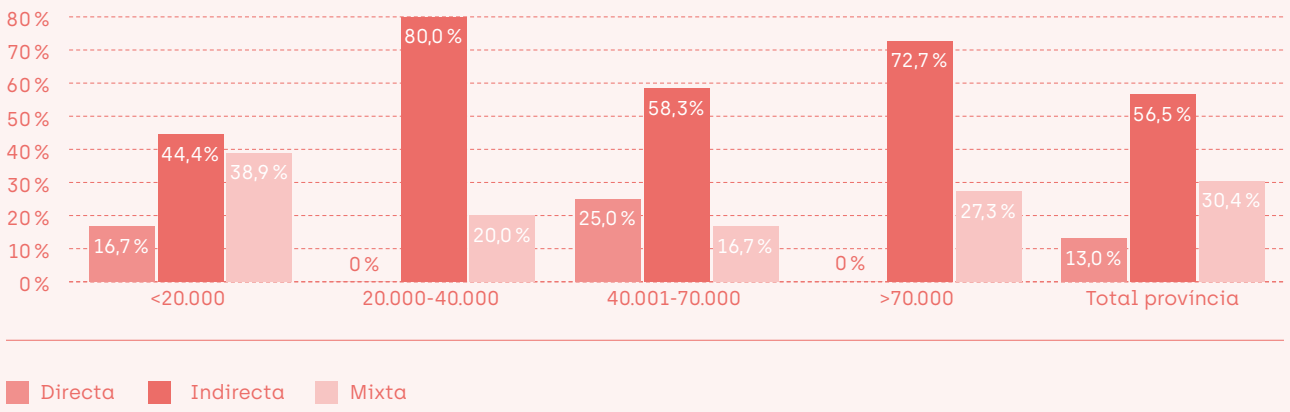
Un altre dels elements clau per entendre el model del SAD és la tipologia de gestió, que apunta a **una pèrdua de la gestió directa i mixta en favor de la gestió indirecta**. Tot i així, s'observen diferències importants segons la dimensió poblacional dels municipis. En els de menys de 20.000 habitants hi ha un percentatge de gestió directa més elevat comparativament amb els altres trams, encara que representa només el 16,7 %, i la mixta arriba al 38,9 %, només una mica per sota de la indirecta. En canvi, als municipis amb més de 20.000 habitants hi predomina la gestió indirecta, amb gran distància respecte de les altres tipologies de gestió.

Els darrers deu anys s'ha passat d'un 10 % a un 3,4 % d'hores de prestació del SAD per part de personal propi de l'ens local.

Pel que fa a les entitats prestadores del SAD, **un 59,7 % són empresa privada**, un 14,9 % cooperativa, un 13,4 % empresa pública, i un 11,9 % fundació o entitat del tercer sector social. En total, cinc entitats tenen el 61,2 % dels contractes, de les quals tres empreses privades, una cooperativa i una empresa pública, i la resta de contractes estan molt fragmentats.

5 entitats gestionen el **61,2 %** dels contractes de prestació del SAD dels ens locals de la província de Barcelona.

Gràfic síntesi 13. Tipologia de gestió del SAD als ens locals de la província de Barcelona, 2021, per tram poblacional.
Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta DIBA als ens locals de la província de Barcelona sobre gestió i qualitat del SAD, maig de 2021



Entre el 55 % dels ens locals de la província de Barcelona enquestats el maig del 2021 per la Diputació de Barcelona hi predominen els criteris qualitatius en la contractació, però només un 29 % hi incorpora la perspectiva de gènere. A més, menys de la meitat (un 46,7 %) incorpora clàusules socials. L'11,6 % ha ofert formació al personal gestor del SAD en matèria de clàusules socials i el 46,4 % en plecs de contractació.

Pocs ens locals han aplicat sancions per incompliment de clàusules contractuals: un 7,2 % ho ha fet per incompliment de clàusules tècniques, un 4,3 % per incompliment de clàusules administratives i només un 1,4 % per incompliment de clàusules socials sobre condicions laborals.

Un **52,2 %** dels ens locals de la província de Barcelona enquestats disposen d'enquesta de satisfacció de la persona usuària del SAD. Un **11,5 %** fa inspecció del servei.

Quant al seguiment de la qualitat del servei cal dir que, d'una banda, predomina el seguiment de processos, seguit de **l'enquesta de satisfacció de les persones usuàries**, però en ambdós casos són instruments que només utilitzen poc més de la meitat dels ens locals enquestats per aquest estudi. D'altra banda, tan sols un 26,1 % dels ens locals fa enquesta de satisfacció a les persones cuidadores no professionals, quan n'hi ha. En tot cas, la gran majoria afirma que introdueix millores en base a l'anàlisi dels instruments d'avaluació del servei. Però només un 11,5 % fan inspecció de la prestació del SAD, la majoria amb freqüència anual.

Finalment, un altre element clau en el model de servei i en la qualitat és la ràtio de professionals i les condicions laborals. Un 91,3 % dels ens locals enquestats per la Diputació de Barcelona afirma que la qualitat de l'ocupació de l'equip d'intervenció directa del SAD condiciona molt o bastant la qualitat total del servei.

La ràtio de professionals d'atenció directa per persona usuària ha passat de **15,8** a **13,5** en 10 anys.

En relació a la ràtio, cal dir que els darrers deu anys ha millorat, especialment als municipis més poblats, amb més de 70.000 habitants, que arriben a una ràtio de 10 persones usuàries per professional d'atenció directa.

Alhora, per cada 33,5 professionals d'atenció directa (auxiliars de la llar i treballadors i treballadores familiars), s'estableix una figura de coordinació o direcció.

Cal tenir en compte que el SAD és un **servei altament feminitzat i generalment amb unes condicions laborals de temporalitat i parcialitat**, amb un 55 % de jornades inferiors a les 35 hores i un 71 % de contractes temporals, en base a dades d'una mostra de municipis de la província de Barcelona amb servei externalitzat.

Un **97 %** de les professionals del SAD són dones.

La gairebé totalitat d'empreses que presten SAD a la província de Barcelona estan adherides al conveni col·lectiu català, en què el salari se situa en 1.159 euros bruts per a les treballadores familiars i 994 per a les auxiliars de neteja per a l'any 2021.

Un **38,4 %** dels ens locals enquestats que tenen gestió indirecta afirma que alguna o moltes vegades s'han produït conflictes en l'empresa prestadora del SAD, amb problemes vinculats a les condicions laborals.

Un 52,2 % d'ens locals afirma que el personal d'atenció directa fa supervisió de casos i un 44,9 % que té accés a suport psicològic. Pel que fa al temps de desplaçament entre visites, als municipis de més de 70.000 habitants la totalitat coincideixen que el temps és suficient, mentre que en els de menys de 20.000 només ho afirma el 69,4 %. S'esmenta que en els territoris descentralitzats i rurals els desplaçaments són llargs i més costosos des del punt de vista econòmic i de planificació del servei.

Un 44,9 % dels ens locals enquestats assegura que es fan estudis de prevenció de riscos sobre la salut del personal d'atenció directa. L'efecte de la COVID-19 ha estat important en el sector; un 7,2 % dels ens locals afirma que la pandèmia ha empitjorat molt les condicions laborals del personal d'atenció directa i un 33,3 % que les ha empitjorat una mica. Tot i així, un percentatge força gran, del 20,3 %, ho desconeix. En tot cas, n'hi ha que afirmen que la pandèmia de la COVID-19 ha posat en una situació d'estrès important les treballadores d'atenció directa, sense recursos suficients des del punt de vista organitzatiu i emocional, ni reconeixement social i econòmic, i ha fet emergir disfuncions del servei que quedaven amagades.

Finalment, convé fer referència als dilemes ètics que sovint apareixen en la gestió del SAD (en la prescripció, el seguiment o l'avaluació), tenint en compte que un 62,3 % dels ens locals s'hi ha trobat alguna vegada i un 7,2 % moltes vegades.

En conclusió, les dades apunten a la **necessitat d'incrementar el servei per sobre de l'envelliment de la població** per poder seguir mantenint les cobertures actuals, com també per augmentar-les i alhora **millorar les intensitats**. Tot plegat és necessari si es vol prestar un servei que permeti viure al domicili reduint el pes del treball de cures que recau en les persones cuidadores no professionals o en serveis privats i, en moltes ocasions, en l'economia informal. En aquest sentit, el repte és més important als **municipis de menys de 20.000 habitants** que tenen cobertures i intensitats més baixes. Un altre dels reptes apuntats per les dades és articular el creixement del servei amb **condicions laborals de qualitat** que repercuteixin alhora en més qualitat de servei. Més personal en els serveis socials bàsics i la millora de la coordinació amb l'entitat prestadora també són aspectes que se solen destacar.

Així mateix, és igualment important considerar que el Servei d'ajuda a domicili s'articula amb altres serveis de cures al domicili i en l'entorn comunitari, amb la voluntat d'oferir una **atenció integral i centrada en la persona**. En aquest sentit, cal valorar la flexibilitat del servei i les prestacions complementàries, per exemple les **neteges** o els **àpats a domicili**, tot i que no es disposa de dades de l'impacte que els correspon a la província de Barcelona.

Un altre recurs important si es vol garantir una bona atenció domiciliària són les **ajudes tècniques i la teràpia ocupacional**, tant per facilitar l'autonomia de les

Neteges i àpats a domicili, ajudes tècniques i teràpia ocupacional són serveis complementaris que poden millorar la qualitat de l'atenció domiciliària.

persones en situació de dependència com pel que fa al suport a les persones cuidadores. Hi ha municipis i territoris que han articulat bancs d'ajudes tècniques per impulsar aquest servei, però no hi ha prou dades que permetin saber quin impacte global tenen a la província de Barcelona; de fet, les disponibles assenyalen una heterogeneïtat territorial força alta. En tot cas, un 18,8 % dels ens locals enquestats afirma que no té accés a ajudes tècniques o teràpia ocupacional, o bé en disposa ocasionalment, un percentatge que arriba al 25,7 % entre els ens locals de gestió indirecta del SAD. Els de gestió directa assenyalen que sempre tenen accés a les ajudes tècniques.

Finalment, cal esmentar el repte de l'adaptació funcional i personalitzada de l'habitatge com a condició per poder proporcionar adequadament serveis de cures al domicili. En aquest sentit, el **Programa d'Arranjament d'Habitatges** de la Diputació de Barcelona realitza obres o reformes bàsiques d'adaptació funcional i instal·lació d'ajudes tècniques als domicilis de persones grans o amb discapacitat per promoure l'autonomia funcional i la qualitat de vida a la llar i fer possible la cura en més bones condicions. El perfil majoritari de persones beneficiàries són dones entre 76 i 90 anys que viuen acompanyades. Entre 2009 i 2019 s'han dut a terme 7.710 arranjaments que han beneficiat gairebé 13.000 persones; la majoria han estat el canvi de banyera per un plat de dutxa.

4.5. ALTRES RECURSOS PER PROMOURE L'AUTONOMIA PERSONAL EN L'ENTORN DOMICILIARI I/O COMUNITARI

Altres serveis per a la promoció de l'autonomia personal i l'atenció a la dependència al domicili o en l'entorn comunitari que afavoreixen la permanència a la llar són, entre d'altres, **el servei de suport a l'autonomia a la pròpia llar**, que consisteix en una prestació econòmica abonada a la persona o a l'entitat que presta el servei, per a persones amb discapacitat física, intel·lectual o problemàtica social derivada de malaltia mental que vulguin viure soles o amb altres persones, i que necessitin suport personal per al desenvolupament d'una vida autònoma.

També cal destacar **l'assistència personal**, un servei poc desenvolupat a Catalunya, que a la província de Barcelona es concentra a la ciutat de Barcelona i en algunes experiències pilot a les comarques del Maresme, el Vallès Occidental, el Vallès Oriental i el Garraf. En tot cas, té un gran potencial, en la mesura que es reguli a Catalunya, com a servei que afavoreix el desenvolupament d'una vida autònoma des dels projectes de vida de cada persona.

Finalment, cal esmentar el **centre de dia** com a recurs d'acolliment diürn que afavoreix la permanència en la llar i alhora comporta un **suport important per a les famílies i persones cuidadores no professionals**.

Tot i així, en el cas de les persones grans la seva cobertura és molt baixa comparada amb serveis com són l'atenció residencial o el SAD. Una major implementació d'aquest recurs, complementàriament amb altres recursos, afavoriria de ben segur una reducció de la institucionalització i de la sobrecàrrega de cures familiars i privades a les llars.

El centre de dia per a persones grans atén el 0,36 % de les persones de més de 65 anys i suposa un **3,3 %** dels PIA.

4.6. SERVEIS I RECURSOS PER A PERSONES CUIDADORES NO PROFESSIONALS

Una anàlisi dels serveis i les prestacions en l'àmbit de les cures no pot obviar els recursos que s'ofereixen específicament a les famílies i a les persones cuidadores no professionals, en gran majoria dones, que constitueixen el pilar sobre el qual se sustenta l'organització social de les cures.

Cal considerar que, més enllà de les quotes per a la cotització de les persones que reben la PECEF, assumides pel govern de l'Estat, i les activitats formatives desenvolupades per les comunitats autònomes, **des del SAAD no s'han articulat mesures d'assessorament, suport i respir a les persones cuidadores no professionals**, i en molts casos són accions que es cobreixen des dels municipis i ens locals, així com des de les entitats del tercer sector social. Això fa que l'oferta d'aquests recursos sigui heterogènia en el territori de la província de Barcelona, amb cobertures i intensitats també dispars.

Igualment, cal tenir en compte que la baixa intensitat de serveis com el SAD, i l'escassa cobertura de serveis com el centre de dia o l'assistència personal, té com a resultat que **els serveis públics de cura convisquin en la majoria de casos amb la cura no professional o amb serveis de cura privats**, en el marc del mercat formal o informal.

Tot i així, no disposem de dades que permetin una mirada global de l'organització social de les cures a les llars als municipis de la província de Barcelona. En tot cas, cal partir de la coexistència de la cura formal amb la cura no remunerada i de la necessitat d'articular paquets de cures que satisfacin les necessitats de la persona en situació de dependència i de la persona cuidadora principal. Aquí, els dos costats de l'equació són rellevants.

61.276 persones a la província de Barcelona reben la prestació econòmica per cures en l'entorn familiar i de suport a persones cuidadores no professionals.

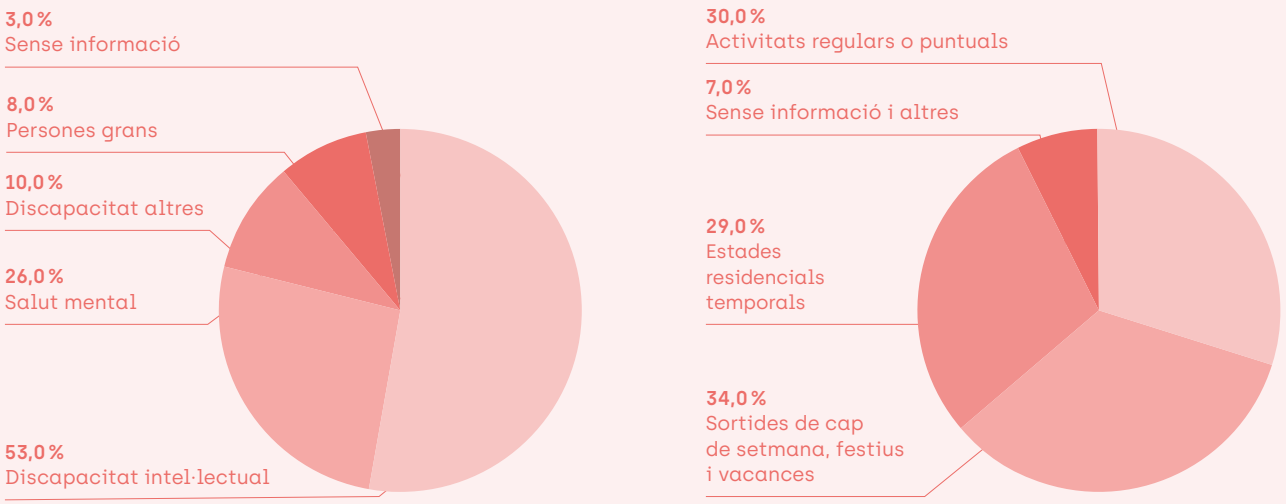
4.6.1. Serveis de Respir

Un dels recursos amb més impacte en la qualitat de vida de les persones cuidadores no professionals són els serveis de respir, que proporcionen un **temps de descans** mentre les persones receptores de cures són ateses mitjançant recursos d'estades temporals amb pernoctació o bé durant unes hores al dia. Els serveis de respir sovint ofereixen també resposta a situacions imprevistes o d'urgència.

A partir d'una mostra de serveis de respir a la província de Barcelona, s'obté que **el 53 % s'adrecen a persones cuidadores de persones amb discapacitat intel·lectual** i, en segon lloc, trobem els serveis que acullen persones amb problemes de salut mental, que representen un 26 %. Generalment ofereixen sortides de cap de setmana, festius i vacances; activitats regulars o puntuals durant el dia o bé estades residencials temporals. La majoria d'aquests serveis estan impulsats per entitats del tercer sector social.

Gràfic síntesi 14. Destinataris i modalitat d'atenció d'una mostra de serveis de respir a la província de Barcelona, 2020.

Font: Elaboració pròpia mitjançant recerca a webs municipals i d'entitats socials



A partir de l'anàlisi de les dades s'observa una escassa presència de serveis de respir per a persones cuidadores de persones grans en situació de dependència a la província de Barcelona. En aquest sentit, el recurs de la Diputació de Barcelona de **serveis d'estades temporals i respir per a persones cuidadores de persones grans** —que s'ofereix per al conjunt de municipis de la província de Barcelona— és un dels pocs recursos que existeix per a aquest sector de la població. Igualment, l'Ajuntament de Barcelona i alguns municipis de la província ofereixen serveis de respir per a persones cuidadores de persones grans.

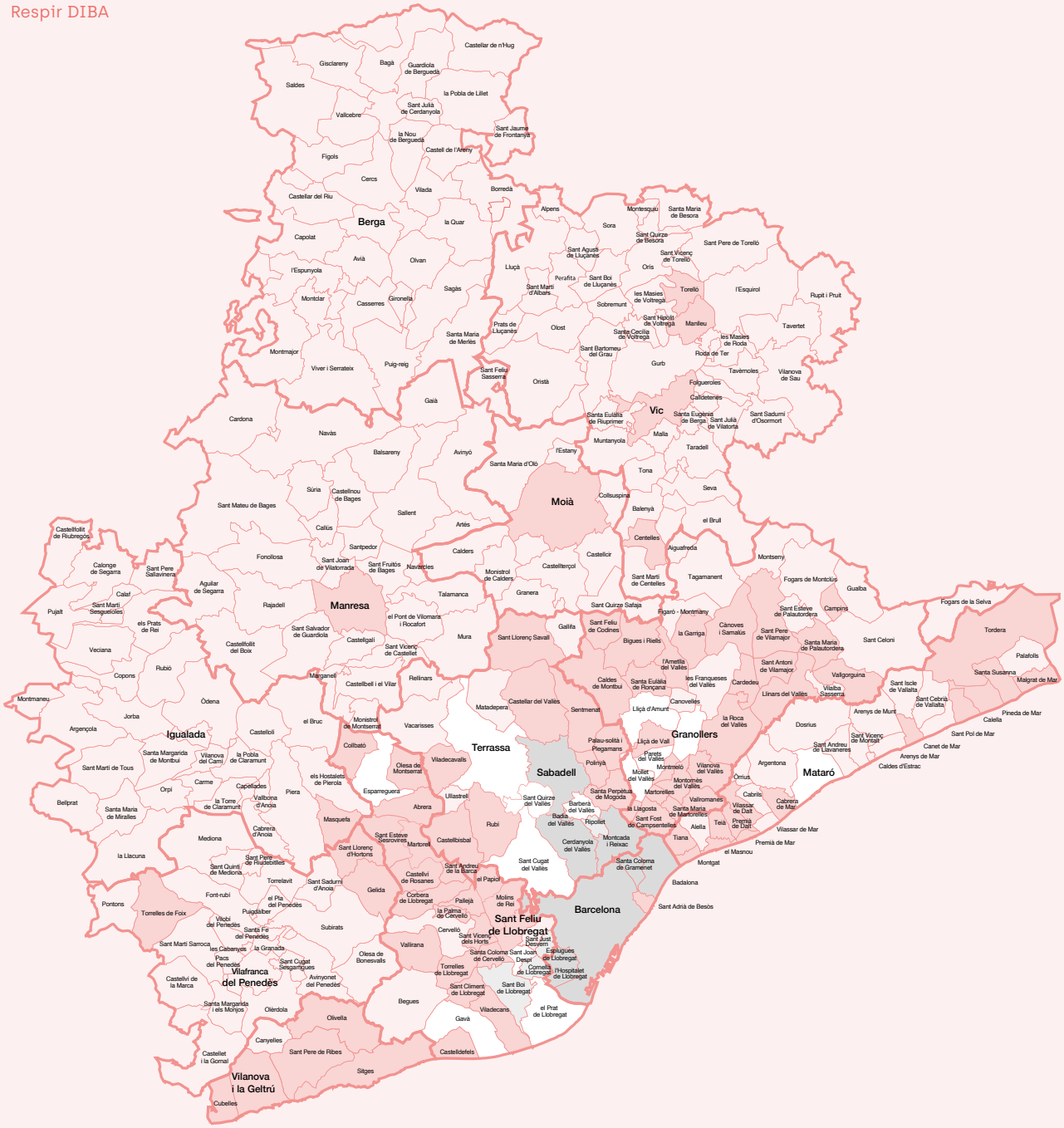
En tot cas, el servei Respir de la Diputació de Barcelona també inclou estades per a persones amb discapacitat intel·lectual.

Des del punt de vista territorial, cal tenir en compte que, tot i que els Serveis de Respir de la Diputació van atendre l'any 2019 famílies d'un centenar de municipis de la demarcació, la majoria de sol·licituds provenien de la ciutat de Barcelona i dels municipis del voltant.

Tot i que existeixen serveis de respir en el conjunt de la província de Barcelona, la majoria es concentren a Barcelona ciutat i a l'àrea metropolitana. L'ús del respir residencial de la Diputació de Barcelona també és superior en aquesta àrea.

Gràfic síntesi 15. Nombre de sol·licituds al Servei Residencial d'Estades Temporals i Respir de la Diputació de Barcelona per a persones grans, 2019.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del servei Respir DIBA



Sol·licituds GG 2019

0 | 1-20 | 21-40 | 41-60 | >60

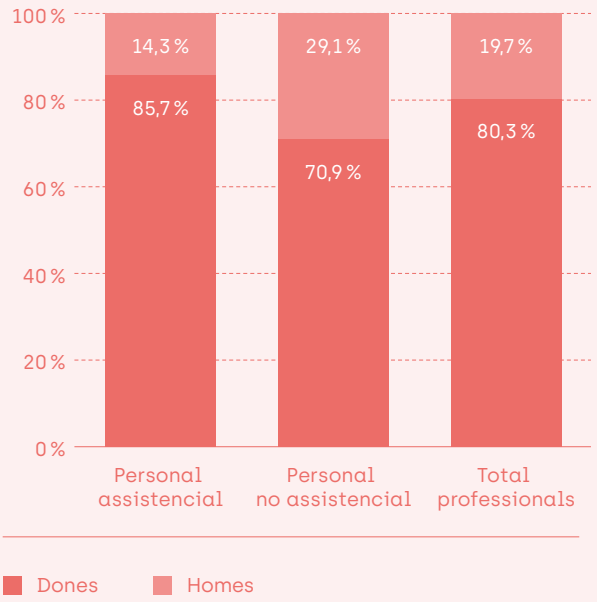
L'anàlisi del servei Respir de la Diputació de Barcelona mostra que s'atenen unes **4.000 persones l'any**. D'aquestes, aproximadament la meitat són persones grans en situació de dependència, i l'altra meitat persones amb discapacitat intel·lectual.

Les persones grans en fan ús 38 dies de mitjana a l'any, mentre que les persones amb discapacitat intel·lectual, una setmana. Cal tenir en compte que les estades residencials són de 60 dies naturals al llarg de l'any com a màxim, per períodes mínims de 15 dies en el Respir per a persones grans i de 3 dies per a persones amb discapacitat intel·lectual. L'any 2020 el servei es va adaptar per atendre les situacions d'emergència social derivades de la COVID-19.

La cobertura de sol·licituds oscil·la entre gairebé el 50 % i el 60 % segons la tipologia de servei Respir, i en ambdós casos es deu a una demanda alta en els períodes vacacionals que fa necessari una priorització per donar resposta a les persones cuidadores que presenten un nivell de sobrecàrrega elevat.

Gràfic síntesi 16. Professionals dels Serveis Residencials d'Estades Temporals i Respir de la Diputació de Barcelona per a persones amb discapacitat intel·lectual i persones grans, per sexe, 2020.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del servei Respir DIBA



L'equip professional del servei Respir de la Diputació de Barcelona és multidisciplinari i altament feminitzat, especialment entre el personal assistencial.

L'any 2019, el **49,3 %** de les sol·licituds del servei Respir de la Diputació de Barcelona que van efectuar famílies de persones grans van ser cobertes, i en el cas de famílies de persones amb discapacitat intel·lectual es va respondre positivament al **60 %**.

Quant al perfil de persones ateses, cal dir que difereix segons el tipus de programa de Respir, però en ambdós casos **les persones cuidadores són en gran majoria dones, o bé la mare o bé la filla.**

Respir per a persones amb discapacitat intel·lectual:

- **El perfil majoritari és un home de 30 anys,** resident a Barcelona ciutat, amb un trastorn de personalitat o de conducta lleu, derivat d'un centre ocupacional.
- La persona cuidadora té una edat mitjana de 58 anys i un 70 % són mares.

Respir per a persones grans en situació de dependència:

- **El perfil més habitual és una dona de 87 anys,** resident a la ciutat de Barcelona, amb una dependència física moderada i un deteriorament cognitiu de moderat a greu, derivada dels serveis socials bàsics.
- La persona cuidadora té una edat mitjana de 61 anys i en un 70 % dels casos n'és la filla o el fill, majoritàriament la filla.

Per tant, aquest és un recurs amb un impacte important en la qualitat de vida de les persones cuidadores no professionals, majoritàriament dones, que rep una **valoració molt positiva**.

Finalment, cal tenir en compte que moltes vegades les persones cuidadores de persones grans en situació de dependència sol·liciten el Respir quan viuen situacions de sobrecàrrega elevada i, fins i tot, de claudicació, com a pas previ a una residència permanent.

Així doncs, **reforçar el vessant preventiu del servei i l'equitat territorial** en l'accés es configuren com dos dels reptes que es plantegen si es vol enfortir aquest recurs com a suport essencial a les persones cuidadores no professionals.

Un **97 %** de les famílies valoren positivament l'estada al centre de Respir de DIBA.

4.6.2. Grups de suport emocional i ajuda mútua

Les persones cuidadores no professionals, a més de temps de descans, necessiten comptar amb **espais de suport i d'acompanyament psicosocial** que permetin reduir l'estrès, l'angoixa i l'impacte negatiu que les activitats de cures continuades poden arribar a generar.

Alhora, disposar d'**espais de relació entre persones cuidadores** que es troben en situacions similars també ajuda a expressar sentiments, emocions i preocupacions associades a les tasques de cura i a viure-les de manera més compartida.

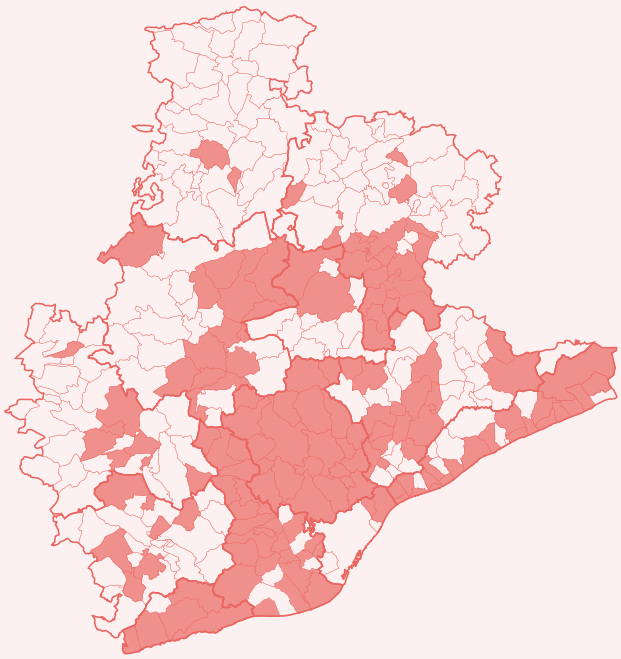
Aquesta és la doble funció principal dels grups de suport emocional i d'ajuda mútua, una metodologia d'intervenció grupal impulsada pels **serveis socials** dels municipis i ens locals, i també per les **entitats del tercer sector social**, per acompanyar les persones cuidadores no professionals. Es tracta, en general, de grups conduïts per una persona professional de la psicologia, però en alguns casos poden derivar a grups d'ajuda mútua entre les mateixes persones participants, sense acompanyament professional.

En aquest estudi s'ha fet una anàlisi dels **grups de suport emocional i ajuda mútua (GSAM) impulsats per la Diputació de Barcelona**, que s'ofereixen als municipis de la província de Barcelona per a persones cuidadores no professionals de persones grans en situació de dependència, persones amb discapacitat i persones amb problemes de salut mental.

La Diputació de Barcelona organitza entre 63 i 75 GSAM anuals arreu de la província (un 63,4 % a municipis que no arriben als 20.000 habitants i un 20,8 % a municipis situats entre els 20.000 i els 40.000 habitants).

Gràfic síntesi 17. Municipis que han implementat una o més edicions de GSAM promoguts per la Diputació de Barcelona entre 2016 i 2019.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del GSAM de DIBA



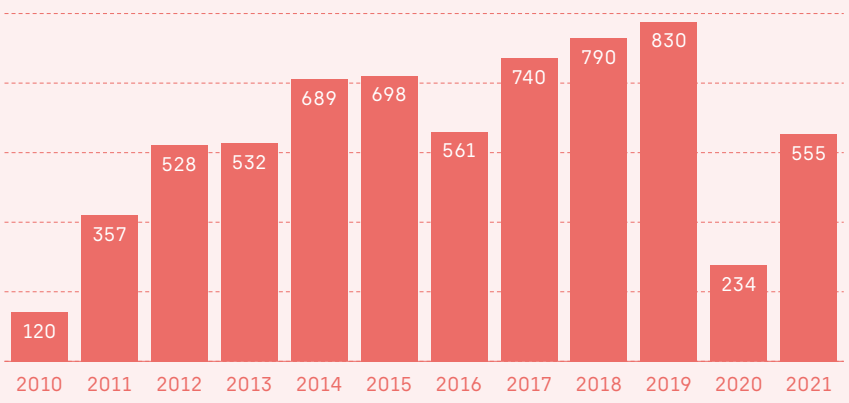
El recurs, que s'implementa principalment a través d'entitats socials prestadores, i amb la col·laboració dels municipis, arriba a unes **800 persones cuidadores no professionals l'any**. Cal tenir en compte que l'any 2020 es va reduir el nombre de grups i de persones beneficiàries a causa de les mesures preventives per la pandèmia de la COVID-19.

S'hi accedeix a través dels serveis socials bàsics i el recurs s'ofereix de manera gratuïta, durant 10 sessions. **La mitjana de persones per grup és d'11,3** tot i que el màxim és de 15.

Les comarques amb més GSAM els darrers cinc anys han estat el Baix Llobregat, el Maresme, el Vallès Oriental i el Vallès Occidental

Gràfic síntesi 18. Persones beneficiàries dels GSAM promoguts per la Diputació de Barcelona, 2010-2020.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del GSAM de DIBA



Un **78 %** de les persones que assisteixen als grups són dones.

Més d'un **50 %** tenen més de 65 anys i són parella o filla de la persona cuidada.

Un **85 %** dedica més de 5 hores al dia al treball de cures.

3 de cada 4 cuidadores fa més de 3 anys que tenen cura de la persona amb dependència, que majoritàriament té una demència.

La mitjana de valoració dels grups és de 9,2 sobre 10. Un 71 % de les persones participants en el GSAM han experimentat una reducció del nivell d'ansietat.

L'anàlisi del perfil de les persones usuàries ens mostra que les persones cuidadores no professionals que necessiten i accedeixen a espais de suport mutu i acompanyament psicosocial de grup són **dones que ja fa anys que dediquen a les cures** moltes hores al dia. Sovint es tracta de **dones grans** i, per tant, hi ha un possible major impacte de la cura sobre la salut. La valoració que fan d'aquests espais és positiva i contribueix a reduir l'ansietat en gairebé una tercera part dels casos. Tot i així, la continuïtat en l'assistència és irregular, i l'índex d'assistència i d'adherència se situa en el 65 %. Un dels reptes és, doncs, **afavorir la permanència i vinculació al grup**.

4.6.3. Altres recursos de suport a persones cuidadores no professionals

A banda dels serveis de respir i els grups de suport emocional i ajuda mútua, també s'ofereix formació a persones cuidadores no professionals i **espais d'informació i assessorament**, a través dels serveis socials bàsics o de dispositius específics.

Pel que fa a la **formació**, el Departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya ofereix cursos de 25 hores de durada en modalitat presencial o virtual amb la voluntat de dotar les persones cuidadores no professionals d'habilitats i coneixements que els permetin desenvolupar el treball de cures.

A més, diverses entitats del tercer sector social ofereixen **activitats d'orientació, acompanyament i capacitació** a persones cuidadores no professionals, amb una oferta heterogènia al territori de la província de Barcelona. Com s'ha esmentat, la majoria de recursos es concentren a la ciutat de Barcelona i a l'àrea metropolitana, tot i que també hi ha recursos especialitzats en el conjunt de la província.

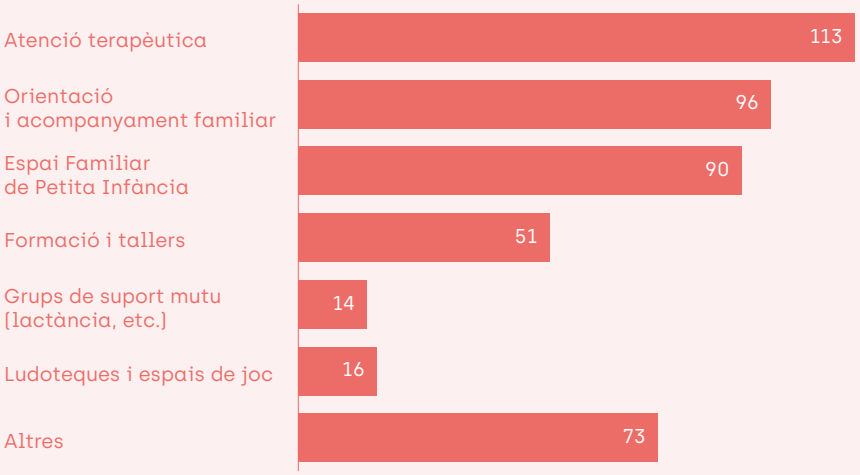
4.7. SERVEIS I RECURSOS PER A LES FAMÍLIES I LA PETITA INFÀNCIA

L'atenció a la petita infància constitueix una de les funcions més importants del treball de cures en les famílies amb fills i filles. En aquest apartat s'analitzen alguns dels recursos i serveis públics que es posen a l'abast de les famílies per a l'atenció a la petita infància i també per **millorar l'exercici de la funció parental**. No s'han incorporat en l'anàlisi les escoles bressol per la seva dimensió educativa, tot i que constitueixen un dels principals recursos de què disposen les famílies per al suport en les cures i la conciliació de les cures a la petita infància amb la vida laboral i personal. Tampoc s'han inclòs pròpiament polítiques de conciliació, d'usos del temps o prestacions econòmiques que constitueixen recursos rellevants per a les cures en aquesta etapa del cicle vital.

En tot cas, l'estudi se centra en l'anàlisi dels **439 serveis i recursos de suport a la parentalitat positiva i atenció a la petita infància identificats a la província de Barcelona**. Destaca la gran diversitat de serveis i recursos, tant pel que fa a les finalitats com a les metodologies, els perfils de les persones destinatàries i la presència al territori.

Gràfic síntesi 19. Recursos a famílies i a la petita infància a la província de Barcelona, 2019.

Font: Elaboració pròpia a partir del mapa de recursos en criança positiva de la Generalitat de Catalunya 2019 i dades de la Diputació de Barcelona



La majoria d'EPFI
són un recurs **universal**, obert a totes
les famílies del municipi. També atenen
famílies en situació de risc
o vulnerabilitat social derivades
pels serveis socials bàsics.

4.7.1. Espais Familiars de Petita Infància (EFPI)

Els Espais Familiars de Petita Infància (EFPI) de 0-3 anys destaquen pel fet que són un recurs que, malgrat que no compta amb una regulació formal, presenta **identitat i característiques comunes** als municipis de la província de Barcelona que l'ofereixen, en part per la tasca de coordinació, intercanvi i generació de models de treball duta a terme per la Diputació de Barcelona i per l'APEFAC (Associació de Professionals d'Espais Familiars a Catalunya).

Els EFPI busquen incrementar el benestar de la petita infància i la seva família i **promoure la parentalitat positiva o responsiva**, així com detectar i prevenir de manera precoç situacions de vulnerabilitat o risc, i procedir a la derivació a altres serveis si cal.

S'ofereixen en general de manera **gratuïta**, tot i que de vegades hi pot haver un petit copagament de la família.

Es treballa amb **grups multifamiliars**, entenent el grup com a motor per al canvi i de relació en múltiples sentits (entre pares i mares, entre infants, entre pares i mares i els seus propis fills i filles, però també amb els de la resta, pares i mares amb professionals, professionals amb infants, etc.). Els grups poden ser, d'una banda, estables o semioberts, els quals busquen el compromís d'assistència regular de les famílies, o de l'altra, oberts, en un model més flexible que no requereix cap compromís d'assistència regular.

S'han identificat **90** EFPI en **36** municipis
de la província de Barcelona, el 60 %
de titularitat municipal i el 40 % d'entitats
del tercer sector social.

La majoria d'EPFI municipals són oferts
per entitats del tercer sector social,
empreses i cooperatives.
Tot i així, perduren alguns models
de gestió directa o mixta.

S'han configurat com a dispositius que acullen **famílies amb infants de 0 a 3 anys**, acompanyats i conduïts per persones professionals de l'àrea de les ciències humanes i socials, o de la salut, generalment amb formació especialitzada en petita infància o treball grupal. Els infants hi assisteixen amb la persona o les persones adultes que hi tenen un vincle o lligam relacional i en tenen cura.

Gairebé sempre són **recursos oberts a tota la població**, ja que es considera que l'heterogeneïtat social és positiva en l'intercanvi d'experiències de criança.

En general, es tracta de recursos de titularitat municipal prestats per entitats privades. Tenen una **inestabilitat** elevada, des del punt de vista de la continuïtat, a causa de la falta de normativització i de finançament més enllà de l'ajuntament que els correspon.

Per tant, són recursos amb molta **flexibilitat** i capacitat d'adaptar-se a les necessitats de cada territori i innovar en models i metodologies, però alhora amb una **alta fragilitat** i amb necessitat permanent d'arribar millor a la ciutadania i de trobar espais d'intercanvi i de xarxa entre serveis i professionals per enfortir-se.

4.7.2. Altres serveis i recursos de suport a la criança

Existeix una gran diversitat de recursos per a la petita infància i el suport a les famílies per a una criança responsiva, entre els quals s'han pogut identificar:

- Els **Centres de desenvolupament infantil i atenció precoç (CDIAP)**, un recurs del Departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya per a famílies amb infants de fins a 6 anys que presenten algun trastorn en el desenvolupament o es troben en situació de risc de patir-ne. A la província de Barcelona hi ha un total de 56 centres, ubicats a totes les comarques a excepció del Moianès.

- Els **Serveis d'Orientació i Acompanyament a les Famílies (SOAF)**, un recurs del Departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya amb l'objectiu de potenciar les habilitats parentals, oferir informació, orientació i derivació, i, si escau, acompanyament terapèutic, individual o grupal, com també mediació familiar, així com activitats i projectes de foment de la participació activa de les famílies a la comunitat. Actualment n'hi ha 13 a la província de Barcelona, però el Pla Estratègic de Serveis Socials de Catalunya 2020-2024 estableix com a objectiu estendre el SOAF a totes les ABSS i arribar a atendre 20.000 famílies.

- Els **Punts d'Informació i Assessorament a les Famílies**, amb una gran heterogeneïtat i especialment centrats en l'atenció a necessitats específiques, com les de famílies amb infants que pateixen malalties o famílies nombroses o monoparentals. En aquest àmbit cal destacar l'oferta de les entitats del tercer sector social.

- **Espais de formació i capacitació**, amb diferents modalitats que s'ofereixen des dels serveis socials bàsics i entitats del tercer sector social.

- **Grups de preparació al part i de postpart**, que formen part de l'oferta formativa del sistema públic de salut d'atenció primària.

- Els **serveis i programes d'atenció terapèutica** per potenciar dinàmiques relacionals saludables en les famílies, prevenir hàbits o conductes de risc per a la salut emocional i promoure el desenvolupament social dels infants, així com prevenir situacions de negligència i maltractaments, promocionar relacions socials (incloses les familiars) funcionals i saludables, i capacitar en l'exercici de les funcions parentals. La majoria formen part de l'oferta d'entitats del tercer sector social.

- Els **serveis de respir** per a famílies amb infants que ofereixen alguns municipis per atendre activitats imprevistes o gestions, com també facilitar la conciliació de les famílies oferint un temps personal de respir als pares i mares, en molts casos mares que encapçalen famílies monoparentals.

En síntesi, amb l'excepció dels CDIAP, els SOAF i els grups de preparació al part i de postpart, que tenen més homogeneïtat i presència territorial, es tracta de serveis i recursos amb una **alta heterogeneïtat** i, en general, amb una **baixa implantació en el conjunt del territori de la província de Barcelona**. Així mateix, no tenim informació ni dades que permetin copsar-ne adequadament l'abast ni l'impacte territorial.

4.8. INICIATIVES COMUNITÀRIES DE CURA

Aquest estudi també ha volgut analitzar algunes de les experiències de cura comunitària que hi ha als municipis de la província de Barcelona.

La cura comunitària té a veure amb el sosteniment diari de la vida per mitjà de xarxes, vincles i espais en què es cuida més enllà de la família. Són **pràctiques heterogènies, des del voluntariat fins al suport mutu**, generalment impulsades pel tercer sector social, l'economia social i solidària, o iniciatives veïnals. també hi ha iniciatives impulsades pels governs locals amb la voluntat de dinamitzar o construir espais comunitaris de cures.

Algunes de les iniciatives en l'àmbit de les cures des d'una perspectiva comunitària o preventiva a la província de Barcelona són:

- El **projecte Radars**, que crea una xarxa comunitària per detectar situacions de risc entre les persones grans i pal·liar les situacions de soledat no volguda. La iniciativaa, sorgida de l'Ajuntament de Barcelona, s'ha estès a diferents municipis de la província.

- El programa **Els serveis socials, més a prop** de la Diputació de Barcelona, que s'adreça a persones amb més de 80 anys de municipis de la província de Barcelona que no reben atenció continuada o seguiment de serveis socials.

  Consisteix a fer-los una visita al domicili per detectar necessitats i donar-los a conèixer l'oferta de prestacions, serveis i entitats socials del territori per afavorir-ne la vinculació.

- Els **grups de criança compartida**, impulsats per famílies que busquen oferir un model educatiu i de cures amb més relació entre pares, mares i infants, i amb un grau de decisió més elevat sobre tots els aspectes de la criança. Són grups autogestionats, amb una alta participació de les famílies i pedagogies alternatives.

- **Mares (i pares) de dia**, un servei socioeducatiu que acull nens i nenes d'entre els 4 mesos i els 3 anys d'edat en grups reduïts (no més de quatre infants). Sovint es desenvolupa directament a la llar de la persona que ofereix el servei, la qual s'habilita específicament per aquest objectiu.

- **Servei de famílies col·laboradores**, impulsat per ajuntaments o entitats que posen en contacte famílies que es troben en situacions de dificultat amb d'altres que s'ofereixen per tenir cura dels infants en algun moment de la setmana de manera temporal i voluntària.

- **Grups d'alletament**, espais en què assessores de lactància, de manera voluntària, ofereixen informació i ajuden en el procés de la lactància materna.

En general, es tracta d'iniciatives concretes en determinats territoris i entorns socioeconòmics, però amb un gran potencial d'innovació pel que fa al suport mutu, la incorporació de la comunitat, la corresponsabilitat social i el reconeixement i la visibilització de les cures, que poden ser **complementàries a les polítiques públiques** i contribuir a redefinir-les perquè iniciatives com aquestes o similars puguin ser universalitzables i accessibles a tots els perfils socials i arreu del territori.

El programa Els serveis socials, més a prop s'ha desplegat des de 2007 a **290** municipis i ha visitat **35.000** persones grans. El 60 % són dones i la mitjana d'edat és de 84 anys.

4.9. LA DIAGNOSI DE SERVEIS DE CURES DES D'UNA PERSPECTIVA DE GÈNERE

Aquest estudi pretén **posar en valor els serveis públics i els recursos comunitaris de cures** a través d'una descripció de recursos i anàlisi de tendències que en cap moment ha pretès ser exhaustiu. En tot cas, s'ha volgut aportar una visió diversa i oberta de la presència d'aquests serveis a la província de Barcelona per tal de contribuir més endavant a identificar línies de millora per a un sistema de cures més just i corresponsable. Alhora, s'ha pretès aplicar la perspectiva de gènere quan ha estat possible.

D'una banda, l'anàlisi sociodemogràfica confirma el rostre femení de l'envelliment i el sobreenvelliment. De l'altra, l'anàlisi dels serveis de cures a la província de Barcelona confirma el treball de cures sobretot com a activitat femenina, tant pel que fa a la provisió de cures de manera remunerada i no remunerada —d'acord amb la tradicional adscripció de gènere a aquests rols— com a la identitat social de les persones que reben cures, especialment en l'etapa de l'envelliment perquè les dones tenen una esperança de vida més llarga, i un estat de salut més precari. Per tant, **la qualitat de l'ocupació i la qualitat del servei són dimensions relacionades que tenen un impacte directe en la qualitat de vida de les dones, com a principals proveïdores i receptores de cures**, i, alhora, en la reducció de desigualtats des d'una perspectiva interseccional.

Així mateix, els serveis de cures a la província de Barcelona són sostinguts per dones que en gran majoria són també les professionals que hi treballen, especialment en les tasques d'atenció directa, les més essencials i vinculades a les cures des d'una dimensió física i emocional. Cal tenir present que, tot i la seva essencialitat, en molts casos, sobretot en el Servei d'ajuda a domicili, hi predomina la temporalitat i el temps parcial.

El **97 %** de les professionals del Servei d'ajuda a domicili són dones.

El **68 %** de les professionals del Servei local de teleassistència són dones.

El **86 %** del personal assistencial dels serveis Respir de la Diputació de Barcelona són dones.

També són les dones les que sostenen les cures a les llars i les que majoritàriament recorren a recursos de respir, de suport mutu i acompanyament emocional per fer front a les situacions de sobrecàrrega i estrès que pot generar el treball de cura.

- Un 70 % de les persones cuidadores de les persones usuàries dels serveis Respir de discapacitat de la Diputació de Barcelona són mares.
- Un 78 % de les persones que participen en grups de suport emocional i ajuda mútua de persones cuidadores són dones.
- Un 78 % de les persones que assisteixen a cursos de formació per a persones cuidadores no professionals són dones.

L'anàlisi dels serveis i treballs de cura a la província de Barcelona confirma les desigualtats de gènere associades a les cures i la necessitat de donar més valor social, des de la corresponsabilitat, a aquestes tasques essencials per a la sostenibilitat de la vida. La manca de dades estadístiques referents a l'origen de les persones que exerceixen el treball de cures no ha permès aplicar una mirada interseccional que proporcionaria un enfocament més ajustat a una realitat social travessada per desigualtats de gènere, d'origen i de classe.

Tot i així, aquesta és només una primera aproximació que cal seguir abordant i aprofundint en treballs posteriors que ens permetin identificar les desigualtats i sobretot les vies per superar-les, i fer-ho des de les polítiques socials amb un fort protagonisme dels ens locals.

Bibliografia

Ajuntament de Barcelona (2017a). *Mesura de govern. Expansió del projecte Radars 2017-2019*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona [en línia] https://es.slideshare.net/Barcelona_cat/mesura-de-govern-expansi-del-projecte-radars-20172019.

Ajuntament de Barcelona (2017b). *Mesura de govern. Implementació del projecte Radars a la ciutat de Barcelona. Cap a un model nou de suport a les persones grans*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona [en línia] https://bcnroc.ajuntament.barcelona.cat/jspui/bitstream/11703/84764/1/13043.pdf.

Alcalde, Rosalina; Cahner, Max; Lozano, David; Agudo, Ruth (2019). *Personas cuidadoras no profesionales: Evaluación de su calidad de vida, perfiles prevalentes y nuevas situaciones. Informe de resultados*. Barcelona: Fundació Pere Tarrés.

Alcalde, Rosalina; Cahner, Max; Lozano, David (2021). *Evaluación de la calidad de vida de las personas cuidadoras no profesionales, impacto de los servicios y prestaciones e impacto de la COVID-19. Informe de resultados*. Barcelona: Fundació Pere Tarrés.

Carrasco, Cristina (2013). *El cuidado como eje vertebrador de una nueva economía*. Madrid: Cuadernos de Relaciones Laborales, vol. 31, núm. 1. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, p. 39-56.

Carrasco, Cristina (2015). *El cuidado como bien relacional: hacia posibles indicadores*. Madrid: Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global, núm. 128, p. 49-60.

Carrasco, Cristina; Borderías, Cristina; Torns, Teresa (2019). *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Catarata.

Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) (2014). *Cuidados a dependientes*. Estudio núm. 3009. Madrid: CIS.

Consell d'Europa (2006). «Recomendación Rec(2006)19 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre políticas de apoyo al ejercicio positivo de la parentalidad» [en línia] http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST263ZI121295&id=121295.

Consejo Económico y Social de España (CES) (2020). *Informe sobre el sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Madrid: CES [en línia] http://www.ces.es/documents/10180/5226728/Inf0320.pdf.

Costas, Clara (2020). «Proyecto Radars-Ayuntamiento de Barcelona» a Mémora Fundación y Fundació Víctor Grífols i Lucas (2020), *Soledad, envejecimiento y final de la vida*. Barcelona: Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, p. 117-123.

Daly, Mary; Lewis, Jane (2019). «El concepto de *social care* y el análisis de los estados de bienestar contemporáneos» a Carrasco, Cristina, Borderías, Cristina, Torns, Teresa (2019). *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Catarata, p. 223-249.

Davey, Vanessa (2021). *Situación en España de la evaluación de sistemas de atención a personas mayores en situación de dependencia*. Envejecimiento en red, informe núm. 28. Madrid: CSIC [en línia] https://envejecimientoenred.es/situacion-en-espana-de-la-evaluacion-de-sistemas-de-atencion-a-personas-mayores-en-situacion-de-dependencia/.

Diputació de Barcelona (2006). *Els Espais Familiars de Petita Infància (0-3 anys). Document marc. Espais Familiars de Petita Infància (0-3 anys).* Barcelona: Diputació de Barcelona [en línia] https://www.diba.cat/c/document_library/get_file?uuid=def0c2ab-521e-410d-9f4b-5f4add28c446&groupId=14465.

Diputació de Barcelona (2010). *Els Espais Familiars de Petita Infància. Guia d'avaluació. Col·lecció Documents de Treball.* Barcelona: Diputació de Barcelona [en línia] https://centredocumentacioap.diba.cat/cgi-bin/koha/opac-retrieve-file.pl?id=c6fe8d3cb6535dcfe2542902b5e7827e.

Diputació de Barcelona (2019). *19a edició del Cercle de comparació intermunicipal de serveis socials. Resultats any 2019*. Barcelona: Diputació de Barcelona [en línia] https://www.diba.cat/documents/14465/345741477/Informe+final+de+lliure+difusi%C3%B3+dels+Cercles+de+Comparaci%C3%B3+de+Serveis+Socials+2019.pdf/4098e629-e484-24d7-668b-7ced89125856?t=1608631102099.

Diputació de Barcelona (2019b). *15a edició del Cercle de comparació intermunicipal d'escoles bressol. Resultats any 2019*. Barcelona: Diputació de Barcelona [en línia] https://www.diba.cat/documents/113226/217769218/CCI-Bressol-2020.pdf/2ecc40c6-d470-36fb-6831-0bf2dd639602?t=1611670600471.

Diputació de Barcelona (2020a). *Guia per elaborar plecs per a la contractació del servei d'ajuda domiciliària (SAD)*.

Barcelona: Diputació de Barcelona [en línia] https://llibreria.diba.cat/cat/libro/guia-per-elaborar-plecs-per-a-la-contractacio-del-servei-d-ajuda-domiciliaria-SAD_64490.

Diputació de Barcelona (2020b). *Espais Familiars de Petita Infància (0-3 anys). Característiques i funcions dels professionals*. Barcelona: Diputació de Barcelona [en línia] https://llibreria.diba.cat/cat/libro/espais-familiars-de-petita-infancia-0-3-anys_64882.

Diputació de Barcelona (2020c). *Memòria de Gestió 2020. Servei Local de Teleassistència*. Barcelona: Diputació de Barcelona.

eldiario.es (2019). «La brecha de género en los cuidados y las tareas domésticas tardará 209 años en cerrarse al ritmo actual», 7 de març de 2019 [en línia] https://www.eldiario.es/economia/brecha-cuidados-remunerados-tardara-cerrarse_1_1667987.html.

Ezquerra, Sandra; Mansilla, Elba (2018). *Economia de les cures i política municipal: cap a una democratització de la cura a la ciutat de Barcelona*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona [en línia] https://ajuntament.barcelona.cat/tempsicures/sites/default/files/economia_i_politica_13.pdf.

Fantova, Fernando (2020). *Mutualizar los cuidados en la comunidad*. Blog de Fernando Fantova [en línia] http://fantova.net/?p=3134&lang=en.

Fernández, Pedro; Martínez, Sílvia; Ortiz, Nuria; Carrasco, María; Solabarrieta, Josu; Gómez, Ignacio (2011). *Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga*. Psicothema, vol. 23, núm. 3. Oviedo: Universidad de Oviedo, p. 388-393 [en línia] http://www.psicothema.com/pdf/3899.pdf.

Fundació Salut i Envelliment (2019). *Rànquing 2019 d'entitats adjudicatàries de les licitacions del servei públic d'ajuda a domicili a Catalunya*. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona [en línia] https://www.uab.cat/web/consultoria/serveis-sociosanitaris-i-d-atencio-social-1345769627373.html.

Generalitat de Catalunya (2015). *Mapa de prestacions socials de Catalunya. Annex: Fitxes descriptives de les prestacions socials*. Departament Drets Socials de la Generalitat de Catalunya [en línia] https://dretssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematics/15serveissocials/mapa_de_prestacions/Annex_Mapa_prestacions.pdf.

Generalitat de Catalunya (2019a). *Seguiment del desplegament de la Llei 39/2006. Històric i evolució de les dades de la dependència a Catalunya, 31 de desembre de 2019*. Departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya [en línia] https://dretssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematics/10dependencia/dades_dependencia/documents/dependencia-4tT2019.pdf.

Generalitat de Catalunya (2019b). *Memòria del Departament de Drets Socials, 2019*. Departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya [en línia] https://dretssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematics/15serveissocials/estadistiques/memoria_2019/Memoria_Departament_2019.pdf.

Generalitat de Catalunya (2020). *Pla Estratègic de Serveis Socials de Catalunya 2020-2024*. Departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya [en línia] https://www.parlament.cat/document/publicacions/%20130451790.pdf.

Generalitat de Catalunya (2021). *Recursos en Criança Positiva a Catalunya* [en línia, darrera consulta de dades: 11 de febrer de 2021] https://dretssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/families/recursoscriancapositiva/.

Imserso (2019). *Servicios sociales dirigidos a las personas mayores en España. Diciembre de 2019*. Madrid: IMSERSO [en línia, darrera consulta de dades: 11 de febrer de 2021] https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/ssppmm_esp/2019/index.htm.

Imserso (2021). *Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)* [en línia, darrera consulta de dades: 11 de febrer de 2021] https://www.imserso.es/imserso_01/autonomia_personal_dependencia/saad/saad/el_saad/index.htm.

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

Institut d'Infància i Adolescència (2017). *Serveis socioeducatius per a la primera infància: anàlisi de models d'espais familiars.* Barcelona: IIAB [en línia] https://institutinfancia.cat/wp-content/uploads/2017/11/20171106_analisicasos-espaisfamiliars_informe.pdf.

Keller, Christel (2017). *Grupos de Crianza Compartida: una alternativa comunitaria en la organización del cuidado en la primera infancia*. Quaderns-e de l'ICA. Quaderns-e, 22 (2). Barcelona: Institut Català d'Antropologia, p. 167-182 [en línia] https://raco.cat/index.php/QuadernselCA/article/view/333127/423981.

León, Margarita (2015). *Empleo y maternidad: obstáculos y desafíos a la conciliación de la vida laboral y familiar*. Bellaterra: IGOP, UAB, FUNCAS.

Marbán, Vicente (2019). *El sistema español de atención a la dependencia. Entre la regresión y las reformas.* VIII Informe FOESSA. Documento de trabajo 4.9. Madrid: Fundación FOESSA [en línia] https://www.foessa.es/main-files/uploads/sites/16/2019/06/paper-4.9.pdf.

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2020). «Acuerdo para la puesta en marcha del plan de choque en dependencia en 2021» [en línia] https://www.mayoresudp.org/wp-content/uploads/2021/01/plan-dependencia.pdf.

Montserrat, Júlia (2021). «¿Por qué la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia no valora la atención de los cuidadores familiares?» [en línia] https://www.jubilaciondefuturo.es/es/blog/por-que-la-ley-de-promocion-de-la-autonomia-personal-y-atencion-a-la-dependencia-no-valora-la-atencion-de-los-cuidadores-familiares.html.

Moreno, Sara (2018). «La acción comunitaria y los cuidados a domicilio», a Vega, Cristina; Martínez, Raquel; Paredes, Myriam (2018). *Cuidado, comunidad y común. Extracciones, apropiaciones y sostenimiento de la vida*. Madrid: Traficantes de sueños, p. 147-167.

Parella, Sònia (2021). «El sector del trabajo del hogar y de cuidados en España en tiempos de COVID-19» a Arango, Joaquín; Garcés, Blanca; Mahía, Ramón; Moya, David (2021). *Inmigración en tiempos de COVID-19. Anuario CIDOB de la Inmigración nueva época 2020. Barcelona: CIDOB, p. 102-114.*

Pujol, Maria Assumpció; Manzano, Miquel Àngel; Juvillà, Eloi (2013). *L'organització de l'Àrea Bàsica de Serveis Socials*. Butlletí Territori i Ciutat, núm. 51. Barcelona: Diputació de Barcelona [en línia] https://www.diba.cat/documents/540797/e4125202-d640-4c80-8f85-b2649304317a.

Rodríguez, Pilar *et al*. (2015). *La situación del Servicio de Ayuda a Domicilio en el ámbito local y perspectivas de futuro*. Madrid: Fundación Caser, 2015 [en línia] https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/adjuntos/libro-sad_completo_web.pdf

Spora Sinergies SCCL (2018). *Salut i qualitat de vida de les dones cuidadores de familiars. Resultats i valoració dels serveis municipals de suport a les cures*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona [en línia] https://bcnroc.ajuntament.barcelona.cat/jspui/bitstream/11703/110282/1/MAQSalutIQualitatDeVidaDonesCuidadoresFamiliars.pdf

Torns, Teresa *et al*. (2014). *Nuevas profesiones para la organización social del cuidado cuotidiano* (Memòria final d'investigació). Bellaterra: Centre d'Estudis Sociològics sobre la Vida Quotidiana i el Treball (QUIT), UAB [en línia] https://www.inmujeres.gob.es/en/areasTematicas/estudios/estudioslinea2014/docs/Nuevas_profesiones_organizacion_social.pdf.

Vega, Cristina; Martínez, Raquel (2017). *Explorando el lugar de lo comunitario en los estudios de género sobre sostenibilidad, reproducción y cuidados*. Quaderns-e de l'ICA. Quaderns-e, 22 (2). Barcelona: Institut Català d'Antropologia, p. 65-81 [en línia] https://www.raco.cat/index.php/QuadernseICA/article/view/333115.

Glossari d'abreviacions

Abreviacions	Correspondència
ABSS	Àrea Bàsica de Serveis Socials
AVD	Activitats de la Vida Diària
APEFAC	Associació de Professionals d'Espais Familiars a Catalunya
BAT	Banc d'Ajuts Tècnics
CC	Consell Comarcal
CCI	Cercle de Comparació Intermunicipal
CCI-SS	Cercle de Comparació Intermunicipal – Serveis Socials
DIBA	Diputació de Barcelona
EBAS	Equips Bàsics d'Atenció Social
EPA	Enquesta de Població Activa
EPI	Equip de Protecció Individual
EFPI	Espais Familiars de Petita Infància
ERTO	Expedient de Regulació Temporal d'Ocupació
FIEEP	Fitxes d'informació econòmica a efectes estadístics i de planificació
GCC	Grups de criança compartida
GSAM	Grups de suport emocional i ajuda mútua
IDESCAT	Institut d'Estadística de Catalunya
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
INE	Instituto Nacional de Estadística
LAPAD	Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de Dependència

PECEF	Prestació econòmica de cures en l'entorn familiar
PEV	Prestació econòmica vinculada
PEV-CdD	Prestació econòmica vinculada a centre de dia
PEV-Res	Prestació econòmica vinculada a residència
PEV-SAD	Prestació econòmica vinculada a servei d'ajuda a domicili
PIA	Programa Individual d'Atenció
RUDEL	Registre Unificat de Dades dels Ens Locals
SAAD	Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència
SAD	Servei d'ajuda a domicili
SEVAD	Serveis de Valoració de la Dependència
SISAAD	Sistema d'Informació del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència
SLT	Servei Local de Teleassistència
SM	Salut Mental
SS	Serveis Socials
SSAD	Serveis socials d'atenció domiciliària
SSB	Serveis Socials Bàsics
XSSAP	Xarxa de Serveis Socials d'Atenció Pública

Índex de gràfics

Gràfic 2.1. Evolució de la població de 0 anys a la província de Barcelona, sense Barcelona ciutat, 2011-2019. 12

Gràfic 2.2. Evolució de la població de 0-2 anys a la província de Barcelona, sense Barcelona ciutat, 2011-2019. 13

Gràfic 2.3. Evolució població 0-3 de la província de Barcelona segons trams de població sense Barcelona ciutat, 2011-2019. 13

Gràfic 2.4. Comparació de la taxa global de fecunditat per trams poblacionals, 2015-2019. 14

Gràfic 2.5. Índex d'envelliment dels homes per trams poblacionals, 2015-2020. 16

Gràfic 2.6. Índex d'envelliment de les dones per trams poblacionals, 2015-2020. 16

Gràfic 2.7. Índex de sobreenvelliment dels homes per trams poblacionals 2015-2020. 17

Gràfic 2.8. Índex de sobreenvelliment de les dones per trams poblacionals, 2015-2020. 17

Gràfic 2.9. Índex d'envelliment respecte de la població total dels homes per trams poblacionals, 2015-2020. 17

Gràfic 2.10. Índex d'envelliment respecte de la població total de les dones per trams poblacionals, 2015-2020. 17

Gràfic 2.11. Índex de sobreenvelliment per comarca, 2020. 18

Gràfic 2.12. Índex de dependència juvenil dels homes per trams poblacionals, 2015-2020. 20

Gràfic 2.13. Índex de dependència juvenil de les dones per trams poblacionals, 2015-2020. 20

Gràfic 2.14. Índex de dependència global dels homes per trams poblacionals, 2015-2020. 21

Gràfic 2.15. Índex de dependència global de les dones per trams poblacionals, 2015-2020. 21

Gràfic 2.16. Índex de tendència dels homes per trams poblacionals, 2015-2020. 21

Gràfic 2.17. Índex de tendència de les dones per trams poblacionals, 2015-2020. 21

Gràfic 2.18. Llars amb persones de 65 anys o més a la província de Barcelona, 2014-2019. 22

Gràfic 2.19. Llars amb fills/es a la província de Barcelona, 2014-2019. 23

Gràfic 2.20. Comparació de llars monoparentals segons el gènere a la província de Barcelona, 2014-2019. 23

Gràfic 2.21. Comparació de llars monoparentals segons l'edat a la província de Barcelona, 2014-2019. 24

Gràfic 2.22. Piràmide de població de la província de Barcelona, 2009 i 2019. 25

Gràfic 2.23. Distribució territorial de persones amb discapacitat per comarca, 2020. 26

Gràfic 2.24. Homes amb discapacitat per trams poblacionals, 2015-2020. 27

Gràfic 2.25. Dones amb discapacitat per trams poblacionals, 2015-2020. 27

Gràfic 2.26. Distribució de persones amb discapacitat per edat 2015-2020. 27

Gràfic 3.1. Persones amb PIA a la província de Barcelona i a Catalunya, 2013-2020. 35

Gràfic 3.2. Persones amb PIA a la província de Barcelona, per grau, 2013-2020. 36

Gràfic 3.3. Persones amb PIA a la província de Barcelona, per grau i sexe, 2021. 37

Gràfic 3.4. Percentatge de persones amb PIA a la província de Barcelona, per edat, 2021. 37

Gràfic 3.5. Persones amb PIA a la província de Barcelona, per comarca, i percentatge de persones amb PIA sobre el total de persones amb més de 65 anys i de persones amb discapacitat, per comarca, 2020. 38

Gràfic 3.6. Nombre de persones usuàries dels SSB amb PIA aprovat per cada 1.000 habitants, per tram poblacional, 2010-2019. 39

Gràfic 3.7. Percentatge de cada prestació del SAAD a la província de Barcelona respecte del total de prestacions, 2021. 40

Gràfic 3.8. Percentatge de PECEF respecte del total de prestacions del SAAD a la província de Barcelona, per tram poblacional, 2021. 41

Gràfic 3.9. Percentatge de PECEF respecte del total de prestacions del SAAD a la província de Barcelona, per comarca, 2021. 41

Gràfic 3.10. Persones amb PIA que contempla la prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar i per a persones cuidadores no professionals a la província de Barcelona, i percentatge respecte del total de PIA, 2013-2020. 43

Gràfic 3.11. Percentatge de persones que reben la prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar i per a persones cuidadores no professionals a la província de Barcelona, per grau, 2021. 44

Gràfic 3.12. Percentatge de prestacions econòmiques i de servei del SAAD a la província de Barcelona, per tram poblacional, 2021. 45

Gràfic 3.13. Percentatge de prestacions residencials i a la comunitat del SAAD a la província de Barcelona, per tram poblacional, 2021. 45

Gràfic 3.14. Percentatge de prestacions residencials i a la comunitat del SAAD a la província de Barcelona entre la població beneficiària amb PIA amb més de 85 anys, per tram poblacional, 2021. 45

Gràfic 3.15. Percentatge de prestacions del SAD (en servei) a la província de Barcelona sobre el total de prestacions del SAAD, per tram poblacional, 2021. 47

Gràfic 3.16. Prestacions de servei de centre de dia per a persones grans, residència per a persones grans, i del SAD, 2013-2020. 47

Gràfic 3.17. Evolució en percentatge dels PIA que contemplen prestacions de residència per a persones grans (en servei i PEV), SAD (en servei i PEV), i centre de dia per 48

a persones grans (en servei i PEV) sobre el total de PIA, 2013-2020.

Gràfic 3.18. Percentatge de prestacions del SAD, centre de dia i residència per a persones grans a la província de Barcelona sobre el total de prestacions, per tram poblacional, 2021. 49

Gràfic 3.19. Nombre de persones amb PIA amb prestacions de residència per a persones amb discapacitat i en centre de dia per a persones amb discapacitat a la província de Barcelona, 2013-2020. 49

Gràfic 3.20. Nombre de PIA que contempla PEV a centre de dia, a residència i a SAD a la província de Barcelona, 2013-2020. 50

Gràfic 3.21. Percentatge de PIA que contempla PEV a centre de dia, a residència i a SAD a la província de Barcelona, 2013-2020. 50

Gràfic 3.22. Percentatge de municipis que apliquen copagament a l'SLT i que l'ofereixen de manera gratuïta a la província de Barcelona, per tram poblacional, 2020. 53

Gràfic 3.23. Ubicació de les unitats mòbils de primera resposta de l'SLT a la província de Barcelona, 2020. 55

Gràfic 3.24. Persones usuàries del Servei Local de Teleassistència a la província de Barcelona, 2005-2020. 57

Gràfic 3.25. Cobertura del Servei Local de Teleassistència de la població de 65 anys o més, per tram poblacional, 2020. 58

Gràfic 3.26. Perfil de les persones usuàries del Servei Local de Teleassistència, 2020. 59

Gràfic 3.27. Professionals del Servei Local de Teleassistència per àrees d'intervenció, 2020. 60

Gràfic 3.28. Temps mitjà (en dies) transcorregut entre la sol·licitud i la prestació del Servei Local de Teleassistència, per tram poblacional, 2010-2019. 62

Gràfic 3.29. Autofinançament municipal i finançament per part de les persones usuàries de l'SLT dels municipis que apliquen copagament, 2019. 63

Gràfic 3.30. Temps mitjà (en dies) transcorregut entre l'aprovació de sol·licitud del SAD i la prestació del servei, 2010-2019. 66

Gràfic 3.31. Percentatge de persones usuàries del SAD per raó de la seva situació de dependència legalment reconeguda sobre el total de persones usuàries del SAD, 2010-2019. 68

Gràfic 3.32. Percentatge de persones usuàries del SAD dependència i del SAD social a la província de Barcelona, per comarca, 2019. 69

Gràfic 3.33. Persones amb PIA beneficiàries de PEV-SAD i SAD a la província de Barcelona, 2013-2020. 69

Gràfic 3.34. Percentatge d'hores de PEV-SAD sobre el total d'hores del SAD dependència, 2021. 70

Gràfic 3.35. Persones usuàries del SAD per cada 1.000 habitants, per sexe i modalitat de servei, 2019. 71

Gràfic 3.36. Persones usuàries del SAD per cada 1.000 habitants, per comarca i sexe, 2019. 72

Gràfic 3.37. Nombre de persones usuàries del SAD per cada 1.000 habitants, per tram poblacional, 2010-2019. 73

Gràfic 3.38. Taxa de cobertura del SAD a la província de Barcelona, 2010-2019. 73

Gràfic 3.39. Hores mensuals del SAD per persona usuària, per modalitat de servei, 2014-2019. 75

Gràfic 3.40. Hores mensuals del SAD per persona usuària per situació de dependència, per tram poblacional, 2014-2019 75

Gràfic 3.41. Hores mensuals del SAD per persona usuària per situació social, per tram poblacional, 2014-2019. 75

Gràfic 3.42. Hores mensuals del SAD (incloent SAD i PEV-SAD) per usuari/ària, per tram poblacional i edat de les persones usuàries, 2021. 80

Gràfic 3.43. Persones usuàries del SAD a la província de Barcelona, per sexe i modalitat de servei, 2019. 83

Gràfic 3.44. Persones usuàries del SAD a la província de Barcelona per edat, 2019. 83

Gràfic 3.45. Tipologia de gestió del SAD als ens locals de la província de Barcelona, per tram poblacional, 2021. 85

Gràfic 3.46. Tipologia de gestió del SAD als ens locals de la província de Barcelona, 2010-2019. 85

Gràfic 3.47. Hores de prestació directa del SAD amb personal propi sobre el total d'hores d'atenció directa, 2010-2019. 86

Gràfic 3.48. Percentatge d'entitats prestadores del SAD a la província de Barcelona, per tipologia d'entitat, 2021. 87

Gràfic 3.49. Opinió de responsables del SAD dels ens locals de la província de Barcelona sobre la tipologia de gestió que garanteix millor la qualitat del SAD, 2021. 87

Gràfic 3.50. Valoració per part de responsables del SAD dels ens locals de la provincia de Barcelona d'un impacte com a «molt» o «bastant» elevat sobre la qualitat del servei, per diferents ítems, 2021. 89

Gràfic 3.51. Criteris predominants en l'adjudicació del contracte vigent del SAD als ens locals de la província de Barcelona, per tram poblacional, 2021. 89

Gràfic 3.52. Percentatge d'ens locals de la província de Barcelona amb plecs de condicions tècniques amb perspectiva de gènere, per tram poblacional, 2021. 90

Gràfic 3.53. Percentatge d'ens locals de la província de Barcelona amb model d'atenció amb perspectiva de gènere, per tram poblacional, 2021. 90

Gràfic 3.54. Percentatge d'ens locals de la província de Barcelona que tenen gestió indirecta o mixta amb clàusules socials i sense en el contracte de prestació del SAD , per tram poblacional, 2021. 91

Gràfic 3.55. Percentatge d'ens locals de la província de Barcelona que han ofert formació al personal gestor del SAD, per tipologia, 2021. 91

Gràfic 3.56. Percentatge d'ens locals de la província de Barcelona que fan seguiment del compliment del contracte de prestació del SAD, per ítems de seguiment, 2021. 92

Gràfic 3.57. Percentatge d'ens locals de la província de Barcelona que apliquen estratègies o instruments de seguiment de la qualitat, per tipologia d'instrument, 2021. **93**

Gràfic 3.58. Percentatge d'ens locals de la província de Barcelona que tenen enquesta de satisfacció de la persona usuària del SAD, per tram poblacional, 2021. **93**

Gràfic 3.59. Elements que valora l'enquesta de satisfacció de la persona usuària o altres instruments d'avaluació de la qualitat del SAD per part de la persona usuària, als ens locals de la província de Barcelona, 2021. **94**

Gràfic 3.60. Freqüència d'introducció de millores al SAD en funció de l'anàlisi de queixes o enquestes als ens locals de la província de Barcelona, 2021. **94**

Gràfic 3.61. Freqüència d'inspecció de la prestació del SAD per part dels ens locals de la província de Barcelona, 2021. **95**

Gràfic 3.62. Seguiment i/o avaluació per part dels serveis socials bàsics de la província de Barcelona de la qualitat de l'ocupació del personal d'atenció directa del SAD, per tipologia d'instrument, 2021. **95**

Gràfic 3.63. Seguiment per part dels serveis socials bàsics de la província de Barcelona del pla de formació del personal d'atenció directa del SAD, per tipologia de gestió, 2021. **95**

Gràfic 3.64. Freqüència amb què el personal de serveis socials bàsics de gestió del SAD de la província de Barcelona s'ha trobat amb dilemes ètics, 2021. **96**

Gràfic 3.65. Valoració per part de responsables del SAD dels ens locals de la província de Barcelona com a «molt» o «bastant» important en la incidència en la qualitat de l'ocupació del personal d'atenció directa del SAD, per tipologia d'ítem, 2021. **96**

Gràfic 3.66. Tipologia de contracte predominant del personal d'atenció directa del SAD als ens locals de la província de Barcelona, en relació a la jornada, per tipologia de gestió indirecta i mixta, 2021. **97**

Gràfic 3.67. Tipologia de contracte predominant del personal d'atenció directa del SAD als ens locals de la província de Barcelona, en relació a la durada, per tipologia de gestió, 2021. **98**

Gràfic 3.68. Grau de participació del personal d'atenció directa del SAD en l'organització del treball, als ens locals de la província de Barcelona, 2021. **99**

Gràfic 3.69. Grau de participació del personal d'atenció directa del SAD en el pla de treball de l'usuari/ària, als ens locals de la província de Barcelona, 2021. **99**

Gràfic 3.70. Accés del personal d'atenció directa del SAD a sol·licitar suport de teràpia ocupacional i/o ajudes tècniques, per tipologia de gestió, 2021. **99**

Gràfic 3.71. Freqüència d'espais de supervisió del personal d'atenció directa del SAD als ens locals de la província de Barcelona, per tram poblacional, 2021. **100**

Gràfic 3.72. Valoració dels responsables del SAD dels ens locals de la província de Barcelona de la suficiència del temps de desplaçament entre domicilis del personal d'atenció directa del SAD, per tram poblacional, 2021. **101**

Gràfic 3.73. Valoració dels responsables del SAD dels ens locals de la província de Barcelona de l'impacte de la COVID-19 en les condicions laborals del personal d'atenció directa del SAD als ens locals de la provincia de Barcelona, 2021. **101**

Gràfic 3.74. Freqüència de conflictes (vagues, reclamacions o altres) vinculats a condicions laborals del personal d'atenció directa del SAD, per tipologia de gestió als ens locals de la província de Barcelona, 2021. **102**

Gràfic 3.75. Persones usuàries per professional d'atenció directa del SAD, per tram poblacional, 2010-2019. **102**

Gràfic 3.76. Personal de les empreses prestadores del SAD per a ens locals de la província de Barcelona, per tipologia de llocs de treball, 2019. **103**

Gràfic 3.77. Personal de les empreses prestadores del SAD per a ens locals de la província de Barcelona, per sexe, 2019. **104**

Gràfic 3.78. Fonts de finançament del SAD dependència, 2019. **105**

Gràfic 3.79. Fonts de finançament del SAD social, 2019. **105**

Gràfic 3.80. Percentatge de municipis que apliquen copagament al SAD i que l'ofereixen de manera gratuïta a la província de Barcelona, 2019. **106**

Gràfic 3.81. Despesa corrent total dels SSAD per habitant, per tram poblacional, 2010-2019. **106**

Gràfic 3.82. Percentatge de persones de 65 anys o més amb dependència reconeguda i PIA usuàries de centre de dia per a persones grans, per comarca, 2020 **114**

Gràfic 3.83. Destinataris d'una mostra de Serveis de respir a la província de Barcelona, 2020. **117**

Gràfic 3.84. Distribució territorial de la mostra de serveis de respir de la província de Barcelona analitzada, 2020. **119**

Gràfic 3.85. Serveis de respir segons modalitat d'atenció d'una mostra de serveis de respir a la província de Barcelona, 2020. **120**

Gràfic 3.86. Persones ateses pels Serveis Residencials d'Estades Temporals i Respir de la Diputació de Barcelona per a persones amb discapacitat intel·lectual i persones grans, 2015-2019. **122**

Gràfic 3.87. Nombre de sol·licituds als Serveis Residencials d'Estades Temporals i Respir de la Diputació de Barcelona per a persones amb discapacitat intel·lectual i persones grans, 2015-2019. **122**

Gràfic 3.88. Cobertura de sol·licituds dels Serveis Residencials d'Estades Temporals i Respir de la Diputació de Barcelona per a persones amb discapacitat intel·lectual i persones grans, 2015-2019. **122**

Gràfic 3.89. Nombre de sol·licituds al Servei Residencial d'Estades Temporals i Respir de la Diputació de Barcelona per a persones grans i persones amb discapacitat, 2019. **124**

Gràfic 3.90. Valoració de l'estada per part de les famílies usuàries del Servei Residencial d'Estades Temporals i Respir de la Diputació de Barcelona per a persones grans i per a persones amb discapacitat, 2019. **126**

Gràfic 3.91. Professionals dels Servei Residencial d'Estades Temporals i Respir de la Diputació de Barcelona per a persones amb discapacitat intel·lectual i persones grans, per sexe, 2020. **127**

Gràfic 3.92. Nombre de GSAM promoguts per la Diputació de Barcelona, 2010-2020. 129

Gràfic 3.93. Nombre de GSAM promoguts per la Diputació de Barcelona entre 2016-2019, per comarca. 129

Gràfic 3.94. Municipis que han implementat una o més edicions de GSAM promoguts per la Diputació de Barcelona entre 2016 i 2019. 130

Gràfic 3.95. Percentatge de GSAM promoguts per la Diputació de Barcelona entre 2016-2019, per tram poblacional. 130

Gràfic 3.96. Persones beneficiàries dels GSAM promoguts per la Diputació de Barcelona, 2010-2020. 132

Gràfic 3.97. Persones beneficiàries dels GSAM promoguts per la Diputació de Barcelona, per sexe, 2017-2019. 132

Gràfic 3.98. Perfil de les persones beneficiàries dels GSAM promoguts per la Diputació de Barcelona, 2019. 133

Gràfic 3.99. Patologies i situacions de les persones receptores de cures de les persones beneficiàries dels GSAM promoguts per la Diputació de Barcelona, 2019. 134

Gràfic 3.100. Despesa del recurs de GSAM de la Diputació de Barcelona, 2017-2019. 136

Gràfic 3.101. Recursos a famílies i a la petita infància a la província de Barcelona, 2019. 140

Gràfic 3.102. Centres de desenvolupament infantil i atenció precoç (CDIAP) a la província de Barcelona, 2020. 148

Gràfic 3.103. Persones beneficiàries del programa Els serveis socials més a prop, per edat i sexe, 2018 i 2019. 157

Gràfic síntesi 1. Evolució de la població de 0-2 anys a la província de Barcelona, excloent Barcelona ciutat, 2011-2019. 162

Gràfic síntesi 2. Índex de sobreenvelliment dels homes per trams poblacionals, 2015-2020. 163

Gràfic síntesi 3. Índex de sobreenvelliment de les dones per trams poblacionals, 2015-2020. 163

Gràfic síntesi 4. Piràmide de població de la província de Barcelona, 2009 i 2019. 164

Gràfic síntesi 5. Persones amb PIA a la província de Barcelona, per grau, 2013-2020. 166

Gràfic síntesi 6. Percentatge de cada prestació del SAAD a la província de Barcelona respecte del total de prestacions, 2021. 166

Gràfic síntesi 7. Evolució en percentatge dels PIA que contemplen prestacions de residència per a persones grans (en servei i PEV), SAD (en servei i PEV), i centre de dia per a persones grans (en servei i PEV) sobre el total de PIA, 2013-2020. 168

Gràfic síntesi 8. Percentatge de prestacions del SAD, centre de dia i residència per a persones grans a la província de Barcelona sobre el total de prestacions, per tram poblacional, 2021. 168

Gràfic síntesi 9. Perfil de les persones usuàries del Servei Local de Teleassistència, 2020. 171

Gràfic síntesi 10. Despesa corrent total dels SSAD per habitant, per tram poblacional, 2010-2019. 173

Gràfic síntesi 11. Taxa de cobertura del Servei d'ajuda a domicili, 2010-2019. 173

Gràfic síntesi 12. Nombre de persones usuàries del SAD per cada 1.000 habitants, per tram poblacional, 2010-2019. 174

Gràfic síntesi 13. Tipologia de gestió del SAD als ens locals de la província de Barcelona, 2021, per tram poblacional. 175

Gràfic síntesi 14. Destinataris i modalitat d'atenció d'una mostra de serveis de respir a la província de Barcelona, 2020. 179

Gràfic síntesi 15. Nombre de sol·licituds al Servei Residencial d'Estades Temporals i Respir de la Diputació de Barcelona per a persones grans, 2019. 180

Gràfic síntesi 16. Professionals dels Serveis Residencials d'Estades Temporals i Respir de la Diputació de Barcelona per a persones amb discapacitat intel·lectual i persones grans, per sexe, 2020. 181

Gràfic síntesi 17. Municipis que han implementat una o més edicions de GSAM promoguts per la Diputació de Barcelona entre 2016 i 2019. 183

Gràfic síntesi 18. Persones beneficiàries dels GSAM promoguts per la Diputació de Barcelona, 2010-2020. 183

Gràfic síntesi 19. Recursos a famílies i a la petita infància a la província de Barcelona, 2019. 185

Índex de taules

Taula 2.1. Evolució de la taxa bruta de natalitat de la província i la ciutat de Barcelona, 2015-2019. **14**

Taula 2.2. Evolució de la taxa global de fecunditat per comarques, 2015-2019. **15**

Taula 2.3. Comparació per trams i sexe de l'índex d'envelliment, d'envelliment respecte de la població total i de sobreenvelliment, 2020. **19**

Taula 3.1. Recursos de cures i de suport a les cures que s'han analitzat en la diagnosi present. **32**

Taula 3.2. Persones usuàries i cobertura del servei local de teleassistència de la població de 65 anys o més, per comarca, 2020. **58**

Taula 3.3. Hores d'atenció del SAD i PEV-SAD per persona usuària al mes, 2021 i 2019. **74**

Taula 3.4. Distribució de les hores i persones usuàries del SAD dependència, inclosa la PEV-SAD, per grau de dependència, febrer 2021. **76**

Taula 3.5. Intensitat del SAD per grau de dependència, segons normativa. **76**

Taula 3.6. Mitjana d'hores mensuals per persona usuària del SAD i PEV-SAD, per grau de dependència, febrer 2021 **77**

Taula 3.7. Mitjana d'hores mensuals per persona usuària del SAD (sense PEV-SAD), per grau de dependència i tram poblacional, febrer 2021. **77**

Taula 3.8. Mitjana d'hores mensuals per persona usuària del SAD segons el grau de dependència, per comarca, febrer 2021. **78**

Taula 3.9. Hores d'atenció personal i d'atenció a la llar del SAD i PEV-SAD i ràtio d'hores mensuals per persona usuària del SAD i PEV-SAD, per comarca, febrer 2021. **79**

Taula 3.10. Índex d'envelliment, cobertura i intensitat del SAD dependència de la població de 65 anys o més, per tram poblacional i comarca. **81**

Taula 3.11. Edat i grau de dependència de les persones usuàries del SAD dependència i PEV-SAD, febrer de 2021. **84**

Crèdits imatges

Pàg.1. cfizkes/shutterstock.com – 1801130797

Pàg. 6. G-Stock Studio / shutterstock.com – 524678812

Pàg. 7. Konstantin Yolshin/shutterstock.com – 230491051

Pàg. 8. photographee.eu/shutterstock.com – 719916721

Pàg. 10. BABAROGA/shutterstock.com – 565189495

Pàg. 12. Aditya Romansa on Unsplash

Pàg. 14. Juice Flair/shutterstock.com – 1866109432

Pàg. 16. r.classen/shutterstock.com – 1205875249

Pàg. 18. BearFotos/shutterstock.com – 213033817

Pàg. 19. cholprapha/shutterstock.com – 1181082856

Pàg. 23. Monkey Business Images/shutterstock.com – 398303077

Pàg. 24. javi_indy/shutterstock.com – 1555083406

Pàg. 26. VTT Studio/shutterstock.com – 1486977842

Pàg. 28. Rido/shutterstock.com – 1937135206

Pàg. 29. PhotoMavenStock/shutterstock.com – 1723479094

Pàg. 30. Skylines/shutterstock.com – 1723138606

Pàg. 34. Roman Zaiets/shutterstock.com – 1835818411

Pàg. 42. Halfpoint/shutterstock.com – 1507709129

Pàg. 46. Africa Studio/shutterstock.com – 573562336

Pàg. 48. AlessandroBiascioli/shutterstock.com – 529152496

Pàg. 51. fizkes/shutterstock.com – 1606121158

Pàg. 56. Andrey_Popov/shutterstock.com – 396391129

Pàg. 57. Robson90/shutterstock.com – 1145843576

Pàg. 60. SewCream/shutterstock.com – 1487364161

Pàg. 64. fizkes/shutterstock.com – 1801130797

Pàg. 71. Bborriss.67/shutterstock.com – 1765962200

Pàg. 74. oneinchpunch /shutterstock.com – 524763169

Pàg. 77. rawpixel.com /shutterstock.com – 522004027

Pàg. 80. Robert Kneschke/shutterstock.com – 2028017975

Pàg. 80. Photographee.eu/shutterstock.com – 1482288176

Pàg. 82. Halfpoint/shutterstock.com – 263179745

Pàg. 87. Pormezz/shutterstock.com – 689039443

Pàg. 93. Party people studio/shutterstock.com – 1622611138

Pàg. 96. G-Stock Studio/shutterstock.com – 439213456

Pàg. 97. smolaw/shutterstock.com – 1918059161

Pàg. 100. Halfpoint /shutterstock.com – 265275344

Pàg. 104. sridarshini/shutterstock.com – 1849051903

Pàg. 107. zblaster/shutterstock.com – 1927720142

Pàg. 111. Another77/shutterstock.com – 1982763551

Pàg. 116. Elizaveta Galitckaia/shutterstock.com – 745417135

Pàg. 121. Orawan Pattarawimonchai/shutterstock.com – 1136971007

Pàg. 123. rmolaeva Olga 84/shutterstock.com – 1956626008

Pàg. 131. Iron rose/shutterstock.com – 1720991227

Pàg. 135. Pasuwan/shutterstock.com – 1420743092

Pàg. 136. rawpixel.com/shutterstock.com – 525854830

Pàg. 139. Evgeny Atamanenko/shutterstock.com – 1438256546

Pàg. 148. Africa Studio/shutterstock.com – 552619234

Pàg. 149. photographee.eu/shutterstock.com – 1103094848

Pàg. 150. STILLFX/shutterstock.com – 123990412

Pàg. 158. Anna Selina/shutterstock.com – 137637689

Pàg.160. Rawpixel.com/shutterstock.com – 631902332

Pàg.161. Robert Kneschke/shutterstock.com – 2028017975

Pàg.162. Rawpixel.com/shutterstock.com – 631902332

Pàg.165. oneinchpunch/shutterstock.com – 225478723

Pàg.170. oneinchpunch /shutterstock.com – 524763169

Pàg.182. Josep Cano / Diputació de Barcelona

Pàg.182. Josep Cano / Diputació de Barcelona

Pàg.184. Rido/shutterstock.com – 1852862005

Pàg.185. Rawpixel.com/shutterstock.com – 1247147965

Pàg.186. PhotoMavenStock/shutterstock.com – 1723479094

Pàg.187. Jacob Lund/shutterstock.com – 1384179008

Pàg.188. Rido/shutterstock.com – 1852862014

Pàg.188. cholprapha/shutterstock.com – 1181082856

En l'elaboració de la diagnosi han col·laborat Lucía Aizcorbes, Gustau Barriga, Fina García, Sandra Guix, Mercè Martín, Pilar Martínez, Iolanda Moragues, Elisenda Noguera, Toni Rosa, Pachi Rivas, Berta Sánchez, Isabel Sierra, Joan Carles Valentí i Blanca Vela, de l'Àrea d'Igualtat i Sostenibilitat Social de la Diputació de Barcelona

Els projectes transformadors del Pla d'actuació de mandat 2020-2023 de la Diputació de Barcelona expressen el compromís de la corporació de la Diputació de Barcelona amb la localització de l'Agenda 2030 de les Nacions Unides, per a un desenvolupament sostenible a la província de Barcelona. Aquests projectes transformadors es presenten classificats a partir de les quatre esferes de l'Agenda 2030: les persones, la prosperitat, el planeta i les aliances, uns àmbits als quals la Diputació de Barcelona, amb les seves polítiques locals, pot contribuir amb decisió.

Els projectes transformadors de l'Àrea d'Igualtat i Sostenibilitat Social pretenen buscar solucions innovadores i integrals als reptes socials, amb una acció transversal, interseccional i de xarxa entre tots aquells agents que treballen per a la sostenibilitat i la cohesió social als municipis, barris i territoris de la província de Barcelona.

El projecte transformador «Cap a un nou sistema públic de cures en la comunitat» té per objectiu enfortir els serveis locals de provisió o suport a les cures, ampliar el suport a les persones cuidadores i promoure el reconeixement i la corresponsabilitat en el treball de cures.

Diputació Barcelona | Àrea d'Igualtat i Sostenibilitat Social

Passeig de la Vall d'Hebron, 171
08035 Barcelona
www.diba.cat/benestar