18 Projectes transformadors

Diagnosi de les cures en l'entorn comunitari a la província de Barcelona des de la perspectiva de gènere

Diputació Barcelona

www.diba.cat

18 Projectes transformadors

Diagnosi de les cures en l'entorn comunitari a la província de Barcelona des de la perspectiva de gènere

Diputació Barcelona

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

Agraïments:
Volem agrair la col·laboració de totes les persones que han participat de les entrevistes i grups de discussió, i als següents ajuntaments, ens locals i entitats:
Calella
Castelldefels
Consell Comarcal del Maresme
Consell Comarcal del Moianès
Consell comarcal del Vallès Oriental
El Prat de Llobregat
Gironella
La Llagosta
Pineda de Mar
Sabadell
Sant Boi de Llobregat
Sant Feliu de Llobregat
Sant Fruitós Bages
Vilanova i la Geltrú
Vilafranca del Penedès
Santa Coloma de Gramenet
Associació de Famílies monoparentals de Catalunya
APINAS
Colectivo Micaela
DINCAT
ECOM

1a edició: febrer de 2023

© de l'edició: Diputació de Barcelona
© dels textos: Sílvia Alberich Castellanos, Elba Mansilla Salas

Edició i producció:
Subdirecció d'Imatge Corporativa i Promoció Institucional

Disseny editorial:
Gal·la Pascual

Maquetació:
Edicions MIC

Sumari

PRESENTACIÓ 7

1. INTRODUCCIÓ 8

2. MARC TEÒRIC I CONCEPTUAL 10
2.1 Ètica de la cura 11
2.2 Una economia de la cura 12
2.3 Concretant: de què parlem quan parlem de cura? 16
2.4 Polítiques feministes des de l'ètica de la cura 19

3. CAP A UNA ANÀLISI DE LES POLÍTIQUES LOCALS DE CURES 22
3.1 Polítiques de temps i cura 23
3.2 Transferències monetàries 26
3.3 Serveis de cures 26
3.4 Infraestructures per a la cura 27

4. ASPECTES METODOLÒGICS 30
4.1 Disseny d'eines de recollida d'informació i anàlisi 33
4.2 Treball de camp 33
4.3 Buidatge i anàlisi d'informació 35

5. ANÀLISI I DISCUSSIÓ DE LES EXPERIÈNCIES 36
5.1 La cura: un dret de ciutadania sostingut sobre la vulnerabilitat i la interdependència 37
5.2 El binomi territori-comunitat en relació a la cura 46
5.3 Igualtat i diversitat: principis indestriables i complementaris 58
5.4 Drets laborals i provisió de cura digna: elements fonamentals per a unes polítiques de cures feministes, antiracistes i transformadores 64
5.5 L'accessibilitat als serveis locals de cures 71
5.6 Potències i reptes en la provisió de cures segons el model de gestió, finançament i coordinació 82

6. REFLEXIONS FINALS: CONCLOURE ALLÒ QUE ESTÀ INCONCLÚS 110

BIBLIOGRAFIA I FONTS 113

Presentació

Els municipis i les administracions locals hem de ser part activa en la construcció de la cura com a dret ciutadà que permeti tant proveir-la com rebre-la amb dignitat i qualitat. Cal un gran pacte per la cura que impliqui al conjunt d'administracions, entitats i ciutadania, i que permeti desplegar accions, des del suport a les persones cuidadores fins a serveis de proximitat, per a l'acompanyament en el propi domicili o en l'entorn de forma connectada amb la comunitat, i accions que incideixin sobre els temps i els espais de cura des d'una mirada de corresponsabilitat, equitat i dret.

Amb aquest objectiu, vam posar en marxa el projecte "Cap a un nou sistema públic de cures en la comunitat", que parteix d'un treball de diagnosi construït a partir de l'anàlisi del context sociodemogràfic i d'impacte dels serveis i recursos de cura als municipis de la província de Barcelona -que va donar lloc a una primera publicació-, i de la identificació de les necessitats i demandes de les persones implicades en la provisió i recepció de cures en la nostra demarcació, que es tradueix en el document que teniu a les mans.

Entenem que cal repensar l'organització social de la cura i el sistema públic, des de la participació de les persones implicades en els múltiples processos que tenen lloc al voltant d'aquesta cura. És per això, que vam convidar a professionals i a persones usuàries de serveis com l'ajuda a domicili i la teleassistència, a responsables de la gestió de serveis locals, a persones cuidadores no professionals i a entitats del sector a expressar les seves visions, experiències, aportacions i propostes per millorar aquest sistema. D'aquesta manera, el propi procés de debat va generar en si mateix un espai d'apoderament i transformació que ens acosta cap a un nou model de cures en què la sostenibilitat de la vida es troba en el centre.

Volem agrair a totes les persones que han participat en aquesta diagnosi el seu temps, especialment valuós i sovint escàs, així com les seves reflexions, testimonis i idees que aporten a aquest document un valor únic. També volem reconèixer la feina de les cooperatives La Ciutat Invisible i Equilàtera que han impregnat la recerca de valors, anàlisi, debat i creativitat, sempre des d'un enfocament de gènere i interseccional, i un compromís amb l'equitat i la transformació social.

Esperem que aquest document sigui motivador per obrir nous debats i reflexions i, sobretot, línies d'actuació per avançar cap a un nou sistema de cures com un dret ciutadà impulsat des dels municipis i les comunitats.

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

Introducció

01.

Mitjançant el projecte “Cap a un nou sistema públic de cures en la comunitat”, l’Àrea d’Igualtat i Sostenibilitat Social de la Diputació de Barcelona ha impulsat diferents accions per reforçar els serveis públics locals de cures, especialment en relació a l’atenció social domiciliària i a la teleassistència, així com el suport a les persones cuidadores no professionals i professionals. Amb aquest conjunt d’iniciatives, es vol incorporar la perspectiva de gènere i interseccional, i avançar en el reconeixement de les cures i la corresponsabilitat.

En el marc d’aquest projecte, s’ubica la present diagnosi, en relació amb l’organització social de la cura i els serveis de provisió en l’entorn domiciliari i comunitari a la província de Barcelona, des de la perspectiva de gènere i incorporant també la mirada interseccional.

D’aquesta manera, la diagnosi s’ha centrat en la identificació de les necessitats i les demandes de les persones implicades en la provisió i recepció de cures (professionals, no professionals, persones voluntàries i activistes socials en projectes de cures comunitàries i receptores de serveis), així com en identificar reptes i propostes de millora per als serveis de cures en l’entorn domiciliari i comunitari a la província de Barcelona, des de l’acció dels ens locals i la Diputació de Barcelona.

En aquest sentit, s’ha partit d’una conceptualització de la cura arrelada en la teoria feminista i entesa com un dret social, fet que ha permès analitzar, d’una banda, les pràctiques concretes de cura -els agents i serveis que les proveeixen, les persones que les proporcionen, les necessitats de les persones que les reben, etc.- i, de l’altra, el model de cures en què es basen aquestes pràctiques, tot reflexionant sobre si responen a una visió assistencialista o, per contra, si s’orienten envers el ple desenvolupament d’un dret de ciutadania que involucra tant els individus, com les famílies, com la comunitat, com l’Administració.

En tot cas, aquesta recerca no s’ha centrat en els serveis facilitats des del mercat -més enllà de les cuidadores a domicili i de certs serveis de finançament públic, però de gestió privada- que, probablement, dibuixen models basats en altres conceptes de cures.

Els resultats de la diagnosi, basada eminentment en la recerca participativa i qualitativa, es presenten de forma extensa en aquest document.

La síntesi de cadascun dels eixos d’anàlisi establerts es presenta, així mateix, en quadres resum al final de cada apartat, que permeten visualitzar de forma clara les qüestions que s’han posat de manifest, així com apuntar, de forma genèrica, possibles accions que podrien donar resposta a les mancances detectades o potenciar les pràctiques transformadores identificades.

Marc teòric i conceptual

02.

2.1 ÈTICA DE LA CURA

L'ètica de la cura és un model teòric i pràctic, sorgit a partir del pensament feminista, d'anàlisi de les relacions interpersonals i també comunitàries i socials, que abasta els camps de la filosofia, la psicologia i la política, i que es fonamenta en una comprensió de la moral que va més enllà de principis abstractes i pren com a referència les capacitats i els valors derivats de l'experiència, sovint feminitzada, de cuidar els i les altres, així com l'entorn immediat.

Així, l'ètica de la cura assenyala el **biaix de gènere de la filosofia moral** i de la concepció tradicional de l'ètica, que ha considerat les capacitats i les actituds relacionades amb l'atenció i la cura formes bàsiques i inferiors de moralitat; situant, en canvi, aquells valors relacionats amb l'experiència masculina a l'esfera pública en un pla de superioritat moral. D'aquesta manera, davant d'una visió jeràrquica de la moral, l'ètica de la cura parteix d'una visió **de xarxa i d'interconnexió** entre els principis de la moral abstracta (com ara la justícia, la llibertat o la igualtat) i les capacitats i valors concrets derivats de l'experiència de la cura (com ara l'empatia, la responsabilitat, l'escolta activa, l'afectuositat o la solidaritat).

D'altra banda, els postulats de l'ètica de la cura troben **nexes importants amb els de l'ecologia**, ja que les relacions humanes són enteses des de la idea d'interdependència, de la mateixa manera que són interdependents tots els elements que configuren un ecosistema.

Tot i que diverses pensadores feministes, com ara Sara Ruddick o Nel Noddings, havien assenyalat, prèviament, el biaix androcèntric de la filosofia moral i de la psicologia evolutiva, fou la psicòloga i filòsofa feminista estatunidenca, **Carol Gilligan**, qui, l'any 1982, publicà *In a different voice: Psychological Theory and Women's Development*, treball que assentà les bases per al desenvolupament d'aquest corrent d'anàlisi crítica que ha impregnat moltes altres disciplines, com ara la sociologia, l'antropologia, la política o l'economia.

En aquesta obra, Gilligan va criticar el **model androcèntric d'estadis de desenvolupament moral** establerts per la psicologia evolutiva i va assenyalar que el fet de considerar el raonament abstracte superior moralment al raonament situat[1] era fruit d'una **visió patriarcal de l'ètica,** que havia deixat fora les veus i les experiències de les dones, sovint vinculades a la cura.

> *«Me di cuenta de los silencios que había en las teorías del desarrollo psicológico y moral -lo que no se decía, a quién no se escuchaba, lo que no se consideraba un problema ético- y comprendí por qué las voces de las mujeres sonaban a menudo confusas o irrelevantes. Los filósofos morales discuten sobre si la ética se basa en la razón o en la emoción. Los psicólogos hablan del Yo como un ente separado, y del desarrollo como de un paso de la dependencia a la independencia. La voz "diferente" -aquella que oí por primera vez al* ***escuchar a mujeres****- unía la razón con la emoción, y al Yo con las relaciones.* ***En su narrativa, las vidas de las gentes estaban conectadas y eran interdependientes.*** *Desde este punto de vista, lo contrario de la dependencia era el aislamiento.»*[2]

[1] El concepte de "raonament situat" o "coneixement situat" fou creat per la biòloga i filòsofa feminista Donna Haraway, i defensa la idea que totes les expressions de coneixement incorporen els biaixos propis de la persona que els crea. La visió de qui crea coneixement està condicionada per les experiències i la cosmovisió derivades de la posició social que ocupa. La idea de coneixement situat, per tant, compleix una doble funció: d'una banda, desmitifica la mirada científica com a objectiva i universal, mostrant que bona part d'aquesta producció respon als interessos, les experiències i els punts de vista de subjectes blancs, masculins, capacitats i heterosexuals. I de l'altra, reivindica el coneixement produït per subjectes que històricament han estat exclosos de les institucions reconegudes com a productores de sabers –hospitals, universitats, museus, etc.–, reconeixent-les com a mirades i veus necessàries per entendre la realitat en la seva totalitat.

[2] Gilligan, Carol (2013): "La resistencia a la injusticia: una ética feminista del cuidado" a *La ética del cuidado*. Barcelona, Fundació Víctor Grífols i Lucas.

Tot i que el treball de Carol Gilligan ha estat ampliat, contestat, repensat i matisat, el desafiament que la seva obra va suposar a la teoria de la moral dominant ha influenciat profundament el pensament feminista, així com l'anàlisi de les relacions socials i la teoria crítica política i econòmica, allunyant-se d'una concepció de les persones com a entitats aïllades, pròpia de la teoria liberal tradicional, i posant **èmfasi en el fet relacional i la interdependència com a trets fonamentals i definitoris de les societats humanes i dels ecosistemes.**

Són moltes les aportacions que, des dels feminismes, han visibilitzat les implicacions d'una visió del món contada en singular i basada en una pretesa universalitat que, en realitat, representa postures parcials i androcèntriques. Així, s'ha assenyalat que la veu i les experiències de les dones han quedat als marges dels paradigmes que tendeixen a organitzar i jerarquitzar el món des de lògiques patriarcals, essent el reconeixement d'aquestes veus una tasca encara inconclusa.

Hi ha alguns autors i autores que han criticat l'ètica de la cura en considerar-la una visió reduccionista, particular i centrada en necessitats específiques i individuals, que no permeten planificar polítiques globals, atès que l'objecte d'atenció són les necessitats concretes, mentre que les causes estructurals d'aquestes situacions queden relegades a un segon pla.

En canvi, qui contesta aquestes posicions defensa que **una anàlisi de les polítiques socials i de ciutadania, des d'una perspectiva de la cura, permet ubicar els individus i les seves experiències en una xarxa de relacions més àmplia** que inclou la família, la comunitat i les estructures socials i de poder en què es troben immerses.

D'altra banda, la contribució de Gilligan ha estat criticada per les seves connotacions essencialistes, atès que sembla sostenir l'existència d'una psicologia o moral particularment femenina. No obstant això, l'autora especifica, anys després de la publicació del seu treball, que la veu diferent a la qual es refereix «*no se caracteriza por su género, sino por su tema*»[3]: la cura i, en concret, **la necessitat de posar en pràctica una ètica de la cura, l'eix articulador de la qual és la corresponsabilitat**. Aquesta ètica no ha de construir-se sobre la base de valors de justícia universal, sinó **sobre la base d'experiències quotidianes anomenades en primera persona** i que respon, per tant, a una **veu polifònica**, diferent per a cada persona. En paraules de Patricia Paperman: «*Gilligan identifica la ética del cuidado como una manera de pensar el "yo" y las relaciones con los otros no conforme a las normas patriarcales, para las cuales las personas se diferencian y sus cualidades se jerarquizan de manera binaria y mutuamente excluyente.*»[4]

La dimensió ètica del treball de cures fa referència, així, a l'activitat orientada a la preservació i a la producció de la vida dels i de les altres, i s'assenta sobre la quotidianitat en què les relacions humanes adquireixen sentit i la **interdependència i vulnerabilitat són realitats viscudes.**

Així, la importància de la cura per al sosteniment de la vida, entesa en termes ecosistèmics, ha de constituir l'impuls cap a l'emergència de les **cures com a una qüestió política prioritària.**

2.2 UNA ECONOMIA DE LA CURA

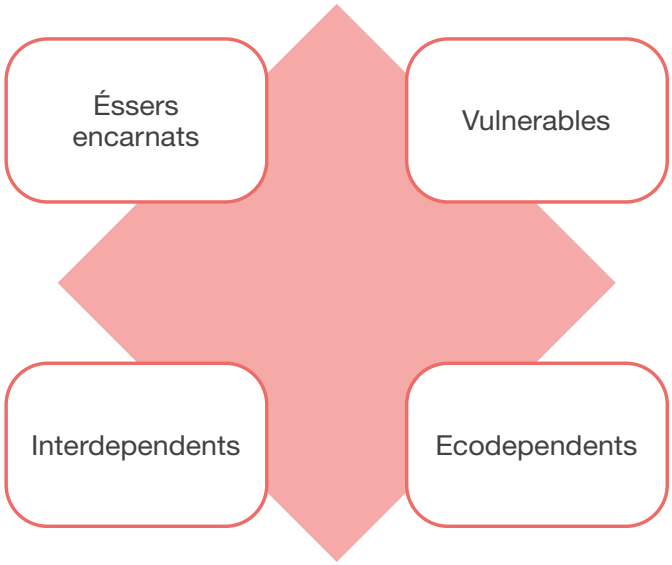
En parlar d'economia de la cura, fem referència a un seguit de propostes sorgides des del pensament i l'acció feministes, per tal de visibilitzar el valor social, polític i econòmic de les activitats, béns, serveis i afectes necessaris per al sosteniment de la vida.

Així, des d'aquestes teories, s'analitza la devaluació de la cura com a resultat de processos històrics en el desenvolupament del sistema capitalista i de la implantació d'un sistema de valors que construeix els àmbits "públic" i "privat", i que desplaça les activitats dedicades a la reproducció i manteniment de la vida, desenvolupades fonamentalment per les dones, a l'àmbit privat.

L'ètica de la cura, posada en relació amb el pensament crític de l'economia feminista, ens duu a revisar moltes de les construccions i fal·làcies sobre les quals s'han construït les teories econòmiques tradicionals.

[3] Paperman, Patricia (2018): "La ética del cuidado y las voces diferentes en la investigación" a *El trabajo de cuidado*: pàg. 213. Buenos Aires, Fundación Medifé Edita.

[4] Paperman, Patricia (2018): "La ética del cuidado y las voces diferentes en la investigación" a *El trabajo de cuidado*: pàg. 219. Buenos Aires, Fundación Medifé Edita.



Així, en primer lloc, **la dicotomia producció/reproducció queda dinamitada**, atès que el reconeixement de la nostra naturalesa encarnada[5] ens duu, inevitablement, a **admetre la nostra vulnerabilitat** –la necessitat d'alimentar-nos, de repòs, d'estimar i ser estimades, la realitat de la malaltia i de la mort– i, per tant, la **impossibilitat de la independència i l'engany** sobre el qual s'ha sostingut el nostre sistema econòmic: el mite de l'existència d'uns éssers preparats per produir, lliures de qualsevol necessitat i responsabilitat de cura. D'aquesta manera, es posen en qüestió els valors hegemònics d'autonomia i independència, que travessen i jerarquitzen les relacions socials.

D'altra banda, l'economia feminista assenyala que les activitats dedicades a la cura i a la reproducció de la vida són les que permeten mantenir i desenvolupar l'economia productiva, de manera que el treball de cures possibilita la resta de treballs. Aquest gir suposa interrogar-nos sobre el concepte mateix de treball i sobre **quins són els treballs que importen** en el sentit de la **transcendència de la seva funció social**.

D'aquesta manera, la teoria crítica feminista, ha posat de manifest que el **sistema econòmic liberal**, que posa l'accent en la producció de béns de canvi per sobre de la producció de béns d'ús i en els processos d'acumulació de capital, **és incapaç de resoldre les necessitats quotidianes de cura** i de sosteniment de la vida, **arribant, fins i tot, a atacar la vida**.

En aquest sentit, en aquells països que han comptat amb sistemes de benestar social més desenvolupats, l'estat ha jugat un paper clau a l'hora de proporcionar serveis de cura (sovint reduïts, però, a l'atenció d'infants i de persones adultes dependents) i de crear un marc normatiu que possibiliti l'exercici de la cura (permisos per a la cura de menors i de persones dependents, vinculats a la participació en el mercat de treball).

En canvi, en països amb estats més febles, la cura ha estat assumida per les famílies –dones, majoritàriament– o els mercats, depenent de la relació que es dona entre els sistemes familiars, culturals i econòmics en cada context concret.

Cal assenyalar el paper de la comunitat que, en entorns on els vincles comunitaris no es troben especialment afeblits i fragmentats, ha jugat un paper molt important en la cobertura de necessitats de cura i en el sosteniment de la vida. Així, l'antropòloga Susan Narotzky afirma que la capacitat individual per obtenir recursos depèn de l'estructura social en general, més enllà dels vincles de la unitat domèstica i, especialment, del parentiu, l'amistat i les xarxes de veïnatge.[6]

> *«Es decir, hay que romper con la idea de unidad doméstica como unidad de bienes de uso y de consumo porque no alcanza a explicar la familia, ni es una entidad legítima para explicar el mantenimiento de la vida humana, ya que el consumo se organiza a nivel de redes sociales que desbordan la unidad doméstica.»*[7]

D'altra banda, cal assenyalar cert **desplaçament de la idea d'estat de benestar "masculí", el *welfare*, cap a un concepte de *well-being*,**[8] és a dir, del benestar material al benestar que respon a les necessitats de les persones. Aquest desplaçament és fruit de la influència del pensament feminista, però també del coneixement i l'experiència que aporten altres models de vida i

[5] "Naturalesa encarnada" fa referència a la idea que totes les persones tenim un cos, essent aquest el suport de les nostres experiències i pràctiques. La nostra naturalesa corpòria -o "encarnada"- condiciona no només la nostra manera de ser i estar al món, sinó que, al mateix temps, l'experiència viscuda moldeja els nostres cossos. El cos és material, ens ve donat al néixer i, alhora, experimenta diferents transformacions al llarg del temps.

[6] Narotzky, Susanna (2004): *Antropología Económica. Nuevas Tendencias*. Barcelona, Editorial Melusina.

[7] Cerri, Chiara i Alamillo-Martínez, Laura (2012): "La organización de los cuidados, más allá de la dicotomía entre esfera pública y esfera privada" a *Gazeta de Antropología*, Jaén.

[8] Flaquer, Lluís (2013): "Los trabajos de cuidado: de una obligación tradicional a un derecho social" a *La ética del cuidado*. Barcelona, Fundació Víctor Grífols i Lucas.

comunitaris, sovint procedents de cultures originàries, basats en la idea del "bon viure", concepte que fa allusió a un conjunt de pràctiques d'equitat, convivència comunitària, reciprocitat i relacions harmòniques amb els altres i amb la resta del planeta.

Així, al nostre context social i, en general, a tots els països del sud d'Europa, l'anomenat Estat de Benestar s'ha desenvolupat de manera limitada i sempre pivotant sobre el model de família nuclear heteropatriarcal, en què bona part de la feina de cura és absorbida a les llars, on el treball de les dones es dona per descomptat. Aquest fet és degut, d'una banda, a l'insuficient desenvolupament de serveis de cures, sobretot de llarga durada i d'atenció a necessitats de la vida quotidiana[9], i, de l'altra, al lloc clau que la família ocupa en la reproducció i en la vertebració social.

Es tracta d'allò que es coneix com a model mediterrani d'Estat de Benestar, caracteritzat per un àmbit d'actuació limitat respecte al seu principi d'universalitat i per la inclusió de tres actors –estat, famílies i mercat– en la provisió de serveis considerats els pilars d'aquest sistema: salut, educació i pensions.

[9] El tipus més habitual d'atenció de cures de llarga durada és la cura personal: ajuda amb les activitats quotidianes, com ara banyar-se, vestir-se, preparar-se, fer servir el lavabo, menjar i moure's, per exemple, aixecar-se del llit i entrar a una cadira.

D'aquesta manera, el model mediterrani es construeix sobre sistemes **"familiaristes" en què les administracions públiques esperen i, fins i tot, promouen que siguin les llars que assumeixin la responsabilitat principal de garantir el benestar dels seus integrants**, a través de tasques de suport, protecció, solidaritat i cura.

Cal assenyalar que les llars es configuren a partir d'unes estructures i relacions de gènere no igualitàries, en les quals el fet de cuidar a d'altres ha estat "naturalitzat" com a propi de la feminitat, fruit de la (suposada) capacitat reproductiva de les dones i de l'anomenat "vincle maternal". D'aquesta manera, la responsabilitat de la cura s'ha repartit de forma diferencial entre els membres de la unitat familiar, recaient, sobretot, en les dones adultes, l'anomenada generació *sandwich* (aquelles que cuiden de forma simultània els seus ascendents i els seus descendents).

Aquest model *familiarista*, però, fa temps que no se sosté: un seguit de canvis demogràfics (envelliment de la població, heterogeneïtat cultural i d'origen de la població), socials (diversificació dels models familiars, creixents processos d'individualització, rol de les dones al mercat de treball) i econòmics (desregularització i flexibilització del mercat de treball, retallades pressupostàries dels serveis públics) han dut al que coneixem com a "crisi de les cures" o *care gap*.

Parlar de crisi de cures suposa partir de l'estudi de l'organització i distribució social del treball de cures, principalment des d'una perspectiva transnacional, per analitzar la crisi de reproducció social que estem vivint en les societats occidentals enriquides i les conseqüències d'aquesta en la reestructuració desigual del sistema global de cures. Aquesta crisi es desenvolupa a partir de la fallida d'un model de cures anterior basat, com dèiem, en canvis demogràfics, socials i econòmics, i una redistribució del repartiment del treball de cures insuficient.

A més, aquest nou model s'està desenvolupant de manera «*no solo insuficiente y precarizadora, sino reaccionaria, en la medida en que se basa en los mismos ejes de desigualdad social e invisibilidad de trabajos y agentes sociales que presentaba el modelo de partida*»[10]. De manera que suposa un procés de transformació parcial en la mesura en què els treballs de cures continuen sent responsabilitat, principalment, de les dones, però adquireixen un nou significat en donar-se «***una creciente etnicización y externalización de los servicios de reproducción social*** *en el ámbito global, que agudiza las desigualdades entre las propias mujeres, básicamente a causa de la clase y la etnia/raza.*»[11]

Així, és important fer al·lusió a la diferent distribució de "càrrega de cura" entre les mateixes dones en funció de l'edat, la classe social o l'origen:

> «*...**ese trabajo de cuidados entra de lleno en la encrucijada de conflictos de clase, género, etnia y generación** que las sociedades del bienestar deben confrontar. Unas sociedades en las que, por otro lado, con o sin crisis, prevalecen unos imaginarios sociales donde la hegemonía de la cultura del trabajo y el contrato social entre hombres y mujeres son los referentes comúnmente aceptados, a la hora de fijar las maneras de vivir y pensar. E incluso entre quienes proponen las posibles alternativas de mejora.*»[12]

Fruit d'aquesta distribució diferencial sorgeix el fenomen conegut com a **"cadenes globals de cures,"**[13] és a dir, dones procedents de països empobrits que cobreixen tasques de cura que les dones autòctones han deixat de sostenir (per la seva participació en el mercat formal de treball, pel seu canvi de rol familiar, per un increment de la capacitat adquisitiva de la unitat familiar que permet contractar serveis domèstics, etc.), mentre que, a la vegada, aquestes dones migrades han deixat de cobrir les seves tasques de cura als seus països d'origen, on d'altres dones de la família o de la comunitat estan assumint l'atenció de les persones dependents –habitualment menors– que estaven a càrrec seu.

Així, s'entén com a cadenes globals de cures*: «Cadenas de dimensiones transnacionales que se conforman con el objetivo de sostener cotidianamente la vida, y en las que en los hogares se transfieren trabajos de cuidados de unos a otros en base a ejes de poder, entre los que cabe destacar el género, la etnia, la clase social y el lugar de procedencia.*»[14]

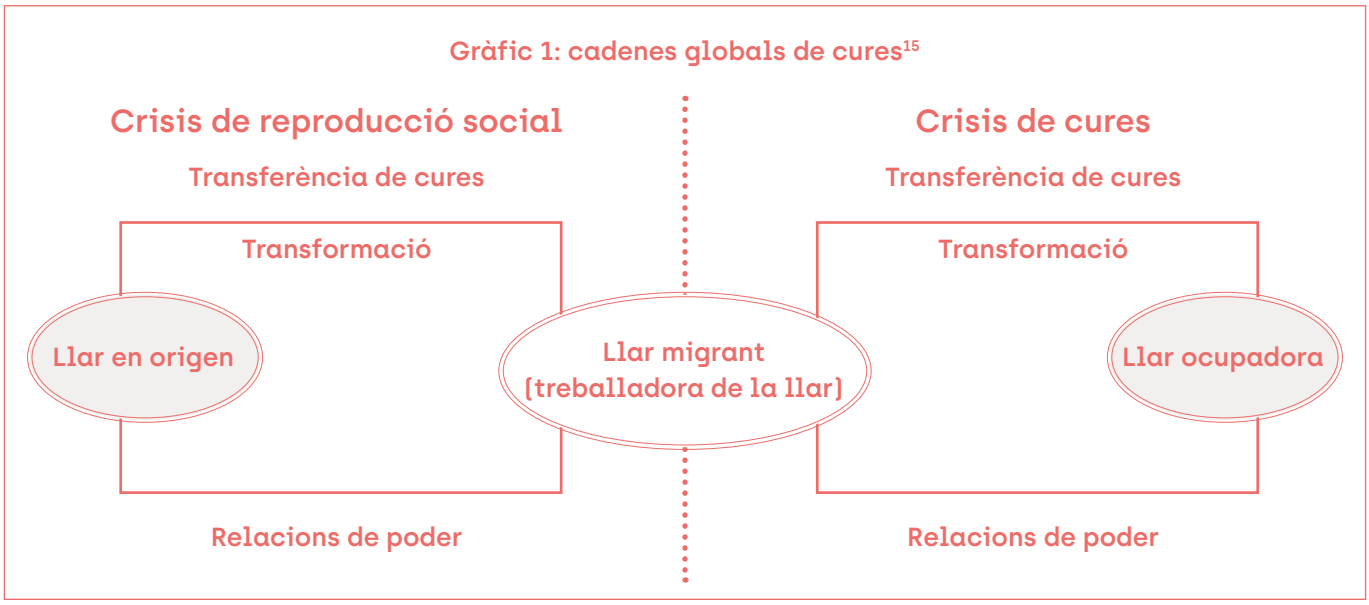
[10] Pérez Orozco, Amaia (2006): "Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico" a *Revista de economía crítica*, núm. 5, pàg. 7-37

[11] Mallimaci, Ana Inés (2018): "Mujeres migrantes y la gestión de los cuidados. La enfermería en el horizonte laboral" a Borgeaud-Garciandía N. (comp.): *El trabajo de cuidado.* Buenos Aires, Fundación Medifé Edita, colección "Horizontes del Cuidado".

[12] Torns, Teresa (2013): "Los cuidados y la vida cotidiana" a *La ética del cuidado*. Barcelona, Fundació Víctor Grífols i Lucas.

[13] Hochschild, Arlie (2000): "Global Care Chains and Emotional Surplus Value." a *On the Edge: Living with Global Capitalism*, editat per Giddens, A. i Hutton, W., pàg. 130-146. London, Jonathan Cape.

[14] Pérez Orozco, Amaia; Paiewonsky, Denise i García Domínguez, Mar (2008): *Cruzando fronteras II: migración y desarrollo desde una perspectiva de género*. Madrid, Instituto de la Mujer i UN-INSTRAW.



D'aquesta manera, moltes dones migrades –internament o externament–[16] treballen de forma altament insatisfactòria ja que, a nivell social, davant la manca de serveis públics que ajudin a cobrir les necessitats quotidianes de les persones dependents i l'elevat cost dels serveis privats, esdevé una **pràctica àmpliament tolerada la contractació precària i informal de les persones que presten serveis d'atenció a la vida**.

Així, **una economia de la cura és aquella que aposta per una organització del treball i de l'economia més justa i sostenible**, en què les feines de cura siguin valorades, tant a nivell social com a nivell de còmput de riquesa.

Es tracta d'una aposta per **reconèixer la cura com un element central i que possibiliti la vida social i econòmica**, en la qual individus, famílies, comunitat, administracions públiques i mercat han d'assumir el seu **paper corresponsable**, per tal de garantir al conjunt de la població (al marge de la seva situació de "ciutadania") el dret a rebre cura digna i apropiada, i a què l'exercici de la cura no limiti el desenvolupament d'altres drets, evitant aprofundir en la bretxa social, de gènere i transnacional que caracteritza la provisió i la recepció de serveis d'atenció a la vida.

[15] Pérez Orozco, Amaia i López Gil, Silvia (2011): *Desigualdades a flor de piel: cadenas globales de cuidados*. Madrid, ONU Mujeres.

[16] Actualment, es dona una presència important de dones migrades procedents d'altres països, però és important assenyalar el paper cabdal que han jugat i encara juguen, en la provisió de cures, moltes dones procedents de migracions internes, moltes de les quals es troben davant la impossibilitat d'accedir a pensions contributives, degut a la informalitat amb què han desenvolupat la seva feina.

Es tracta de **trencar amb la invisibilització i les situacions d'injustícia relacionades amb aquesta esfera "reproductiva"**, a través de la dignificació de les tasques de cura, tant si es desenvolupen a les llars (per membres de la família o de forma remunerada), com quan es realitzen de forma professionalitzada (ja sigui a través de serveis públics com privats). Assenyalant, a més, que **no hi ha "producció" sense "reproducció"**, que ambdues esferes es troben profundament imbricades i són indissociables.

2.3 CONCRETANT: DE QUÈ PARLEM QUAN PARLEM DE CURA?

Les teòriques feministes Berenice Fisher i Joan C. Tronto definien, l'any 1990, la cura com totes aquelles activitats que duem a terme per mantenir, continuar i reparar el nostre món per tal que puguem viure-hi el millor possible.[17] En referir-se al "nostre món", aquestes autores inclouen els nostres cossos, els nostres "jo" i el nostre entorn, i tots aquells elements que busquem entreteixir en una complexa xarxa que permet sostenir la vida.

Aquestes autores varen definir quatre fases de la cura, entesa no només com una activitat concreta, sinó com un procés. Aquestes fases són:

[17] Fisher, Berenice i Tronto, Joan. C (1990): *Toward a feminist theory of care*. Albany, NY., Sunny Press.

- La necessitat d'**interessar-se per una situació** (*caring about)*: cal identificar una necessitat que requereix ésser coberta, ja que, si no es dona el reconeixement d'aquesta necessitat, no s'inicia el procés de cura. Segons Tronto, per tal de poder identificar, cal "posar-hi atenció", "preocupar-se" (requisit moral definit tant individualment com culturalment).
- L'**assumpció de la responsabilitat** (*taking care of):* fer-se càrrec de la necessitat i decidir com fer-ho.
- La **prestació dels treballs de cura** (*care-giving*): el desenvolupament real de les tasques de cura (és a dir, pagar perquè d'altres prestin el servei no seria constitutiu de *care-giving,* sinó un recurs per satisfer necessitats de cura).
- La **recepció de la cura** (*care-receiving*): que implica que, qui rep la cura, respon, d'alguna manera, a l'atenció rebuda. D'aquesta manera, la capacitat de resposta de qui és objecte de cura ha de permetre saber si la necessitat ha estat satisfeta.

L'any 2013, Joan Tronto va afegir una cinquena fase de cura, "cuidar amb" (*carewith)*.[18] Per comprendre aquesta cinquena fase, cal entendre la cura com un procés integrat, en què cada fase es retroalimenta de les altres: així, quan es rep i es respon a l'atenció rebuda, s'identifiquen noves necessitats i, per tant, hi ha un retorn a la primera fase. Quan, amb el temps, les persones arribem a esperar un compromís continu en els processos assistencials amb d'altres, podem afirmar que hem arribat a "**cuidar-nos**". Les virtuts morals associades a aquesta fase són la **confiança i la solidaritat**.

D'altra banda, Tronto també va definir tres dimensions de la cura, les quals es troben relacionades amb les fases anteriorment descrites:

- **Cura pràctica**: que trobaríem a les fases *taking care* of i *care-giving*, ja que inclou l'assumpció de la responsabilitat del treball que cal fer per cuidar i les activitats concretes –materials i corporals– de cuidar (com ara cuinar, netejar, donar de menjar o explicar un conte).
- **Cura emotiva**: present a totes les fases, però, especialment, a les fases de *caring about*, *care-giving* i *care-receiving*, i que fa referència als aspectes emocionals de la cura vinculats al fet de "preocupar-se" de les persones, tot reconeixent les seves necessitats, així com al fet de donar i rebre afecte, suport moral i psíquic, etc.
- **Cura actitudinal**: dimensió que travessa totes les fases i que denota un vincle positiu i afectiu, una disposició que permet oferir una cura adequada.

Així, a partir del model presentat per Fisher i Tronto veiem que, d'una banda**, la cura traspassa la interacció humana i inclou l'entorn** i la resta d'éssers no humans; que, de l'altra, **la cura s'insereix en una xarxa de relacions socialment definides** i que, per tant, pot variar d'una cultura a una altra; que **la cura pot ser entesa com una activitat aïllada,** però **també com un procés**; i que la cura implica dues dimensions entrellaçades: una pràctica, però també una disposició.[19]

Val a dir, però, que aquest model, força interessant per a l'anàlisi i avaluació de les polítiques públiques de cures, sobretot per la seva **comprensió de la cura com a procés**, **no aborda el lloc de les "persones cuidadores" com a subjectes de drets**, **ni la necessitat de repensar l'organització de la cura per garantir una distribució justa de la mateixa**, on la intensitat d'aquesta no recaigui només sobre certes persones i que qui cuida no vegi limitat el seu desenvolupament personal o no sigui receptora de cures.

[18] Tronto, Joan C. (2013). *Caring Democracy: Markets, Equality and Justice.* Nova York: Nova York, University Press.

[19] Flaquer, Lluís (2013): "Los trabajos de cuidado: de una obligación tradicional a un derecho social" a *La ética del cuidado*. Barcelona, Fundació Víctor Grífols i Lucas.

Així, tot i la importància d'entendre la cura com un procés, integrant totes les seves fases i dimensions, no podem deixar de banda **l'anàlisi de la cura com a pràctica**, sobretot a l'hora de valorar els recursos que implica dur-la a terme, els drets que aquesta pràctica possibilita o limita, i l'impacte que té per a les persones que l'exerceixen o la reben. D'aquesta manera, en parlar de cura com a pràctica podem esmentar àmbits en què s'exerceix:

- Al context familiar o comunitari, desplegada de manera informal.
- Al de l'economia informal, com a treball precari i desposseït de drets.
- A l'àmbit del treball formal i professionalitzat (tot i que no necessàriament suficientment valorat).

En aquest sentit, en els darrers temps s'ha conceptualitzat **la cura com un "dret humà i ciutadà"**, és a dir, que les persones tenen **dret a rebre cura digna i de qualitat i a proveir-la sota condicions que no restringeixin l'exercici d'altres drets o d'altres dimensions de la vida** i, per tant, els estats han de respondre amb polítiques adequades per promoure, protegir i garantir aquest dret.[20]

Entendre la cura com un dret humà implica, a més, que aquest **no quedi supeditat a la vinculació al mercat de treball**, abastant al conjunt de la població i a treballadores tant formals com informals:

«Las visiones predominantes siguen pensando el tema en función de cómo facilitar los arreglos de cuidado de la población trabajadora; pero estas estrategias sólo cubren a los empleos asalariados registrados. Esto se puede ver claramente en los marcos normativos (por caso los regímenes de licencias vinculadas al cuidado). Cómo pueden extenderse los beneficios a la enorme masa de personas ocupadas en el empleo informal es algo clave en especial en los países en desarrollo, donde la informalidad y precariedad laboral sigue siendo la experiencia laboral más frecuente para la mayoría de la población (en especial para las mujeres), y donde el alejamiento de cualquier experiencia vinculada al mundo del trabajo remunerado se va extendiendo entre la población joven (con enormes índices de desempleo e inactividad laboral).»[21]

Cal afegir que el dret de la cura implica dues dimensions: **el dret a cuidar i el dret a rebre cures**. El dret a cuidar suposa la disposició de temps i recursos per poder fer-ho de forma digna i satisfactòria; i el dret a rebre cures implica, també, el dret a escollir com rebre-les, podent entrar en joc tant cures familiars o comunitàries no professionals, com cures professionalitzades públiques o privades.

Així, **no existeix una única forma vàlida de proveir o rebre cures**. Posant l'exemple de l'atenció a menors de tres anys, el fet de poder escollir com proveir la cura ha d'implicar la possibilitat real de poder subministrar-la a la llar (permisos i llicències remunerats, espais i xarxes comunitàries de suport a la criança, distribució equitativa de la cura al si de les llars, entorns adaptats a la primera infància, accés a serveis de canguratge públic o subvencionat, etc.) o fora de la llar (places garantides a escoles bressol públiques, horaris adaptats a les diferents necessitats familiars i flexibilitat en quant a l'ús del servei de bressol, no necessàriament diari).

En definitiva, **parlar de treball de cures implica fer esment a l'organització i distribució social de les cures**. Com a treball, cal fer referència a les condicions materials en les quals es desenvolupa, així com el context polític, social i econòmic en el qual es delimiten les possibilitats i l'existència social de qui es dedica a aquests treballs. I tenir en compte que, a l'hora d'analitzar el treball de cures, partim del gir mercantilista i de privatització

[20] Rodríguez Enríquez, Corina (2018): "Sistemas de cuidado y ODSs: políticas públicas para la sostenibilidad de la vida" article ubicat a la web de *Global Policy Watch*, Spotlight-2018.

[21] Íbid.

que, actualment, defineix moltes de les provisions de l'Estat de Benestar; per tant, és necessari posar atenció a les dinàmiques que intervenen en la configuració del treball de cures i revelar les desigualtats socials i relacions de poder que interseccionen amb els eixos de gènere, classe i raça, entre d'altres.

2.4 POLÍTIQUES FEMINISTES DES DE L'ÈTICA DE LA CURA

Per comprendre la centralitat de les cures, necessitem vincular esferes de la vida social que sovint es tendeixen a analitzar de manera separada, com, per exemple, les polítiques públiques, els processos migratoris, l'ecologia, l'arquitectura urbana o l'educació, entre altres qüestions.

Les cures abasten un nombrós ventall d'àmbits de la vida social que van més enllà d'una concepció generalitzada de la mateixa que implica, únicament, dues persones, una autònoma i una altra dependent, circumscrites a l'àmbit privat.

Per tal de poder abordar la riquesa i multidimensionalitat d'aquest concepte, cal partir d'una concepció àmplia, holística i integral que inclogui a les persones, a les institucions i a tot allò que conforma la nostra vida social.[22]

En parlar de **democratització de les cures,** ens referim a la necessitat urgent de pensar i articular una nova organització social d'aquestes, amb l'objectiu de construir una **societat més justa i democràtica**. Per aquest motiu, **l'economia feminista** no es limita a analitzar la manera en què les societats distribueixen les tasques i responsabilitats de cura a través de l'Estat, el mercat, les organitzacions comunitàries i la família,[23] sinó que **aprofundeix en les relacions de poder i en les desigualtats produïdes a partir de la divisió social i de gènere del treball de cures**.

Així, les cures són reivindicades com la base comuna de sosteniment de la vida i, per tant, han de ser prioritzades a l'hora de dissenyar polítiques socials i econòmiques.

Aquesta manera d'entendre les cures **traspassa el concepte de conciliació i inclou un sentit de responsabilitat col·lectiva**, l'anomenada *corresponsabilitat*, on s'inclou el conjunt d'agents i actors/es socials involucrats/ades a garantir el dret a la cura digna i de qualitat[24], alhora que fa referència a la necessitat de *desfeminitzar* i socialitzar les cures, i reflexiona sobre les desigualtats que organitzen i travessen el treball de cures.

Es por afirmar que l'economia crítica feminista proposa la cura com a valor i eix central per pensar societats més justes i democràtiques, i incorpora una concepció de ciutadania protagonitzada per un nou subjecte polític constituït a partir del dret a la cura integral i transversal.

La planificació de polítiques públiques i socials, des d'una perspectiva de la cura, implica entendre la cura com una **pràctica de ciutadania democràtica** que posa èmfasi en **les condicions que han de permetre que totes les persones siguin capaces de donar i rebre cura adequada a les seves necessitats**, en el context de les seves relacions particulars i de les comunitats en les quals es troben immerses, assenyalant la importància d'incidir en les prestacions públiques i, d'una manera encara més global, en la justícia social i en les relacions igualitàries entre persones i grups socials.

Es tracta de polítiques i actuacions que parteixen d'una **anàlisi alhora contextual i global**, donant, d'una banda, **valor a les pràctiques que sostenen el dia a dia** de les persones, de les seves famílies i de l'entorn immediat, així com la vida social de les comunitats; i **posant de manifest les implicacions de gènere, origen/pertinença ètnica i de classe** que travessen les relacions de cura, d'altra.

Així, des d'una perspectiva de la cura, s'analitzen tant les polítiques econòmiques mundials, com els seus efectes sobre les persones en contextos específics; possibilitant **qüestionar políticament no sols el gènere, sinó també la raça i d'altres eixos de desigualtat** presents en l'economia política, global i local.

Cal afegir que, en l'actualitat, s'ha encetat el debat sobre la necessitat de reformular el paper de l'estat en la provisió de benestar, així com sobre la necessitat de garantir el dret universal a la cura.

[22] Borgeaud-Garciandía N. (comp.) (2018): *El trabajo de cuidado*. Buenos Aires, Fundación Medifé Edita, colección "Horizontes del Cuidado".

[23] Vega-Solís, Cristina. I Martínez-Buján, Raquel (2017): "Explorando el lugar de lo comunitario en los estudios de género sobre sostenibilidad, reproducción y cuidados" a *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, nro. 22 (2), pàg. 65-81.

[24] Ezquerra, Sandra (2018): "De la Economía Feminista a la democratización de los Cuidados" a *Viento Sur*, nro. 156, pàg. 39- 47.

Així, hi ha qui advoca pel desenvolupament d'allò que s'ha anomenat el quart pilar de l'Estat de Benestar, és a dir, d'un sistema públic d'atenció que cobreixi les necessitats essencials de cura, creació d'ocupació i avançament cap a la igualtat de gènere. Es tracta d'un model que troba la seva base normativa en les diferents lleis d'igualtat, estatals i autonòmiques, de drets de conciliació i de dependència promulgades en les darreres dècades:

> *«La Ley de dependencia tiene un objetivo ambicioso, pues según la exposición de motivos constituye una "nueva modalidad de protección social que amplía y complementa la acción protectora del estado y del sistema de la seguridad social". En el debate de la Ley se insiste en que se trata de una primera fase para la construcción de un sistema universal de servicios sociales que constituiría el "cuarto pilar del sistema de bienestar."»*[25]

Tot i això, s'ha criticat el fet que aquestes normes no han estat prou desplegades, s'han centrat en les cures de llarga durada i no han estat prou transformadores pel que fa a les estructures socials de gènere:

> *«...nuevo ámbito de las políticas sociales que intentan dar respuesta a las necesidades de cuidados de larga duración y que culminan con la aprobación de la denominada Ley de dependencia en el año 2006. Cuando se habla de dependencia se atribuye a las personas adultas y no incluye la infancia. Se considera que la infancia está protegida a partir de políticas específicas y de las políticas educativas y, además, se asumen las recomendaciones emanadas de la Unión Europea respecto a la dependencia. De hecho, se utiliza la definición de dependencia del Consejo de Europa refiriéndose a las personas que por diversas razones "precisan de la atención de una u otras personas o de ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria."»*[26]

[25] Comas d'Argemir, Dolors (2015): "Los cuidados de larga duración y el cuarto pilar del sistema de bienestar" a *Revista de Antropología Social,* núm. 24, pàg, 380-384.

[26] Íbid.

D'altra banda, existeixen altres propostes que defensen la necessitat de creació d'un nou model, on allò públic no sigui centralitzat a través de l'Estat, sinó des de la comunitat o des d'allò comú (disseny i gestió democràtica i participativa dels programes, recursos i serveis), i on l'Estat actuï com a garant d'universalitat i d'inalienabilitat (la cura com un dret que no pot ser restringit i el valor de la qual no pot ser supeditat al valor del mercat).

Pel que fa a les polítiques concretes, a l'hora de planificar-les, a banda de tenir en compte el marc general de democratització de la cura i d'interrelació amb allò comunitari, cal tenir presents les següents qüestions específiques:

- Conèixer les **diferents formes que adopta l'organització social de la cura en els diferents medis**, posant especial atenció en les diferències entre el medi rural i despoblat, i les zones urbanes.

- La **diversitat de situacions personals i familiars**, deixant de banda les visions binàries i tradicionals (dones/homes; llars nuclears) i responent a les múltiples configuracions familiars: *«la extensión de la licencia por paternidad es imprescindible, pero ¿en cuánto le cambiará la vida a una madre en un hogar monoparental? O bien, ¿cómo se adaptan los regímenes de licencias vinculadas al cuidado a la realidad de familias uniparentales, adoptivas u homoparentales?.»*[27]

- **Diferenciar la discussió sobre la reorganització social de les cures de la qüestió del treball**: *«Las visiones predominantes siguen pensando el tema en función de cómo facilitar los arreglos de cuidado de la población trabajadora; pero estas estrategias sólo cubren a los empleos asalariados registrados.»*[28]

- **Revisar el registre *maternalista* i basat en l'atenció a la dependència** de les polítiques de cures: *«porque no se trata de diseñar políticas para asistir a las madres y proteger a los niños y niñas, sino de pensar cómo socialmente reorganizamos el cuidado de las personas que por su edad o condición física requieren cuidado. Y se trata también de ampliar las posibilidades de que las personas podamos elegir la manera en que cuidamos y recibimos cuidado ( ). Más aún, no se trata sólo de pensar el cuidado de las personas dependientes, sino de imaginar una forma social de garantizar la sostenibilidad de la vida humana y no humana.»*[29]

- **Un abordatge integral**, que reculli la **multidimensionalitat** de la qüestió de les cures, que **eviti aprofundir en la segmentació social** i **que cerqui una transformació global**, sense generar respostes que entrin en contradicció amb situacions de justícia transnacional.

[27] Rodríguez Enríquez, Corina (2018): "Sistemas de cuidado y ODSs: políticas públicas para la sostenibilidad de la vida" article ubicat a la web de *Global Policy Watch*, Spotlight-2018.

[28] Íbid.

[29] Íbid.

Cap a una anàlisi de les polítiques de cures

03.

En el següent apartat, classifiquem les diferents polítiques locals de cures amb una especial referència a l'àmbit local, que hem analitzat durant el treball de camp dut a terme durant la tardor de 2021. El nostre punt de partida és la bibliografia i fonts secundàries consultades per a la confecció del Marc teòric i conceptual, que hem relacionat i contrastat amb les dades extretes de l'informe[1] que l'Àrea d'Igualtat i Sostenibilitat Social ha elaborat en la fase anterior al present estudi.

Per començar, **hem classificat les polítiques de cures d'acord amb 4 grans categories:**[2]

- Polítiques del temps de cura.
- Transferències monetàries.
- Serveis de cura.
- Infraestructures per a la cura.

L'informe esmentat presenta un mapa dels serveis i recursos on, en l'àmbit domiciliari i comunitari, els ajuntaments i ens locals de la província de Barcelona, la Diputació de Barcelona, entitats del tercer sector i, en algunes ocasions, el Govern de la Generalitat desplegueu la seva activitat en municipis de la província de Barcelona. La voluntat d'aquests serveis és contribuir a socialitzar la responsabilitat de cura en el sector públic i comunitari, centrant-se especialment en serveis d'atenció a les persones. Tot i això, cal dir que, malgrat la voluntat de revertir la tendència a situar les famílies -i, sobretot, les dones- en el rol central de proveïdores de cures, així com de transversalitzar la mirada de la cura a totes les etapes del cicle vital, a dia d'avui, les polítiques de cures s'enfoquen, fonamentalment, en els serveis d'atenció a les persones en situació de dependència, reforçant la tendència a la feminització de les cures, una de les principals problemàtiques i limitacions inherents al plantejament de la *Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència* (LAPAD).

[1] Diputació de Barcelona. Àrea d'Igualtat i Sostenibilitat Social (2022) *Diagnosi dels serveis de cures d'entorn domiciliari i comunitari a la província de Barcelona*. Barcelona: Diputació de Barcelona.

[2] Per a la classificació de les polítiques de cures, ens hem basat en l'organització realitzada per Keller Garganté, Christel i Sol Torelló, Miriam (2019) «Polítiques locals per millorar les condicions, el reconeixement i la provisió de cures des d'una perspectiva feminista» a Carrillo Gómez, Sílvia (coord.) *Abordant la crisi de cures: polítiques, treballs i experiències locals*. Barcelona, Institut de Ciències Polítiques i Socials (ICPS). Pàg. 160-195.

3.1 POLÍTIQUES DE TEMPS I CURA

Sovint reduïdes i assimilades a la compatibilització de les responsabilitats laborals amb les familiars, les polítiques de temps tendeixen a limitar-se a mesures de conciliació adreçades a reduir el temps de treball remunerat per possibilitar la cura a les llars.

D'aquesta manera, **les dones són les principals demandants dels drets de conciliació**, fet que ha reforçat, encara més, el seu paper com a cuidadores principals en el marc de la família i el seu rol secundari en el mercat de treball, amb unes xifres de parcialitat de les jornades (22,5%) que tripliquen les dels homes (7,5%),[3] i amb el corresponent impacte en la renda present (menor sou) i futura (pitjors prestacions d'atur i pensions de jubilació més baixes).

D'acord amb els plantejaments dels usos del temps des de la mirada corresponsable, en **les polítiques de temps de cures caldria tenir en compte el temps de qui cuida i de qui és cuidada, i coordinar-los amb els temps de treball establerts pel mercat laboral i horaris comercials**. I aquí és on trobem el primer escull: els temps identificats com a «treball productiu» no s'han concebut integrant-los amb el conjunt de necessitats de la vida.

En aquest sentit, reflexiona Fernando Fantova, per a qui resulta sorprenent que, malgrat trobar-nos, com a societat, immersos en una **transició demogràfica**, reflectida en l'augment de l'esperança de vida i l'envelliment de la població, i en plena **crisi de cures**, atesa la disminució de la disponibilitat de les famílies per a la provisió de cures, no hi ha **cap política** pública de cures concebuda per realitzar un **canvi en profunditat del model de treball i de la reforma horària**, no vinculant aquesta, únicament, a l'àmbit del treball productiu:

> *«En un contexto en el que el contrato social clásico entre clase trabajadora y élites económicas debe reformularse también como contrato entre generaciones, entre mujeres y hombres, entre comunidades culturales o, incluso, entre humanidad y entorno ecológico, nido de futuras generaciones. (...) [S]e modifican las condiciones económicas, laborales, familiares, comunitarias,*

[3] Font: INE (2019) "Enquesta de Població Activa i Enquesta Anual d'Estructura Social".

morales o políticas que las sustentaban, de suerte que se acentúan, cada vez más, las disfunciones y efectos no deseados de las propias políticas sociales, toda una serie de "efectos perversos, apropiaciones indebidas y riesgos morales de las políticas sociales."»[4]

Autors com Luís Moreno, Trish Hill i el mateix Fernando Fantova, entre d'altres, apunten la necessitat d'un nou contracte social per atendre les disfuncions i efectes no desitjats de les polítiques socials, el qual ha de redefinir la responsabilitat dels diferents actors (Estat, mercat, famílies, comunitat) en l'assoliment dels objectius col·lectius de benestar, inclusió i sostenibilitat; i ha de contemplar la justícia de gènere com a fonament, a més de resoldre les exclusions derivades del fet de comptar o no amb l'estatus de "ciutadania".

A la priorització dels «temps orientats a la producció» sobre altres usos de temps necessaris per sostenir la vida, se suma la **progressiva resolució del treball domèstic, reproductiu i de cures via mercat**, formal o informal. Això implica que la gestió dels temps de provisió de cures es fa des d'una òptica privada i mercantil, en la qual l'obtenció de benefici econòmic prima sobre la qualitat del servei, el benestar de les persones ateses i les condicions laborals, contractuals i salarials de les persones treballadores.

[4] Fantova Azcoaga, Fernando (2017): "Los cuidados como eje para la transformación de las políticas sociales" a *Documentación social*, nro. 187, pàg. 83.

Com a resultat d'aquest **procés de rendibilització mercantil**, l'organització dels temps de cures no és respectuosa amb les necessitats i els ritmes de les persones ateses, que no són tingudes en compte en la planificació dels serveis. Alhora, la intensitat i els dissenys dels serveis són profundament limitats i estandarditzats.

En el cas de l'anàlisi de serveis dels municipis de la província de Barcelona, la falta de perspectiva corresponsable en els usos de temps i la rendibilització mercantil dels temps de cures la veiem reflectida a diferents nivells.

En primer lloc, **les hores de prestació de servei** en el marc del SAD Dependència, com després es veurà en el treball de camp, estan **lluny de satisfer les necessitats de les persones usuàries** i, amb una mitjana a la província de Barcelona de 5 hores setmanals (21,5 h/mes). Tot i així, les diferències territorials i per dimensió del municipi són notables, situant-se els municipis menors de 5.000 habitants en 16,9 hores mensuals de mitjana, mentre que els majors de 70.000 habitants superen la mitjana de la província amb 22,5 hores mensuals. Les comarques amb més hores mensuals de prestació del SAD dependència són el Barcelonès i el Vallès Oriental, i les que menys el Moianès, el Berguedà i el Bages. Pel que fa al SAD social, la mitjana mensual és de només 8,6 hores; per tant, una atenció força reduïda i que no ha tingut un creixement significatiu els darrers anys. També cal tenir en compte que

l'Anoia, el Moianès i Osona se situen per sota les 5 hores mensuals de mitjana.

Aquestes mitjanes revelen una **tendència a la inequitat territorial**, essent els municipis de menor dimensió i ubicats en l'àmbit rural els que presenten una menor cobertura.

A la menor intensitat d'hores de servei, cal afegir, a més, **les dificultats de planificació dels temps** previstos per als desplaçaments entre visites en els territoris descentralitzats i rurals, on aquests són més llargs i costosos. D'aquí ve que, en els municipis de menys de 20.000 habitants, només el 69,4% dels ens locals enquestats per la Diputació de Barcelona valorin el temps de desplaçament entre domicilis per prestar el SAD com a «suficient», davant del 100% en els municipis de més de 70.000 persones.

En segon lloc, ens interessa posar atenció en les conseqüències derivades de l'**hegemonia d'un model androcèntric d'organització del treball i horaris comercials** que reforça, com apuntàvem anteriorment, la segregació de gènere, origen i classe en relació a la cura, i aprofundeix en la responsabilitat de cura atribuïda a les dones d'acord amb la jerarquització social. Des d'un plantejament feminista, és clau que les diferents administracions, agents i entitats socials despleguin mesures de conciliació des d'una mirada corresponsable amb el dret i deure de cuidar. Per aquest motiu, la legislació desenvolupada en referència als Plans d'Igualtat[5] facilita dur a terme mesures de conciliació en les empreses per a totes les persones treballadores, fomentant la corresponsabilitat d'homes i dones en les llars, i la del conjunt d'organitzacions socials com a part necessària per a un **canvi en profunditat del model de treball i de la reforma horària**. Com anticipàvem en punts anteriors, fins que aquests canvis no es duguin a terme, se seguiran produint les **disfuncions i els efectes no desitjats de les polítiques públiques que reforcen la tendència a la feminització, la racialització i la precarització vital en la provisió i recepció de cures**, com la sobrecàrrega de treball en les persones cuidadores no professionals, i la impossibilitat de conciliar els temps del mercat laboral, el temps personal de la persona cuidada i el temps propi de la persona cuidadora.

[5] Llei orgànica 3/2007, per a la igualtat efectiva entre homes i dones; Llei catalana 17/2015, d'igualtat efectiva de dones i homes; Reial decret llei de mesures urgents per la igualtat 6/2019; Reial decret 901/2020, sobre plans d'igualtat i el seu registre; Reial decret 902/2020, sobre igualtat salarial.

A banda dels impactes sobre els temps de les famílies usuàries de serveis, el personal vinculat als serveis de cura dels municipis de la província de Barcelona està altament feminitzat, arribant fins al 97% de les treballadores en el Servei d'Ajuda Domiciliària. La ràtio mitjana és de 13,5 usuàries per treballadora i el temps de desplaçament entre domicilis no sempre és suficient. La sobrecàrrega de treball i el disseny dels horaris i jornades de les cuidadores professionals també dificulta les seves possibilitats de conciliació familiar, personal i laboral.

Per tant, en els serveis vinculats als municipis de la província de Barcelona plantegem els següents eixos de treball, coherents des de la perspectiva de democratització de les polítiques del temps de cura:

- Cal reconèixer la importància de donar temps a les cures i impulsar processos transformadors que apuntin cap a un **nou model d'organització del treball i horaris comercials**. En aquest punt, voldrem identificar quines **bones pràctiques** s'estan desenvolupant i produint en aquesta matèria, per explorar-ne la seva aplicació en altres serveis i recursos.

- A l'espera d'una reforma horària en profunditat que incorpori la mirada corresponsable, es disposa de l'eina dels **Plans d'Igualtat**, l'aplicació dels quals es pot exigir a les empreses proveïdores de serveis de cura als municipis de la província de Barcelona, per **garantir l'exercici dels drets de conciliació** de les persones treballadores.

- Caldrà tenir en compte **els temps de les usuàries de serveis** -les persones cuidades i els seus entorns convivencials- desplegant uns **serveis que facilitin la conciliació i garanteixin una cura de qualitat**, que vagi més enllà de les tasques específiques d'atenció als cossos i treball de la llar, per donar espai al seguiment i avaluació dels serveis, l'acompanyament emocional, els afectes i l'escolta activa, allunyant-se de models de provisió de cures basats en la mirada productivista fonamentada en la rendibilitat.

3.2 TRANSFERÈNCIES MONETÀRIES

En aquest apartat, analitzarem el conjunt de contraprestacions econòmiques associades a la dedicació a la cura en l'entorn familiar. Tot i que, per a les persones que es dediquen a cuidar, les transferències monetàries

representen, indubtablement, un reconeixement econòmic a les tasques realitzades, acostumen a reproduir la divisió sexual del treball i reforcen el fet que hi ha persones que es poden "alliberar" de les seves responsabilitats de cura, transferint-les a altres d'acord amb la jerarquització social.

En el cas dels municipis de la província de Barcelona, el 49% de les persones amb dret a PIA (Programa individual d'atenció) demanen aquesta prestació per a persones cuidadores no professionals, la qual se situa en 387,64€ mensuals en el cas de Grau III. La continuïtat de la prestació de cures en l'entorn familiar prevista per la LAPAD inclou la cotització a la Seguretat Social en matèria de salut i jubilació, però no dona dret a prestació d'atur, fet que representa un greuge per a les persones que es dediquen a la cura en el marc de la família, davant d'altres dedicacions professionals. Cal destacar, però, que moltes de les persones que la reben es troben ja en edat de jubilació.

Les prestacions econòmiques del SAAD (Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència) representen el 47,9% a la província de Barcelona, i als pobles de menys de 5.000 habitants arriben al 58,1%. Això és degut al fet que la PECEF (Prestació Econòmica per a Cures en l'Entorn Familiar) té una major presència en aquests municipis, on representa el 50,2% de prestacions, 10 punts percentuals més que en el conjunt de la província. De nou, apareix la família com a principal gestora/proveïdora de les cures i, dins de les famílies, les dones tenen un paper protagonista.

Pel que fa a l'**avaluació de les polítiques públiques en forma de transferències monetàries**, voldrem contrastar quin paper juga la inequitat territorial en relació a la manca de serveis, infraestructures i cobertura. En els entorns rurals de la província de Barcelona, hi ha una **menor cobertura i intensitat de serveis d'atenció domiciliària** per cobrir les necessitats de cures i, alhora, aquestes es cobreixen de manera més intensa per part de les famílies i en el marc de les llars mitjançant les prestacions econòmiques, **reforçant la feminització i el rol central de les famílies**.

Existeix una necessitat encara desatesa de **redistribuir** la responsabilitat de cuidar amb les administracions públiques i els entorns comunitaris, no només per **ampliar la cobertura** de serveis i **alleugerir les sobrecàrregues**, sinó també per aprofundir en el desplegament de serveis i infraestructures adreçades a l'apoderament de les persones cuidadores i cuidades des d'una perspectiva de la **promoció de l'autocura i el suport mutu**.

3.3 SERVEIS DE CURES

En aquesta categoria, trobem programes i assistències de cura que es poden realitzar a la llar, així com en espais institucionalitzats. Des d'una perspectiva feminista, s'acostuma a defensar aquests tipus de serveis, en tant que contribueixen al reconeixement del treball de cures, a la redistribució entre un major nombre d'agents més enllà de les llars, generen llocs de treball en sectors ocupats fonamentalment per dones i milloren la qualitat de vida, tant per a les persones cuidadores com per a les receptores de serveis.

El principal servei de cures dels municipis de la província de Barcelona són els SSAD (Serveis Socials d'Atenció Domiciliària), conformats, principalment, pel **Servei d'Ajuda Domiciliària i el Servei Local de Teleassistència**. Alhora, cada vegada més municipis presten el servei d'àpats a domicili i el II Pla Estratègic de Serveis Socials 2021-2024 aposta per una ampliació de les ajudes tècniques en l'atenció social domiciliària.

El SAD arriba al 4,2% de les persones majors de 65 anys a la província de Barcelona. Tot i el creixement de l'esforç pressupostari, la cobertura del SAD (dependència i social) a persones de 65 anys i més no ha crescut en el darrer decenni. 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. També cal tenir en compte que el SAD arriba a altres grups poblacionals. Així, doncs, el 86% de les persones usuàries són majors de 65 anys, mentre que un 4,2% són menors d'edat i són usuaris i usuàries del "SAD infància", especialitzat en atendr e les necessitats socioeducatives i de dependència de la població més jove.

Pel que fa a la teleassistència, un 12,8% de les persones de 65 anys i més disposen del servei. Des del punt de vista de la dimensió poblacional del municipi, es detecta una major cobertura de la població major de 65 anys als municipis més petits, els de menys de 5.000 habitants, on arriba al 13,4%, seguits dels de més de 70.000 habitants on el 12,9% de persones de 65 i més anys disposen del servei. Del total de persones usuàries d'aquest servei a la província de Barcelona, el 64,9% són dones.

Aquestes dades conviden a plantejar algunes disjuntives que identifiquem en relació amb aquesta categoria de polítiques públiques. D'una banda, observem que **l'enfocament individual de cura** a les llars permet a les persones no sortir del seu entorn residencial i relacional, la qual cosa ajuda a mantenir les xarxes de suport social, familiar i comunitària. De l'altra, si no existeixen aquestes xarxes o estan molt afeblides a causa de qüestions com l'edat, l'accessibilitat de l'habitatge, les possibilitats de mobilitat de la persona o l'entorn residencial (rural o urbà) i relacional (migracions internes de l'Estat espanyol o origen extracomunitari, entre d'altres) és possible que un **enfocament més comunitari** de la cura o un desplegament mixt pogués abordar aquestes dimensions de forma més transversal.

En un altre sentit, la provisió del **SAD es realitza sota diferents formes i models de gestió** que poden ser privats, públics o mixtos. De l'enquesta realitzada per l'Àrea d'Igualtat i Sostenibilitat Social de la Diputació de Barcelona, durant el mes de maig de 2021, a 79 ens locals de la província, s'ha pogut veure una **correlació entre les bones condicions de treball de les persones cuidadores professionals i la qualitat de la cura**: en el 91,3% dels ens locals s'indica que la qualitat de l'ocupació de l'equip d'intervenció del SAD condiciona molt o bastant la qualitat global del servei.

El SAD és un servei ultra feminitzat, on el 97% de les professionals són dones , segons una mostra analitzada de serveis de la província de Barcelona a la Diagnosi de serveis de cures realitzada per la Diputació de Barcelona. La **precarietat de la contractació és una pràctica molt estesa al servei**: el 55% de jornades són inferiors a les 35 hores setmanals, i el 71% dels contractes són temporals. A banda de la **parcialitat i la temporalitat**, la ràtio mitjana és d'una treballadora per cada 13,5 usuàries i hi ha una figura de coordinació per cada 33 professionals. Les **càrregues de treball són**, per tant, **molt intenses.** No disposem de dades relatives a l'origen de les treballadores, però les dades generals del sector de la cura ens indiquen que es dona una alta participació de dones migrades, contribuint al fenomen de les cadenes globals de cures.

S'observa, a més, que el 38,4% dels ens locals que compten amb gestió indirecta del servei SAD afirmen que, una o diverses vegades, s'han produït conflictes, amb l'empresa prestadora del servei SAD, relacionats amb les condicions laborals. Així mateix, els consistoris consultats afirmen que la crisi de la COVID-19 ha empitjorat encara més les condicions de les treballadores.

Finalment, cal afegir que, malgrat que el 52,2% dels ens locals informen que realitzen algun tipus d'enquesta de satisfacció del servei a les persones usuàries, les dades que se n'extreuen són molt parcials. A més, només un 11,5% fan inspecció del servei al domicili i tan sols el 26,1% fan enquestes per conèixer l'opinió de les persones cuidadores no professionals.

3.4 INFRAESTRUCTURES PER A LA CURA

Les polítiques adreçades a la creació d'infraestructures[6] per a la cura poden concretar-se en espais físics (infraestructures dures), com ara les residències per a la Gent Gran, o bé en la provisió de capacitació i suport (infraestructures toves), tot creant itineraris de formació i assessorament. Sovint són considerades mesures indirectes de cura, que contribueixen a que aquesta pugui realitzar-se en millors condicions.

Aquestes polítiques incideixen tant en la redistribució de la cura, permetent que aquesta es dugui a terme fora de l'espai domèstic, com reduint la càrrega de treball de les persones cuidadores, obrint espais per a l'adquisició d'habilitats i la socialització entre elles, i distribuint la responsabilitat de cura entre un major nombre d'agents públics, privats i comunitaris.

Les propostes d'infraestructures per a la cura que parteixen de l'urbanisme feminista suggereixen que, a mig termini, cal desenvolupar un model de ciutats cuidadores pensat perquè «tinguin cura del nostre entorn, ens deixin cuidar-nos i permetin tenir cura d'altres persones»,[7] mitjançant una organització del suport físic i de l'entorn necessària i adequada per desenvolupar les tasques de cura en espais públics amb jocs infantils, banys públics, espais amb vegetació, bancs i taules, a més de l'accessibilitat per a tot tipus de mobilitat, entre d'altres característiques. "La ciutat cuidadora afavoreix **l'autonomia de les persones dependents** i, a més, permet **conciliar les diferents esferes de la vida quotidiana**."[8]

[6] Mogollón García, Irati y Fernández Cubero, Ana (2019) *Arquitecturas del cuidado: hacia un envejecimiento activista*. Barcelona, Icaria editorial. Pàg. 24.

[7] Valdivia, Blanca (2018): "Del urbanismo androcéntrico a la ciudad cuidadora" a *Habitat y sociedad*, nro. 11, pàg. 79. Universitat de Sevilla.

[8] Íbid: pàg. 80.

En aquest punt, ens centrarem a analitzar les infraestructures incloses en el mapeig de serveis dels municipis de la província de Barcelona, en les dimensions sobre les quals voldrem focalitzar l'atenció i algunes qüestions a tenir en compte.

Durant la crisi de la COVID-19, les infraestructures de cura que han captat més l'atenció social i mediàtica han estat, sens dubte, els **centres residencials per a la Gent Gran**. De manera general, a la província de Barcelona ha disminuït l'atenció a centres residencials (d'un 23,4% dels PIA l'any 2013, a un 18,3% l'any 2020) i ha augmentat la demanda del SAD (fins a un 27,2% dels PIA),[9] ja que s'ha incrementat el nombre de persones amb un reconeixement de dependència moderada.

El programa d'arranjament d'habitatges facilita l'adaptació funcional de l'habitatge i que les cures a domicili es puguin proveir amb millors condicions. A la província de Barcelona, l'any 2020 va comptar amb 5.100 usuàries, majoritàriament dones d'entre 76 i 90 anys que viuen soles. Identifiquem una tendència a augmentar la provisió de cura a domicili com a mecanisme perquè les persones puguin romandre a casa seva; ara bé, caldrà analitzar si l'arranjament dels habitatges se situa únicament en afavorir la cura i l'autocura dins la llar, o si aquestes intervencions afavoreixen l'accessibilitat, la mobilitat i la interacció social en la cura, condicions necessàries per desenvolupar un model de cura que desbordi el marc domèstic i familiar, facilitant un model de societat cuidadora, com apuntàvem a l'inici d'aquest apartat.

En el cas de serveis de cura fora de l'espai domèstic, l'atenció la proporcionen, principalment, els centres de dia i els serveis residencials de competència autonòmica. Altre cop, observem una dinàmica diferent entre l'àmbit urbà i l'àmbit rural: en els municipis de menys de 20.000 habitants, les prestacions residencials del SAAD superen el 25%, mentre que la mitjana de la província de Barcelona està al voltant del 18,9%.

Tot i la tendència a la disminució de la demanda, a la província de Barcelona, l'atenció residencial continua tenint un pes important en el model d'atenció, entorn al 14,7% de prestacions del SAAD, davant de la mitjana del conjunt de l'estat espanyol que és del 10,9%.

En qualsevol cas, atès que una part significativa de l'atenció a les persones grans es produeix en residències, cal fer una mirada a com es conceben els espais, quin grau de participació tenen les persones usuàries en el disseny d'infraestructures i serveis, i a quins elements es dona valor i protagonisme.

En primer lloc, entenem que les infraestructures han d'acollir a persones amb realitats diverses i necessitats molt variades. Això fa que, de vegades, es menystingui i negui la capacitat de les persones usuàries dels serveis, i es pensin els espais d'acord amb una concepció mercantilista i de medicalització, orientada a l'optimització del temps, l'espai i les tasques de cura. Aquesta tendència queda reflectida en el plantejament de les macro residències, creades des d'un enfocament de mercantilització que, en poc espai, congreguen a moltes persones i estandarditzen els temps i tipus de serveis.

En contraposició a aquest tipus de serveis residencials estarien les residències amb un **model d'Atenció Centrada en la Persona** (ACP), concebudes com espais de vida i convivència en els quals s'ajuda les persones a donar resposta a les seves necessitats de cures des de la singularitat, d'acord amb les diferents etapes de la vida, integrades en l'espai social i formant part de l'entramat comunitari, amb la voluntat de mitigar la solitud, l'aïllament i l'angoixa, i l'estrès de persones cuidadores i famílies. Serveixi com a exemple el programa Respir de la Diputació de Barcelona.

A banda de les experiències residencials basades en l'ACP, ens interessa aprofundir en l'experiència i bones pràctiques d'altres **recursos de dimensió comunitària** com els Grups de Suport emocional i Ajuda Mútua (GSAM) o els Espais Familiars de Petita Infantesa que, tot i tenir una taxa de cobertura molt simbòlica (1,32% i 0,55%, respectivament), permeten el desenvolupament d'una línia de treball pública-comunitària, no només en la concepció d'aquestes infraestructures toves i la gestió dels fons públics, sinó també en un enfocament més comunitari i micro, en lloc de privat i macro. En relació a aquests recursos, ens interessarà esbrinar quines són les vies d'accés i el perfil de les participants en aques-

[9] La tendència a la disminució proporcionals dels PIA amb residència per a persones grans i el creixement dels de SAD es produeix des de 2015, quan les persones amb Grau I entren al SAAD, si bé la disminució més recent pot ser deguda per l'efecte de la pandèmia de la COVID-19.-

tes experiències, per saber si estan essent recursos públics accessibles per a persones amb perfils d'origen, classe i nivell formatiu/cultural divers.

Al nostre entendre, i en el marc del projecte "Cap a un nou sistema públic de cures a la comunitat" en el qual se situa aquest informe, la **integració d'allò públic i familiar en l'entramat comunitari** és clau per mantenir xarxes relacionals, veïnals i de suport. En aquesta mateixa dimensió, ubiquem els espais de suport i acompanyament emocional com els Grups de Suport emocional i Ajuda Mútua (GSAM), els Centres de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç (CDIAP), els espais de criança compartida, així com les xarxes relacionals en format telemàtic.

Tal com afirma Sara Moreno: *«[L]a red de **corresponsabilidad de la administración pública con la sociedad civil** genera **procesos de vinculación y apoyo mutuo** entre un grupo de personas que comparten un mismo espacio. La respuesta a las necesidades de cuidado, llegando allí donde no alcanza la responsabilidad pública, alimenta la **identidad comunitaria** y esta consciencia de pertenencia contribuye a transformar la realidad más allá de lo previsto en el proyecto. Se genera un círculo virtuoso con enormes potencialidades a nivel comunitario que parte de la **visibilidad social de los cuidados**.»*[10]

En aquesta direcció ubiquem també infraestructures dures com els projectes de cohousing o llars col·laboratives per a persones grans o cases de cures[11] per situacions de patiment mental, de menors dimensions, connectades amb el territori de residència de les persones i que permeten una major autonomia en la creació i el manteniment de vincles amb l'espai comunitari de les persones que hi resideixen. En el mateix sentit són concebudes les cooperatives d'habitatge en cessió d'ús intergeneracional, en què conflueixen les tres dimensions de la cura de Tronto: *pràctica, emotiva, actitudinal*. Aquests entorns obren la possibilitat d'un enfocament nou de gestió de les cures: més diversos pel que fa a les persones usuàries i orientació de serveis; i comunitaris, implicant a diferents sectors socials en el desplegament d'un model de cura corresponsable que trenqui amb l'aïllament social de les persones usuàries de serveis i les seves cuidadores principals.

Així mateix, és important tenir en compte les vies d'accés a recursos i projectes de tall comunitari, per tal de garantir l'universalisme i no generar noves estructures d'exclusió.

[10] Moreno-Colom, Sara (2018) "La acción comunitaria y los cuidados a domicilio" a *Cuidado, comunidad y común: experiencias cooperativas en el sostenimiento de la vida.* Madrid, Traficantes de sueños. Pàg. 163

[11] Les cases de cura, també anomenades Cases de Soteria, són un recurs de salut mental comunitari que proporciona un espai segur a les persones que experimenten crisis o situacions de patiment psíquic. El model soteria està orientat a la recuperació i compta amb equip professional no biomèdic. A l'Estat espanyol existeixen encara molt poques experiències, que s'inspiren i emmirallen en referències nord americanes i angleses. Més informació a Plaza, Marta (14/09/2021) "Un lugar para sentirnos a salvo: casas de cuidados para las crisis en salud mental" Bilbo, Píkara Magazine.

Aspectes metodològics

04.

El present informe s'emmarca en **l'àmbit de la recerca social**. D'aquesta manera, s'aplica el mètode científic, tot partint d'un procés de recollida d'informació i anàlisis clarament definit, estructurat en fases successives (disseny, construcció del marc conceptual, treball de camp, anàlisi, discussió i conclusions), per tal de **conèixer, explicar i preveure** fenòmens socials.

D'altra banda, l'objectiu de la recerca és aplicat, és a dir, el coneixement obtingut s'adreça a orientar actuacions concretes: en el cas que ens ocupa, **l'anàlisi de necessitats i reptes de les cures** –segons professionals que proveeixen serveis de cures, professionals que gestionen serveis de cures, persones que proveeixen cures de forma no professional en l'àmbit familiar o comunitari, i persones receptores de cures– **ha de servir per poder definir un model de política pública municipal que reforci els serveis de cures, el suport a les persones cuidadores** –professionals i no professionals– **i el dret a proveir i rebre cura digna.**

La present recerca, de base eminentment **qualitativa i participativa**, combina l'anàlisi documental amb l'anàlisi del discurs d'informants clau, a través d'entrevistes en profunditat i de grups de discussió. D'aquesta manera, la recollida de dades és oberta, l'anàlisi inductiva (interrogants formulats de manera oberta), la perspectiva global (no redueix els subjectes a variables i té en compte el context d'allò que estudia) i el mostreig intencional i propositiu (no probabilístic, atès que recull informació clau per tal d'entendre el fet concret estudiat i el seu context, en aquest cas, els sistemes públics de cures locals i en la comunitat).

El rigor de l'estudi es garanteix a través d'una tasca de sistematització que implica:

- Una **validació prèvia dels instruments emprats**: guió d'entrevista i de grup de discussió.
- L'ús d'**eines i tècniques d'anàlisi específiques**: programari d'anàlisi qualitativa assistit per ordinador; verificació i revisió del discurs d'informants amb dades procedents de l'anàlisi documental o dades facilitades pels mateixos serveis municipals de cura; i discussió del grup d'investigació en base a conceptes i línies prèviament definides.

El procés de diagnosi ha estat dissenyat i estructurat d'acord a les següents fases:

Fases	Construcció del marc teòric i analític
	Disseny de les eines de recollida i anàlisi d'informació
	Treball de camp
	Processament i anàlisi de la informació
	Discussió, interrelació, redacció i conclusions

El marc teòric parteix, com vèiem, de la **teoria crítica feminista a l'economia** i del pensament entorn de l'**ètica de la cura**. D'aquesta manera, s'estableixen uns eixos de democratització de la cura a través de: el reconeixement de la cura com un element central i que pot possibilitar la vida social i econòmica; de l'estudi de l'organització i distribució social del treball de cura, de les relacions de poder i les desigualtats socials i de gènere que se'n deriven, tant en l'àmbit local com a escala global; de l'anàlisi dels diferents elements que integren la cura (assumir la responsabilitat, gestionar, proveir, rebre); i entenent la cura com un dret humà i ciutadà, que els poders públics han de fer efectiu garantint les condicions perquè totes les persones siguin capaces de donar i rebre cura adequada a les seves necessitats, en el context de les seves relacions particulars i de les comunitats en què es troben immerses i la diversitat d'entitats proveïdores. D'acord amb aquests eixos de democratització de la cura, vam definir les característiques a tenir en compte de cara a seleccionar les persones integrants dels grups de discussió i entrevistes individuals de la mostra:

Dimensions d'anàlisi	Eix rural-urbà
	Perfil de les persones cuidadores i usuàries de serveis
	Dimensió integral i comunitària de les polítiques públiques
	Pràctiques de les empreses i entitats proveïdores de cura

En el transcurs del disseny de les eines de recollida de dades emprades, durant el treball de camp, hem constatat que la conjugació d'aquestes dimensions posa de manifest una sèrie d'aspectes que van orientar el guió de les entrevistes i grups de discussió realitzats:

Aspectes compartits	Accessibilitat
	Model de gestió
	Qualitat del servei
	Participació

D'aquesta manera, l'eix rural/urbà i la dimensió poblacional del municipi incideixen en l'accessibilitat als serveis, així com en el model de gestió, que delimita els procediments de sol·licitud, la disposició d'informació i les condicions de prestació.

Alhora, el model de gestió (públic, privat, mixt i comunitari) té relació amb les pràctiques de les entitats prestadores de serveis, amb la qualitat de la cura proporcionada i amb les condicions laborals de les persones cuidadores.

Així mateix, la participació de les persones usuàries i de la comunitat en la definició i gestió dels serveis, i l'existència d'instruments orientats a la valoració de la qualitat de l'atenció prestada, de les necessitats cobertes i del grau de satisfacció, tant de les persones receptores, com de les cuidadores no professionals, com de les professionals dels serveis, són factors estretament relacionats amb la qualitat dels serveis, però també amb la seva dimensió integral i comunitària.

D'altra banda, aquestes dimensions d'anàlisi caldrà posar-les en relació amb els eixos de democratització definits al marc teòric:

- **Reconeixement** de la centralitat social de la cura.
- **Reducció** de la desigual divisió social de la cura des d'una perspectiva interseccional.
- **Redistribució** de la responsabilitat de la cura vers un major nombre d'agents.
- **Remuneració** i prestació dels treballs amb criteris de justícia.
- **Apoderament** de les persones i grups en les seves relacions entorn la cura.

En aquest sentit, en l'anàlisi i discussió d'experiències inclòs en la darrera fase del present estudi, amb una orientació més propositiva, partim d'aquesta interrelació, assenyalant els objectius, així com els principis i pràctiques que han de regir les polítiques públiques de cures.

4.1 DISSENY D'EINES DE RECOLLIDA D'INFORMACIÓ I ANÀLISI

De manera prèvia a l'inici del treball de camp, vam dur a terme el disseny de les eines de recollida d'informació i dimensions d'anàlisi, de manera consensuada amb l'equip tècnic de la Diputació de Barcelona. D'altra banda, es van establir els **perfils de les persones a entrevistar i a participar en els grups de discussió**, tot seguint criteris de diversitat:

- Generacional, de sexe/gènere, procedència i nivell socioeconòmic.
- Respecte a situació familiar i necessitats de cura.
- Dimensió dels municipis: petit (menys de 10.000 habitants), mitjà (entre 10.000 i 70.000 habitants) i gran (més de 70.000).
- Diversitat de relacions amb els serveis locals de cura: cuidadores professionals, gestores de SAD, integrants de projectes i entitats de base comunitària, cuidadores no-professionals i usuàries de serveis.

Així mateix, es van elaborar els guions d'entrevistes i grups de discussió, diferenciats en funció de la persona o servei a entrevistar, o si ha participat o no del grup, i validades per l'equip tècnic de la Diputació de Barcelona, tot ajustant aquests guions a les necessitats d'anàlisi requerides i duent a terme una **tasca de construcció col·lectiva de les preguntes incorporades**.

4.2 TREBALL DE CAMP

Pel que fa al treball de camp dut a terme, aquestes han estat les persones, serveis i municipis de la província de Barcelona que hi han participat:

En relació amb les entitats participants al primer grup, han estat les següents organitzacions i perfils:

Entitat	Perfil professional
Federació d'entitats de persones amb discapacitat intel·lectual d'àmbit català.	Coordinador tècnic.
Entitat representativa de la Infermeria d'àmbit català.	Directora estratègica d'atenció primària.
Entitat de famílies i persones amb discapacitat sensorial i intel·lectual de municipi mitjà.	Treballadora social.
Entitat de l'àmbit de les persones grans de municipi gran.	Treballador municipal de serveis socials i membre d'entitat vinculada a la cura.
Entitat i cooperativa de treballadores de la llar i la cura liderada per dones d'origen migrant de municipi gran.	Treballadora de la llar i les cures.

Pel que fa als municipis o ens locals representats al grup de discussió participat per responsables municipals o comarcals del SAD, han estat els següents perfils:

Característiques
Consell comarcal amb SAD gestionat per una empresa d'economia mixta.
Consell comarcal amb SAD gestionat per una fundació i empresa mercantil.

Municipi gran amb SAD mixt de gestió directa i de gestió externalitzada per empresa pública.
Municipi mitjà amb SAD gestionat a través d'una empresa mercantil.
Municipi gran amb SAD gestionat per una cooperativa.
Municipi petit-rural que gestiona SAD de forma directa.
Municipi mitjà amb SAD gestionat per una fundació.
Municipi mitjà amb SAD gestionat a través d'organisme autònom municipal.

D'altra banda, en el grup de discussió conformat per treballadores familiars, han participat professionals que desenvolupen la seva feina a municipis amb les següents característiques:

Grups de discussió	
Data	**Integrants dels grups**
17/09/2021	Entitats vinculades a la cura de persones des de la mirada de la interdependència i sostenibilitat.
21/09/2021	Responsables municipals i comarcals del SAD.
04/10/2021	Treballadores familiars de SAD d'ens locals.
15/10/2021	Cuidadores no-professionals usuàries del programa Respir.
08/11/2021	Cuidadores no-professionals participants d'un GSAM.

Característiques municipi
Municipi petit, amb SAD mixt de gestió directa i de gestió externalitzada per empresa mercantil.
Municipi gran amb SAD mixt de gestió directa i de gestió externalitzada per empresa pública.
Municipi petit, amb SAD gestionat de forma directa.
Municipi mitjà, amb SAD gestionat per una empresa mercantil.
Municipi gran amb SAD gestionat per una cooperativa.
Municipi mitjà amb SAD gestionat per una fundació.

A més a més, vam convocar dos grups de discussió participats per cuidadores no-professionals. Un primer grup format per persones usuàries del programa Respir de la Diputació de Barcelona amb els següents perfils:

Cuidadores no professionals
Dona de 46 a 55 anys, treballadora per compte propi, cuidadora de la mare amb Alzheimer.
Dona major de 55 anys, ocupada a temps complet, cuidadora de la mare amb gran dependència.
Dona major de 55 anys, migrada, aturada, cuidadora del seu fill de 33 anys amb gran dependència.
Home major de 55 anys, migrat, treballador per compte propi, cuidador del seu fill de 33 anys amb gran dependència.
Dona major de 55 anys, pensionista, cuidadora de la seva filla amb discapacitat i de la seva mare amb gran dependència.
Home major de 55 anys, pensionista, cuidador de la seva filla amb discapacitat i de la seva sogra amb gran dependència.

I un segon grup, integrat per persones usuàries d'un GSAM a un municipi de petita dimensió:

Cuidadores no professionals
Dona de 36 a 45 anys, migrada, aturada, mare d'un infant de 10 anys amb Trastorn de l'Espectre Autista (TEA).
Dona major de 55 anys, pensionista, àvia d'un infant de 3 anys amb TEA.
Dona de 46 a 55 anys, ocupada a temps complet, mare d'un infant de 8 anys amb TEA.
Dona de 36 a 45 anys, ocupada a temps parcial, mare d'un infant d'11 anys amb TEA.
Dona de 36 a 45 anys, treballadora per compte propi, mare d'un infant de 6 anys amb TEA.

Finalment, s'han realitzat 6 entrevistes en profunditat a informants clau:

Entrevistes	
Data	**Persones entrevistades**
21/10/2021	Entrevista a mare monomarental de municipi gran.
21/10/2021	Entrevista a usuària d'Espai Familiar a Terrassa d'origen migrant.
22/10/2021	Entrevista a treballadora del Servei Local de Teleassistència.
26/10/2021	Entrevista a usuari i usuària del SAD i del Servei Local de Teleassistència de municipi mitjà.
27/10/2021	Entrevista a cooperativista de serveis per a majors de 65 anys de municipi petit.
28/10/2021	Entrevista a perceptora de Prestació econòmica vinculada al SAD (PEV-SAD) i usuària del Servei Local de Teleassistència de municipi mitjà.

Respecte al treball de camp, considerem necessari apuntar que **la participació en els grups de discussió** –específicament els conformats per treballadores familiars, usuàries del programa Respir i el GSAM– **ha generat un espai de trobada, d'intercanvi d'experiències i neguits, i d'identificació entre iguals, que les ha fet sentir apoderades**; essent, per a moltes de les persones participants, la primera vegada que se'ls obria un espai on posar en comú vivències i necessitats, i se'ls donava la possibilitat de valorar els serveis dels quals són usuàries i treballadores.

D'aquesta manera, la mateixa eina utilitzada per realitzar el treball de camp fa evident la **necessitat de generar espais per compartir experiències de cura** com una eina útil per a la gestió de la càrrega emocional, tant de les famílies, com de les treballadores, com de la resta de perfils participants.

4.3 BUIDATGE I ANÀLISI D'INFORMACIÓ

Per al buidatge i anàlisi de la informació, s'ha comptat amb el suport d'una professional experta en l'anàlisi qualitatiu assistit per ordinador.

D'aquesta manera, i amb la finalitat de donar sentit a l'important volum d'informació extreta durant la fase de treball de camp, s'ha establert un procés definit de reducció d'informació, tot identificant pautes significatives d'anàlisi per a la seva posterior codificació i interrelació.

Aquesta tasca s'ha dut a terme a través d'un programari específic de suport a la transcripció –ATLAS.ti–, que permet identificar fragments significatius en el text i agrupar-los en categories.

Anàlisi qualitatiu	Preparació de dades: recollida, emmagatzematge, organització.
	Segmentació i codificació.
	Anàlisi: revisió del sistema indexat, anotacions i relacions entre codis.
	Resultats: conceptes clau, definicions i models.

Anàlisi i discussió de les experiències

05.

En aquest darrer apartat, presentem l'Anàlisi i discussió de les experiències a través de les entrevistes individuals i grupals, així com els testimonis de les persones participants en el treball de camp, i el diàleg que estableixen, a través de la seva experiència viscuda i situada, amb el Marc teòric i conceptual entorn a l'ètica de la cura. Un treball de contrast que implica la interpretació dels resultats obtinguts per part de l'equip de recerca, tot posant en relació la informació obtinguda i discutint i interpretant el seu significat.

Cadascun dels apartats que segueixen inclou una graella de resum de les principals mancances detectades i les actuacions, propostes i pràctiques transformadores identificades, així com les seves limitacions i oportunitats d'implementació.

5.1 LA CURA: UN DRET DE CIUTADANIA SOSTINGUT SOBRE LA VULNERABILITAT I LA INTERDEPENDÈNCIA

Tal com s'ha exposat a l'apartat sobre el marc conceptual, la present diagnosi parteix de les propostes de l'economia feminista a l'hora de definir la "cura": **la cura com un dret** i **com una funció social**, a més d'una **responsabilitat** que ha de ser **assumida de forma compartida** pel conjunt de persones i agents que conformen una comunitat.

Així, la comprensió feminista de la cura o de les cures va més enllà d'un llistat de tasques necessàries per al sosteniment de la vida: parteix de la **realitat de la vulnerabilitat i la interdependència humanes** i, per tant, de la necessitat d'una organització social que posi la cura al centre.

La "cura al centre" no es limita a una necessària reorganització dels temps i dels treballs que faci compatibles les esferes considerades "productiva" i "reproductiva" (recordant, en tot cas, que es tracta de dues esferes sovint indestriables a la pràctica), sinó que amplia la concepció de la cura, reivindicant-la com un **dret de la ciutadania**, és a dir, **el dret a rebre una cura digna al llarg de tot el cicle vital** –amb intensitat variable–, vinculada a la **cobertura de necessitats bàsiques de subsistència,** però també de **desenvolupament personal, social i relacional.**

Així mateix, el dret a la cura implica el **dret a poder decidir com rebre-la i la garantia d'una provisió en condicions de dignitat,** de manera que les persones cuidadores (ja siguin professionals o no professionals) no vegin limitat el gaudi i desenvolupament d'altres drets.

La no limitació dels drets de les persones cuidadores és una qüestió directament relacionada amb el gènere i la justícia social, tant a escala local com a escala global.

Així, la inequitat en el repartiment dels treballs i de les responsabilitats de cures fa que gran part de les persones proveïdores de cures no puguin triar si volen proveir-les, en quina mesura, quan i en quines condicions.

D'aquesta manera, la major part de gestores de serveis de cures i de cuidadores –professionals i no professionals– són dones. Així mateix, els treballs remunerats d'aquest sector són coberts, en un nombre molt elevat, per dones migrades i/o amb baixos recursos econòmics, dins i fora de les llars.

El fet que **el gènere, la classe social i l'origen** siguin **factors clau** que aboquen algunes persones a realitzar unes tasques i funcions que no necessàriament han triat i que, a més, no són prou reconegudes o remunerades, posa en qüestió la idea mateixa del dret: quin és el concepte del dret, al qual fem referència, quan no són ni l'Administració ni la comunitat els seus garants, sinó les persones individuals, en funció de les posicions socials que ocupen?

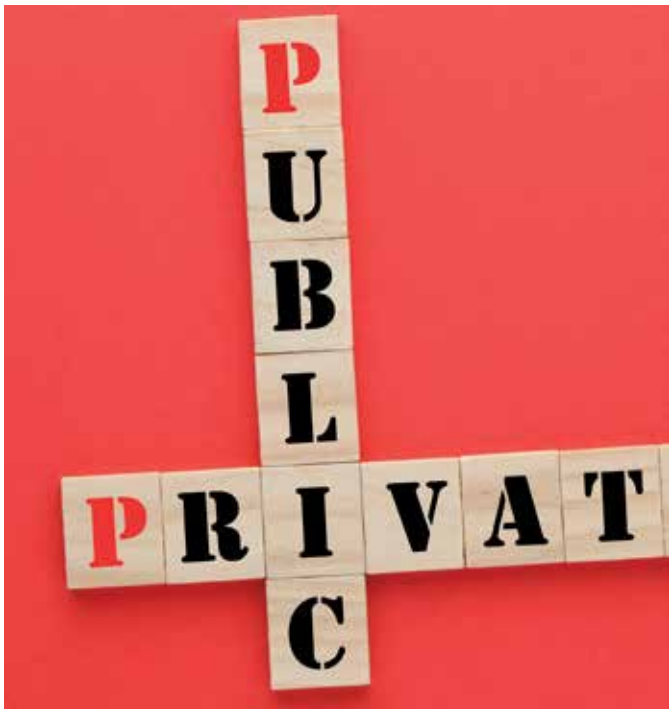
Així, en l'anàlisi del discurs que durem a terme en el present informe, incorporarem, com a perspectiva bàsica i ineludible, una **mirada interseccional**, que ens ajudi a detectar fins a quin punt la planificació i l'acció de l'Administració Pública contribueixen a crear models que incideixen sobre els eixos de desigualtat que, a l'actualitat, configuren la provisió de cures.

D'altra banda, tot i que l'anàlisi principal s'ha basat en els ens locals i la recollida de veus de treballadores i usuàries de serveis gestionats per aquests, i, per tant, no s'ha aprofundit específicament en el paper del mercat en la provisió de cures, és important remarcar el **rol que juguen les empreses privades** en aquest àmbit, així com revisar les **condicions dels acords publicoprivats**, i les **diferents possibilitats d'accés que té la població als recursos monetitzats**, tenint present, a través de la mirada interseccional, l'eix de classe social. Així, les conclusions extretes en aquesta diagnosi haurien de ser complementades per altres recerques enfocades a analitzar el mercat de les cures.

Pel que fa a la recerca que ens concerneix, és rellevant posar de manifest el concepte de cures que es desprèn de les entrevistes i grups de discussió realitzats, així com dels tipus de serveis de cures oferts, coordinats o finançats per l'Administració pública: una **comprensió de les cures encara força reduïda, centrada en l'atenció a la dependència i en el suport a les tasques considerades bàsiques**.

Així, proporcionar **un major suport a persones cuidadores és un repte pendent de l'Administració**. Si bé, durant la fase de treball de camp, s'ha fet referència i s'han valorat positivament els GSAM (Grups Suport Emocional i Ajuda Mútua) o els programes Concilia i Respir, es tracta d'experiències minoritàries, **sense que existeixi un suport sistemàtic i generalitzat adreçat a les persones cuidadores** de forma regular i no restringida a uns períodes de temps determinats, un suport adreçat tant a cobrir necessitats emocionals, com a proporcionar eines, recursos i coneixements útils per realitzar tasques de cures, com per facilitar la disposició de temps propi per al descans, el gaudi o el desenvolupament d'altres esferes de la vida.

Així mateix, **tampoc es contempla la realitat que**, moltes vegades, **les persones cuidadores són susceptibles de rebre cures per motius propis**, no relacionats amb el fet de cuidar, sinó amb la seva situació personal



concreta (persones grans que cuiden d'altres persones més grans o amb major situació de dependència, cuidadores que pateixen malalties com ara fibromiàlgia, esgotament crònic o depressió, etc.). D'aquesta manera, **és habitual haver de recórrer al mercat privat per a la cobertura de necessitats de cura de les cuidadores**, sense dependència reconeguda**:**

> *A mí me ha afectado en todo. Yo soy una persona muy activa, me gusta viajar, me gusta moverme, eso lo tengo olvidado. Lo tengo olvidado porque es realmente difícil. Cuando está en el Respir, normalmente me cojo una semanita y me voy a algún sitio. Me encanta ir allá a Castellón, a Vinaroz. Me voy y vengo y parece que se me han encendido todas las luces. (*Cuidadora no professional usuària del Respir)

> *Hombre, yo ahora no trabajo porque tengo una invalidez, pero cuando he trabajado y trabajaba también mi marido, teníamos una canguro que me recogía a la niña y la llevaba a las actividades y la recogía de esto y la llevaba a las actividades y luego me la traía a casa, porque yo llegaba a las tres de trabajar, pero ya no me encontraba bien. En los últimos años, yo ya no podía llevar el ritmo de recogerla a las 5 y estar toda la tarde dando vueltas esperando que ella hiciera. Teníamos una chica que lo hacía y, a las 8, luego me la traía a casa.* (Cuidadora no professional usuària del Respir)

Un altre exemple d'aquest enfocament de les cures limitat a la cobertura de necessitats bàsiques és l'**assignació ajustada d'hores per usuari o usuària en l'atenció domiciliària,** amb escàs marge per donar resposta a altres demandes, de tipus relacional o no directament vinculades a necessitats bàsiques. Aquesta assignació ajustada d'hores implica, també, que les treballadores familiars i altres professionals que proveeixen cures en les llars es trobin pressionades a acomplir tasques que no els pertoquen ni tenen cabuda dins del seu horari restringit. D'altra banda, ens trobem que, quan els serveis es contracten en el mercat privat, si la usuària o usuari és el pagador, pot demandar aquest tipus de suport:

Ens venen a dutxar i 50 minuts que necessito, que no és una hora, són 50 minuts. Ja està, ja no poden [fer] *res més.* (Usuària de SAD)

[S]*obretot en aquells casos en què el grau de dependència és més elevat, en què es necessita més intensitat i, a nivell municipal, és inviable poder oferir-li quaranta cinc hores al mes d'un servei d'ajut a domicili. I la persona decideix quedar-se a casa, sent atesa a casa, però no és suficient amb aquesta cobertura d'hores. Llavors, jo també apostaria per la intensitat, per oferir un servei de qualitat que pogués donar cobertura a les necessitats de la persona que decideix ser atesa al mateix domicili* (Responsable de SAD d'ens local)

[A] *vegades, una persona que té tres hores a la setmana, quatre, ni que sigui cinc, que va una hora cada dia, sí que pots fer una higiene; però, després, sempre hi ha el dia que surt que si es pot anar a comprar, que si l'esmorzar, sempre, d'alguna manera nosaltres sempre «chicas para todo». Entres en una casa per fer una higiene, però acabes fent qualssevol altres mil coses, i sí que anem molt justes i això ens fa anar molt a la carrera.* (Treballadora familiar)

Per això, (em cal) acompanyament per anar a veure l'oculista, el dentista, anar a una botiga per poder comprar uns pantalons. Li he encarregat a una noia pantalons de xandall simplement, la botiga està aquí mateix, és una cosa; m'he de comprar unes sabatilles, a la sabateria. (Usuària de SAD)

[E]*ns ho demanen els usuaris, «no teniu cap persona que vingui a fer-me companyia una estona?». Això ens ho demanen molt. (...)* [D]*oncs demanen persones per a això, per fer companyia, que puguin venir una estona, que puguin estar amb mi, que puguin anar a comprar una barra de pa, o necessito algú un diumenge, que em vagi a comprar... jo què sé, alguna cosa que necessitin. Jo això ho posaria, jo penso que això ens falta.* (Treballadora del Servei Local de Teleassistència)

Te voy a decir la verdad. Como termina la chica un poco antes, me dice, cuándo ha terminado lo que sea, a menos cuarto o a y cuarto, y me dice "¿ahora qué te hago?", y digo "no hagas nada, cámbiate, vamos a charlar un ratito". Yo me siento ahí y ella se sienta allí un ratito y ya está. (Perceptora de PEV-SAD)

Val a dir que, un dels serveis més ben valorats en les entrevistes i grups realitzats ha estat el de **teleassistència**. Precisament, moltes de les persones participants en la fase de treball de camp assenyalen positivament la **funció que aquest servei realitza més enllà de la cobertura de necessitats considerades bàsiques**:

Cuando llaman para preguntar cómo estamos, estamos contentos, las cosas como son. No lo hemos necesitado [el servicio]*, pero ellos sí se ocupan, se preocupan de llamarnos. Para el cumpleaños nos llaman y todo y estamos contentos.* (Usuària de SAD i Servei Local de Teleassistència)

I si tens alguna demanda, per exemple, jo tinc un senyor que és gran, que viu sol, que va al centre de dia entre setmana, fins dissabte, i, com que a Teleassistència saben que al cap de setmana està sol, cada cap de setmana li fan trucades. Perquè no es trobi tan sol, xerren una estoneta i a ell li va súper bé. (Treballadora familiar)

Així mateix, **el suport i les cures proveïdes per l'Administració estan circumscrites**, majoritàriament, **als primers i darrers anys del cicle vital** i, quan es tracta de **primera infància, centrades a facilitar la conciliació laboral i familiar** de les persones progenitores o tutores. D'aquesta manera, les places a les escoles bressol públiques són, en moltes localitats, insuficients per a tots els infants demandants i, a més, l'obtenció de plaça està condicionada a l'ús d'un nombre mínim d'hores diàries. Així que, les famílies que decideixen cuidar a casa no poden comptar amb aquest servei com a fórmula per a la cobertura de necessitats que no requereixen un ús intens d'aquest. D'altra banda, són anecdòtics els recursos públics perquè famílies amb infants de 0 a 6 anys no escolaritzats puguin trobar-se per compartir en espais especialment habilitats per a petita infància i amb el suport d'educadors o educadores.

> *No n'he tingut* [de serveis de titularitat pública d'atenció a la petita infància]*, i això ha sigut molt greu, molt greu. Perquè, per exemple, la meva filla és adoptada, amb la qual* [cosa] *no la vaig poder matricular a l'escola bressol municipal perquè, en el moment que t'has de matricular, et diuen que no estàs embarassada. Si estàs embarassada, tampoc et pots matricular perquè no ha nascut... Per tant, això ha sigut una barrera, particular, meva, amb la qual ja he tingut un problema. Ludoteques aquí, al barri, no n'hi ha. Hi ha el centre cívic. Al centre cívic, sí que vam anar, a l'espai, que és complicat d'entrar perquè hi ha molta demanda. No és un tema econòmic, sinó que hi ha molta demanda i, llavors, segons el perfil d'edat, ens va costar entrar, etcètera.* (Mare de família monomarental)

D'altra banda, tot i que en diversos serveis no és necessari situar-se en un determinat tram de renda per tenir-hi accés, en casos com, per exemple, l'escola bressol, **la provisió de cures segueix essent concebuda com una cobertura bàsica** en què el nivell d'ingressos és considerat un factor clau en l'assignació de places.

Així mateix, sovint, **els serveis de cures i d'atenció a la dependència es troben ubicats dins de les àrees de serveis socials dels municipis**, generalment en les regidories de Benestar Social, d'acord amb la cartera de Serveis Socials que estableix com es despleguen els serveis bàsics de cura i tecnologies de suport, que competeixen a les àrees bàsiques de Serveis Socials. Així doncs, és menys habitual que la provisió de cures depengui, a nivell de planificació,

pressupost i prestació, de regidories de Drets de Ciutadania i Participació o de Drets Socials i Civils.

És important remarcar que un disseny de polítiques públiques que contempli **la cura com un dret i no com un "ajut"** suposa ampliar la lògica i la mirada de la intervenció social, que no es limita a allò que l'estat –com a garant de drets– ha de fer o no ha de fer per tal d'evitar vulneracions de drets socials, sinó també allò que ha de fer per tal de promoure una **realització plena dels drets civils, polítics, econòmics, socials i culturals**, que permetin tant la **cobertura de necessitats individuals, familiars i comunitàries**, com la **promoció de la cohesió social i la solidaritat.** En aquest sentit, es demana apostar més per la **innovació social** per a l'abordatge de les necessitats de cures des de noves perspectives.

> [T]*ens un sou X, bo, per dir-ho d'alguna manera. Però aquesta noia, per exemple, té bessons; i té un plus perquè és comadrona, però no vol dir que sigui multimilionària. [Doncs, per això] no li corresponen les beques menjador, no li correspon res de res.* (Mare de família monomarental)

> *Jo crec que la part pública té moltes potencialitats. De fet, és qui més proves pilot pot fer sense riscos, no corre riscos. Per tant, es pot assumir i pot arriscar-se. [Però] ens arrisquem poc a l'administració pública, ens arrisquem poc i innovem poc.* (Treballador municipal de serveis socials i membre d'entitat vinculada a la cura)

> *Llavors, els canals són molt formals, massa tancats i, quan arriba, potser ja és tard. Però és veritat que s'acaba millorant. El [problema és] que, quan ja s'ha millorat, ja ve una altra, una altra manera de fer, una altra necessitat diferent* (Treballador municipal de serveis socials i membre d'entitat vinculada a la cura)

D'altra banda, una perspectiva de drets exigeix la participació de la ciutadania en el disseny, implantació, seguiment i avaluació dels recursos i serveis, així com el desenvolupament de **models d'atenció centrats en la persona** (és a dir, què vol, què necessita, com se sent... la persona receptora de cures).

Una de les experiències que incorpora la perspectiva de l'atenció centrada en la persona la trobem en el Servei Local de Teleassistència que, a través del model de Resposta Eficient en Teleassistència (RET), articula nivells de suport diferenciats en funció de diferents necessitats socials i de salut, que es van revisant periòdicament i que s'han vist fortament impactades per la pandèmia de la COVID-19:

> *Nosaltres el que fem és més trucades de seguiment, a les persones que estan més soles [els hi] fem més trucades de seguiment. Així, truquem més vegades i, si s'ha d'anar al domicili, s'hi va.* (Treballadora del Servei Local de Teleassistència)

> *Nosaltres truquem, tenim agendes que és Red 3, Red 4, Red 2 i Red 1. El 3 i el 4 són les persones a qui es truca més, són persones que estan soles. Els quatre són maltractaments. Amb el tema de la COVID-19, sí que és veritat que molta gent ha donat baixons, perquè han estat sols, perquè han patit el cop, perquè no han sortit de casa.* (Treballadora del Servei Local de Teleassistència)

Tot i els esforços d'alguns serveis per incorporar aquesta perspectiva, els **mecanismes per garantir la participació de la ciutadania en el disseny, seguiment i avaluació dels serveis es troben escassament desenvolupats**, amb formes de participació força superficials que, en la majoria dels casos, es limiten, si n'hi ha, a breus enquestes de satisfacció realitzades per part dels usuaris i usuàries dels serveis.

> *I també hauríem de preguntar a la gent gran si ho vol, si ho necessita, si no ho necessita, què creu, què en pensa. Hauríem de tenir processos, temps, temps i paciència per seure amb la gent gran i escoltar-los. L'atenció centrada en la persona, saber què vol, què li agrada i què no* (Treballador municipal de serveis socials i membre d'entitat vinculada a la cura)

> *Llavors, penso que hi ha com una feina prèvia d'apoderament d'aquestes usuàries [des] de casa, sentint que això és un dret que tenen. Potser, les de dependència ho tenen una mica més incorporat. Si no la mateixa usuària, la família, que això és un dret que elles tenen i, per tant, han de poder exercir aquest dret amb plena llibertat.* (Responsable de SAD d'ens local)

> *Això és un servei dels ciutadans, i això ja costa a molts nivells. Però penso que el nivell que més costa és al ciutadà. Vostè és l'amo d'aquest servei i, per tant, ha de poder dir i ha de poder intervenir i participar a molts nivells. I, arribar fins aquest punt, per mi és molt complicat.* (Responsable de SAD d'ens local)

> *(...) crec que s'ha de fer un camí molt llarg en participació, tant a l'Administració pública com a les entitats, perquè tothom ens omplim la boca de participació, però... Per exemple, a l'Administració pública tenim un problema i és que hi ha tants caps i tenim tanta gent [que], fins que arriba a la treballadora o arriba a la persona que està rebent aquest recurs, moltes vegades, els canvis i la participació no són reals, o queden esbiaixades, o, a vegades, les decisions es prenen per comoditat (...). Però a les entitats, a vegades, també passa, que sempre participen els mateixos o la mateixa persona, perquè tampoc saben participar. Acumulen aquesta participació, acaben sent sempre els mateixos, amb un mateix discurs, i no termina de ser del tot democràtic, ni la gent sap participar, ni s'escolta a tothom, ni tothom té les mateixes oportunitats per participar, les mateixes ganes (...). I, a més, com es considera si una participació és o no una participació crítica. Tot això caldria posar-ho molt en qüestió.* (Treballador municipal de serveis socials i membre d'entitat vinculada a la cura)

Cal assenyalar que la cura entesa com un dret implica, necessàriament, **comptar amb la participació de les persones proveïdores de cures** en el disseny i la construcció de models d'atenció, així com en la negociació de les seves condicions laborals, que han de basar-se en el reconeixement del treball i la dignificació de la prestació:

> *En el caso de las trabajadoras del hogar, sobre todo las migradas, creo que tenemos capacidad de decisión y queremos defenderla y queremos posicionarlas en cualquier acto, en cualquier propuesta, en cualquier proyecto que se haga por parte de la Administración pública o por parte de las administraciones privadas (…). Nuestros tiempos son tan precarios y cansados que… Aún así, nos cuesta mucho hacer entender a las administraciones que tenemos esta capacidad para decirles cuál es la mejor opción de solución para nuestra problemática, especificar las áreas concretas en diseño, por supuesto* (Treballadora de la llar i les cures)

La dignificació dels treballs de cures i de les persones que els proveeixen implica haver d'aprofundir en les desigualtats i privilegis que travessen aquest àmbit, i l'actuació ferma i efectiva, per part de l'Administració, per tal d'erradicar moltes de les discriminacions que configuren el sector de les cures.

Així mateix, cal realitzar una feina important, tant a escala d'entitats com d'empreses proveïdores, com d'administracions, adreçada als usuaris i usuàries de serveis, per tal que siguin capaços de posar en valor la feina de les persones cuidadores i els hi proporcionin un tracte basat en la igualtat i el respecte.

> *Siempre nos repiten «esto es lo que hay», que te quieren aquí las 24 horas del día pero que pueden pagar sólo 450 euros. «Es lo que hay y si no tienes documentos, chica, mira, sacúdete y acepta esto porque no tienes que comer el día de mañana». Entonces, creo que es momento ya de ponernos a pensar, a pensar todos, en realidad, todos los canales, instituciones y administraciones… y plantear ¿qué solución estamos haciendo? Y, ¿enfocada solamente a las familias que necesitan el cuidado? ¿O también a las personas que están necesitando ese trabajo o lamentablemente se ven obligadas a trabajar en este sector?* (Treballadora de la llar i les cures)

En aquest sentit, els elements **gènere, classe i origen** es troben fortament imbricats, tot creant una idea estesa que la cura ha de ser una feina «vocacional», quan no vinculada a la biologia, en què elements com ara la remuneració, el dret al descans o el reconeixement de la professionalitat queden relegats a un segon pla.

Si bé és cert que les desigualtats socials configuren tant la provisió familiar com el mercat de treball de les cures, i que moltes dones es veuen abocades a realitzar unes feines que no han triat ni desitgen, i que aquest fet impacta directament en la qualitat de la cura proporcionada; també és cert que **el camí per recórrer en la dignificació de les cures és llarg** i no passa tant per exigir vocació o entrega, sinó **un context i una organització social que permetin proveir-les de forma digna i escollida**.

> *Las empresas lo único que te dan es un permiso por conciliación familiar. Por ejemplo, donde yo trabajaba, yo trabajaba en un hospital, y allí te daban, si tú querías, un permiso sin sueldo por conciliación, por la familia, por algún problema que yo tuviera, por mi hija o por mi madre; pero sin sueldo, no había ningún problema. Te coges seis meses, un año, eso sí, pero nada más* (Cuidadora no professional usuària del Respir)

> *Es complicadísimo. La conciliación no existe. Entonces, con unos niños que requieren más, es también difícil. Es más difícil y, si no tienes familia en la zona, al final tiras de amigos, de vecinos…* (Cuidadora no professional usuària de GSAM)

Un exemple clar de l'escassa valoració professional que reben les cures el trobem en la forma de referir-se a les professionals del sector, sovint anomenades «la noia» o «la chica», amb la infantilització que suposa aquest apellatiu i la seva connotació de classe social i, en algunes ocasions, d'estrangeria:

> *Només això, el que diu la companya, la M., (...) amb qui has de treballar moltes vegades* [és] *amb la família perquè la família ja d'entrada «la chica que viene», «la chica», «la chica», «la chica», llavors recalcar-los que ets una professional, que vens a fer unes tasques i, moltes vegades, coses que ells ni es plantegen fer i se suposa que la treballadora familiar sí que les ha de fer. Aquí sí que amb la família, moltes vegades, és allò de "con la Iglesia hemos topado".* (Treballadora familiar)

> *Me aporta, sí. Viene y me hace el lavabo, la cocina y las cosas que yo ya no puedo. Me aporta, sí, estoy contenta con la chica.* (Perceptora de PEV-SAD)

Tal com veurem en diversos apartats de la present diagnosi, **aquesta comprensió de les cures com unes feines travessades per la vocació**, en què es mobilitzen competències i habilitats associades a la socialització de gènere, també **configura la forma de funcionar dels serveis i recursos.** A tall d'exemple, la coordinació entre serveis o professionals depèn, en un gran número de casos, de la voluntat personal de les treballadores, de la seva empatia i sentit de responsabilitat envers les situacions concretes que viuen les usuàries de serveis, i no tant de la planificació prèvia i la creació d'espais formals que possibilitin un treball enxarxat i coordinat.

Finalment, esmentarem breument la necessitat que la **comunitat sigui contemplada com un agent central en la planificació de polítiques de cures i en la seva provisió**. Sobre l'articulació comunitària en relació a la cura, aprofundirem en el proper apartat.

Treballar des de la comunitat suposa **incrementar la cohesió social**, ja que la pertinença comunitària, els llaços relacionals, de solidaritat i de suport mutu, derivats d'aquesta pertinença, permeten incidir i reduir desigualtats socials i discriminacions. En canvi, en una societat atomitzada, amb un escàs vincle entre els seus membres i un elevat grau d'aïllament, aquestes desigualtats s'aprofundeixen, alhora que les possibilitats de reorganitzar la provisió de cures es veuen força limitades, podent ser cobertes de forma universal únicament quan les administracions han desenvolupat de forma substancial les polítiques de benestar social. En el nostre context, amb un estat social feble, l'absència de xarxes comunitàries sòlides suposa que l'accés a les cures depengui de cada estructura familiar o del fet que persones receptores de cures, o les seves famílies, puguin fer front al seu cost al mercat.

D'altra banda, **la proximitat del teixit comunitari proporciona un coneixement situat** de les realitats que han de ser abordades, tot possibilitant una millor cobertura de necessitats, i afavorint, alhora, l'actuació preventiva i la detecció precoç de situacions que poden posar en risc els membres de la comunitat: **anar més enllà de la necessitat i treballar cap a la construcció col·lectiva del benestar compartit.**

> *L'Administració pública, aquesta proximitat, no la pot donar. D'entrada, per com està estructurada. I aquí sí que ja (...) ha sortit molts cops el tema de la confiança, tant de l'entitat cap a l'Administració pública, com de l'Administració cap a l'entitat (...). Doncs, aquest tema de confiança mútua i de potenciar les entitats, que són realment les que estan al peu del canó, i poder-los-hi donar els recursos (...). I aquest grau de confiança és el que s'ha de potenciar: nous projectes, amb unes subvencions ja més encarades als serveis a qui realment arriba la persona implicada; que el que digui l'entitat que està passant, realment és el que està passant, no s'ho inventa per poder tenir més recursos.* (Coordinador tècnic d'entitat)

> *Soc feliç de pertànyer a aquesta cooperativa, perquè poquet a poquet vaig recuperant la meva autoestima i les ganes de socialitzar-me més, ja que amb la pandèmia em vaig tancar en mi mateixa i el Covid emocional trucava dia sí, dia també. És clar, quan te n'adones que hi ha gent amb els vostres serveis, puc dedicar-me a cuidar la meva salut una mica més.*[1]

> *Si las administraciones públicas no reconocen que es ilegal contratar a una mujer bajo el régimen de trabajo del hogar cuando se dedica y se encarga las 24 horas del día, siete días de la semana a cuidar a un adulto dependiente, es muy complicado que esa mujer pueda acceder a algún tipo de servicio. No hay mucha información de estas mujeres por parte de la administración, y es un acompañamiento diario que les damos y es una conversación continua que estamos haciendo con los ayuntamientos y con diferentes entidades* (Treballadora de la llar i les cures)

En aquest sentit, comença a ser una pràctica habitual entre professionals de la Salut i Serveis Socials la prescripció social, que consisteix en la identificació conjunta, per part de professionals i pacients, d'activitats de la comunitat que poden contribuir a millorar la salut i el benestar, tot sortint de la lògica de la medicalització de malestars de la vida quotidiana, sovint relacionats amb l'aïllament social, al sentiment de solitud i la manca de xarxa de sosteniment.

[1] Cita de font secundària, expressada en l'entrevista a cooperativista de serveis en relació a una usuària de serveis de l'entitat.

Taula d'elements destacats i actuacions derivades per a "La cura: un dret de ciutadania sostingut sobre la vulnerabilitat i la interdependència"

ELEMENTS DETECTATS	ACTUACIONS DERIVADES
La inequitat en el repartiment dels treballs i de les responsabilitats de cures fa que gran part de les persones proveïdores de cures no puguin triar si volen proveir-les, en quina mesura, quan i en quines condicions.	Incorporació de la mirada interseccional en el disseny, planificació i avaluació dels serveis de cures: tenint presents els eixos de desigualtat configurats entorn del gènere, la classe social i l'origen.
La major part de les persones cuidadores –professionals i no professionals– són dones.	
Molts dels treballs remunerats del sector de cures són coberts per dones migrades i/o amb baixos recursos econòmics.	
Diferents possibilitats d'accés de la població als recursos monetitzats i diferent tipus de cobertura en funció de si es tracta de serveis públics o privats.	Comprensió de la cura més enllà de la cobertura de necessitats bàsiques i d'atenció de la dependència en la planificació de serveis i recursos públics.
	Ampliació, flexibilitat, i complementarietat de la cartera de serveis públics de cura
	Garantia universal de la cura, entesa com un dret universal, no depenent de la renda personal o familiar.
	Estandardització de criteris de qualitat en la provisió de cures, tot comptant amb instruments definits per a la supervisió de serveis amb finançament públic.
Manca de suport sistemàtic i generalitzat a les persones cuidadores.	Potenciació de recursos de suport a persones cuidadores, tant pel que fa a necessitats derivades de la seva tasca com a la cobertura d'altres necessitats personals, com per exemple els serveis de Respir i de GSAM.
Planificació de serveis que només contempla l'atenció a necessitats bàsiques, amb assignació d'hores o cobertures limitades.	Disseny de serveis de cures d'acord amb la comprensió de la cura basada en els conceptes de vulnerabilitat i interdependència humana, i en la cobertura més enllà de les necessitats bàsiques, sinó també emocionals i relacionals.
Serveis de cures públics centrats en l'atenció a la dependència i en etapes puntuals del cicle vital (infància i vellesa).	
Serveis de cures dependents de Serveis Socials i regidories de Benestar Social.	Incorporar l'enfocament de drets en la política pública sobre les cures, així com una planificació centrada en el desenvolupament ple de la ciutadania; tot potenciant l'apoderament i la participació efectiva.
Manca de mecanismes madurs que garanteixin la participació real i efectiva de la comunitat i persones usuàries en el disseny, implementació i avaluació de programes i serveis de cures.	
Escassa participació de les persones cuidadores en el disseny de construcció de models d'atenció.	Comptar amb la participació de les persones proveïdores de cures en el disseny i la construcció de models d'atenció, així com en la negociació de les seves condicions laborals, partint del reconeixement i dignificació del treball.
Baix reconeixement dels treballs de cura i condicions laborals precaritzades.	
Necessitat de comptar amb la comunitat per a una major cohesió social, un coneixement situat de les necessitats de cures, una actuació preventiva, una detecció precoç de situacions de risc i una construcció col·lectiva del benestar.	Treballar per una prescripció social de cures i reconèixer el paper central de la comunitat en la provisió de cures, tot reconeixent la feina realitzada per les entitats i d'altres agents comunitaris i potenciant la col·laboració amb l'Administració.
Resposta poc àgil i innovadora de l'Administració pública a les necessitats de cura i al seu dinamisme.	Impulsar més proves pilot i experiències d'innovació social des de les administracions públiques, en col·laboració amb entitats i xarxes comunitàries.

Vegi's el recull de referències incloses a la "Guia per incorporar la interseccionalitat a les polítiques locals", elaborat per l'Ajuntament de Terrassa, juntament amb la Universitat de Vic i CEPS Projectes Socials. https://igualtatsconnect.cat/wp-content/uploads/2019/06/Publicacion-Igualtats-Connectades.pdf

5.2 EL BINOMI TERRITORI-COMUNITAT EN RELACIÓ A LA CURA

Les persones som éssers vius vulnerables i interdependents. Naixem amb una fragilitat extrema. Triguem un any a aixecar-nos, dos a comunicar-nos mitjançant el llenguatge i quatre a poder vestir-nos soles per protegir-nos del fred. **La nostra vulnerabilitat i dependència són la raó per la qual vivim en comunitat**. Malgrat que la infantesa, la vellesa i els moments de malaltia requereixen atencions específiques i més intensives, les persones necessitem afectes i atenció emocional de manera permanent, fins i tot quan som adultes sanes i independents. Quan parlem de "cura", per tant, ens referim al conjunt de tasques que serveixen per regenerar quotidianament i generacionalment el benestar físic i emocional de les persones, i que es produeixen normalment en circuits d'intimitat i en el marc de les llars.

Més enllà d'aquests cercles d'intimitat, que constitueixen l'entorn proveïdor de cura principal a societats familiaristes com la catalana, el vincle i les relacions socials són una necessitat vital que satisfem des de l'àmbit comunitari, en allò que entenem com el nivell bàsic de l'escala de cures[2]: la copresència (compartir espai físic amb algú en trobades i interaccions quotidianes que fomenten l'intercanvi d'informació, sensacions i coneixement) i el reconeixement social (parlar amb algú, que reconegui la teva opinió, que et tingui present, etc.). Un conjunt d'interaccions que conformen la base del suport mutu:

> *Todos, con nuestro punto de vista, somos personas completamente diferentes, con niños completamente diferentes. Lo que nos aportamos es valor y estar con personas de diferentes edades, también [es positivo]. Pues a mí, cuando* [mi hijo] *tenía tres años, me hubiera encantado estar en un grupo de estos. Para explicar o saber cómo funcionan las cosas, porque cuando son pequeños o cuando no pueden comunicarse bien, lo pasas fatal. Entonces, eso es lo que aporta: soporte, un soporte para los padres, y ver a los niños con otros ojos también. Ha sido a partir del grupo, que ha aparecido esta asociación.* (Cuidadora no professional usuària de GSAM)

Aquests **entorns primaris de suport mutu** els conformen els espais col·lectius de vida quotidiana, com el barri, l'escola o les entitats de proximitat. Entenem, per tant, la **comunitat com un grup de persones que mantenen un vincle derivat de la relació territorial, de convivència, afinitat d'interessos, experiències i conviccions compartides** que, en molts casos, formalment o informalment els han motivat a associar-se. Aquesta "comunitat" és un **espai relacional de pertinença** que pot ser viscut amb diferents graus d'intensitat.

> *Hubo una convocatoria en Manresa,* [dónde] *ya hay una asociación* [de familiares de niños y niñas con TEA]. *Entonces vinieron aquí a hacer una charla, por si aquí en el Moianès queríamos formar otra asociación, porque faltan recursos. La verdad es que sí. Y, en ese mismo día, pues mucha gente nos apuntamos, porque queríamos formar la asociación. Y después, pues a partir de ahí, ya se hizo reunión y se hizo el acta fundacional y todo esto. Y está en marcha.*
>
> *¿Y varias del grupo estáis participando junto con otras personas?*
>
> *Sí, bueno, yo estuve en el acto fundacional, no me quise poner en la Junta, pero sí que participo, voy a todas las reuniones que se hacen abiertas. Voy porque me gusta también aportar ideas y para ver cómo va la cosa. (...) el que le interese se puede hacer socio y ya veremos a ver las cosas que se pueden llegar a hacer* (Cuidadora no professional usuària de GSAM)

Catalunya és una comunitat amb una àmplia tradició associativa. En 2020 comptava amb 74.438 associacions registrades[3]. A tall d'exemple, la Federació Catalana d'Entitats d'Acció Social (ECAS) aplega 114 organitzacions sense ànim de lucre, que anualment atenen 962.704 persones en risc d'exclusió social, i compten amb 20.930 professionals contractades i unes 3.500 persones voluntàries. La distribució del teixit associatiu al territori és molt desigual, amb una alta concentració de col·lectius en els territoris de la demarcació de Barcelona: de les 3093 entitats en l'àmbit de l'Assistència Social registrades a Catalunya, 1987 (el 64,2%) pertanyen a l'Àrea Metropolitana de Barcelona, essent per tant l'eix rural/urbà i la dimensió poblacional del municipi un element que condiciona la proximitat de les entitats i, en conseqüència, l'oferta de projectes i serveis comunitaris.

[2] Mogollón, I; Fernández, A (2019) *Arquitecturas del cuidado: hacia un envejecimiento activista*. Barcelona, Icària editorial.

[3] IDESCAT (2020) Associacions per tipus d'activitat. Vegi's: https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=790 (Darrera consulta: 10.02.2022)

En aquesta *Diagnosi de les cures en l'entorn domiciliari i comunitari a la província de Barcelona,* hem volgut **reconèixer el protagonisme social** de col·lectius sovint invisibilitzats, però amb una presència i agència notable **en l'àmbit de la cura**. En aquest apartat, hem recollit les aportacions elaborades i les propostes impulsades des de col·lectius de persones amb discapacitat intel·lectual, entitats autoorganitzades de persones grans, treballadores de la llar i la cura, i famílies monoparentals; projectes d'enxarxament comunitari i grups de suport mutu. Hem volgut apreciar el seu lideratge i reafirmar la seva labor crucial en la vida de moltes usuàries i famílies cuidadores, en concepte de **prestació de serveis des de la proximitat i l'empatia**, i en qualitat d'entorns apoderadors en la tasca cuidadora i **socialitzadora de la informació sobre recursos** públics i comunitaris disponibles, i com a **espais d'incidència política, creativitat, transformació i mobilització social.**

Les aportacions que hem recollit versen sobre esferes diverses com la **participació en la definició i la gestió** dels serveis, la millora dels instruments orientats a la **valoració de la qualitat i el grau de satisfacció de l'atenció** prestada; la **detecció de necessitats**, tant de les persones receptores, com de les cuidadores no professionals i les professionals dels serveis, així com el **reconeixement, enfortiment i multiplicació dels espais col·lectius i comunitaris** en l'àmbit de la cura. Totes aquestes dimensions estan estretament relacionades no només amb la qualitat dels serveis, sinó també amb la dimensió integral i comunitària de la cura. Ens interessa, per tant, explorar, replicar i escalar, si s'escau, les estratègies i els models de gestió públics i comunitaris que en alguns territoris ja es practiquen.

Un abordatge de la cura comunitària més enllà de l'atenció individual

Hi ha una zona del meu barri on hi ha persones grans que estan soles i m'imagino que això està passant en molts barris, perquè els fills han marxat. Moltes dones viudes grans. (...) són dones soles grans, una al costat de l'altra i, si han d'accedir a una ajuda, ho fan individualment. I llavors, a mi em fan molta gràcia els comentaris que fan: "jo no necessito ningú, però, si entre les que som aquí, sí que hi hagués alguna persona que vingués, ja en tindríem prou". És a dir, continuem amb el mateix esquema: atenció a la persona individualment. Llavors, aquest és un plantejament que dius, potser hem de trencar esquemes (...). La

normativa està feta, els concursos estan fets, la llei diu com s'ha d'actuar, com has de demanar l'ajuda i no sortim d'aquí, no s'estan creant noves propostes trencadores en aquesta nova situació [de pandèmia] que s'està donant. (Treballador municipal de serveis socials i membre d'entitat vinculada a la cura)

L'accés individual als recursos i serveis públics en l'àmbit de la cura és, tal com recull la cita, **el primer entrebanc** que observen les entitats en relació a la concepció de la cura i l'enfocament de l'atenció a les necessitats en els diferents moments del cicle de vida. Aquest **canvi de perspectiva** i enfocament és on rau, precisament, el plantejament diferencial dels projectes i recursos comunitaris, no només en la seva mirada, sinó també en les **propostes d'intervenció**:

[Per a nosaltres vol dir] *centrar la persona per la mirada col·lectiva i comunitària, no centrar la persona amb una perspectiva individual,* [sinó] *des d'una perspectiva col·lectiva i comunitària. Perquè és veritat: hem de canviar inclús els habitatges de Gent Gran. La Gent Gran ja no vol anar a les residències. Per exemple, hem de buscar sistemes d'habitatges diferents, cohabitatges entre ells. (...) Igual, quatre persones grans amb un sanitari que passi allà una part de la seva jornada, 3-4 hores. No ho sé, igual són el futur i no les residències.* (Treballador municipal de serveis socials i membre d'entitat vinculada a la cura)

En aquesta mateixa direcció, s'ubiquen també els **processos participatius d'identificació de necessitats**, a partir dels quals es desenvolupa la construcció de l'oferta de serveis que proveeixen les entitats. Observem que, mentre que l'oferta pública se centra en l'Atenció a les Necessitats Bàsiques i Instrumentals,[4] els projectes comunitaris, com ara les cooperatives de consumidores i usuàries, o entitats vinculades a la cura adreçades a un col·lectiu específic, tenen una cartera de serveis més àmplia, sobre àmbits que poden superar el de la pròpia cura, com el **manteniment de la llar** (bricolatge, electricista, escura-xemeneies, fusteria, neteja de la llar, feines de paleta, petites reparacions, pintura, tintoreria), **atenció a la persona** (acompanyaments, fisioteràpia, infermeria, suport psicològic), **assessorament** (assegurances, gestoria, informàtica), temes d'**arquitectura i arranjament de la llar, jardineria, servei de taxi i menjar a domicili**:

> *Això no està tancat, és obert.* [Ha] *tingut una evolució. Vam començar amb* (...) *una enquesta que vam repartir,* (...) *a tots els jubilats del poble i la va repartir l'ajuntament,* (...) *també a la llar* [d'avis]*, o sigui hi havia llocs diferents per recollir l'enquesta. Amb aquesta enquesta, preteníem saber les necessitats globals de la gent, com s'ho miraven. (...)* [D]*esprés vam fer un focus grup, en vam fer dos, dues vegades. En el focus grup vam aconseguir centrar més la mirada cap a les necessitats, cap a les exigències i el preu, fins i tot, de la quota.* (Cooperativista de serveis)

> [Després vam] *fer una anàlisi d'aquestes enquestes i dels focus grup, i vam definir quatre serveis bàsics, (...). Però a mesura que la gent es feia sòcia deien: "jo necessitaria tal cosa" i (...) l'afegíem. Per exemple,* (...) *l'assessorament amb efectes econòmics o en aspectes econòmics o bancaris, perquè ho han anat demanant o ho ha anat oferint gent diferent* (...) *És una necessitat que senten i nosaltres intentem cobrir-la, encara que sigui per a una sola persona; perquè pensem que, si ho necessita una sola persona, pot ser una altra persona la que ho demani [després].* (Cooperativista de serveis)

[4] Que inclou dos grans tipus d'ajudes: l'atenció a les necessitats de la llar (neteja de la llar, fer el llit, fer el menjar i rentar la roba, entre d'altres) i cura personal (com la higiene, vestir-se i desvestir-se, etc.).

Aquesta diversitat de serveis satisfaria moltes de les **deficiències expressades per les persones usuàries i les treballadores de serveis de cura** durant el treball de camp, sobretot en relació a la necessitat d'oferir **servei d'acompanyament**, com ja s'ha esmentat en l'anterior capítol en referència a la limitació de la cartera de serveis socials de cures:

> [L]*a neteja la tenim solucionada, pràcticament, i estem contents com està, però les ajudes a moure'ns, a sortir al carrer, això ho tenim negatiu, absolutament.* (...) *Jo crec que [caldria] ampliar les hores per ajudar a sortir al carrer. (...) del domicili estem satisfetíssims, [però] no és únicament això. Jo vull anar al dentista, a l'oculista, he de fer-me ulleres noves.* (Usuari de SAD)

> *(...) [T]robem a faltar, perquè ara cada cop hi ha més Gent Gran sola, els acompanyaments, que hi hagués algun servei d'acompanyament. Perquè és clar, nosaltres tenim un horari i intentem combinar-nos, però, a vegades, tenen uns horaris de metges que no podem acompanyar-los, perquè tenim altres serveis. I, és clar, ja es busquen voluntaris, però no sempre hi són. Penso que això seria una de les coses a millorar, que poguéssim tenir algun servei que els pogués acompanyar, si no tenen família o no tenen qui els acompanyi i nosaltres no podem.* (Treballadora familiar)

> *La veritat [és] que l'extra dels acompanyaments* [el necessitaríem]*, perquè és una cosa amb la qual t'hi trobes. Hi ha (...) dies que ho pots arreglar, però dies que no i resulta un problema, perquè, moltes vegades, poden anar sols, però la informació que els hi dona el metge no els hi pot arribar i sí que és una mancança*. (Treballadora familiar)

Una **cartera de serveis** que es valora, de manera generalitzada, com a **limitada i anacrònica**, poc adaptable a les necessitats de les persones i on difícilment es poden encabir noves propostes:

> *En una cartera de serveis socials com la que tenim actualment, difícilment podrem estar creant projectes transformadors i de suport a la vida independent i autònoma de la persona, tant de Gent Gran, com de persones amb discapacitat, com amb problemàtiques de salut mental* (...) [É]*s una de les coses que s'ha de reivindicar: poder tenir una cartera de serveis més flexible, una cartera de serveis que siguin serveis realment adaptats a la persona. Perquè es van crear als anys vuitanta i, per tant, tenim uns serveis que no s'han tocat en quaranta i pico d'anys* (Coordinador tècnic entitat)

Com a exemple, amb l'objectiu d'"oferir a les persones de més de 65 anys, autònomes a nivell personal, qualsevol servei que puguin necessitar per poder continuar vivint a casa seva amb el confort habitual i sense dependre de tercers o haver d'esperar ajudes familiars"[5] va néixer, a principis de 2021, la cooperativa de serveis per a persones jubilades +65 de la comarca d'Osona i amb seu social a Taradell. Els serveis es construeixen sobre els principis bàsics de "confiança, respecte, empatia i autonomia"[6] i compagina l'oferta de serveis professionals de pagament per als i les sòcies de la cooperativa, amb serveis d'**assessorament i d'acompanyament gratuïts** realitzats per mitjà de **voluntariat**:

> *Els assessoraments d'aquí també són gratuïts. (...) Una persona potser* [ha] *de fer unes petites obres a casa seva. Doncs, hi anirà un arquitecte* [voluntari] *i li valorarà. I llavors, quan ho hagi valorat, "això hauries de fer-ho així o hauries de fer això", no vol dir que ho executi ell, sinó que llavors s'haurà de buscar qui ho executa. Només és assessorament. També en assegurances, una persona pot tenir una assegurança, pagar molta quantitat i potser hi ha el mateix servei amb una assegurança més barata. Això, tot això intentem cuidar-ho i llavors hi ha un voluntari* (...) *per l'assessorament.* (...) [A]*ixò ho trobo molt important, perquè, sovint, la Gent Gran, a mesura que ens anem fent més grans, caiem molt en la trampa de comprar coses que no necessitem o contractar serveis que no són allò que esperem.* (Cooperativista de serveis)

5 Extret del perfil públic de la cooperativa +65: https://www.facebook.com/Cooperativa-65-105876974712340/ (Darrera consulta: 13.02.2022)

6 Ibídem.

A més, la voluntat de la cooperativa és amplificar l'impacte social de +65 més enllà de les persones a qui ofereix serveis, mirant "d'**evitar l'economia submergida, fomentar un treball digne i legalitzat, evitar la precarietat laboral i la manca de drets**" de les persones que treballen de manera remunerada en el sector. (Cooperativista de serveis)

La mirada ecosistèmica en l'articulació territori-comunitat

Les entitats i projectes comunitaris que treballen en l'àmbit de la cura comparteixen la mirada de **xarxa de col·laboració amb altres agents de proximitat**, i fan una aposta per la capacitació i l'apoderament de les persones vinculades des de les seves iniciatives. Alhora, per assolir aquest objectiu, estableixen sinergies amb altres projectes, serveis, iniciatives i entitats afins. En la mateixa línia que expressava la cooperativa +65, aquests projectes busquen **harmonitzar la resolució de necessitats del seus associats, amb la millora de les condicions laborals, l'ocupabilitat i professionalitat de les treballadores** del sector, i l'enxarxament amb altres iniciatives que donin resposta als reptes socials compartits.

Algunes entitats parlen de la **necessitat d'impulsar processos de prescripció social**, dinàmiques d'articulació territorial i comunitària instigats de manera conjunta per professionals de Serveis Socials i Centres d'Atenció Primària de salut, entitats i ciutadania, en els quals s'identifiquen activitats i serveis que es duen a terme en un territori que poden contribuir a **millorar la salut, el benestar i el vincle social** de les veïnes i els diferents col·lectius socials. La prescripció social és, per tant, el **punt de trobada entre els serveis públics i els projectes comunitaris**, en què, des d'una consulta mèdica o atenció professional, es recomana, indica o deriva a un servei, perquè aquest té un impacte positiu en la salut de les usuàries i el seus entorns cuidadors, des de la dimensió humana, social i comunitària.

> *Jo tinc una doble visió: ajuntament i entitats; llavors tinc, a vegades, aquesta dicotomia. I per a nosaltres, des de l'Ajuntament, sí que fem les coses, la llei. Però, moltes vegades, la llei no és justa, és simplement la llei. I la complim, omplim l'expedient i ja està. I al final ho acaba resolent la comunitat, els problemes on no arriba l'Administració Pública [els resol la comunitat]. (...) [P]otser hem de posar més recursos a la*

comunitat i hem d'anar més a feines comunitàries, a que la comunitat també ens ajudi. [Però] no que s'encarregui només la comunitat, sinó de la mà, podem anar conjuntament. Jo em trobo moltíssimes barreres d'accessibilitat amb la Gent Gran. I ara l'administració electrònica, amb la pandèmia tot digital, ja està: "¡apaga y vámonos!" Queden aïllats, molta gent aïllada. Hem fet cosetes, però de totes maneres no arribem i qui arriba, qui està al territori, qui està al lloc és la gent, és la comunitat de veïns, és l'associació de veïns, és l'entorn més proper, són els metges i les infermeres dels CAP. Hi ha un projecte maco que estem fent: la prescripció social, per exemple. I funciona molt bé i anar sempre acompanyats també funciona bé. Però funciona perquè anem de la mà, anem tots de la mà i els recursos es posen a la comunitat, al territori i no tant a l'Administració Pública, que ens costa moltíssim gestionar també i arribar. Ens costa moltíssim ser àgils. (Treballador municipal de serveis socials i membre d'entitat vinculada a la cura)

L'**enxarxament públic-comunitari en la provisió de cures** és el resultat d'un procés de reconeixement mutu i articulació entre els recursos i serveis existents en un territori i amb la seva comunitat. Una pràctica i una dinàmica que es pot veure condicionada per diferents factors. En primer lloc, observem que **la dimensió del municipi apareix com un element ambivalent**: si bé viure en un poble de petita dimensió pot facilitar conèixer, recórrer i recolzar-se en la **xarxa de veïnatge com a font d'informació i suport mutu de proximitat**, alhora els municipis petits tenen poca capacitat de servei i presenten una cobertura i intensitat més baixa en alguns serveis com el SAD que municipis més densament poblats. Alhora, **l'oferta de serveis i recursos comunitaris té menor presència**, raó per la qual moltes usuàries de serveis han de recórrer a l'oferta privada o desplaçar-se a altres poblacions:

A l'hora de sol·licitar ajudes depèn de nosaltres, (...) *no trobem un suport que no sigui* [de pagament]. (...) [A] *més, què passa? Que si has de desviar-te cap a Manresa, a mi em costa molt haver de desviar-me a Manresa per a les cites amb el psicòleg. (...) [A] més, a la pandèmia es fa per telèfon. La nena ja no pot anar, per exemple, a habilitats socials. Estava dins d'un grup que li han ensenyat molt. Llavors, se suposa, que això es fa per privat, al final hem anat a Puigcerdà.* (Cuidadora no professional usuària de GSAM)

Aquests problemes de **distribució inequitativa de recursos no es produeixen únicament a municipis petits i mitjans**, sinó que trobem la mateixa situació, en relació a serveis de cura públics i comunitaris, també a la ciutat de Barcelona, respecte a la distribució territorial, el coneixement per part dels i les professionals, i l'articulació público-comunitària. S'identifiquen desigualtats entre els mateixos barris de la mateixa ciutat:

Ludoteques aquí al barri [de Sagrada Família] *no n'hi ha. Hi ha el Centre Cívic. Al centre cívic sí que vam anar, que és complicat d'entrar perquè hi ha molta demanda. No és un tema econòmic, sinó que hi ha molta demanda.* (...) *En altres barris sé que hi ha el servei de Camí* [escolar]*, que porten els nens a l'escola. Aquí no l'he tingut. Sé que hi ha una ludoteca privada que ho fa, però quan em vaig assabentar la nena era massa gran* (Mare de família monomarental)

De vegades, nosaltres, des de l'Atenció Primària, (...) *fem una prescripció social conjuntament amb els agents comunitaris. Però aquesta* [funciona] (...) *si són barris que realment són de molta col·lectivitat, barris que són molt col·laboratius a l'hora de treballar. Però, després, [hi ha] gent d'altres barris que no són tan comunitaris i tot això no arriba tant, però que necessiten aquest recurs* [de recomanació] *també. O sigui, no sé de quina manera, però s'hauria de potenciar el tema de la comunicació a la ciutadania, dels recursos que tenim. I també comunicació interna entre nosaltres, entre professionals de tots els àmbits, socials i sanitaris, perquè, a vegades, entre nosaltres tampoc parlem, no ens coordinem i podríem funcionar millor. Seria un avantatge per a tots que nosaltres ens coordinéssim perquè el recurs funcioni millor.* (Directora estratègica entitat)

La **falta de formació i coneixement de l'existència d'iniciatives comunitàries de l'àmbit** és un altre dels factors que limiten la derivació i recomanació. Un dèficit que afecta no només a les professionals de serveis públics, sinó que pot afectar al gruix de la comunitat vinculada en les relacions quotidianes i de proximitat:

Moltes famílies no tenen contactes amb les entitats que donen suport a persones amb discapacitat intel·lectual, i aquí sí que són famílies que no reben els suports per desconeixement, moltes vegades; i perquè des de les AMPA tampoc s'està treballant per visibilitzar aquestes persones i, per tant, també és un problema el tema de l'escola inclusiva, que està en tot aquest procés. (Coordinador tècnic d'entitat)

Per últim, identifiquem la **manca d'un servei adreçat a les famílies amb necessitats específiques**, com el darrer factor limitant. Els recursos d'informació i orientació adreçats a millorar les capacitats i apoderar les famílies en la seva tasca cuidadora, no sempre s'ajusten a la diversitat de perfils de persona cuidadora:

Amb persones amb discapacitat intel·lectual i les seves famílies que estan ja lligades a serveis, aquí és la mateixa entitat que està posant recursos per donar aquest suport. Sí que en l'àmbit de la discapacitat no existeix un servei propi d'atenció a les famílies de les persones amb discapacitat intel·lectual. (...) [É]*s una de les coses que estem treballant: crear un SAFE, un Servei d'Atenció Familiar Especialitzat, que cada entitat tingui el seu, és a dir, tenir uns treballadors, treballadors socials, psicòlegs, allò que sigui necessari per donar suport en l'entorn familiar, que és on realment hi ha la dificultat.* (...) [E]*ns podem trobar que això ens passa a nosaltres mateixos, que a la feina haig de complir unes normes i les compleixo, però a casa, com que tinc la meva llibertat, puc actuar de la manera que jo vulgui* (...) [Q]*uan arriba l'entorn familiar, tenim la dificultat d'un servei que faci suport in situ, en l'entorn familiar sempre atraurà més resultats de suport en qualitat de vida familiar.* (Coordinador tècnic d'entitat)

Per contra, existeixen una sèrie de pràctiques que tenen un impacte positiu que nodreix la dinàmica de la prescripció social i enforteix els circuïts de proximitat. En primer lloc, la convocatòria de **concursos públics de gestió de serveis mitjançant lots de menor volum**, orientats a «que hi hagi diferents proveïdors a l'hora de prestar servei» (Responsable de SAD d'ens local) o els models de SAD de proximitat, a través d'equips reduïts que faciliten la connexió amb els recursos comunitaris (com veurem a l'apartat 5.6), treballant des de la proximitat i millorant la coordinació entre les treballadores del servei i l'àmbit sociosanitari. Amb aquesta voluntat, s'ubiquen els processos per desplegar el **model superilles socials** a altres municipis de la demarcació de Barcelona, més enllà de la capital, en tant que representen un **model de proximitat, liderat per equips estables i interdisciplinaris** que poden efectuar un major i millor seguiment de casos en la línia de l'Atenció Centrada en la Persona:

Són equips d'entre 8 persones, el més petit, i 16 persones, el més gran. I cada un d'aquests equips, a més, té la coordinadora. Això ens ha facilitat un major coneixement dels usuaris, una major proximitat i molta rapidesa i molta agilitat a l'hora de fer els canvis que siguin necessaris. Fins i tot, us poso un exemple concret. Abans, si una treballadora agafava una baixa mèdica d'un dia per l'altre, (...) *la companya que hi anava* [en substitució] *no tenia ni idea, i així, tal qual,*

ningú li podia dir què és el que anava a fer a aquell domicili. I això era una generació de queixa constant per part de la família de dir "me habéis mandado una chica que yo le tengo que explicar todo, y a lo mejor no puedo". (...) [I] això ara no ens passa: (...) [p]*erquè les companyes de l'equip, totes, coneixen el cas i, a més a més, hi ha aquesta coordinadora que té la disponibilitat d'acompanyar a la companya nova que va al domicili, on ja coneixen a la Coordinadora i on aquesta sap perfectament quines tasques s'estan fent, etcètera. Llavors jo penso que, per primera vegada, des de fa 20 anys, que tenim les xifres pròpies, que sí que podem dir que ens podem adaptar, ens podem adaptar al que està necessitant l'usuari i als canvis que va tenint. (Responsable de SAD d'ens local)*

Malgrat que la implementació del model de superilles socials és encara molt recent en els municipis de la província de Barcelona on s'està implementant, la valoració que en fan tant treballadores com gestores de serveis és molt positiva i il·lusionant a nivell de **coordinació i comunicació d'equips, i seguiment de casos**.

Un altre element valorat molt positivament, tant per les treballadores familiars, com per les gestores de serveis d'ajuda domiciliària, és que aquesta millora en la coordinació dels equips i la comunicació amb les famílies, implica la generació d'**espais d'intercanvi i apoderament** de totes les cuidadores -professionals i no professionals- en la seva tasca:

Amb les cuidadores no professionals també hi parlo, perquè em trobo en domicilis i entre totes ho anem coordinant. Fins i tot, bé amb les professionals, a nivell de l'ambulatori, del CAP. Si hi ha algun problema, jo tinc el WhatsApp de més d'una infermera i em comunico amb ella si he vist, jo que sé, una persona que li ha sortit una llaga nova (...) [E]*n parlar cada divendres* [a les reunions de coordinació d'equip]*, quan ens veiem, ja parlem de tot, potser és la nostra manera també de desfogar-nos una mica de tot. Perquè la nostra cap, pobra, la tenim fusionada. Però molt bé. Ens sentim, almenys jo, i crec que les altres també, recolzades en aquest sentit. És molt important saber on anar a picar a la porta quan et trobes una mica desesperat.* (Treballadora familiar)

Aquests espais d'intercanvi entre professionals del SAD i també amb cuidadores no professionals i privades, ajuden a identificar, fins i tot, noves problemàtiques sobre les quals caldria intervenir mitjançant accions formatives i capacitadores, a nivell professional i de drets:

Perquè moltes [cuidadores privades] *es troben, a vegades, que acaben d'arribar al país, desconeixen a quina porta picar per a qualsevol cosa. Llavors, moltes vegades, la treballadora familiar que va al servei és l'únic nexe d'unió que té amb el món exterior, que no sigui la botiguera, per dir-ho d'alguna manera, i poca cosa més. Perquè si nosaltres* (...) [som] *l'últim esglaó de la cadena de cures, les cuidadores privades ja, pobres... Llavors, sí que convindria amb elles, d'alguna manera, [oferir-los-hi algun] recolzament, que nosaltres ja procurem donar-los-hi, però és clar, en el moment que vas a fer el servei. Però sí que aquí hi ha mancances, perquè les seves condicions ja són d'una altra època!* (Treballadora familiar)

Els espais d'intercanvi són percebuts i viscuts, per tant, com **entorns relacionals d'alliberament d'estrès psicològic i emocional** per a les treballadores, i **canals d'identificació de necessitats** de les usuàries de serveis i dels entorns proveïdors de cura als domicilis. En el propi procés de realització d'aquest informe, hem generat espais de trobada entre professionals i entitats que subratllen la necessitat d'incorporar no només a les treballadores, cuidadores no-professionals i persones usuàries de serveis, sinó, fins i tot, a les entitats de l'àmbit, en el disseny, el seguiment i l'avaluació de serveis, ja que són les figures que estan a primera línia i tenen un coneixement més situat del funcionament i les

limitacions dels recursos. Algunes entitats, de fet, disposen d'**espais formals de participació** en els quals prenent part diferents perfils de cuidadores:

> *Des que van començar aquest programa "Pacient expert"* (...) *hem tingut molt en compte, perquè treballen amb pacients o amb cuidadors, l'opinió de les persones. I tots els documents que hem treballat des de llavors, tots els documents que utilitzem són tota la participació d'ells, des del disseny.* (...) [E]*l que hem fet és potenciar aquestes persones perquè entrin al departament, realment fer política estratègica, que estiguin en les línies estratègiques del departament treballant amb nosaltres colze a colze, pel tema de la planificació d'estratègies.* (...) [E]*s va obrir una via, que és la via de la Vocalia de Ciutadania, perquè, realment, en tot el que estem fent hi ha una persona (sigui un pacient, cuidador, una persona sense malaltia) amb nosaltres, treballant també. O sigui, hem d'escoltar quines són les necessitats de tota la població.* (Directora estratègica d'entitat)

La participació efectiva en aquests espais és, tanmateix, percebuda i valorada de manera ambivalent, ja que, si bé **es valora positivament l'obertura** d'aquests espais, es considera fonamental **no generar situacions de sobrecàrrega** a les treballadores, ni que aquesta generi situacions de desatenció en la prestació o en la supervisió del servei. Tal com abordem en el capítol de '*Potències i reptes en la cura segons el model de gestió*', és necessari el creixement dels equips i l'aparició de noves figures de suport, amb la conseqüent reducció de les ràtios. En definitiva, una distribució més sostenible de les càrregues de treball és una estratègia a mig-llarg termini necessària per poder tenir espais per recollir les aportacions de les diferents veus:

> [P]*oses una ràtio i la mantens, si va bé; i, si veus que no va bé, doncs augmentes. Però això tampoc no està ni estudiat ni calculat ni res de res. I, després, la millora passa per l'estudi, pel coneixement, pel seguiment, l'avaluació. I això requereix de personal que es dediqui a fer aquesta feina. I aquí és impossible tenir temps a la setmana per poder avaluar, fer propostes d'innovació i millores de servei.* (...) *Per exemple, vam incorporar en el projecte, en la licitació, una proposta innovadora metodològica.* (...) *Els hem de dir* [a l'empresa licitadora] *que no tenim temps ni de fer ni d'implementar per part nostra aquesta part del projecte.* (Responsable de SAD d'ens local)

> *En municipis petits* (...) *si coordino el SAD, el treball social, els desnonaments, llavors és una bogeria contínua. A més a més, és molt complicat parar-se a avaluar. I sort de les treballadores familiars que tenim, perquè són elles les que tiren del carro, perquè són persones que no hi ha absentisme laboral, que no agafen baixes. Toquem fusta! Vull dir que, fins a dia d'avui, la cosa ha anat molt bé amb personal propi. I jo penso que, durant la pandèmia, això ens ha permès poder arribar a molta gent que no sé, d'una altra forma, com ho haguéssim pogut fer. Però és això, vull dir que és molt complicat el dia a dia. A més, en municipis petits, quan no hi ha l'especialització, quan no hi ha una persona que s'encarrega d'allò, sinó que la mateixa treballadora social fa una mica de tot...* (Responsable de SAD d'ens local)

Apreciar i reforçar el protagonisme social i comunitari

Si bé, en l'apartat anterior, ja apuntàvem que la prescripció social pot ser una pràctica que contribueixi a nodrir i enfortir l'enxarxament entre serveis públics, entitats de l'àmbit de la cura i ciutadania, és a dir, professionals, voluntàries i veïnes d'un mateix territori, les demandes recollides durant el procés de recerca van orientades a reconèixer el protagonisme social en el sector per a la coproducció de polítiques públiques en l'àmbit de la cura. Per part de les entitats es defensa un nou **model de gestió** en el qual **l'Administració Pública esdevingui garant de drets i cobertura**, mentre **la comunitat participi del disseny, la gestió i l'avaluació de serveis -**per exemple, dels horaris, la freqüència, els continguts, l'enfocament, la metodologia o els indicadors d'impacte-, aprofitant la relació més directa amb les usuàries i una **major sensibilitat i atenció a la diversitat de perfils i a la singularitat de necessitats**:

> *Hi ha, per exemple, malalties minoritàries a les quals, realment, des del departament, des de la part sanitària, se'ls hi dona poca atenció i, llavors, té un pes molt important la feina que fan les entitats (...). [Em refereixo] al TEA, trastorns, autisme, trastorns de conducta o persones amb esclerosi múltiple... Jo penso que la banda que més treballen les entitats és la banda més emocional. La part sanitària, la de l'oferta pública és més una oferta clínica.* (Directora estratègica d'entitat)

> *Lo que nosotros ofrecemos como asociación, en nuestro colectivo de mujeres migradas, es información real en cuanto a las normativas, a cotizaciones y costos, a horario y regímenes laborales. ¿Qué se está ofreciendo desde los ámbitos públicos? Muy poco de esto. (...) Nos están invitando* [a diferentes actividades]*, ya tenemos como diez invitaciones. Acabamos de hacer un taller y nos está comenzando otro, motivados por la Diputación, justamente. Pero la asociación que los está coordinando nos impone horarios, nos impone participación mínima, nos impone formas de participación que no se adaptan a las realidades de las mujeres en situación precaria.* (Treballadora de la llar i les cures)

Com a bona pràctica identificada en matèria d'**innovació i coproducció de polítiques públiques-comunitàries en la cura,** en el treball de camp d'aquesta diagnosi, identifiquem el procés de creació, acompanyament, consolidació i difusió de projecte de **cooperativa de serveis +65**. Aquesta entitat ha rebut el suport de diferents ens públics d'àmbit local, comarcal i supramunicipals, ja sigui donant **suport tècnic** en el procés participatiu de disseny del servei; ja sigui mitjançant la **cessió d'espais físics** per a l'atenció directa, la realització de les reunions de les sòcies de la cooperativa o l'emmagatzematge del banc de recursos mèdics i ortopèdics; ja sigui per a l'**acompanyament en la posada en marxa** de la cooperativa amb el suport de l'Ateneu Cooperatiu de la Catalunya Central. Es tracta d'un projecte molt jove, que es troba encara en fase exploratòria de fórmules de conveni o concertació públiques-comunitàries. Tot i que s'observen dinàmiques de col·laboració positives, la coordinació i comunicació administració-entitat és un dels àmbits amb més marge de millora:

- *Esteu treballant en un possible conveni?*

> *No és un conveni. Jo els hi vaig dir que a l'Ajuntament no els hi demanarem diners, però sí que els hi demanarem que ens afavoreixin la igualtat d'accés a la cooperativa per a tothom. Llavors, si una persona ens demana un servei i no és sòcia, però necessita el servei, el farem a través de Serveis Socials. Encara no n'hem fet cap. Però sí que vaig tenir una reunió, on hi havia un representant de Serveis Socials de cada poble, i els hi vaig exposar i van trobar que era una cosa factible. Després, vaig parlar amb l'ajuntament de cada poble.* (...) *Perquè és clar, si són mancomunats vol dir que qui coordina, gestiona, és la Manco, però als pobles hi ha d'haver aquesta comunicació.* (Cooperativista de serveis)

A la província de Barcelona existeixen altres iniciatives com la cooperativa mixta de treball i consum 'Cuidem Lluçanés' a la comarca del Lluçanés, o el grup d'entitats associatives, cooperatives i comunitàries que formen part de la xarxa de treballadores de la salut i la Cura Digna de Barcelona, impulsores de la campanya 'Prescrivim Cura Digna'; o els processos en fase molt inicial de creació de cooperatives de treball i consum de cures a Mediona (Anoia) i, fora de la província de Barcelona, 'Les abelles' de Reus, que s'emmarquen en aquesta mateixa voluntat d'impulsar la **creació de projectes innovadors en la cura, que harmonitzin la resolució de necessitats amb la creació d'ocupació de qualitat i proximitat**, que compten amb el suport de diferents administracions públiques locals i supramunicipals, i amb l'acompanyament tècnic de la Xarxa d'Ateneus Cooperatius de Catalunya.

A banda del suport a projectes cooperatius, des de les entitats, es defensa la necessitat de reconèixer i valorar, també econòmicament, el treball que es realitza des del teixit associatiu comunitari, per aprofitar la proximitat i aprofundir en l'articulació amb l'àmbit públic:

> *Al final és una manca de recursos cap a les entitats, que acaben assumint moltes de les coses que no arribem a assumir com a Administració Pública.* (...) [J] *o crec que el mecanisme comunitari és súper bo, és a dir, és més ràpid, es detecta més fàcil des del CAP mateix, l'escola, des de tots els serveis i els recursos que tenim al barri, també vehiculat amb veïns i veïnes, entitats de tot tipus que tenen també els seus recursos i els agrupen.* (...) *Les entitats, moltes vegades, no volem entrar amb l'Ajuntament, que no ens vinculin a cap institució pública; a vegades, les entitats diuen: "jo no soc ajuntament!". [Però] hauríem d'anar de la mà de l'Ajuntament perquè, al cap i a la fi, ells tenen recursos públics que són pagats pels ciutadans que som nosaltres també. És a dir, s'hauria de buscar l'equilibri, el tàndem, la coordinació perfecta perquè la comunitat i els serveis públics poguessin avançar molt més ràpidament i arribar a tots els recursos més àgilment.* (Treballador municipal de serveis socials i membre d'entitat vinculada a la cura)

En un altre sentit, entitats i cuidadores no-professionals assenyalen la importància de **promoure la creació d'associacions de famílies i xarxes de suport mutu** en entorns de proximitat on encara no existeixen, com per exemple en els Centres de Dia o Centres Ocupacionals,

on la creació d'associacions de famílies és inexistent, o en nuclis poblacionals molt mancats de recursos tan públics com comunitaris. Aquestes entitats estarien orientades, a més de cap al suport mutu, a fer pressió per aconseguir nous equipaments o fer incidència política cap a l'àmbit local en matèria de cura:

> *Hi ha noves necessitats a les quals no s'està donant resposta i les entitats sí que podem manifestar la situació; però l'administració, tal com està concertada, és molt difícil crear aquests espais on pots crear nous projectes perquè no es contemplen* (Treballadora social d'entitat)

Un altra forma de reconeixement de la tasca realitzada des de les entitats, àmpliament demandada per part de les pròpies entitats, són les propostes de millora de les bases reguladores de les ajudes i subvencions. Una de les principals crítiques, que a més s'ha vist intensificada per l'acceleració dels processos de digitalització de l'Administració Pública, però també de la relació de les entitats amb la seva base social en context pandèmic, és la necessitat que **es pugui sufragar material inventariable subjecte a programes específics** des de les diferents **línies de finançament públic,** i no únicament accions i projectes finalistes:

> *A part de fer tot un esforç en formació, també hem de dotar les entitats de recursos. Les entitats ens acompanyen a fer tot això* [vinculat amb la formació tecnològica] *amb la Gent Gran. Acompanyen des de les entitats veïnals al territori, al seu barri. Però ens trobem que la Llei de subvencions i les subvencions no permeten que les entitats puguin comprar ordinadors, PC, tauletes, perquè és incompatible. Hem de canviar això, ho hem de poder canviar.* (Treballador municipal de serveis socials i membre d'entitat vinculada a la cura)

A banda de la **modificació d'aquestes bases**, des de les entitats es reclama una major voluntat d'**innovació en matèria de línies i programes subvencionables, i plecs de licitacions** per adaptar-los a noves propostes i fer-los accessibles a entitats de menor dimensió, tot reconeixent aquest protagonisme i el valor social de la proximitat. L'estretor de conceptes i línies de les subvencions és percebuda per les entitats com un dels factors més limitadors:

> *Estem intentant convèncer* [de les potencialitats d] *el model a qui pensi que ja està de cara, però la primera resposta diu que la cartera de serveis és la que hi ha, i que poden colar* [alguna iniciativa nova] *com a projecte pilot. Però han de parlar amb el departament que porta l'àmbit jurídic si es pot,* [o] *no es pot. (...) Una de les reivindicacions potents en aquest tema de l'adaptació de serveis és modificar la cartera i que, sobretot, sigui flexible per incorporar tots aquests projectes pilots que l'entorn comunitari està fent amb subvencions competitives, de concurrència competitiva, com pot ser l'IRPF. Que són serveis que podrien ser dins la cartera de Serveis Socials, pagats tal com toca i no amb recursos que un any els tens i l'any següent no* (...) [L]*a normativa interna fa que sigui molt difícil i molt poc àgil poder fer tot aquest procés. Però sí que, quan parles amb professionals de l'Administració Pública (...), et compren el discurs i volem tirar-ho endavant. Però, quan ho presenten, no és que ningú més vulgui fer-ho, és que la normativa interna de funcionament dels departaments provoca que no es pugui tirar endavant o ho impedeix la normativa de la mateixa cartera de serveis socials.* (Coordinador tècnic d'entitat)

Incorporar entitats al procés

Per acabar amb aquest apartat, ens agradaria reiterar la voluntat, tant d'entitats, com de cuidadores professionals i no-professionals, com d'usuàries de serveis, de **participar activament en les diferents fases d'implementació de les polítiques i serveis de cures**, des del disseny a la implementació o avaluació de les mateixes. Diverses veus expressen que **els canals existents no només són insuficients** i no s'ajusten al perfil de les usuàries, sinó que a més observen que **caldria una feina prèvia d'apoderament en matèria de drets en la cura**:

> *Jo crec que, des del primer moment, la gent ha de poder participar i ha de tenir les eines per saber participar i poder dir la seva. Perquè, al cap i a la fi, són recursos que seran per a ells i per a elles* (...) *Jo crec que la pública ha d'oferir aquests canals, ha d'obrir-se molt més i hem d'apostar per això: per innovar, per escoltar molt a la gent i que s'adaptin tots els serveis* (Treballador municipal de serveis socials i membre d'entitat vinculada a la cura)

> *A mi, les enquestes de satisfacció mai m'han agradat, perquè penso que no són veritat. Els hi pregunten, pobrets, i tots diuen que tot "estupendo" i tot genial, per aquestes pors que tenen. I tu saps que no és així, saps que no ho és. Llavors, penso que cal fer una feina prèvia d'apoderament d'aquests usuaris-usuàries de casa, que sentin que això és un dret que tenen. Potser els de dependència ho tenen una mica més incorporat; si no el mateix usuari, la família, que això és un dret que ells tenen i, per tant, han de poder exercir aquest dret amb plena llibertat.* (Responsable de SAD d'ens local)

En aquest sentit, precisament, de reconeixement, reivindicació i exercici de drets és on les entitats fan una tasca no només de pedagogia, divulgació i mobilització, sinó també de promoció de la participació en matèria de detecció i resolució de necessitats, de manera més dinàmica i directa.

Taula d'elements detectats i actuacions derivades
"El binomi territori-comunitat amb relació a la cura"

Elements detectats	Actuacions derivades
Limitació de la cartera de serveis que ofereixen els serveis d'ajuda domiciliària i la teleassistència.	**Impulsar processos participatius d'identificació de necessitats**, amb el doble objectiu: **actualitzar i ampliar l'oferta pública**, amb especial atenció a la cobertura de necessitats de suport psicològic i emocional de persones usuàries, famílies i treballadores; **i practicar la prescripció social**, reconeixent, derivant i incorporant l'oferta de serveis comunitaris des dels recursos públics.
	Donar suport als projectes de cures basats en l'autogestió, l'apoderament i la proximitat, que ofereixen serveis complementaris al SAD i promouen l'agenciament[7] de les usuàries de serveis.
	Impulsar **serveis d'acompanyament davant situacions de soledat no desitjada i altres serveis puntuals** a persones grans per a gestions o visites mèdiques, i aprofitar les tecnologies de suport a les cures, com la teleassistència, en la detecció de necessitats d'acompanyament.
Falta de formació i coneixement per part de professionals dels ens locals de l'existència d'iniciatives comunitàries en l'àmbit de la cura	**Facilitar l'accés a informació veraç i actualitzada, i capacitar un major nombre de professionals i equips,** en els diferents àmbits, sobre les iniciatives comunitàries vinculades a la cura, existents a nivell local, comarcal, provincial i català.
Manca de serveis de suport a les famílies d'infants amb Necessitats Educatives Especials.	**Crear un Servei d'Atenció Familiar Especialitzat** multidisciplinari de suport psicològic, emocional i lectiu a l'entorn familiar d'infants amb necessitats educatives especials.-
	De manera específica, formar, regularment i periòdicament, a equips docents i al conjunt de la comunitat educativa en matèria de Necessitats Educatives Especials.
Sobrecàrrega i estrès emocional de les persones cuidadores	**Generar espais d'intercanvi, apoderament i identificació de problemàtiques,** en els quals participin cuidadores professionals i no professionals.
	Oferir recursos de suport a persones cuidadores no professionals que conformen la xarxa cuidadora més enllà de la persona cuidadora principal.
	Ampliar els **serveis de Respir** per a persones cuidadores no professionals, amb diferents modalitats per tal de donar resposta a diferents necessitats en tot el territori de la província de Barcelona.
Falta de reconeixement del protagonisme social i comunitari en la cura	**Incorporar les entitats** de l'àmbit de la cura a participar **en el disseny, implementació i avaluació de les polítiques i serveis de cures.**
	Innovar en matèria de línies i programes subvencionables, convenis i plecs de licitacions, obrint la possibilitat a la **coproducció pública-comunitària de projectes** que harmonitzin la resolució de necessitats, amb la creació de serveis i ocupació de qualitat i proximitat.
	En **context de digitalització**, que es pugui **finançar en convocatòries de subvencions material inventariable** subjecte a programes específics d'intervenció.
Distribució desigual de projectes comunitaris de cura en el territori	**Promoure la creació d'associacions de famílies i xarxes de suport mutu en entorns de proximitat.**

[7] Agenciament és un concepte filosòfic adoptat a les ciències socials. El terme prové del verb llatí *agere* (actuar) i fa referència al procés d'adquisició de la capacitat d'actuar des d'una enunciació crítica del jo, a través i des del fet col·lectiu, contrarestant les lògiques que li són imposades. En aquest cas, faria referència a la mobilització de la capacitat crítica i d'apoderament de les usuàries.

5.3 IGUALTAT I DIVERSITAT: PRINCIPIS INDESTRIABLES I COMPLEMENTARIS

En parlar d'igualtat i diversitat, fem referència a dos principis indestriables i complementaris entre si. D'una banda, la igualtat d'oportunitats en l'accés als béns i recursos que genera una societat, tot entenent la cura, a més de com un dret –a rebre cura i a proveir-la de forma digna–, o com una acció o conjunt d'accions concretes, com un bé col·lectiu que es materialitza en prestacions, programes i serveis als quals cal garantir-ne l'accés del conjunt de la població. D'altra banda, la diversitat com a requisit indispensable per tal de poder fer efectiu aquest dret, atès que l'homogeneïtzació de les persones i de les seves necessitats, és a dir, la no atenció a les seves situacions específiques, als contextos i condicions diferencials implica, *de facto*, una barrera per a l'assoliment de la igualtat d'oportunitats.

Tot i això, tenint en compte l'abast del concepte d'igualtat d'oportunitats i la seva importància com a element vertebrador de la present diagnosi, aquesta qüestió s'aborda de forma més àmplia en altres eixos, com ara l'eix relatiu a accessibilitat, capacitat d'adaptació i flexibilitat dels serveis, o l'eix que fa referència a la cobertura de necessitats i a la qualitat de l'atenció.

Així, en aquest eix, en un primer subapartat, ens centrem a analitzar si, en l'àmbit de les cures, es treballa pel compliment de la normativa vigent en matèria d'igualtat, sobretot pel que fa al treball remunerat vinculat a la provisió de cures. Mentre que, en un segon subapartat, ens centrarem en l'atenció a la diversitat.

Igualtat i treball

És convenient recordar que hi ha diverses lleis i reglaments que estableixen instruments i obligacions relatives a la igualtat d'oportunitats en el treball. Entre aquests, destaquen la Llei orgànica 3/2007, per a la igualtat efectiva de dones i homes, posteriorment desenvolupada pel Reial decret llei 6/2019, de mesures urgents per a la igualtat, el Reial decret 901/2020, pel qual es regulen els plans d'igualtat d'oportunitats i el seu registre, i el Reial decret 902/2020, d'igualtat retributiva entre dones i homes. En l'àmbit català, la norma que desplega el principi d'igualtat efectiva entre dones i homes és la Llei 17/2015, que s'emmarca en la categoria de norma específica complementària de la Llei orgànica 3/2007.

D'aquesta manera, cal assenyalar l'obligatorietat, establerta en el marc normatiu citat, que totes les empreses amb més de 50 persones treballadores[8] comptin amb plans d'igualtat d'oportunitats entre dones i homes. Alhora, la Llei catalana 17/2015, insta les entitats, públiques i privades, que gestionen serveis públics, a aprovar un Pla d'igualtat de dones i homes destinat al personal que hi presta serveis, amb l'objectiu de garantir l'aplicació efectiva del principi d'igualtat de tracte i d'oportunitats de dones i homes, i d'eliminar la discriminació per raó de sexe amb relació a l'accés al treball remunerat, al salari, a la formació, a la promoció professional i a la resta de les condicions de treball.

S'entén per un pla d'igualtat d'oportunitats "un conjunt ordenat de mesures, adoptades després de realitzar una diagnosi de situació, tendents a aconseguir en l'organització la igualtat de tracte i d'oportunitats entre dones i homes, i a eliminar la discriminació per raó de sexe" (Art. 46 Llei Orgànica 3/2007).

Així mateix, La Llei catalana 17/2015, estableix, en el seu article 15, que els plans d'igualtat del sector públic han de definir estratègies i pràctiques per assolir la igualtat efectiva, actuacions relatives a diversos aspectes del treball, com ara les condicions laborals, la prevenció de riscos amb perspectiva de gènere i l'abordatge de les violències masclistes i un sistema propi de seguiment i avaluació. Aquests plans, a més, han d'incorporar-se com annex del conveni col·lectiu o pacte de condicions de l'Administració pública corresponent.

[8] Implementació progressiva d'aquesta obligació que, des del 7 de març de 2021, s'aplica a totes les empreses de més de 100 persones treballadores i, a partir del 7 de març de 2022, a totes les de més de 50 persones treballadores.

D'aquesta manera, **les diferents entitats i administracions proveïdores de serveis de cures compten amb un instrument específic, clarament definit i regulat, per tal de garantir unes condicions de treball dignes** en l'àmbit de cures, altament feminitzat.

D'altra banda, el Reial decret 902/2020, d'igualtat retributiva, fa referència explícita a la necessitat d'**incorporar la perspectiva de gènere en la valoració de llocs de treball als convenis col·lectius**, fet que s'ha de traduir en unes retribucions coherents amb el resultat obtingut de l'avaluació realitzada: "amb l'objectiu de comprovar que la definició dels grups professionals s'ajusta a criteris i sistemes que garanteixen l'absència de discriminació directa i indirecta entre dones i homes, i la correcta aplicació del principi d'igualtat de retribució per treballs d'igual valor, les taules negociadores dels convenis col·lectius hauran d'assegurar-se que els factors i condicions concurrents en cadascun dels grups i nivells professionals respecten els criteris d'adequació, totalitat i objectivitat, i el principi d'igual retribució per a llocs d'igual valor en els termes establerts en l'article 4" (Article 9).

El mencionat article 4, en el seu punt 3, especifica que, entre altres factors i condicions, poden ser rellevants, a l'hora de valorar un lloc de treball, aspectes com la responsabilitat relacionada amb el benestar de les persones, les habilitats socials, així com les habilitats de cura i atenció a les persones. Aspectes que, d'altra banda, des d'una comprensió androcèntrica del treball han estat invisibilitzats i, sovint, no contemplats a l'hora d'establir els sistemes de classificació professional.

D'altra banda, segons s'estableix en aquest mateix Reial decret, totes les empreses que comptin amb un Pla d'igualtat han de disposar d'una auditoria retributiva, que ha de basar-se en l'anàlisi del registre retributiu del darrer any i la valoració de llocs de treball.

Tot i això, malgrat l'obligatorietat de comptar amb aquests instruments i la capacitat d'incidir sobre les condicions laborals de les treballadores, **el pla d'igualtat d'oportunitats, l'auditoria retributiva o la valoració de llocs de treball, no han estat anomenats en els grups de discussió**, i únicament se n'ha fet referència en una de les entrevistes realitzades en la fase de treball de camp, de forma tangencial i des del desconeixement:

> *Suposo que sí que estarà [el pla d'igualtat], evidentment (...).*
>
> Del pla d'igualtat aquest, heu fet alguna formació interna per conèixer-lo al detall?
>
> *No me'n recordo. Crec que no. No t'ho sabria dir.*
> (Treballadora del Servei Local de Teleassistència)

Així, si bé en diverses ocasions es fa referència a la necessitat de revisar el contingut dels convenis col·lectius que regulen el sector, no es contempla que una valoració de llocs de treball exhaustiva, que incorpori la perspectiva de gènere, pugui implicar modificacions substancials d'alguns complements salarials i que aquesta tasca de valoració també ha de ser incorporada en la negociació i la redacció de nous convenis. D'altra banda, els plans d'igualtat incorporen mesures vinculades a l'organització horària, a la conciliació, a la prevenció de riscos laborals o a l'abordatge de l'assetjament, entre d'altres, que esdevenen prescriptives en ser integrades com annex als acords de condicions o convenis col·lectius.

> *En quant a les condicions laborals sí que el nostre conveni seria més que revisable perquè és de traca* (Treballadora familiar)

> *Les condicions laborals i el conveni sí que [s'hauri-en de revisar]..., perquè no és una feina ben pagada. Però també és cert que és una feina poc qualificada. Fins que no li donem una qualificació com cal...* (Treballadora familiar)

Pel que fa als convenis d'aplicació en l'àmbit de les cures, alguns dels més habituals són el *Conveni col·lectiu d'empreses d'atenció domiciliària de Catalunya (2019–2022)*, el *Conveni col·lectiu autonòmic de Catalunya del sector de l'atenció a la gent gran (2021–2023)*, el *Conveni col·lectiu autonòmic de Catalunya de treball de residències, centres de dia i llars residències per a l'atenció de persones amb discapacitat intel·lectual* (2018–2020) i el *Conveni col·lectiu d'àmbit estatal de centres d'assistència i educació infantil* (2019–2021). D'aquests, els tres darrers fan referència explícita als plans d'igualtat d'oportunitats. A banda dels convenis col·lectius, les condicions laborals de les treballadores del sector públic es regulen a través dels acords o pactes de condicions de treball de cada Administració concreta.

En aquest sentit, **una de les eines amb què compten els ajuntaments a l'hora de garantir la qualitat de serveis de cura** és l'**exigència**, adreçada a les empreses licitadores, de comptar amb **plans d'igualtat d'oportunitats vigents i negociats**, incloent-hi aquest requisit **en els plecs de clàusules i condicions** per a contractacions.

Una de les qüestions a les quals fan referència els plans d'igualtat d'oportunitats en l'àmbit laboral és la **prevenció i abordatge de l'assetjament sexual** per raó de sexe i, en els darrers anys, també de l'assetjament LGTBIfòbic. D'altra banda, les ja citades Llei orgànica 3/2007 i Llei catalana 17/2015, així com la Llei catalana 17/2020, de modificació de la Llei catalana 5/2008 del dret de les dones a erradicar la violència masclista, obliguen a totes les organitzacions a comptar amb protocols de protecció, denúncia i actuació davant l'assetjament sexual i per raó de sexe en el treball.

En aquest sentit, és important assenyalar que l'assetjament i, específicament, l'assetjament sexual és una realitat viscuda per un nombre significatiu de les treballadores de l'àmbit de l'atenció a domicili i de les cures. Així, per exemple, segons l'informe "Violencia sexual a mujeres immigrantes en el ámbito de los cuidados*",* elaborat l'any 2020 pel fons de dones *Calala* i l'associació *Por Ti Mujer*, 1 de cada 10 dones que treballa en l'àmbit domèstic manifesta haver viscut una situació d'assetjament sexual. Val a dir, que diversos estudis duts a terme en diferents territoris de l'Estat espanyol, assenyalen una prevalença encara més elevada d'aquest tipus de violència. Així, el sindicat Comissions Obreres estima que la meitat de les auxiliars del servei d'ajuda a la llar de Galícia (equivalent al SAD) ha sofert alguna situació d'assetjament, i un informe publicat per *Medicus Mundi* l'any 2019, exposa que el 22% de les dones que cuiden a persones majors o dependents en domicilis de Vitòria assegura haver estat víctima d'assetjament sexual per part dels seus ocupadors, i el 45% haver rebut trucades de caràcter sexual quan buscava feina a través d'internet.

> *Pel que fa a l'assetjament, jo, per exemple, sí que m'hi he trobat d'una manera bastant forta. I no he tingut cap problema perquè, en el moment que ho he dit, les coordinadores han posat remei* (Treballadora familiar)

És important recordar que **en l'àmbit de les cures es donen diferents factors que contribueixen a una major vulnerabilització de les treballadores**, com ara la generització de les feines d'atenció a les persones, majoritàriament **feminitzades**; la **situació migratòria i d'irregularitat administrativa** de moltes de les cuidadores; la **precarització del sector**, amb baixos salaris i important inestabilitat laboral, vinculada a la baixa valoració que tradicionalment han rebut les feines de cures; o l'**aïllament** i escàs contacte entre treballadores, que dificulta l'establiment de xarxes de suport que permetin compartir experiències i generar espais de denúncia i apoderament.

És per aquest motiu que tant les entitats, com empreses i administracions han de fer un esforç rellevant per **oferir a les seves treballadores formacions relacionades amb la prevenció de l'assetjament, així com per desenvolupar eines de detecció i comptar amb protocols específics** que tinguin en compte la situació particular de les treballadores a domicili i que no se centrin, únicament, en l'assetjament entre dues persones treballadores, sinó que contemplin situacions en què la persona que exerceix violència pot ser la usuària del servei ofert o un familiar d'aquesta.

Atenció a la diversitat

Un factor clau a l'hora de garantir la igualtat d'oportunitats en l'accés a la cura és el fet de **contemplar la diversitat de situacions, contextos i necessitats de les persones i famílies que requereixen serveis i recursos d'atenció i suport**; alhora, que també es tingui en compte la diversitat de situacions i condicions laborals amb què es troben les persones que proveeixen cures (aquesta segona qüestió s'abordarà, específicament, en l'apartat relatiu a la qualitat de l'ocupació).

En aquest sentit, tal com s'ha exposat a l'apartat "La cura: un dret de ciutadania sostingut sobre la vulnerabilitat i la interdependència", **cal ampliar la mirada en relació amb la noció mateixa de cura**, anant més enllà de l'atenció a situacions de dependència, **partint de la realitat d'interdependència humana** i de la necessitat de cures al llarg de **tot el cicle vital**, amb menor o major intensitat. D'aquesta manera, cal una reflexió profunda, des d'una visió transformadora i una voluntat de justícia social i equitat de gènere, que guiï la planificació de polítiques públiques, el disseny de programes i projectes, i el desenvolupament de recursos i serveis.

Així mateix, tal com s'exposa en el marc teòric de la present recerca, és important contemplar, en la planificació de polítiques i serveis de cures, la **diversitat de situacions personals i familiars**, deixant de banda les visions binàries i tradicionals (dones/homes; llars nuclears) i responent a les múltiples configuracions familiars i unitats de convivència –famílies monomarentals, binuclears, reconstituïdes, parelles de fet, àvies cuidadores, etc.– **i les necessitats diverses que aquestes puguin presentar**.

> [A]*ra tinc la meva filla ingressada per un altre tema. Però, és clar, quan tens un fill ingressat que és menor d'edat, quants dies de permís tens? Doncs, ja ho saps: els que et toquen a tu i punto. Perquè no hi ha l'altra figura, amb la qual cosa t'has d'agafar dies de lleure.* (Mare de família monomarental)

> [S]*'havien d'equiparar els permisos paternals i maternals, molt bé. I nosaltres?* (...) *Els nostres fills, com només tenen un pare o una mare, els hi correspon menys que als qui tenen dos pares.* (Mare de família monomarental)

> [J]*o el que estic veient és que s'estan donant unes noves situacions que tampoc s'estan contemplant enlloc. És a dir, situacions de famílies que estan vivint unes situacions molt, molt greus, en referència als seus fills, fills que tenen discapacitat intel·lectual i altres patologies associades, i per encabir-los, ets una cosa o ets l'altra, perquè per accedir a uns recursos has de tenir aquest perfil i sinó has de tenir l'altre.* (Treballadora social d'entitat)

> *Mi hijo, por ejemplo, va al casal (...), en agosto tengo que estar con él, no puedo trabajar porque mi marido trabaja por la tarde y yo no puedo trabajar (...), en agosto no hay nada.* (Cuidadora no professional usuària de GSAM)

Així mateix, bona part dels serveis de cura oferts per l'Administració, de gestió pública directa o externalitzats, se centren en l'atenció a persones dependents –siguin persones grans, persones amb algun tipus de diversitat funcional[9] o, a tot estirar, a petita infància–, sense que s'hagin desenvolupat recursos que responguin al concepte de cures entès com el conjunt d'accions necessàries per al **sosteniment de la vida quotidiana i també de la cura com el dret a l'autocura o al suport de les persones cuidadores.**

El programa Respir està molt bé, però ha estat molt pensat també per a determinats col·lectius. És una altra vegada el mateix. És per a gent gran o per a infants o adults amb discapacitat física i intel·lectual. (Mare de família monomarental)

[E]s té molt en compte que hi ha aquestes patologies, però altres, no. Perquè no estan formats. Perquè, per dislèxia, ja s'ensenya perquè tots aprenguin com si tinguessin dislèxia; però si un nen té [un altre tipus de trastorn o discapacitat] *és feina teva, trobar-te amb el professor que pertoqui i formar-te* (Cuidadora no professional usuària de GSAM)

A nivell comunitari, en canvi, comencen a despuntar experiències que sí que contemplen la cura com una qüestió constitutiva de la vida humana, inherent a tot el cicle vital, i en què el sosteniment dels membres de la col·lectivitat s'entén com **una responsabilitat compartida que no ha de recaure en persones o serveis concrets.** Aquestes experiències, pel seu caràcter innovador, de proximitat i permeable a les necessitats diverses dels i de les membres de la comunitat, han tendit a qüestionar la idea estereotipada de persona susceptible de rebre cures, posant en qüestió la concepció de provisió individualitzada de la cura i el patró tradicional de família:

I va ser el moment que vaig dir: on vull envellir i com ho vull fer?, perquè a mi m'agradaria viure a casa meva, és molt més petita (...), però [caldria] tenir els serveis puntuals en el moment que els necessiti. Perquè no envellim d'avui per demà... Llavors, vaig dir: mira, vull fer una cooperativa de serveis per a persones jubilades actives. Actives, perquè aquí tenim una residència i unes llars tutelades que ja donen el servei per a les persones dependents o per a les persones que no són dependents però que no volen viure soles. Per tant, ja hi és. (Cooperativista de serveis)

Entre les propostes promogudes per l'Administració que amplien el dret a rebre cures més enllà de la dependència, destaquen els ***Grups de suport emocional i d'ajuda mútua*** (GSAM),[10] adreçats a cuidadores i cuidadors no professionals de persones que es troben en situació de dependència, que constitueixen espais relacionals que possibiliten l'acompanyament, el suport mutu i psicològic i emocional de les persones cuidadores; **els serveis de *Respir*** també per a persones cuidadores; així com el servei de **canguratge públic *Concilia***, endegat per l'Ajuntament de Barcelona, i que facilita serveis de guarda d'infants sense requerir cap justificació per part de la família usuària pel que fa a la necessitat del servei; i **altres serveis de canguratge públic** desenvolupats per diferents municipis de la província de Barcelona, partint del dret de les persones cuidadores, sobretot mares, de gaudir de temps per a elles mateixes.

D'aquesta manera, a través de les entrevistes i grups de discussió realitzats en la fase de treball de camp, ha quedat palesa la **necessitat de pensar la cura i planificar la seva provisió atenent a la diversitat de persones receptores, de contextos i situacions familiars i comunitàries, així com d'agents proveïdors.** No és possible garantir la igualtat d'oportunitats en l'accés a la cura, si no es treballa des d'una perspectiva que integri la diversitat.

9 El concepte "diversitat funcional" té el seu origen al Forum de Vida Independent celebrat al 2005, on el col·lectiu oferia mitjançant el terme una alternativa positiva al model mèdic i social que parla de trastorns, dèficits i discapacitats en relació a una suposada normalitat. Conscients que el llenguate crea, orienta i modifica pensaments i imaginaris, les autores ens hem decantat per aquest terme. Per estar al cas del debat entorn a aquests conceptes, recomanem la lectura de l'article "Discapacitat o diversitat funcional: una definició pròpia" (Diari de la discapacitat, 28/08/2021).

10 Aquest projecte és desplegat per la Diputació de Barcelona, en col·laboració amb diferents ens locals i entitats del tercer sector.

Taula d'elements detectats i actuacions derivades
"Igualtat i diversitat: principis indestriables i complementaris"

ELEMENTS DETECTATS	ACTUACIONS DERIVADES
Desconeixement de l'existència dels plans d'igualtat i altres instruments vinculats per part de les persones participants en l'estudi.	Ús efectiu de la legislació vigent en matèria de plans d'igualtat d'oportunitats i d'altres eines, com ara les valoracions de llocs de treball, per garantir l'equitat de gènere i unes condicions laborals justes.
Condicions laborals de les treballadores del sector millorables, incloent-hi el salari.	
Limitació de la millora de les condicions laborals per allò establert als diferents convenis col·lectius.	
Risc de disminució de la qualitat dels serveis, associat a l'externalització dels mateixos, també en relació a les condicions de treball del personal de les empreses contractades.	Increment dels mecanismes de supervisió i control vers les empreses licitadores, pel que fa al seguiment dels contractes, així com el compliment de la normativa vigent en matèria d'igualtat i no discriminació.
Confluència de factors de vulnerabilització de les treballadores del sector de cures.	Planificació de formació i desenvolupament d'eines per a la detecció, prevenció, abordatge i reparació de situacions d'assetjament vers les treballadores.
Elevada prevalença de l'assetjament sexual al sector de cures.	
Serveis de cures basats en una concepció nuclear i heteronormativa de les famílies i unitats de convivència.	Ampliar el concepte de família i unitat de convivència, recollint les realitats diverses de la població.
Provisió de la cura basada en el concepte de dependència.	Repensar els models de provisió de les cures partint del concepte d'interdependència, de la seva necessitat al llarg de tot el cicle vital i del dret de les persones cuidadores a ser receptores de cures i al propi desenvolupament.
Limitació de l'Administració a l'hora d'innovar i planificar accions transformadores i integradores de la diversitat de necessitats i realitats existents.	Promoure la col·laboració pública-comunitària, tot donant suport a projectes comunitaris innovadors des de l'Administració.
	Desenvolupar projectes pilot i d'innovació social a l'Administració, en col·laboració amb entitats i xarxes comunitàries.
Identificació d'alguns programes que promouen la cura i el suport a les persones cuidadores.	Replicar i donar a conèixer programes que promouen la cura i el suport a persones cuidadores, com ara els GSAM, el Respir i el Concilia.

5.4 DRETS LABORALS I PROVISIÓ DE CURA DIGNA: ELEMENTS FONAMENTALS PER A UNES POLÍTIQUES DE CURES FEMINISTES, ANTIRACISTES I TRANSFORMADORES

En aquest apartat ens centrarem en la qüestió de les condicions laborals de les treballadores de l'àmbit de les cures.

Tal com hem vist en el capítol sobre el concepte de cures, el dret a la cura implica, també, el dret a proveir-la de forma digna i escollida, sense que el fet de cuidar limiti les possibilitats del gaudi d'altres drets per part de les persones cuidadores.

En aquest sentit, com ja s'ha exposat, **existeixen instruments legalment establerts, però escassament implementats i desplegats en el sector**, que poden contribuir a la millora de les condicions laborals d'aquestes treballadores, com ara els **plans d'igualtat d'oportunitats, l'auditoria retributiva o els protocols de prevenció i abordatge de l'assetjament** sexual, sexista o LGTBIfòbic.

En tot cas, si bé aquestes eines poden ser d'utilitat per a les professionals que exerceixen vinculades a una organització (ja sigui una Administració, una entitat o una empresa), difícilment poden incidir sobre les condicions de les cuidadores professionalitzades que treballen com autònomes o, encara pitjor, en l'economia submergida, sense contracte ni regularització de la seva situació.

Així, les condicions laborals d'aquestes treballadores difícilment seran dignes i satisfactòries mentre no es doni **valor a la feina que fan i se les reconegui i visibilitzi com a professionals**, a més de **regularitzar la seva situació** en els casos en què la seva feina es desenvolupa en l'economia informal.

Tot i això, un conjunt de **factors socials i culturals interseccionen i dificulten aquest reconeixement,** i contribueixen a la perpetuació d'unes condicions laborals poc dignes i insatisfactòries: que les feines que es duen a terme s'hagin associat a la feminitat, la voluntarietat, l'abnegació i la vocació; que bona part de les cuidadores siguin dones migrades o pertanyents a grups socials empobrits; o que el capacitisme operi com a factor per jerarquitzar la vàlua de les persones (menystenint persones velles[11] o funcionalment diverses).

Una de les qüestions que ha quedat palesa durant el treball de camp ha estat el fet que certa "familiaritat" en el tracte de les cuidadores a domicili duu, de vegades, a deixar de banda el fet que **la persona que cuida és una treballadora, que exerceix una professió per la qual ha de ser compensada** –no només monetàriament– **de forma justa i coherent amb la feina desenvolupada.** A aquesta "familiaritat" se sumen certs estereotips ubicats entre el classisme i el racisme, que fan que es destaquin "virtuts", com ara la higiene personal de les treballadores, com si fossin fets excepcionals.

Així, **moltes usuàries de serveis de cures desconeixen la situació en què es troben les cuidadores** (bé perquè és una qüestió que gestiona la família, bé perquè es beneficien d'un servei depenent d'una empresa, entitat o Administració).

> *¿De las trabajadoras, saben ustedes si están en buenas condiciones de trabajo?*
>
> *No lo sé. La chica viene,* [es] *muy limpia y es buenísima. La otra no era mala, trabajaba, pero esta es una maravilla. Estamos muy contentos con ella. Pero, claro, yo el nivel de vida de ellos no lo sé. (*Perceptora de PEV-SAD)

[11] Recentment, autores com Anna Freixa (*Yo vieja. Apuntes de supervivencia para seres libres.* Txalaparta, 2022) o Mari Luz Esteban (*El manifiesto de las mujeres viejas.* La oveja roja, 2020) reivindiquen la necessitat de resignificar la paraula "vell/vella" per concebre-la com un estadi del cicle vital que cal alliberar de tota connotació negativa i pejorativa.

D'aquesta manera, entitats que treballen des d'una major consciència social, com ara la cooperativa de serveis de gent gran que ha participat de l'estudi, fan referència explícita al fet d'haver hagut de realitzar una feina de sensibilització envers les sòcies cooperatives (que són usuàries de serveis de cura) per tal que integressin algunes qüestions tan vinculades als drets bàsics laborals com l'assegurança de la treballadora o treballador:

> *[F]em aquesta pedagogia, [perquè ens consta] que la majoria de persones en el servei domèstic de neteja són persones que no tenen cap assegurança. En canvi, nosaltres hem convençut a la gent que qualsevol persona que treballi netejant una casa ha de tenir assegurança per si es fa mal, per si està malalta i per a aquesta tranquil·litat del soci que la persona que va a fer una feina, el professional que va a fer una feina, té un treball digne. Aquesta feina també l'estem fent, perquè, on hi ha més diner negre, és amb la neteja de la llar i amb el treball de la gent gran.* (Cooperativista de serveis)

La qüestió de la "vocació" és un altre dels aspectes que travessa tot l'àmbit de les cures i que impregna la comprensió general d'aquestes feines. Així, d'una banda, **existeix un cert consens sobre el fet que aquest tipus de feina** (per la seva implicació personal i emocional, però també per les condicions en què es duu a terme) **no pot ser desenvolupada per persones a les quals no els hi agradi o no tinguin "vocació"**; mentre que, de l'altra, **en nom de la "vocació", sovint s'invisibilitzen i justifiquen unes condicions laborals precàries**.

> [H]*a de ser vocacional, és una feina que, si no t'agrada de veritat, no la pots fer bé, la pots fer un dia o bé un usuari molt light, però no la pots fer bé. I el sou que s'ofereix es nota, el sou no és gaire bo…* (Treballadora familiar)

> *D'entrada, penso que el més important és tenir vocació. Perquè això que fa molta gent de "me'n vaig a cuidar un avi", quan no saben que fer o es troben sense feina, com si fos anar a cuidar una floreta, que també costa. Doncs, a mi això em desespera, perquè és una feina que o t'agrada o no t'agrada, o la sents o no la sents.* (Treballadora familiar)

> *Mira, a mi aquesta feina m'agrada molt, molt, perquè jo moltes vegades marxo d'aquí contenta perquè la gent et truca o la truques a veure com està* (...). *Ens anem formant, durant els anys. Jo porto molts anys: formació, suïcidi, protocols... tot això. Et van formant, però jo crec que això ho portes a dintre. Això t'ha d'agradar. Sí, és una feina que t'ha d'agradar. I la fas amb el millor de tu i ja està.* (Treballadora del Servei Local de Teleassistència)

> *Es decir, es muy buena profesional, pero tengo chantaje emocional con el precio. Entonces, yo no quiero estar así con esta angustia. Es que yo necesito una persona que trabaje por vocación y que realmente esté feliz en su trabajo. Yo soy una persona generosa, que siempre tengo detalles en todo, pero no quiero una persona que solo le importe el dinero…* (Cuidadora no professional usuària del Respir)

D'aquesta manera veiem com, d'una banda, les professions de l'àmbit de la cura requereixen d'una implicació, una dedicació i unes habilitats relacionals que exigeixen, per part de les treballadores, cert gaudi o predisposició davant la feina. Tot i això, existeix el risc de caure en un **parany** prou freqüent en **l'àmbit de les feines feminitzades, sobretot les vinculades a l'atenció a les persones**: **posar el focus en la realització personal, la satisfacció** per la compensació emocional rebuda o, fins i tot, alimentar certes **idees sexistes** de tall biologicista (la cura com una tendència "innata" de les dones), o **de tall racista-culturalista** (considerar les dones de determinada procedència com a més dolces, afables i aptes per al desenvolupament d'aquestes funcions), **en comptes de centrar-se en els factors que han de permetre el desenvolupament digne de la professió.**

D'altra banda, és important assenyalar que, **en cap cas, la qüestió de la vocació es pot presentar com oposada a unes condicions laborals justes i satisfactòries**, és a dir, a una organització de la feina amb unes càrregues de treball coherents amb les capacitats, jornada i remuneració, el dret a un salari just, el dret a temps de descans i de vacances, el dret a cotitzar i gaudir de prestacions socials per atur, per malaltia comuna o per malaltia o accident laboral i el dret a un entorn de treball segur, lliure de discriminació i de violències.

> *Hay dos partes involucradas: las personas que necesitan este servicio y las personas que brindan el servicio en si. Así que no se puede enfocar una solución solamente desde la perspectiva de las familias o de los adultos dependientes en cuanto a este servicio, no se puede considerar que nosotras, las trabajadoras, tengamos que adaptarnos a lo que las familias puedan darnos, sino que las instituciones, entidades, Administración Pública y asociaciones tienen que tomar parte en esto al decidir. Creo que he escuchado de estas propuestas, por ejemplo, decir que dos o tres adultos mayores, o en una comunidad, se puedan agrupar para poder solventar o costear a un cuidador o a una persona que se encargue de este soporte o asistencia. No puedo justificar yo a una familia porque solamente puede pagar quinientos euros al mes, y necesita a una cuidadora o a una mujer que asista las 24 horas del día. Entonces, una cosa es decir qué es lo que tu necesitas, hasta dónde puedes acceder; y otra qué es lo que esta mujer te puede brindar con lo que tu puedes ofrecerle a ella. Y, mientras las administraciones no tomen en cuenta las dos partes, no se va a poder llegar a una solución justa. Entonces, vamos a vivir siempre dependiendo de plataformas, de instituciones como Cáritas que, lamentablemente, nos van ofreciendo lo que hay.* (Treballadora de la llar i les cures)

En aquest punt, cal afegir el fet que moltes de les treballadores són migrades o dones empobrides que no es dediquen a aquesta feina havent fet una tria personal i havent-se format específicament, sinó que ha estat la única sortida laboral a la qual han tingut accés. D'aquesta manera, **la informalitat i el context vital i social de les cuidadores són clau a l'hora d'entendre la precarització del sector**.

> *[N]osotros siempre repetimos que se puede vivir feliz cuidando a otras personas, trabajando en el tema de los cuidados. Pero siendo de libre elección, no por imposición. Entonces, hay mujeres que les va muy bien y les gusta trabajar en el sector de los cuidados, bajo un salario, bajo un acuerdo laboral para ellas justo y dentro de la normativa; pero hay otras mujeres que se ven obligadas a trabajar en régimen interno (que no es lo más correcto ni moral) por sueldos de entre 700 y 800 euros, o 600 y hasta 500 euros* (Treballadora de la llar i les cures).

> *Perquè si nosaltres* [les treballadores familiars d'ens locals] *estem, som l'últim esglaó de la cadena de cures, les cuidadores privades ja, pobres, moltes d'elles… (Treballadora familiar).*

Així mateix, com ja s'ha esmentat, **les condicions establertes pels convenis col·lectius de referència tampoc no ajuden**. Uns convenis que podrien ser impugnats, si es detectés que no respecten els principis d'igualtat de tracte i d'oportunitats[12] i que, en tot cas, han de ser revisats amb perspectiva de gènere, amb l'ajut d'instruments com el pla d'igualtat o el protocol d'abordatge de l'assetjament.

Probablement, fruit d'aquestes condicions laborals, sovint poc satisfactòries i que, en ocasions, vulneren drets laborals bàsics de les treballadores, es dona **una important rotació en els serveis d'atenció i cures a les persones**, alhora que en diverses entrevistes s'ha fet referència a **l'elevat índex de baixes**:

> *Porque, por ejemplo, yo me voy de vacaciones, y me voy quince días, y pasan tres suplentes en quince días. No es normal. Pienso, si yo me voy de vacaciones y le paso a la persona que va a venir a suplirme toda la información de cada usuario* (…)*, pero, pasan tres personas en quince días, yo pienso que deberían seleccionar mucho mejor las personas que cogen para hacer las suplencias* (…)*. No sé si es porque nuestras condiciones laborales son de pena y, si no te gusta lo que haces, llega final de mes y te pagan 950 euros.* (Treballadora familiar)

> *A nivell de recursos humans, de treballadors i això, hi ha una mancança; però, com que és un col·lectiu que també falla molt, tenim molta incidència de baixes. Però, com que no hi ha més recursos econòmics, tampoc pots arribar a atendre a cost zero, arribar a un nivell, sempre hi ha pèrdues* (Responsable de SAD d'ens local)

Així mateix, la **càrrega excessiva de treball** també ha estat una qüestió assenyalada durant la fase de treball de camp, fins i tot per les pròpies persones receptores de cura, que perceben el nivell d'estrès de les professionals:

> [F]*an moltes hores, un servei molt complicat, molt dur. I no sé res més, però el que veig és això, que van atabalades per la feina que tenen. I, moltes vegades, diuen "ara que estic aquí, acabo amb això i li trauré uns minuts a l'altra visita". Què vol dir això?, que no té temps suficient per anar a allà.* (Usuari de SAD)

> [I] *hem fet moltes* [formacions]*, psicosocials, per descarregar una mica, també hem fet, però ja fa molts anys. Però és el que diem nosaltres: aquí, a vegades, tenim un volum de trucades que no es para i sí que és veritat que necessites un psicòleg, per favor, per evadir-te una mica.* (Treballadora del Servei Local de Teleassistència)

[12] Existeix jurisprudència respecte al fet de no considerar vàlids sistemes de remuneració discriminadors, encara que se cenyeixin a allò que recull el conveni col·lectiu de referència. Així, per exemple, la sentència 145/1991 del Tribunal Constitucional diu així: «Las ahora demandantes de amparo, que prestan servicios con la categoría profesional de Limpiadoras en el Hospital Gregorio Marañón, dependiente de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Comunidad de Madrid, presentaron demanda ante la Magistratura de Trabajo solicitando se declarase que la fijación en Convenio Colectivo de un salario inferior para la categoría profesional de Limpiadoras al establecido para los Peones carecería de justificación objetiva y razonable y era una condición discriminatoria, por lo que pedían se le restableciese la igualdad, reconociéndosele su derecho a percibir un salario igual al establecido para los Peones en el Convenio Colectivo de Sanidad del personal laboral dependiente de dicha Consejería. (...) En conclusión, todo lo expuesto integra el supuesto de hecho de una discriminación por razón de sexo, que en este caso es fácil de detectar, por resultar discriminatoria incluso la denominación empleada para designar a una de las categorías («Limpiadoras»), pero que tampoco hubiera desaparecido por el solo hecho de que se hubieran empleado expresiones neutras para denominar a las diversas categorías en un Convenio Colectivo, pues, si tal cosa hubiera sucedido, tan sólo hubiera contribuido a ocultar lo que era una discriminación abierta en la Ordenanza, y que el Convenio Colectivo no ha pretendido en absoluto suprimir. Siendo esto así, no resulta dudoso que la discriminación no tiene su origen en una mera práctica o situación de hecho circunscrita al Hospital Provincial de Madrid, sino en el Convenio Colectivo, cuyo esquema conjunto de categorías y salarios generó la situación que se denuncia.»

Jo, sincerament, ara mateix, ampliaria amb més gent, perquè, cada vegada, tenim més usuaris i sí que posaria més persones a treballar. A vegades sí, últimament tenim moltes trucades. I sí que és veritat que, a vegades, la gent està una miqueta aclaparada, lògic. Però sí, jo ampliaria amb més gent. Per fer, per agafar les trucades i per trucar als usuaris; perquè pensa que, amb el tema de la Covid, nosaltres hem estat molt de temps que no hem pogut trucar les persones, no teníem temps, vam arribar a tenir 60 trucades en espera en plena Covid. Tothom es trobava malament, trucava el 061, tot col·lapsat. (Treballadora del Servei Local de Teleassistència)

En aquest sentit, s'ha detectat **manca d'espais de suport a les cuidadores professionals**, essent, sovint, les formacions el moment de trobada que aquestes aprofiten per a l'intercanvi d'experiències i el suport mutu:

Però sí que és veritat que, moltes vegades, diem: aquí nosaltres necessitem un psicòleg per a nosaltres, perquè és molta càrrega, són moltes coses. Sí que és veritat que tenir aquí un psicòleg per a nosaltres ens aniria genial, per poder explicar... I moltes vegades ho diem. (Treballadora del Servei Local de Teleassistència)

L'únic que sí [tenim aquests espais], *quan fem formació. Ara no, perquè, amb el tema de la Covid, les formacions que fem són online. Però sí que és veritat que, quan fem formacions, sí que es parla de coses, de moments que tenim; però fa molt de temps que no en fem.* (Treballadora del Servei Local de Teleassistència)

Cal assenyalar que **la formació és un element cabdal per a un desenvolupament satisfactori de la feina**, no únicament aquelles formacions de caire preventiu, que poden ser clau per evitar situacions de risc relacionades amb el treball (lesions osteomusculars per mobilitzacions, toxicitat de productes de neteja, assetjament, etc.), sinó també les formacions que contribueixen a incrementar els coneixements i les capacitats de les cuidadores per tal de poder assumir les tasques requerides.

Al llarg del treball de camp es detecta que, si bé **les treballadores que mantenen una relació laboral directa amb l'Administració solen tenir accés habitual a formacions especialitzades**, no és necessàriament el cas de les cuidadores que presten serveis a empreses i, encara menys, el de les cuidadores autònomes o en l'economia informal, a qui també hauria de poder arribar la formació:

Només en el punt aquell, del tema de la qualitat professional del personal, que no hem tractat i penso que és important, el fet que les condicions laborals són pèssimes per a les persones que estan contractades per empreses. I això va molt en detriment de la qualitat del servei, quan és contractat directament com a equip de treball o quan és a través de les empreses. I amb la formació és el mateix, tots els tècnics reben formació de la Diputació, Generalitat; però, en canvi, per a aquest sector queden fora d'aquesta formació pública. Una formació permanent dirigida a professionals que els tècnics de Serveis Socials rebem, però que no es fa de forma permanent per part de la Diputació, Generalitat, sobretot, si són contractes externs. (Responsable de SAD d'ens local)

Nosotros el tema de formación lo llevamos bien, la semana pasada hicimos una formación del duelo. [Nosotros] vamos haciendo formación. Yo me he apuntado ahora a una sobre cómo detectar maltrato en el domicilio, que, en principio, yo creo que no me hace falta, pero siempre va bien reciclarse. (Treballadora familiar)

I amb les cuidadores privades, justament la setmana passada, a la coordinació vam parlar que, de la mateixa manera que aquí al XX ara s'està fent un grup de formació i de recolzament als familiars o cuidadors, dèiem nosaltres que feia falta, potser, fer-lo també amb les cuidadores privades. (Treballadora familiar)

La formació, a més, com es posa de manifest en les entrevistes i grups que hem realitzat durant el treball de camp, **és una oportunitat per trobar-se, teixir xarxes i generar espais d'apoderament** que afavoreixen l'organització col·lectiva per exigir una millora de condicions laborals i garantir l'accés a drets de les cuidadores.

> *Lo que ofrece la entidad, lo que nosotras ofrecemos como asociación en nuestro colectivo de mujeres migradas es información real en cuanto a las normativas, en cuanto a cotizaciones y costos, a horarios y regímenes laborales.* (Treballadora de la llar i les cures)

En aquest sentit, es reclama que, **no només les cuidadores tinguin accés a informació sobre drets laborals, sinó que les famílies usuàries i les persones receptores de cures** se sensibilitzin sobre aquestes qüestions:

> [V]*amos a hacer un taller presencial con las mujeres migradas, no solamente de este ayuntamiento, sino de los pueblos aledaños. Y también con las familias, que ha recalcado mucho el Consell de Dones que es importante que la familia se involucre en cuanto a conocimiento e información. Hace falta mucha información y no se está brindando desde las administraciones públicas, lamentablemente.* (Treballadora de la llar i les cures)

Alhora, tant cuidadores com persones receptores de cures, demanen que es pugui disposar de **serveis d'intermediació** que facilitin la contractació de cuidadores per part de les famílies, garantint unes condicions de treball justes, i més acompanyament a les famílies i persones usuàries en el procés d'accedir a serveis privats:

> *Hay un tema que es la intermediación laboral entre las familias que necesitan un servicio de una mujer, ya sea trabajadora del hogar o ya sea cuidadora.* (Treballadora de la llar i les cures)

> *El tema está en que a mí me encantaría, por ejemplo, tener un listado de cuidadoras privadas, que yo no sé si esto puede ser o no puede ser; pero yo me sentiría mucho más tranquila teniendo una recomendación. (Cuidadora no professional usuària del Respir)*

Finalment, **les condicions laborals tenen relació amb el model organitzatiu i de gestió, i els contractes generats entre Administració i entitats proveïdores**.

Així, per exemple, contractes en què no es contempla la necessitat de coordinació i de treball en equips de dimensions limitades, que cobreixen un nombre inassumible d'usuaris i usuàries, i que no afavoreixen treballar des de l'intercanvi i la proximitat; o unes clàusules econòmiques que no permeten la cobertura de baixes o l'adaptació i la flexibilització dels serveis, són elements que impacten directament en les condicions, la qualitat i la satisfacció del treball:

> *Jo crec que, com han dit els companys, tal i com* [tenim] *l'atenció domiciliària, actualment, és inviable i hem tocat sostre. I el que deien és que o hi ha un canvi de finançament important o no és una realitat aquest finançament del 66 per cent, no ho ha sigut mai. Però ara, en aquests moments, ja estem molt passats del límit de finançament. Una altra cosa és el model, canviar el model, ja que tenim un model d'atenció que sempre ha estat el mateix i que segurament hem de fer com una revolució. Perquè, a més, també es va en la línia que, potser, s'ha d'anar molt més cap a la tecnologia o altres sistemes; però això, igualment, són diners (...). [P]er tant, canvi de model, sí. Quin model? També s'ha de parlar, perquè tampoc no està clar quin model, cap a on s'ha d'anar. Però, sigui com sigui, és finançament pel pagament de l'atenció i finançament per un canvi de model.* (Responsable de SAD d'ens local)

> *I el que sí que trobo que és imprescindible és que aquesta feina nostra sigui servei públic, o sigui, el que no pot ser és que estigui en mans d'empreses privades que van passant de l'una a l'altra i que "son los mismos perros con diferentes collares", i on collen més i ens retallen més és en les condicions de treball.* (Treballadora familiar)

Taula d'elements detectats i actuacions derivades "Drets laborals i provisió de cura digna: elements fonamentals per a unes polítiques de cures feministes, antiracistes i transformadores"

Elements detectats	Actuacions derivades
Instruments que poden incidir en la millora de les condicions de treball escassament implementats al sector.	Aprofitar l'oportunitat d'eines com el pla d'igualat, l'auditoria retributiva o els protocols de prevenció i abordatge de l'assetjament per a l'anàlisi i millora de les condicions de treball al sector.
Manca de reconeixement de la feina de cures, sovint vinculada a la vocació més que no pas a la professió.	Treballar pel reconeixement i valoració de les feines de cura i per la visibilització d'aquestes com una professió que requereix coneixements i habilitats específiques.
	Sensibilitzar les famílies usuàries de serveis i les receptores de cures sobre el valor de la professió de cures i la importància de la dignificació del treball.
	Realitzar campanyes específiques, adreçades a la ciutadania general, per desvincular les feines de cura de creences de tall sexista, racista i capacitista.
Importància de la formació com element preventiu i afavoridor d'un correcte acompliment de la feina.	Garantir l'accés a la formació específica de totes les treballadores del sector, estiguin vinculades a l'Administració, a empreses de serveis, a entitats, o siguin autònomes o treballadores en l'economia informal.
Manca d'espais de suport i atenció psicològica i emocional de les cuidadores professionals.	Creació de programes específics adreçats al suport emocional de les cuidadores professionals, estiguin vinculades a l'Administració, a empreses de serveis, a entitats, o siguin autònomes o treballadores en l'economia informal.
Importància d'accés a la informació sobre drets laborals i altres drets de ciutadania, sobretot per part de les treballadores migrades.	Potenciar serveis d'assessorament i informació a treballadores de la llar i les cures, i específicament a treballadores migrades.
Importància de conèixer les necessitats i demandes de les treballadores migrades a l'hora de dissenyar programes i serveis.	Implementar mecanismes de comunicació cap a l'Administració que permetin conèixer la situació de les treballadores migrades i les seves demandes.
Necessitat de potenciar espais de trobada que afavoreixin l'enxarxament, l'apoderament i l'organització col·lectiva per a la reivindicació de drets laborals.	Potenciar espais de trobada i apoderament de cuidadores professionals.
Contractes públics regits per criteris economicistes que dificulten una prestació de servei en condicions dignes.	Revisar formes de gestió i els contractes vinculats a l'àmbit de les cures per tal de garantir una provisió digna.
Constatació que els equips petits de SAD afavoreixen la coordinació, la proximitat, la professionalització i una millor prestació de servei.	Implementació de programes del tipus "superilles", que permeten treballar amb equips més petits i amb volums limitats d'usuaris i usuàries.

5.5 L'ACCESSIBILITAT ALS SERVEIS LOCALS DE CURES

En aquest apartat, volem conèixer l'opinió de les persones entrevistades en relació a la facilitat o dificultat d'accés als serveis i recursos de cura que experimenten els diferents perfils d'acord amb les seves capacitats físiques (per raó d'edat, discapacitat, o d'acord amb el seu grau de dependència), psíquiques (per motius de salut mental, discapacitat intel·lectual o deteriorament cognitiu), tècniques (per manca, per exemple, dels maquinaris o la connectivitat necessària), culturals (d'acord amb els diferents graus d'alfabetització digital o de coneixement de l'entorn) i idiomàtiques dels usuaris, posant especial atenció en els elements i factors que incrementen els impactes negatius.

D'entrada, es fa referència al fet que el **Codi d'Accessibilitat de Catalunya vigent no és universal,** ja que només contempla dos tipus d'accessibilitat: la física i la sensorial, deixant de banda totes les qüestions relatives a la comprensió de l'entorn i de la informació:

> *A l'esborrany* [de millora del Codi d'Accessibilitat] *que hem vist, comença a sortir tot el tema d'accessibilitat cognitiva,* [que] *és comprendre l'entorn; i no estem parlant només de persones amb discapacitat intel·lectual, estem parlant de turistes que venen de fora, de persones immigrants, de Gent Gran. Per tant, un gran col·lectiu de persones que són ciutadans de ple dret (...)* [però els quals] *no poden accedir, simplement, perquè no comprenen l'entorn. L'entorn és l'espai físic, però també és el documental i l'informatiu.* (Coordinador tècnic d'entitat)

Un primer pas per fer que el conjunt d'informacions relatives als serveis i recursos de cures disponible fos, per tant, accessible a un major nombre de persones seria **fer-lo accessible cognitivament, presentant la informació en lectura fàcil**, incorporant recursos gràfics com representacions simbòliques i il·lustracions, i traduint-lo a diferents idiomes, mecanismes que facilitarien que un major nombre de persones i perfils hi accedissin.

> *A més a més, està feta la lectura fàcil per ser comprensible. Nosaltres tota la documentació que fem [és de] lectura fàcil. Ha entrat un equip de tres a cinc persones amb discapacitat intel·lectual que revisen tota la documentació i si una frase no l'entenen, s'ha de reformular fins que ho entenguin les tres o cinc persones amb discapacitat intel·lectual.* (Coordinador tècnic d'entitat)

La majoria d'usuàries ha conegut l'existència dels serveis –i del seu dret a accedir-hi– a partir dels **referents d'Equips Bàsics d'Atenció Social o d'equips d'atenció primària de Salut**. Aquestes professionals, en molts casos, els hi han facilitat l'accés al Servei d'Ajuda Domiciliària, al Servei Local de Teleassistència, al programa Respir, en casos de sobrecàrrega o d'urgències, al programa d'àpats a domicili, o, fins i tot, els hi han tramitat les ajudes econòmiques per finançar el material d'ortopèdia:

> [A Serveis Socials] *Hi ha un noi* (...) *que ens va facilitar les coses de meravella i ha fet molt per nosaltres. Molt.* (...) *Ens cuida moltíssim, molt, ens truca, amb carinyo, preocupant-se. Nosaltres no vam fer res, se'n va cuidar de tot, tot perquè ja el coneixia i ell sabia que nosaltres som unes persones molt, molt humanes. I va dir: "no patiu per res. Jo me'n cuido de tot".* (Usuari de SAD)

> *Yo he conocido el Respir por mi médico de cabecera, porque, bueno, yo he tenido a mi padre con Alzheimer y a mi madre. Mi padre hace seis años que se fue y mi madre continúa, y yo estaba desbordada.* (...) *Y una de las veces que fui a mi médico de cabecera y me vio tan sobrepasada, se cabreó muchísimo y dijo "se acabó, esto no puede ser más. Ahora mismo te transmito un Respir de urgencia y tú te tienes que recuperar".* (Cuidadora no professional usuària del Respir)

> *En este sentido, los Respirs de urgencia, porque a mí también me pasó el año pasado, por carga de estrés, se me tapó la vesícula y me tuvieron que operar*

de urgencia. Llamé aquí y me dijeron "no te preocupes que te [lo] gestionamos". (Cuidadora no professional usuària del Respir)

También supimos del Respir por la trabajadora social (Cuidadora no professional usuària del Respir)

En altres casos, **l'accés a informació i recursos ha estat mitjançant el personal dels equipaments amb què mantenen un vincle quotidià**, com, per exemple, en el cas de persones amb discapacitat intel·lectual ocupades en un centre ocupacional, a través de la treballadora social referent:

Yo me enteré a través del centro ocupacional donde va mi hija, a los 18 años. Ella, hasta los 18 años, iba a un colegio especial y luego al centro ocupacional. Y allí, la trabajadora social nos informó que había Respir, que no lo sabíamos, y entonces lo probamos y encantados. (Cuidadora no professional usuària del Respir)

En totes aquests experiències, es valora, com a factor fonamental, el **tracte humà i proper** del personal, amb qui, sovint, es manté un vincle de confiança i coneixença motivat per una relació de cura perllongada en el temps. Al bon tracte personal, se suma la gestió completa i efectiva de les sol·licituds i tràmits, per part de les professionals de serveis. Aquesta bona pràctica es pot veure limitada en el cas de municipis grans, on la dimensió dels equips tècnics dificulta el seguiment individualitzat de casos, i les càrregues de treball són molt més intenses, amb una ràtio usuaris/professional molt major:

Lo que pasa es que las trabajadoras sociales, realmente, a veces están sobrecargadas. Y pierden el hilo de las cosas y, si uno no está continuamente llamando: "¿qué pasó? ¿Pusiste el papel?" No es que no quieran hacerlo, es que van sobrecargadas. (Cuidadora no professional usuària del Respir)

En relació al tracte humà i proper, tant usuàries com cuidadores no professionals destaquen la importància de sensibilitzar, formar i capacitar en matèria de cures les professionals de serveis socials que participen en el procés d'atenció social, específicament aquelles que fan la primera atenció. Es valora com central i estratègic donar-los-hi les eines necessàries per saber identificar les necessitats, prescriure els recursos i atendre les persones que presenten algun tipus de discapacitat física, intel·lectual o trastorn mental, entre d'altres.

Tot i que ens els municipis petits hi ha, com vèiem, una relació més propera entre usuàries i personal, en aquests territoris trobem altres tipus de problemàtiques que limiten l'accés als serveis de cura. D'una banda, hi ha una **menor presència i cobertura de serveis**, fet que sovint comporta l'obligatorietat d'haver de desplaçar-se a un altre municipi. Aquesta escassetat de recursos es tradueix en una major desatenció de les usuàries o en un major ús de serveis de titularitat privada:

Viure en un poble dona facilitat a que ens coneguem tots i puguin informar d'una persona a l'altra, hi ha com una xarxa de veïnatge que, realment, això ho cuida molt. Per un altre cantó, al CAP no hi podem anar tan sovint com voldríem. (Cooperativista de serveis)

Una tendència que trobem de manera recurrent és la **delegació en les dones de la xarxa de parentiu** -ja siguin mares i filles, les joves, o les noves parelles en el cas de famílies reconstituïdes- de la responsabilitat d'accedir als recursos, fer les gestions de manera integral i, fins i tot, acompanyar a les visites:

Fue mi hija la que lo arregló todo. Nosotros ya [solo nos ocupamos] *de ir al banco, de nada más, ni al médico.* (...) *Si tenemos que ir al médico, porque nos toca, va mi hija con él o viene conmigo. Solos ya, al médico, no vamos. Va siempre ella con nosotros.* (Perceptora de PEV-SAD)

Bretxa digital, tecnològica i cognitiva

En els casos en què l'accés als recursos no es produeix mitjançant el suport i acompanyament ni de professionals ni de familiars de les usuàries de serveis de cura, s'identifiquen diferents **bretxes d'accés**.

En primer lloc, trobem la **bretxa digital i tecnològica** que fa referència a les desigualtats provocades en l'accés a internet, maquinari i ús de les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC). L'experiència recent de la **pandèmia** de la COVID-19 ha generat i accelerat la transformació i digitalització de l'atenció i comunicació entre professionals, famílies i usuàries de serveis, amb un **increment de l'ús de la tecnologia en l'atenció i en la resolució de necessitats,** i una **disminució important de l'atenció i activitats presencials.** El suport i protagonisme de les entitats del sector per mitigar els impactes de la bretxa ha sigut molt notable:

> *Ens hem trobat que, de cop i volta, totes les famílies havien de fer tots els tràmits de sol·licituds d'ajuts de menjador i de transport de manera electrònica, i després tot el sistema de beques també. Llavors, nosaltres, com a entitat, doncs, vam dir "facilitem i ho fem nosaltres"; però no, l'Administració diu que no, que ha de ser cada família la que ha de fer la seva pròpia sol·licitud.* (...) *Llavors, aquestes coses l'administració les llença així, molt alegrement, com si tothom pogués participar-hi i no és* [així]. (...) [N]*osaltres, com a entitat, vam oferir a les famílies la possibilitat de connectar-se a través de tauletes i, llavors, se les van portar a casa seva. Però hi havia famílies que ens deien: "ja te la pots portar, perquè no tinc ni connexió, no sé ni com funciona i no ens posarem amb el meu fill amb discapacitat, perquè no tinc ni idea ni com funciona". Vull dir que les entitats estem molt al costat de les famílies, que les intentem acompanyar en tot el possible; però que aquests aspectes són els que estan deshumanitzant el sistema, perquè l'administració no està veient les persones, està veient els tràmits.* (Treballadora social d'entitat)

En segon lloc, detectem **barreres cognitives, sensorials i idiomàtiques**, no només derivades de l'entorn tecnològic de les gestions, sinó també del llenguatge emprat, les passes a seguir i la manca d'uns terminis definits de resolució:

> *Para mí es más complicado el tema de pedir ayuda. Cuando pedimos la beca es todo online. Antes lo hacían en el colegio, este año, no.* (...) *Y claro, las explicaciones para poder rellenarlo son un poco difíciles de entender.* (Cuidadora no professional usuària de GSAM)

> *Son trámites* [que] *en catalán* [decimos] *"feixucs", que se alargan mucho en el tiempo. Y mientras tanto, claro, si tú tienes economía y puedes ir haciendo, bien; pero si no, pues ahí te quedas, no hay nada que te sostenga.* (Cuidadora no professional usuària de GSAM)

> *Hay personas* [disponibles] *cuando tienes una cosa que preguntar (…). Yo no hablo mucho, no hablo bien; pero, a veces, hay personas que hablan mejor que yo. También hay ayuda para explicar a la gente que no entiende bien.* (Usuària d'espai familiar de petita infància)

La bretxa cognitiva s'aguditza, especialment, entre les persones grans, persones amb nivell formatiu bàsic i persones migrades, tres dels grups poblacionals amb especial protagonisme en la recepció i provisió de cures:

> *La gent més jove té més accessibilitat a la via online. Però, després, tenim un altre tipus de població de gent gran que* [no] *té aquesta facilitat i, realment, tenim molts problemes amb aquestes persones. [D] urant un temps, la gent era conscient que era el que tocava, perquè era pandèmia; però que ara, d'alguna manera, s'ha de reprendre aquesta activitat* [presencial]. *I parlo a nivell del centre de salut, s'ha de reprendre aquesta activitat i també penso que s'ha d'ajudar a aquesta gent.* (...) *S'ha de formar la gent, o ajudar-la, o donar una atenció diferent a les persones que no tenen aquesta sensibilitat, perquè no tothom té aquesta facilitat i encara tenim molta gent.* (...) *Jo treballo, sobretot, a la zona La Mina-Besòs, on realment és una població amb moltes carències i hi ha molta gent analfabeta en aquesta zona. I, per tant, nosaltres hem continuat fent atenció quasi presencial perquè [d'altra manera] no hi tenen accés.* (...) *Hem de plantejar que no tothom està encara preparat per tenir aquesta digitalització, perquè s'ha avançat molt amb la pandèmia, però encara ens queda molt per avançar. Hem de pensar que hi ha un tipus de població que no hi arribarà.* (Directora estratègica d'entitat)

Des de les professionals i des de les entitats relacionades amb la provisió de cura, es proposen diverses estratègies per afrontar aquesta bretxa, com, per exemple, **utilitzar de manera prioritària el telèfon i sistemes de missatgeria ràpida més populars** per comunicar-se amb les usuàries i les seves famílies:

> *L'eina més senzilla que tenim és la del telèfon i, per exemple, nosaltres treballem i parlem entre la xarxa, entre les treballadores, a través de Telegram. I amb els i les usuàries a través de trucada; però, també, a través de WhatsApp, sobretot amb els familiars dels i les usuàries, quan es produeix un canvi d'horari o qualsevol cosa; tot i que hi ha molts usuaris/àries ja que també controlen prou bé el WhatsApp.* (Treballadora familiar)

En aquest mateix sentit, usuàries i professionals proposen **adaptar les webs dels municipis, serveis i departaments, i les aplicacions a l'ús des de dispositius mòbils**, perquè sovint estan només dissenyades per ser

utilitzades des d'ordinadors. Així mateix, moltes usuàries es queixen dels problemes tècnics i les deficiències en l'ús de determinats entorns digitals:

> *Hi ha gestions que ho sabem, que no estan* [pensades per ser] *utilitzades pel mòbil i ho han de mirar per l'ordinador.* (...) *El cas és que la gent s'espavila. El problema és que les App s'han penjat i als telèfons no contesten. M'ha passat amb gestions personals o de la plataforma, una vergonya! (Mare de família monomarental)*

El Servei Local de Teleassistència és el recurs més ben valorat per les usuàries per la **senzillesa en la usabilitat dels dispositius tecnològics associats**: d'una banda, trobem el botó vermell en format penjoll o polsera, i els dispositius per prevenir riscos a la llar, com ara per detectar foc, fums o gas, o dispositius per prevenir riscos sobre la salut de la persona, com els detectors de control de presència i en especial, el detector intel·ligent de caigudes, que funciona sense necessitat de prémer el botó d'alarma. Aquests dispositius permeten una intervenció immediata en cas d'alarma. De l'altra, no es pot oblidar que el Servei Local de Teleassistència es basa en una atenció 24 hores, els 365 dies de l'any, i realitza un seguiment periòdic telefònic i presencial. Així mateix, a banda de la senzillesa en l'ús, el Servei Local de Teleassistència s'adapta a la carència d'infraestructures tecnològiques que tingui la persona, per pal·liar situacions de limitació en cobertures de ràdio dins de la llar, amb amplificadors, o bé a través de la instal·lació de terminals GSM quan els recursos tecnològics que disposa la persona són insuficients. El Servei Local de Teleassistència, per tant, ens sembla un referent de pràctica transformadora per mitigar simultàniament els impactes de bretxa tecnològica, econòmica i cognitiva de les usuàries:

Hi ha casos [en] *què hi ha gent que, per tema econòmic, no pot pagar-se una línia* [de telèfon fix]. *Nosaltres tenim uns aparells que es diuen GSM, que porten la targeta de Tunstall nostre, i són perquè puguin tenir línia, però va a càrrec de l'empresa. És per gent que no tenen recursos, que no poden pagar una línia de telèfon.* (Treballadora del Servei Local de Teleassistència)

En la mateixa direcció, les cuidadores no-professionals usuàries del programa Respir de la Diputació de Barcelona fan una valoració molt positiva de l'agilitat de **gestió de les sol·licituds per via telefònica**, el tracte humà i proper de les professionals, i la flexibilitat en donar **resposta directa i immediata** a demandes amb caràcter d'urgència.

Presencialitat i virtualitat

La pandèmia ha generalitzat l'ús de la tecnologia en l'atenció a la ciutadania i una disminució important de les activitats i gestions realitzades de manera presencial.

És innegable la potencialitat de l'ús de les TIC en la cobertura de determinats serveis, per l'estalvi de temps i desplaçament innecessaris. L'ús del telèfon o les vídeo trucades, per exemple, ha facilitat la participació de les persones cuidadores principals, fet que es valora molt positivament, especialment en aquells territoris amb menor oferta de serveis:

Ahora tenemos una reunión con el psicólogo y es online. Creo que es súper práctico, porque desde tu casa puedes tener esa reunión. A parte [para] *ellos, que están divorciados, pueden conectarse* [ambos] *y bueno, está bien.* (Cuidadora no professional usuària de GSAM)

La majoria de veus recollides durant el treball de camp es pronuncien en un sentit diametralment oposat: **el procés de digitalització ha agreujat els problemes de comunicació directa amb les treballadores de l'Administració Pública** que desenvolupen la seva feina des del domicili personal i han alentit determinades gestions, no només per la manca d'uns terminis clars per rebre resposta, sinó pels problemes tècnics freqüents. Aquest fet provoca incertesa i indignació:

Amb l'excusa, amb el tema de la pandèmia tot es justifica, i no. Jo ja fa molts anys que faig teletreball (...) *i jo tinc uns terminis i he de contestar en 24 o 48 hores, i, si no ho faig, em penalitzen econòmicament.* (...) Però [els professionals públics] *t'han de donar resposta (...) per fer gestions* (...) i *no ens l'ha donat, un "cachondeo tremendo". El SEPE, que no té res a veure perquè és a nivell estatal, i la gent amb ERTOS han tingut mil problemes, monoparentals i de tot tipus.* (...) *Però que, per part de l'administració s'hagi alentit tot, que fallin les apps, que es pengin... És una vergonya!* (Mare de família monomarental)

A aquesta dilatació de processos, a més, s'han afegit nous processos burocràtics, com, per exemple, la cita prèvia:

Si la trabajadora social está trabajando en su casa, hay un teléfono al que ya no se puede llamar.

¿Estos procesos de digitalización os han facilitado, han complicado?

Han complicado. La disponibilidad es menor y te responden cuando pueden. Es por cita, normalmente, tiene uno que llamar, pedir una cita… (Cuidadora no professional usuària del Respir)

A l'ampliació del nombre de tràmits i terminis, s'hi afegeix la complexitat de gestions mixtes online i presencials, que poden implicar, fins i tot, haver de desplaçar-se a una altra població, especialment en serveis de competència autonòmica i estatal:

> *Nosotros, para el mes de mayo o así, teníamos que pedir cita para ir a los servicios sociales, para arreglar un trámite de mi madre y nos daban para 6 meses.*
>
> *¿El procedimiento de pedir cita online era sencillo?*
>
> *Sí, nos dieron hora a los 15 días. Pero nosotros somos de Sabadell y fuimos a Badalona, porque era lo más cercano y lo más pronto que había. Pero nos tuvimos que desplazar de población.* (Cuidadora no professional usuària del Respir)

De manera generalitzada, per part de treballadores i persones usuàries, s'expressa la preferència de la presencialitat, no només per atendre a les persones usuàries que tenen més dificultats d'accés telemàtic, sinó sobretot en aquells serveis que van deixar de proveir-se de manera presencial des de març de 2020, com, per exemple, les activitats adreçades a infants amb TEA:

> *Antes de la pandemia iba más, porque iba a un grupo de aprendizaje con más niños. Nosotros íbamos a grupos de padres [de manera] presencial. Pero ahora, después de todo este rollo patatero, pues no se hace nada, aparte de lo que se hace [online]. Pero el nene no ha vuelto a ir a ningún grupo de participación con más niños ni nada.* (Cuidadora no professional usuària de GSAM)

En el mateix sentit, s'expressen les treballadores familiars del SAD, teleoperadores i treballadores socials del Servei Local de Teleassistència, que reclamen la recuperació de les formacions presencials, no només pel valor capacitador**, sinó com a espais d'intercanvi d'experiències i entorns d'apoderament col·lectiu.**

La tornada a l'atenció directa i presencial es valora molt positivament per tots els agents entrevistats, no només com el mitjà més accessible i proper de relació entre treballadores i usuàries, sinó també com l'entorn que presenta menys barreres tecnològiques i cognitives d'ús.

Per acabar, nombroses treballadores i cuidadores no-professionals expressen la necessitat urgent d'incrementar el número i la freqüència de les visites dels equips de serveis socials als domicilis, especialment després del període de pandèmia**. Afirmen que moltes de les usuàries de serveis han experimentat processos de deteriorament físic i cognitiu severs,** que requeriran la requalificació de graus de dependència, o porten períodes molt llargs en què cap especialista les ha vist:

> *M'explicava que les visites que fan alguns referents són una vegada a l'any.*

Al principi, sí. A vegades, es pot anar dos; però pensa que som [tenim] *molta gent (...) per anar* [-hi] *més vegades. De cara a poder fer una revisió del que necessita aquella persona, nosaltres ens trobem molt, també, amb la requalificació dels graus de dependència, per exemple, que, en l'últim any i mig, alguns han fet una davallada. Nosaltres també ens trobem això.* (Treballadora del Servei Local de Teleassistència)

La visita más frecuente y presencial es mejor. Nosotros no somos profesionales para saber [detectar e identificar]. *O puede ser que él haga una cosa o diga una cosa que ella le da* [importancia]*, le va a atender mejor que nosotros. Y por eso es mejor presencial. Porque yo, por ejemplo, como te he dicho, no me he dado cuenta de estas* [posiciones] *de las manos.* (...) *Él tiene un tic conectado al cuello, porque los tics vienen y se van.* (...) *Cuando se pone nervioso, tose. Y claro, en el casal* [de verano] *decía que estaba resfriado, que tenía que ponerse* [la mascarilla]*, porque* [hay] *el problema de Covid.* (...) *No, mejor que lo vea, y más seguido.* (...) *Me llamaba, pero yo no pude explicarle bien las cosas. Y yo lo pedí* [una visita ya] *en verano. Y dice "vale, puedes venir presencial".* (Cuidadora no professional usuària de GSAM)

La tornada a **la presencialitat** es planteja, en definitiva, com una necessitat, no només per reduir problemes d'accés, sinó per recuperar la proximitat en l'atenció directa a nivell local, no només de les usuàries, sinó també amb les entitats:

Les entitats estem molt al costat de les persones que atenem. Però també haig de dir que l'administració s'ha allunyat una mica de les entitats. Em refereixo a que, abans de la pandèmia, a cop de telèfon, podies solucionar moltes coses; i, ara, has de seguir tot un recorregut que, fins i tot, a les companyes que estan al costat, que els hi fas una trucada i et diuen "no, no, es que ho has de fer així, perquè toca així". (...) *Quan parles de territoris petits, que abans hi havia molta fluïdesa, ara també veiem que això costa una mica més. I també s'ha de dir que, amb això* [de la pandèmia], *hem sortit una mica perdent. I això comporta que, amb les famílies amb qui tens plena confiança, quan et demanen un ajut o com està el seu expedient o el que sigui, veus que tu tens més dificultats per poder transmetre'ls-hi com està; és a dir, que a aquella família també li generes com una mica més de neguit, perquè és tot més lent. Situacions de persones amb discapacitat en processos de revisió de dependència i coses d'aquestes, veiem que l'angoixa de les famílies no la podem calmar, perquè no tenim una resposta per dir quant de temps trigarà.* (...) *L'Administració també s'ha allunyat una mica de les entitats.* (Treballadora social d'entitat)

Els requisits d'accés

Un altre factor que dificulta l'accés a determinats serveis són els requeriments legals i condicions econòmiques exigides per poder ser reconeguda com a persona beneficiària. Les persones migrades en situació administrativa irregular, per exemple, troben, en l'obligatorietat d'estar empadronades en el municipi, una barrera per tenir dret als Serveis Socials Bàsics:

Cuando nos hablan de si [las mujeres migradas] tenemos accesibilidad a los (...) *servicios públicos, podríamos decir que tenemos muchas dificultades. Primero, porque* (...) *la ley de extranjería nos complica y nos impide,* [entre] *muchas cosas, acceder a lo más básico, que es un contrato de trabajo. Segundo, esta inestabilidad social en la que nos encontramos como ciudadanas,* (...) *lo digo por experiencia propia y por el acompañamiento que hago de mujeres, para acceder a servicios educativos para menores,* (...) *en los que se nos ponen trabas, una tras otra, para acceder a las escuelas o para acceder a servicios de Salud. Es bastante complicado, si no se entiende o no se conocen parte de las leyes y normativas fundamentales, en cuanto a derechos. Otro tema que no se aborda mucho es el tema del empadronamiento. Entonces, no tener un empadronamiento, nos impide incluso acceder a Servicios Sociales, a trabajadores sociales o a educadores sociales* [que] *se hagan cargo de esta situación complicada en la que nos encontramos muchas de nosotras.* (Treballadora de la llar i les cures)

[P]er recolzar aquest mateix tema, hi ha persones amb discapacitat intel·lectual que són immigrants, per tant, tampoc tenen la documentació en regla i ens estem trobant amb moltes dificultats. (Coordinador tècnic d'entitat)

La **falta de reconeixement de determinats models de família** és un altre factor que dificulta l'accés a serveis i recursos. Aquesta limitació l'experimenten les **famílies monoparentals** que, segons dades oficials, representen l'11%[13] de les llars catalanes, tot i que aquesta xifra no reflecteix el volum total, perquè moltes d'aquestes famílies no estan representades en les estadístiques oficials:

Moltes vegades, les ajudes dels ajuntaments a la monoparentalitat no són pròpiament per a monoparental, sinó per a famílies vulnerables. I nosaltres, sempre, el primer que demanem a tots els ajuntaments és que no som pobres. N'hi ha que ho són de pobres i n'hi ha que no ho són. (...) *El que volem és que l'administració, si és l'ajuntament o qui sigui, ens reconegui com a grup peculiar, amb la peculiaritat que aquella persona, mare o pare, està fent un esforç per tirar endavant una família amb uns sols ingressos. I, aleshores, si corresponen, a nivell de logística, unes ajudes, doncs, aquestes les demanem. I, si a més, per*

renda, també et correspon, doncs, com qualsevol altra família. Però no perquè siguis pobra, sinó perquè és la peculiaritat que ets una sola figura adulta en aquella família. (Mare de família monomarental)

En el mateix sentit s'expressen les integrants de **famílies reconstituïdes**, membres de la família extensa -com les àvies, germans i néts- o persones vinculades a la xarxa personal de cures -com, per exemple, amigues i veïnes- que, sovint, en la seva tasca cuidadora, no veuen reconeguda la seva condició com a agents de cura:

Jo, per exemple, d'accessibilitat, que no soc mare ni pare, ho veig molt escàs. No hi ha aquest suport per a la resta de familiars. Està molt centrat en el nen, evidentment, i en els progenitors. Però la resta es queda descobert, i no només en aquest cas, jo que soc [la nova] *parella* [del pare]*, sinó els germans. No hi ha una atenció* [per al conjunt de membres de la família]. (...) [L]*a mancança que hi ha és que nosaltres hem de saber ajudar-los. (Cuidadora no professional usuària de GSAM)*

Per altra banda, les **famílies binuclears**, formades per persones separades i divorciades amb fills en comú, també afirmen tenir problemes d'accés a determinats serveis per la manca de reconeixement de les particularitats de la seva situació econòmica:

En el meu cas, no; però el pare, que estem separats, té ingressos alts i no ens toquen mai ajudes. Llavors, no trobem un suport que no sigui [privat]*, no només per això, tampoc tens* [la] *capacitat* [econòmica]*, estàs desemparat. És com que estàs en un pas en fals* (Cuidadora no professional usuària de GSAM)

[13] Font: Enquesta contínua de llars de l'INE (Idescat, 2018).

A banda de les dificultats relatives als requisits, per part de les famílies i beneficiàries de serveis es demana **major claredat en relació als canals i criteris d'avaluació de sol·licituds**, així com poder accedir a productes de suport de forma personalitzada. De manera específica, en relació a les ajudes tècniques i arranjaments en el domicili, les cuidadores no-professionals expressen la necessitat que les seves opinions es tinguin en compte en el disseny d'intervencions:

> *A veces pasa que viene el servicio técnico del SAD y te monta la película de ellos: "cambiar el lavabo, le pones la silla así". Pero claro, mi madre se ha acostumbrado, pasito a pasito, al baño. ¿No? Pues, entonces, para ellos es más fácil, pero no.* (Cuidadora no professional usuària del Respir)

> *Yo adapté el baño de mi casa cuando le diagnosticaron a mi padre de Alzheimer, hace unos cuantos años, y quité la bañera y puse un plato de ducha. Entonces, tengo una silla de ducha y un plato de ducha sumergida, casi nada, está casi al ras del suelo, y eso me ha facilitado mucho las cosas. Y las alzas para los váter, que también facilitan mucho las cosas, también las tengo. Pero sabes algo que te facilita y que es algo bastante sencillo. (Cuidadora no professional usuària del Respir)*

Propostes per construir una administració més àgil i accessible

Abans de recollir de manera abreujada les propostes de millora recollides durant el treball de camp, compartim algunes reflexions transversals a tots els eixos que poden contribuir a construir una administració més àgil i accessible.

En primer lloc, cal millorar la comunicació entre els professionals dels diferents recursos i equipaments, i la ciutadania, i impulsar processos de prescripció que contribueixin a un major coneixement de l'oferta pública i comunitària, i enfortir l'articulació entre els recursos existents en l'àmbit de la cura:

> [Q]*ui arriba, qui està al territori, qui està al lloc és la gent, és la comunitat de veïns, és l'associació de veïns, és l'entorn més proper, són els metges i les infermeres dels CAP. Hi ha un projecte maco que estem fent: la prescripció social, per exemple, i funciona molt bé i anar sempre acompanyats també funciona bé.* (Treballador municipal de serveis socials membre d'entitat vinculada a la cura)

En segon lloc, cal formar i implicar al conjunt d'agents involucrats en la provisió de cura, per impulsar processos que contribueixin a donar resposta a les necessitats de les persones usuàries de serveis i els seus entorns cuidadors de manera respectuosa, comunitària i inclusiva. Aquesta formació contribuirà no només a sensibilitzar un major nombre d'agents, sinó també a enfortir l'enxarxament social i comunitari:

> *A veces, tú quieres hacerlo mejor y quieres llegar a todo; pero, cuando te faltan herramientas, es imposible. Y nos hace sentir mal. Vale, entonces, si hay alguien que nos da cuatro directrices de cómo enfrentarnos a según qué situaciones, [pues nos ayuda].* (Cuidadora no professional usuària de GSAM)

> *Y sí, un poco de reconocimiento hacia personas como cuidadoras no profesionales sí debería haber* (Cuidadora no professional usuària de GSAM)

En tercer lloc, per part de treballadores, usuàries i membres d'entitats, es considera necessari **reforçar el paper proactiu dels municipis en el disseny i implementació d'intervencions** en favor de l'urbanisme i l'habitatge corresponsable amb la cura, aprofitant el coneixement i la informació recollida tant des dels diferents serveis d'atenció primària, com des de les Treballadores Familiars a domicili. En aquest sentit, l'adaptació funcional dels habitatges es planteja com una acció necessària per facilitar l'accessibilitat a unes cures de major qualitat, alhora que facilita la feina de les persones cuidadores, professionals i no professionals:

Tenia raó la companya: els quartos de bany no estan pensats per a gent que estigui malalta. Tu has d'estar bé perquè, quan estiguis una mica fotut, allà no entres. Ja s'han anat arreglant molts i la gent cada cop és més conscient de ficar plats de dutxa i coses una mica més accessibles (Treballadora familiar)

Del lavabo, la Q. ens va dir: "A mi em va molt bé això del lavabo, de veritat, perquè m'agafo i em va molt bé per asseure'm, m'aixeco, molt bé (Usuària de SAD)

Un rol més actiu per part dels municipis i un abordatge més comunitari permetria una **major coproducció de polítiques corresponsables amb la cura,** impulsades conjuntament entre famílies, ajuntaments i teixit associatiu local:

Quan es diu "l'ajuntament ha tret una subvenció per als arranjaments dels ascensors", es treu i, llavors, es presenten algunes persones pel boca-orella i tal; però l'administració també hauria de ser més propera en el coneixement de les necessitats de les persones dels municipis, perquè sinó sempre som la ciutadania que hem de conèixer, que hem de fer (...) *Però, en aquest punt, també ens sembla que seria com a innovador que allò públic anés també pel davant, perquè sinó anem les associacions, la comunitat, les associacions de veïns, els agents de peu de carrer, però l'administració en si... Potser també hi ha d'haver un canvi en el funcionament de l'administració.* (Treballadora social d'entitat)

El rol proactiu dels municipis permetria **mitigar els efectes de les bretxes d'accés** a programes, ajudes i subvencions, especialment en els grups poblacionals que, per situació personal (edat, sexe, capacitats, suports quotidians en la cura, renda econòmica) o dimensió del municipi, tenen majors dificultats per fer arribar les seves demandes i accedir als serveis.

Taula d'elements detectats i actuacions derivades "L'accessibilitat als serveis locals de cures"

Elements detectats	Actuacions derivades
Dificultats d'accés a serveis per raons de bretxa digital, tecnològica i cognitiva.	**Editar la informació de forma accessible**, amb grafismes i il·lustracions que garanteixin que arriba a persones no alfabetitzades digitalment, amb discapacitat intel·lectual i amb limitacions de domini de l'idioma.
	Col·lectius com el Grup Cooperatiu TEB o la Federació Catalana de Discapacitat Intel·lectual (Dincat) han elaborat guies d'avaluació de l'accessibilitat cognitiva d'entorns i manuals per redactar textos i continguts en Lectura Fàcil, que poden ser emprats com a recursos per promoure l'accés universal a serveis i recursos públics en l'àmbit de la cura.
	Diverses entitats, a més, desenvolupen una tasca educativa, de conscienciació i capacitadora al voltant del **disseny accessible tant d'entorns físics com digitals**.
El procés de digitalització de l'Administració pública ha agreujat els **problemes de comunicació directa** amb la ciutadania.	**Mantenir la presencialitat** en l'atenció directa a la ciutadania, de manera específica en aquells segments poblacionals que pateixen més severament situacions de bretxa d'accés.
	Incrementar el número i freqüència de les visites presencials en les consultes dels serveis i en els domicilis per avaluar possibles processos de deteriorament físic i cognitiu, i iniciar un procés de requalificació, si s'escau, dels graus de dependència o bé una revisió del pla de treball.
	Utilitzar de forma preferent el telèfon i sistemes de missatgeria ràpida per comunicar-se amb les persones usuàries de serveis i famílies cuidadores.
	Adaptar els webs de municipis, serveis i departaments, i aplicacions **a l'ús preferent des de dispositius mòbils**.
	Complementar la transició digital de la teleassistència amb processos paral·lels d'adaptació dels programes i serveis als paràmetres de l'**Accessibilitat Universal**.
	Incorporar la tecnologia de fàcil ús, com l'emprada en el Servei Local de Teleassistència, a més col·lectius com persones cuidadores i amb discapacitat.
Els **tràmits administratius** amb els diferents ajuntaments i ens locals, àrees i departaments poden ser **llargs, complexos i hiperburocratitzats**.	**Desenvolupar plataformes integrals i/o tecnològiques que permetin millorar la coordinació entre els diferents departaments relacionats amb la cura** (Serveis Socials, Educació i Sanitat) **i unificar les bases de dades i gestió documental** amb l'objectiu d'agilitzar i simplificar les sol·licituds d'alta de serveis, ajudes i subvencions.
	Existeixen **experiències de coordinació entre els departaments de Salut i Serveis Socials**, com, per exemple, el seguiment de casos al Servei d'Atenció, Recuperació i Acollida (SARA), que permet agilitzar processos, estalviar temps i tràmits, i, alhora, garanteix la confidencialitat en la informació; o l'oficina d'informació i atenció Espai Barcelona Cuida de l'Ajuntament de Barcelona, que disposa d'una **finestreta única de consulta i assessorament dels serveis i recursos de cures disponibles** a la ciutat, independentment de la titularitat, administració i àmbit territorial. A partir de les bones pràctiques existents, es podrien explorar noves eines de gestió més àgils i eficaces.
	Aquestes experiències prefigurarien un horitzó de «**finestreta única**» que podrien ser replicables a altres àrees de serveis.
	Garantir i informar dels terminis per donar resposta a les peticions i sol·licituds de les usuàries de serveis.
	Facilitar que **les entitats i projectes comunitaris** en l'àmbit de la cura **puguin ajudar i acompanyar les famílies en la gestió i seguiment** de processos.

5.6 POTÈNCIES I REPTES EN LA PROVISIÓ DE CURES SEGONS EL MODEL DE GESTIÓ, FINANÇAMENT I COORDINACIÓ

El procés de diagnosi que recull aquest informe té per objectius identificar les problemàtiques i factors que dificulten el desplegament dels serveis públics locals de cures i, també, les seves línies de millora, especialment les d'ajuda a domicili i la teleassistència, així com els recursos disponibles per a les persones cuidadores no professionals i per a les entitats d'aquest àmbit. La crisi de la COVID-19 ha tensionat el ja delicat equilibri en la provisió de serveis entre l'eix públic, la xarxa familiar i la comunitat. L'aturada i alteració dels programes en el sistema formalment organitzat -les escoles, els centres de dia i les activitats presencials, per exemple- va retornar, la responsabilitat de cuidar, a les xarxes familiars (i en aquestes, de manera predominant, en les dones: mullers, filles, àvies i germanes), convivencials i veïnals de les comunitats.

Si a l'apartat 'El binomi territori-comunitat', ens centrem en la necessitat de millorar l'articulació entre les iniciatives i xarxes solidàries de cures i suport mutu, i els recursos públics, en aquest apartat, posarem el focus en la urgència de disposar d'un sistema públic de cures que, independentment de la forma de gestió, garanteixi l'accés, l'equitat i la qualitat dels serveis locals de cures a qualsevol persona a qualsevol municipi de la demarcació de Barcelona i, alhora, sigui capaç de crear aliances amb les iniciatives i projectes comunitaris de l'entorn de proximitat com a estratègia de complementarietat en la provisió i resolució de necessitats.

Creixement i finançament del Servei d'Ajuda al Domicili (SAD)

El SAD, servei social bàsic gestionat a escala local, és un dels principals serveis municipals en l'àmbit de les cures i es fonamenta en el principi de promoure la permanència en el domicili de les persones en situació de dependència (SAD-Dependència) o necessitats socials (SAD-Social). El SAD va associat, doncs, a l'ideal, àmpliament compartit, d'envellir al domicili, amb el suport de serveis de cura i acompanyament, situant el desplegament d'aquests serveis com a imprescindible per a la sostenibilitat de les cures en l'actualitat i a llarg termini, davant del repte demogràfic:

> *Nosaltres ho hem de fer molt bé ara. Perquè jo, ara, tinc 56 [anys]. D'aquí a quan jo sigui gran, la quantitat de gent que serem..., vull dir, que ho hem de fer molt bé ara, perquè, quan hi arribem, que serem una colla, ho tinguem això apamat. I el fet que, evidentment, és molt bo envellir a casa mentre es pugui.* (Treballadora familiar)

> *Als meus pares els hi hauria agradat moltíssim poder-se quedar a casa i no va ser possible, perquè no hi havia la manera de resoldre les seves necessitats perquè no s'haguessin de moure. No va ser possible.* (Cooperativista de serveis)

> *Jo crec que la tendència, o almenys el que nosaltres volem intentar, és poder mantenir les persones que puguin estar en el seu entorn social i familiar el màxim temps possible. Per tant, hem de parlar d'incidir en les intensitats i poder cobrir aquestes necessitats.* (Responsable de SAD d'ens local)

Per això, és important comptar amb eines de planificació estratègica que permetin adequar la cobertura i la intensitat del servei, i la seva dotació pressupostària a l'evolució de la realitat sociodemogràfica i de les necessitats socials:

> *Per tant, pot ser una eina que ajudi a identificar quanta gent no estem cobrint i, per tant, això elevar-ho el que correspongui per incrementar recursos, pressupostos. Vull dir, no dir no deixar de fer res, sinó fer aquesta part. Però els recursos que tenim, actualment, per donar un servei de qualitat a qui li estiguem donant, que pugui servir realment perquè tingui una utilitat i un impacte, això sí que és veritat que amb l'ajustament dels pressupostos i aquesta limitació fa que, moltes vegades, les necessitats de personal no es puguin donar en el servei.* (Responsable de SAD d'ens local)

Així, doncs, un element clau per al creixement i la sostenibilitat d'aquest servei és el **finançament**, que representa un dels elements que més preocupa als responsables de gestió del ens locals de la província de Barcelona consultats en aquest estudi. D'una banda, el finançament d'aquest servei difereix segons la modalitat, essent l'aportació de la Generalitat major en el SAD Dependència (un 51,5%) que en el SAD social, que és d'un 44,9%, segons la Diagnosi de serveis de cures de la Diputació de Barcelona (2022). Una **aportació econòmica, per part del govern autonòmic, que està lluny**

del 66% previst, situant el **servei en situació de dèficit pressupostari**, que es cobreix, principalment, a través de les aportacions dels municipis.

D'altra banda, aproximadament **en la meitat dels municipis de la demarcació de Barcelona s'aplica el copagament** a les persones usuàries, tot i que aquest sempre és progressiu i amb exempcions per a les rendes baixes. En general, en el grup consultat, no s'aplica al SAD Social, ja que es prioritza l'accessibilitat al servei. Aquesta situació genera, pel que fa al SAD Dependència, un dels primers **eixos de desigualtat entre municipis**:

> [E]l *que no pot ser és que el SAD, en dos quilòmetres de distància, aquí hi hagi copagament i aquí sigui completament gratuït. Jo penso que amb el tema del SAD hi ha d'haver un plantejament general, igual que a nivell del contracte programa amb el mòdul del SAD social. Jo penso que aquí hi ha d'haver un plantejament de què fem amb el SAD, si copagament sí, si copagament no. I si hi ha copagament, que sigui el mateix criteri a tot el territori, ja que no pot ser que, depenent del territori, hi hagi uns greuges o uns altres.* (Responsable de SAD d'ens local)

Encara relacionat amb el finançament, observem que els pressupostos municipals associats tant al SAD com al Servei Local de Teleassistència han experimentat un creixement sostingut durant els darrers 10 anys, d'acord amb l'increment de persones usuàries, segons dades del Cercle de Comparació Intermunicipal en Serveis Socials de la Diputació de Barcelona, tot i que la cobertura i la intensitat del servei es manté estable. Aquest creixement es deu, principalment, a l'augment de l'esperança de vida de la societat catalana: actualment, un 18,9% de la població és major de 65 anys i les projeccions de l'Idescat per al 2030 indiquen que aquesta xifra pot arribar fins al 22,3%. Aquesta tendència és més pronunciada en els municipis de major població, els de més de 70.000 habitants.

A banda del copagament, una altra de les grans diferències entre municipis fa referència a **la intensitat de la cobertura**. Tot i que la mitjana d'hores mensuals a la província de Barcelona del SAD Dependència és de 21,4 hores, aquesta mitjana oculta que **els municipis més petits són els que presenten cobertures més baixes**. La intensitat del SAD Dependència a les comarques del Moianès, el Berguedà i el Bages, per exemple, se situa per sota o al voltant de les 15 hores/mensuals. Unes

diferències molt significatives, en tant que **la intensitat horària del servei és un dels elements principals per valorar l'impacte en la reducció de la sobrecàrrega de les famílies**, mitjançant la socialització de la responsabilitat de cuidar en un major nombre d'agents.

> [E]*l finançament del SAD hauria de ser igual per a tothom i per a tots els municipis. És injust que,* [en] *un ajuntament que tingui un poder adquisitiu més elevat, els seus usuaris/àries puguin tenir més hores de SAD, [mentre que l'usuari que pertany a l'Ajuntament] que està al costat, tenint el mateix grau, tingui menys.* (Responsable de SAD d'ens local)

La falta de finançament és percebuda, per part de les treballadores i gestores de serveis, com un dels **principals factors limitadors** que **no garanteix ni tan sols la cobertura de drets reconeguts** per a les persones usuàries en el marc de la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència:

> *Perquè les intensitats, fins i tot les que toquen pel dret de Llei de Dependència, no s'arriba a poder cobrir-les. La majoria, bàsicament perquè no hi ha finançament suficient, perquè ara mateix els ajuntaments tenen una sobrecàrrega de despesa important i, de fet, des de la Llei de Dependència, mai s'ha pogut arribar als màxims que diu la llei que té per dret la persona que té prescrit un SAD. I, sempre, els ajuntaments han d'anar fent equilibris amb serveis socials per poder prestar el servei.* (Responsable de SAD d'ens local)

Aquesta vulneració de drets, que es pot veure incrementada per la ubicació i dimensió del lloc de residència, és deguda a la **falta de reconeixement del Dret a la Cura** al mateix nivell que el Dret a la Salut o el Dret a l'Educació, desplegats al territori amb uns serveis públics gratuïts i d'accés universal. El copagament és valorat, per una part de les gestores de servei, com un pegat per fer front a la problemàtica de l'infrafinançament. Una mesura que, a més, a la vegada, aprofundeix en les dificultats d'accés per raó de renda econòmica:

> *Hi ha uns serveis essencials i bàsics com la Salut, l'Ensenyament i els Serveis Socials. Dir que els Serveis Socials han de tenir un copagament, perquè així es valora més el servei, crec que és més en la línia que no tenim diners, no tenim tots els diners que té Salut o que té Ensenyament per tenir uns serveis gratuïts.* (...) [É]*s un servei que el que ens permet és que la persona pugui estar a casa seva el màxim de temps possible, garantint-li un estat d'autonomia que pugui estar en el seu entorn i que és el que les persones volem.* (...) [S]*i considerem que això és un servei de* [l'Estat del] *benestar com el de Salut i Educació, que són bàsics, doncs hauria de ser gratuït. Hi hauria d'haver prou finançament.* (Responsable de SAD d'ens local)

> [A] *mi no em fa falta que em posin de pagament anar a urgències sanitàries per valorar que és un bon servei i que valoro molt la Sanitat Pública. Llavors, el copagament, jo només ho trobo perquè no tenim diners i hem de créixer. I la manera és que pagui l'usuari. Però, com a valoració del servei, pagar o no pagar ho poso en comparació amb el tema de Salut. No m'ha fet falta que privatitzin la Sanitat per valorar el servei de salut, la Salut Pública.* (Responsable de SAD d'ens local)

> [El copagament] *acaba beneficiant a les rendes altes i, en canvi, les rendes baixes acaben... Una persona amb una renda molt alta, molt alta, en una residència pública mai pagarà el 100%. En canvi, una persona amb una renda baixa es trobarà que li deixen just per comprar-se un desodorant i una colònia, com dic jo. I amb el SAD, penso que és igual, tots els sistemes que tenim ara de copagament el que fan és beneficiar a la gent que té una renda alta.* (Responsable de SAD d'ens local)

D'acord amb les opinions expressades per algunes gestores, s'argumenta que el copagament afavoreix una posició més crítica i activa vers el servei i contribueix a la corresponsabilitat, però, malgrat això, la perspectiva de poder incrementar servei també es troba present:

> *La gratuïtat fa que les persones beneficiàries acceptin qualsevol servei i no siguin tan exigents. Llavors, jo veig aquesta part positiva de poder copagar. Que no hauria de ser així, potser és corresponsabilitat; però bé, a vegades, a través del copagament, se senten més responsables. Sí que crec que hauria de ser molt, molt, molt estudiat quin és el tipus de copagament, amb equitat per tot el territori; perquè, cada ajuntament, en el nostre cas, fa sistemes diferents de copagament, que no sigui mai un guany per a l'Administració. És a dir, que aquest copagament no arribi a les arques, que a vegades passa, a les arques comunes per altres coses. És a dir, que, si hi hagués aquest copagament, servís per beneficiar el propi servei, per donar major cobertura i major servei.* (Responsable de SAD d'ens local)

En aquests moments, estic plantejant perquè sigui validat a nivell polític el tema del copagament, per qüestions del que ja heu dit vosaltres, el tema de la valoració, d'aquesta "coeducació". Però, sobretot, és cert que la gratuïtat no ens permet créixer amb el SAD. Jo estic limitada, tinc un pressupost elevat pel que fa al SAD, però sí que és cert que hi ha molta més demanda de dependència que no em permet créixer en la mesura que arribo a aquesta demanda. L'única manera de donar sortida seria amb un copagament. (Responsable de SAD d'ens local)

Models de gestió: públic, mixt i privat

A les desigualtats identificades en matèria d'intensitat i copagament, que, com vèiem, presenten patrons diferenciats en funció de la ubicació i dimensió poblacional del municipi de residència, un altre dels elements claus per entendre les **diferències que es produeixen en les formes de desplegament del SAD** és el model de gestió, que apunta a una **pèrdua de la gestió directa i mixta en favor de la gestió indirecta**, amb un mapa d'organitzacions adjudicatàries considerablement concentrat. Segons dades del «Rànquing 2019 d'entitats adjudicatàries de les licitacions del servei públic d'ajuda a domicili a Catalunya»[14] dels 65 expedients de licitació d'ajuntaments i consells comarcals catalans estudiats, el 60% han estat adjudicats a cinc úniques entitats i el 40% restant es distribueix entre 26 entitats diferents. 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.

Pel que fa a la província de Barcelona,[15] **gairebé el 60% dels ens locals que gestionen el SAD de manera mixta o indirecta ho fan amb empreses privades amb afany de lucre** i la resta, amb entitats socials, cooperatives o empreses públiques. El 56% dels ens locals ofereixen el SAD a través de gestió indirecta que predomina sobre els altres models de gestió. De fet, la tendència a externalitzar la gestió del servei s'ha incrementat de manera sostinguda durant els darrers 10 anys i s'han reduït, sensiblement, les hores d'atenció cobertes per personal propi dels ens locals.

[14] Font: Fundació Salut i Envelliment (2019): "Rànquing 2019 d'entitats adjudicatàries de les licitacions del servei públic d'ajuda a domicili a Catalunya." Universitat Autònoma de Barcelona [en línia] https://www.uab.cat/web/consultoria/serveis-sociosanitaris-i-d-atencio-social-1345769627373.html [Darrera consulta: 01.03.2022]

[15] Font: Diputació de Barcelona. Àrea d'Igualtat i Sostenibilitat Social. (2022) Diagnosi dels serveis de cures d'entorn domiciliari i comunitari a la província de Barcelona. Barcelona: Diputació de Barcelona.

A continuació, ens centrarem a analitzar alguns factors clau **que identifiquem en l'externalització** a través de la gestió privada i amb afany de lucre del serveis d'ajuda a domicili. **Aquest model té un efecte directe sobre la qualitat de l'atenció**, **la ràtio de professionals/usuàries i les condicions laborals de les treballadores**. Les dades ens mostren que es tracta d'un **servei altament feminitzat** (el 97% de les professionals són dones) **i en condicions de precarietat**, amb un 55% de jornades inferiors a les 35 hores i un 71% de contractes temporals[16]. A banda de l'impacte precaritzador en relació a la qualitat de l'ocupació i l'atenció, les gestores entrevistades durant el treball de camp expressen els **riscos de l'externalització en clau de «pèrdua del control» per part del municipis**:

Aquesta és una de les pors de l'externalització del Servei d'Ajuda a Domicili, és allò que moltes vegades "i si es fa una licitació, és que podem perdre aquest control, aquesta qualitat". I són aquestes pors amb els contractes laborals que hi ha avui en dia en el sector. I no pot ser que estiguem tots oferint un Servei Públic als nostres ciutadans i, en funció de si és una empresa externalitzada o no, entre les treballadores hi hagi tanta diferència en la seva qualitat laboral. I, per tant, això, per molt que no vulguem, repercuteix en un Servei Públic. (Responsable de SAD d'ens local)

[16] Ibidem.

Jornades parcials, cobertura parcial

En el SAD trobem una important presència de parcialitat de les jornades de les treballadores -generalment vinculat a un model d'atenció poc flexible que concentra el servei en determinades franges horàries i amb poques hores d'atenció-, així com una cobertura i intensitat parcial dels serveis de cura oferts a les usuàries.[17] Aquest fet fa que moltes de les receptores de serveis contractin serveis de cura via mercat, formalment o informalment, per cobrir aquelles necessitats no cobertes, ja sigui perquè no estan incloses en la cartera de serveis, ja sigui perquè la durada o l'horari de l'atenció és insuficient:

> [El dia que e]*ns venen a dutxar, i 50 minuts que necessito. Que no és una hora, són 50 minuts. Ja està, ja no poden* [fer] *res més.* (...) *Per això paguem una noia, perquè aquesta noia està més hores i la tenim per a més coses, per netejar la casa, ens va a comprar.*

• *Quantes hores tenen?*

> *Només tenim dilluns i dimecres, són els dos dies que venen, dilluns i dimecres.* [La resta de dies] *ens ve la nostra nena, que ja la tenim set anys.* (...) *La Y. ve dues hores cada dia.* (Usuària de SAD)

> *(...) [L]es hores que té adjudicades a cada usuari depenen de [l'assignació de] l'Ajuntament, del grau de dependència que tingui la persona i, llavors, li correspon tres hores a la setmana, o quatre hores, o al mes 15 hores o 20 hores. Llavors, no es pot; ella pot demanar, però, si no li concedeixen, no pot ser, ens hem d'adaptar a l'horari que hi ha, o sigui, a l'horari que tenen concedit.* (Treballadora familiar)

> *Penso que ampliar l'horari, no sé com ni de quina manera, potser per anar-los a ficar a llit o fer sopars o, fins i tot, no ho sé, arreglar-los una mica els caps de setmana, que el servei quedés cobert, d'alguna manera, sempre. Si més no, amb la gent que no té família o més ho necessita.* (Treballadora familiar)

> *Jo no tinc cap usuari que no vulgui més hores. Volen més hores de TF i més hores d'auxiliars i tot.* (Treballadora familiar)

A banda d'aquesta interconnexió entre cobertura parcial i precarietat laboral, un altre dels problemes expressats tant per les treballadores, com per les usuàries i les famílies cuidadores és la manca d'adaptació del servei a les necessitats de les usuàries. Unes necessitats que, tot i ser canviants i en permanent evolució, no es revisen amb la freqüència que precisen:

> *Yo, por ejemplo, llevo 3 años aquí. Tengo casi todos los usuarios desde que empecé, menos dos que fallecieron este verano. Las necesidades que yo empecé con ellos no son las mismas que ellos tienen ahora, porque, evidentemente, ha pasado el tiempo. Entonces, yo creo que las "Treballadores Socials" del Ayuntamiento deberían hacer como mínimo una visita trimestral a casa de cada usuario para ver hasta dónde* [ha] *avanzado. Porque, por ejemplo, tengo un usuario que, cuando yo entré, lo acompañaba a duchar y, ahora, lo tengo que llevar con grúa. Claro, antes, una ducha era veinte minutos; ahora, la ducha es en cama, la grúa, le haces daño, porque, claro, no se mueve está muy rígida, necesitas 45 minutos para hacer una higiene bien hecha. De esa manera, tú haces bien tu trabajo, pero ellos, entre comillas, están un poco desatendidos, porque están, desde que yo entré, con el mismo tiempo y ya han pasado tres años.* (Treballadora familiar)

[17] La parcialitat de les jornades de les treballadores té a veure, també, amb la demanda de serveis per part de les persones usuàries a la franja de matí.

Els canals de **recollida i transmissió d'informació per revisar i requalificar el grau** de dependència de les usuàries no només representen l'inici de processos llargs i poc àgils, quan el lideratge recau en mans de les famílies, tal com recollim al capítol 'L'accessibilitat als serveis locals de cura', sinó que també són **processos dificultosos per a les treballadores**. Es tracta d'una situació que es pot veure agreujada pel **model d'organització dels equips de treball i el volum de l'empresa**:

> *Nosotros hacemos coordinaciones mensuales, pero, cualquier incidencia que hay, yo se lo digo a mi coordinadora. Lo que pasa es que el ayuntamiento de mi pueblo va súper lento en todo. Es que no lo entiendo, o sea lento no, lo siguiente. Llega un momento que te desesperas.* (Treballadora familiar)

Tal com desenvoluparem més endavant en aquest mateix apartat, els grups de treball reduïts representen una dimensió favorable per atendre i adaptar-se millor a les necessitats de les persones usuàries. Per contra, la gran dimensió de l'empresa gestora i el volum d'usuàries ateses genera nombroses incidències que poden afectar directament la qualitat de l'atenció oferta. Una situació que pot ser viscuda amb especial dramatisme en casos en què les necessitats de cura són majors o molt específiques:

> *Yo tengo incidencias continuamente. Para mí es el drama de mi vida. Es horroroso.* (...) [L]*a persona que lleva recursos humanos, y no la entiendo como trabaja, pero siempre lo hace en el último momento.* (...) *Yo el día 13 me incorporaba al trabajo, después del "Respir". La recojo a final del día y el 13 me incorporaba al trabajo. Entonces el día 13 esta señora* [la Treballadora Familiar] *se le ocurre coger vacaciones. Pero ya había firmado el papel hace un mes y medio entonces. "Oye, si empiezo el día 13: ¡por favor,*

> *avisadme! Porque entonces no quito el 13". Te digo: "oye, mira, porque tengo que hacer la formación." Porque: ¿qué ocurre? Está tan estandarizado el servicio, y a mi madre no la puedo dejar con la cuidadora sin explicarle nada, porque no explican nada, no explican absolutamente nada.* (Cuidadora no professional usuària del Respir)

> *Eso a nosotros nos pasa mucho, que nosotros tenemos una persona que va por la mañana, pero continuamente la cambian. Y el tema está en que nuestro niño (niño…, 33 años), hay que aprender todo, por lo menos una semana, dos semanas, una persona, aprender lo que hace falta. Porque hay que darle la comida, hay que asearlo, hay que hacer de todo. Entonces, cada vez que te hacen un ciclo de cambio implica que....*
>
> *Tiene que estar durante 1 semana, semana y media o dos semanas, dependiendo de la persona o lo que sea, para que vuelva a coger el paso. Y cuando ya lo está cogiendo, te llaman: "mira, es que ya no puede ir, te vamos a mandar..." Realmente cuando cambian de persona, que el niño la acepte, nada más ese proceso para que él la acepte toma de dos a tres días. Al principio, además, son personas que hay que hacérselo todo. Entonces, no saben cómo esa persona lo va atender y hace que formen una barrera, de yo allá, tu acá y vamos a ver cómo lo vamos entendiendo, según le va cogiendo confianza y que va aprendiendo.* (Cuidadora no professional usuària del Respir)

Les usuàries i famílies entrevistades es queixen d'una **alta rotació de treballadores, manca d'adequació de la formació de les Treballadores Familiars amb les necessitats de les usuàries i una escassa o nul·la transmissió d'informació relativa als casos**.

Yo gente en casa, externa, no he tenido nunca. Privadas, sí. Pero sí que me han explicado que es una historia, porque cada día te mandan una persona diferente y ni la persona ni el paciente se adapta, ni la familia tampoco. (Cuidadora no professional usuària del Respir)

Debería ser la persona que te asignen... Yo entiendo el problema que tienen, son empresas subcontratadas por las instituciones. ¿Qué pasa? Que tienen un personal limitado y se le van abriendo hoyos, y ¿qué hacen? Bueno, pues se me abrió este hoyo, tengo que tapar y lo pongo acá; pero creo otro hoyo allá; pero, bueno, ya veré cómo manejo el otro hoyo… Y ese manejo de tapar hoyos, lo que hace es que a los usuarios nos crea mucho problema. (Cuidadora no professional usuària del Respir)

En aquest sentit, tal com explicarem més endavant, en aquest mateix capítol, i, específicament, a l'apartat relatiu a la coordinació, els grups reduïts, on l'assiduïtat de les reunions d'informació i les possibilitats de seguiment de cas són més contínues i immediates, són un terreny fèrtil per atendre i adaptar-se millor a les necessitats i situació de les persones usuàries.

Recursos humans: ràtio, plantilles i rotació

Tal com enunciàvem a l'inici de l'apartat, existeix una **relació entre infrafinançament i precarietat dels serveis de cura** que genera diferents tipologies de desajustos a nivell de recursos humans. En els darrers 10 anys, la ràtio professionals/usuàries en el SAD ha millorat,[18] de manera especial en els municipis amb més de 70.000 habitants que arriben a una ràtio de 10 persones usuàries per professional d'atenció directa. Al seu torn, per cada 33,5 treballadores d'atenció directa (auxiliars de la llar i treballadores familiars), existeix una figura de coordinació o direcció. Tot i aquesta millora, totes les treballadores i cuidadores familiars entrevistades, durant el treball de camp, expressen i identifiquen una **situació generalitzada de sobrecàrrega.** Aquesta afecta a les treballadores d'atenció directa i de coordinació del SAD, així com a les gestores dels EBAS. També es va fer present, durant **la pandèmia provocada per la COVID-19, amb una saturació** de les trucades entrants al Servei Local de Teleassistència, motivada per les emergències d'aquella situació o bé per la impossibilitat de cobrir les baixes mèdiques per COVID-19 entre les professionals del centre d'atenció. Unes circumstàncies que es veuen aguditzades per la **crisi de creixement** que experimenten els serveis de cures:

Lo que pasa es que las "Treballadores Socials", realmente, a veces, están sobrecargadas. Y pierden el hilo de las cosas y, si uno no está continuamente llamando: "¿qué pasó? ¿pudiste [hacer] *el papel?", no es que no quieran hacerlo, es que van sobrecargadas.* (Cuidadora no professional usuària del Respir)

Jo ampliaria més gent, perquè cada vegada tenim més usuaris/àries i si que posaria més persones a treballar. A vegades, sí, últimament, tenim moltes trucades. (Treballadora del Servei Local de Teleassistència)

El punt clau és el personal de coordinació. I el que no podem pretendre és que una coordinadora estigui igual de dedicada, quan té 150 usuàries a càrrec seu, que quan en té 300. Això, a nosaltres ens ha passat. Vam començar amb el contracte amb tantes usuàries i una coordinadora; al cap de 2 anys, hem crescut moltíssim i continuem tenint una coordinadora. És igual els canvis que vulguis fer, de model i de forma de fer, els números no surten. Llavors, es poden fer canvis per millorar sempre, però aquí hi ha un tema de gradació, de càrregues de treball. (Responsable de SAD d'ens local)

En aquest sentit, les gestores de SAD observen que, a conseqüència de la sobrecàrrega de treball i la diversitat de tasques que desenvolupen, tenen, fins i tot, **dificultats per fer seguiment i assegurar-se que les empreses gestores compleixen amb les condicions recollides en el contracte**. Unes mesures concebudes per garantir la qualitat de l'atenció, la revisió dels plans de treball i la coordinació entre agents i, si s'escau, activar accions correctives, però que a la pràctica són irrealitzables:

Hi ha un reglament i aconseguim un SAD, i el concedim per un termini. És a dir, no donem un SAD sense una temporalitat, sinó que té una temporalitat màxima de dos anys. Després, evidentment, es pot renovar, però s'ha de renovar i s'han de passar de nou les escales i fer el diagnòstic de nou i, llavors, a part d'aquests 2 anys, com a màxim, ha d'estar subjecte al pla de treball i a la temporalitat d'aquest. I sí que es demana que, un cop mínim, Serveis Socials, el

[18] Font: Diputació de Barcelona. Àrea d'Igualtat i Sostenibilitat Social. (2022) Diagnosi dels serveis de cures d'entorn domiciliari i comunitari a la província de Barcelona. Barcelona: Diputació de Barcelona.

referent del cas, faci una visita a domicili i un seguiment de la situació. Perquè si no passa això, pot haver-hi casos que, en 2 anys que es porta al SAD i va funcionant, no es faci la visita d'un síndic. I a l'empresa se'ls hi demana un mínim, que la coordinació tècnica vagi cada sis mesos a fer un seguiment i un informe de seguiment de la situació del cas per anar adaptant el pla de treball, i aquesta temporalitat pot ser menor si s'acorden aquestes reunions de coordinació en Serveis Socials en funció de la complexitat del cas. Si Serveis Socials, conjuntament amb l'empresa, valora que no és cada sis mesos, sinó que s'ha de fer cada tres mesos, en casos infància, en casos de famílies i més socials, doncs també s'acorda la freqüència d'aquest seguiment i d'anar fent revisió del pla de treball. Això és la teoria, a la pràctica, cadascú fa el que pot. (Responsable de SAD d'ens local)

Què podem fer perquè després les empreses, realment, facin el que han de fer? Perquè tenim molt clar què volem, més o menys, i sempre podem anar avaluant i millorant, però el problema és quan no ho fan. I l'altra cosa és quan no disposem nosaltres mateixos de recursos suficients per anar darrere les empreses per requerir-los el que no fan, que és un altre. I que aquí hi ha una part de manca de recursos, en el meu cas, per part meva, de dir és que no dono l'abast de veure tot el que no estan fent. (Responsable de SAD d'ens local)

[P]*enseu que, entre treballadores familiars i auxiliars de la llar, hi ha més de 120 persones, vull dir, som un equip i no puc. Llavors, jo crec que ja no poso el pes sobre l'empresa, sinó en mi mateixa amb la capacitat per poder estar a sobre d'un servei tan gran i tan important, que, a més, és el servei més important que tinc jo en cartera, sobretot a nivell pressupostari.* (Responsable de SAD d'ens local)

A la manca de recursos humans suficients i de temps disponible per fer seguiment, se suma el fet que, a municipis de petita i mitjana dimensió, **les responsables de serveis no tenen una dedicació exclusiva** a la coordinació del SAD:

Si coordino el SAD, el treball social, els desnonaments, llavors és una bogeria continua. A més a més, és molt complicat parar-se a avaluar. (Responsable de SAD d'ens local)

Per mitigar aquests dèficits en el seguiment del compliment del contracte i dels acords, algunes gestores apunten la necessitat de **disposar d'un suport o eina tecnològica concebuda exclusivament per funcions de control i avaluació**:

Una de les mesures que ajudaria és comptar amb algú, de la Diputació o la Generalitat, que no està en el dia a dia nostre, amb alguna eina que ens ajudi a controlar això, amb una eina que ajudi a mesurar aquest compliment [del contracte]. (...) [O p]*otser, algunes eines* [tecnològiques] *que ajudin a aquest control, com a mínim d'aquella part més feixuga i, després de tot, poder encarregar-se més de la part qualitativa del servei.* (Responsable de SAD d'ens local)

Un altre factor que genera molta saturació a les treballadores i coordinadores de serveis és l'**excés de burocràcia** en tràmits per a l'elaboració i revisió dels Plans Individuals d'Atenció (PIA) que requereixen de l'aprovació dels serveis territorials de la Generalitat de Catalunya. Unes gestions que, tal com apuntàvem al capítol 'L'accessibilitat als serveis locals de cura', precisen d'una millora generalitzada adreçada a simplificar, automatitzar processos i estandarditzar tràmits que d'un municipi a un altre poden variar, intentant reduir el nombre d'agents implicats en la tramesa i escurçar els terminis de resolució:

> [E]*l que ens trobem és molta càrrega, per exemple, a l'hora de fer les valoracions. Com que cada ajuntament té el seu accés al servei d'una manera, amb unes bases o reglaments, per a nosaltres ens implica molta feina burocràtica. (...) [T]ota la tasca administrativa no és un cop, quan ja tens la persona que li acceptes el servei, sinó prèviament, abans de poder accedir al servei. Tot això sí que es podria millorar.* (Responsable de SAD d'ens local)

Una altra dimensió relacionada amb la gestió de Recursos Humans, en aquest cas en relació a les treballadores d'atenció directa, són les dificultats en el **relleu de treballadores durant els períodes vacacionals o per baixes laborals**, fet que provoca diferents tipologies d'**incidències derivades de la falta de traspàs entre professionals o per la manca de seguiment d'expedients**. Aquestes irregularitats tenen un impacte negatiu a diversos nivells: d'una banda, **afecten la qualitat de l'atenció** rebuda per les persones usuàries, i, de l'altra, poden **trasbalsar les cuidadores no-professionals,** ja que impliquen canvis inesperats en l'organització de la seva vida personal i professional:

> [E]*ls canvis són horrorosos. Perquè, és clar, tens confiança en una persona i, si et ve una nova, no tens aquella confiança, no saps com tractar-la. Llavors, si venen les mateixes, saben les nostres manies, saben les nostres coses. Elles ja diuen: "A., no et posis nerviós amb això, amb allò", l'ataquen més, perquè el coneixen, i em diuen a mi: "tu, tranquil·la, saben com som".* (...) *Amb elles, ens va molt bé, perquè no tenim res a dir, com aquell qui diu, res.*
>
> *Quins són els moments on es produeixen més canvis?*
>
> *S'han produït canvis ara, amb això de la Covid, i, després, els canvis són per les vacances, quan fan vacances elles. És molt assumible. Nosaltres ens hi adaptem.* (Usuària de SAD)

La reiteració en la rotació de personal no es produeix únicament a nivell de treballadores d'intervenció directa, sinó que també es dona en els equips i figures de coordinació, fet que incideix en la qualitat del servei:

> *Yo no sé qué pasa en mi empresa, pero en un año pueden haber pasado como 7 u 8 coordinadoras, o sea, algo falla. No sé si es la oficina o es desde arriba, pero yo no encuentro normal que pasen 8 coordinadoras. Y que, a lo mejor, entran y, a la semana y media, cogen la baja y ya no vuelven; y entra otra, y luego entra otra. Tiene que haber algo que no funcione, todo esto nos repercute a nosotras y repercute a los usuarios porque dicen "hoy me ha llamado (me lo invento) tu coordinadora que se llama María" y, al cabo de dos semanas, "me ha llamado una chica que se llama Lidia, ¿quién es?" ¿Cómo le explico esto a los usuarios, que cada 3 semanas o cada 2 meses hay una coordinadora nueva? (...) O no las tratan tan bien o los sueldos que tienen no son buenos...* (Treballadora familiar)
>
> *El problema de les coordinadores noves és que, fins que no coneixen les treballadores i no coneixen les usuàries, hi ha un temps aquí que tots estem una mica…* (Treballadora familiar)

Els canvis freqüents de personal, sumats a la mancança d'un traspàs adequat entre professionals i a la manca d'integració dels àmbits social, sanitari i educatiu poden implicar **endarreriment en la prescripció de tractaments o en l'assignació de serveis a usuàries**, de manera específica quan el relleu es produeix en les persones referents de seguiment d'expedients o quan en la cadena de derivacions intervenen diversitat d'agents. Ens comparteix la seva experiència, en aquesta matèria, la mare d'un infant amb TEA que ens relata les dificultats de coordinació i integració entre departaments per a l'accés al CSMIJ:

Parlo com a escola pública, la de l'EAP, que és la que s'encarrega amb la psicòloga d'anar donant voltes per poder fer derivacions. Si cada any te la canvien, cada any comencen de nou. Llavors, això va endarrerint molt, perquè, per exemple, vam estar tres anys darrera de la de l'EAP, perquè ens derivés cap al CSMIJ. I com que la canviaven, la psicòloga que entrava volia fer ella tot, un altre cop, i tot s'endarreria en el temps. (Cuidadora no professional usuària de GSAM)

Retornant al SAD, les diferents professionals entrevistades durant el treball de camp són unànimes en relació a que no només cal una major dotació de personal en l'atenció social domiciliària, tant pel que fa a l'atenció directa com a la gestió i seguiment de la qualitat, sinó que és necessari també **millorar les condicions laborals i contractuals** en tots els convenis i grups professionals implicats en els serveis de cures, ja que les existents són molt precàries. En un altre sentit, es reclama una **professionalització del sector**, mitjançant la **capacitació i apoderament de les treballadores i treballadors**, i una labor de **conscienciació cap a les famílies i empreses contractants de la importància de la solvència tècnica** de les persones empleades, així com una millor configuració dels equips i perfils professionals, amb l'objectiu d'evitar l'intrusisme de personal poc qualificat i tendir a la configuració de plantilles més estables:

[N]*o és una feina ben pagada. Però també és cert que és una feina poc qualificada. Fins que no li donem una qualificació com cal... Tothom fa un curs presencial d'X hores i ja té una titulació i ja s'hi posa. I és una feina que tothom s'hi agafa. I és el que diu la XXX, és vocacional. Però, a part de la vocació, has de tenir una formació.* (Treballadora familiar)

Les empreses proveïdores de serveis se cenyeixen al conveni. El problema és que els convenis són molt millorables.

Si hi hagués una millora del conveni i una millora salarial, potser reduiria la rotació?

Això segur. Sí. Això sí, és clar, evidentment. Pensa que hi treballem dissabtes, diumenges i festius, Nadal... El sou no és 'buf!', però, és clar, com està al conveni. Però, si pugessin el sou, és clar. (Treballadora del Servei Local de Teleassistència)

Yo me voy de vacaciones, y me voy 15 días, y pasan 3 suplentes en 15 días. No es normal. Pienso, si yo me voy de vacaciones y le paso a la persona que va a venir a suplirme toda la información de cada usuario, de cómo yo lo hago para que ellos no noten tanto la diferencia, si tienen úlcera, si llevan... Cada uno lleva una crema diferente, se lo explico todo perfectamente. Y pasan tres personas en 15 días. (....) Deberia haber por lo menos una persona fija que solamente *se dedicara a hacer suplencias. Que no que, cada vez, que si tienes que ir al médico, coges un día de fiesta, que sea una persona diferente, todo esto a ellos les desorienta muchísimo. No sé si es porque nuestras condiciones laborables son de pena, y, si no te gusta lo que haces, llega final de mes y te pagan 950 euros.* (Treballadora familiar)

Les professionals entrevistades conclouen que, necessàriament, s'ha de trobar un punt d'**equilibri entre les condicions de dignitat del treball que realitzen i la qualitat de l'atenció centrada en la persona que es vol oferir a les usuàries de serveis**, ja que només estabilitzant les plantilles i millorant les condicions laborals es podran revertir les mancances derivades de la precarietat:

Està molt bé poder atendre les necessitats o l'atenció aquesta personalitzada. Però, també és veritat, que això costa molt de lligar després amb les treballadores, que hi hagi una plantilla estable, que estiguin contractades per més hores i no només totes per dues hores al matí. Vull dir, buscar l'equilibri entre la qualitat professional (amb una plantilla estable i amb les treballadores amb unes mínimes condicions laborals) i els requeriments de les persones, a títol individual. (Responsable de SAD d'ens local)[19]

[19] Les condicions laborals a què fa referència aquest testimoni són del període anterior a l'entrada en vigor de la Reforma laboral vigent des del 28 de desembre de 2021, que ja no permet contractes inferiors a 20 hores setmanals.

Riscos i fortaleses de cara a la coordinació

Tal com introduíem a l'inici d'aquest capítol, els ens locals de la província de Barcelona que gestionen el SAD de manera mixta i indirecta ho fan entorn al 30% i el 56%, respectivament; i d'aquests gairebé el 60% ho fan amb empreses privades.[20] L'externalització i el copagament de serveis són algunes de les estratègies emprades pels municipis per fer front al dèficit pressupostari i a l'augment de la demanda:

> *Difícilment podem pensar que pot haver-hi una millora en el model, si no va acompanyada d'un finançament real a les necessitats.* (Responsable de SAD d'ens local)

Tot i que l'increment sostingut de la gestió externa i mixta és una tendència a l'alça en municipis de mitjana i gran dimensió, durant els darrers 10 anys, les gestores de SAD manifesten el **temor que l'externalització impliqui perdre la capacitat de supervisar el desplegament de serveis i de coordinar-se efectivament amb els diferents agents**. En municipis de petita dimensió, on la gestió directa està més arrelada, els equips reduïts acostumen a treballar des de la proximitat amb les usuàries, fet que valoren molt positivament, tot i que la seva realitat presenta altres problemàtiques, com, per exemple, que **les treballadores han de realitzar una gran diversitat de tasques**:

> *Al ser un equip reduït, petit, té aquests avantatges, tot i que té altres inconvenients. Però, vull dir, jo penso que, de cara a la persona és un avantatge perquè, en qualsevol moment, podem intervenir i estem a l'altra banda per poder modificar el que calgui. Llavors, sí que és veritat que en sociosanitari sempre hi ha coordinació, t'informen de l'alta per poder gestionar el que s'hagi de gestionar; i, sí que és veritat, que amb l'àrea bàsica de salut és una mica més complexa, sobretot en aquells casos crònics en què cal intervenir, en què hi ha d'haver cures a nivell d'infermeria. Tenen com aquesta "habilitat" per acabar delegant tasques d'infermeria a les treballadores familiars, que t'has d'acabar discutint dient-los que "això no són les nostres tasques".* (Responsable de SAD d'ens local)

[20] Font: Diputació de Barcelona. Àrea d'Igualtat i Sostenibilitat Social. (2022) Diagnosi dels serveis de cures d'entorn domiciliari i comunitari a la província de Barcelona. Barcelona: Diputació de Barcelona.

Un altre element molt ben valorat per les responsables dels serveis és l'estabilitat dels equips, afavorida per la gestió directa, però també altres models de SAD de proximitat, fet que els facilita assolir un alt grau de coneixença i un bon nivell de coordinació no només amb la resta d'integrants de la plantilla, sinó també en el seguiment de casos i en relació als recursos existents en el territori:

> *A nivell local, jo crec que és mèrit de les persones que estan en els equips de les unitats de cronicitat, tant en PADES, com en els centres sociosanitaris (...). Realment, hi ha molt bona coordinació i molt bona entesa. I suposo que també són equips que fa molts anys que treballen i la coneixença que hi ha, a nivell professional, fa que la coordinació en aquest cas entre Serveis Socials i Salut sigui molt bona.* (Responsable de SAD d'ens local)

La petita dimensió i estabilitat dels equips permet, fins i tot, **formes de coordinació més informals** entre agents, basades en relacions d'avinença i connexió, condicions que donen molta tranquil·litat al conjunt de persones implicades en la cura:

> *No és res que estigui estructurat i que consti en un programa, però sí que la bona entesa entre diferents serveis fa que puguem lligar tot això i deixar-los una mica tranquils a ells, que no enviem a casa una persona que es quedarà allà sense cap tipus de cobertura. I això dona tranquil·litat a l'usuari i per a les famílies i per a tots.* (Responsable de SAD d'ens local)

Aquesta **coordinació fluïda,** que trobem en els grups de treball estables i amb nivell de elevat, contrasta amb la realitat viscuda en altres municipis, fins i tot de mitjana dimensió, on no només no hi ha aquesta sincronia entre departaments, sinó que, a més, no es pot donar resposta a necessitats sanitàries amb l'agilitat que precisarien. Una treballadora familiar entrevistada durant el treball de camp mostra la seva perplexitat davant del contrast entre la realitat del seu municipi i la d'altres territoris pel que fa a l'atenció primària de salut:

> *Yo estoy alucinando. O sea: ¿tienen servicio directo con las enfermeras? Aquí llamas, porque, por ejemplo, yo tenía un señor que le salió como una pequeña úlcera, llamas a la enfermera y, a lo mejor, viene al cabo de 3 días. O este señor que tengo, que esta encamado, que tiene el pecho súper cargado. Llamó el otro día su señora, porque le dije: "llame al ambulatorio, porque está muy cargado. Yo creo que necesita antibiótico, pero yo no soy doctora". No vinieron ni a verlo y ¡le atendieron por teléfono! (...) Yo estoy viendo unas carencias aquí en mi ciudad, que en otros municipios, es increíble todo lo que tienen.* (Treballadora familiar)

Les **dificultats de coordinació** es veuen agreujades, de manera especialment intensa, en aquells municipis i comarques **on en la provisió de cures intervenen un major nombre d'agents** i en territoris que presenten un **major grau de dispersió espacial.** En aquests contextos adversos **només la bona disposició dels professionals garanteix una millor concomitància**:

> *La gestió del cas compartida no la tenim,* (...) *només aquí tenim altres tres proveïdors de salut, encara que és més complicat poder arribar institucionalment a tenir un model de coordinació i de treball conjunt. Aleshores, és amb voluntat dels municipis que depenen de l'hospital principal, o igual de la corporació...que resulta que hi ha més bona relació, només perquè els tècnics dels serveis hi tenen més ganes, que no els d'un altre hospital. O sigui..., depèn molt de la voluntat dels professionals de base.* (...) *Mira que fa anys i anys que sabem tots que s'està intentant tirar endavant, i no hi ha manera.* (Responsable de SAD d'ens local)

Tal com vèiem a l'apartat 'La cura, un dret de ciutadania sostingut sobre la vulnerabilitat i la interdependència', la cura és una necessitat que precisa d'una mirada i abordatge integrals i, en conseqüència, d'una **coordinació i/o integració** entre els diferents departaments i àrees, **no només a nivell operatiu, sinó també a nivell pressupostari.** En aquest sentit, s'expressa la infermera comunitària entrevistada durant el treball de camp on reflexiona entorn a com **els problemes socials poden generar patologia, però, per falta d'integració entre la perspectiva social i la sanitària, no existeixen els recursos ni canals apropiats per posar-hi remei de manera preventiva:**

> *Al Departament de Salut tenim molt pressupost, tenim un pressupost molt, molt gran. I, en canvi, el que és el departament de Drets Socials ara, d'Afers Socials i Família, té un pressupost més petit, quan, realment, es necessiten molts recursos socials. O sigui, si és tan important l'àrea sanitària com l'àrea social i, cada vegada, hi ha més problemes socials, més problemes sanitaris com a conseqüència d'un problema social.* (Directora estratègica d'entitat)

Parlem específicament de coordinació

El terme "coordinació" fa referència a la combinació de persones, mitjans tècnics i treballs per a una acció comuna. En l'àmbit concret de les cures, com introduíem breument a l'apartat anterior, podem parlar de la col·laboració que dos o més agents estableixen en l'atenció compartida d'una situació concreta, essent aquests agents tant persones com departaments, administracions o organitzacions. En aquest sentit, la coordinació **requereix d'un projecte comú** -tenir cura i atendre les necessitats d'una persona o col·lectiu- en què **es comparteixen objectius, se sumen i complementen coneixements, habilitats, tasques i recursos**, a través d'uns **mecanismes de comunicació àgils i clarament definits,** que faciliten la gestió i l'abordatge de cada situació. Per parlar de coordinació, per tant, hem d'assenyalar la **necessària voluntat de cooperació** i l'establiment d'un contacte continuat entre els diferents agents involucrats en el procés de cures. Una voluntat i contacte que es poden veure condicionats, com introduíem a l'apartat anterior, per l'estabilitat dels equips, la dimensió de les plantilles i el nombre d'agents implicats, i la dispersió territorial.

Una pràctica que busca l'harmonització, d'una banda, de l'autonomia de les diferents persones i organitzacions que participen en la provisió de cures en relació amb el desenvolupament de les seves funcions i tasques particulars, però, alhora, requereix del diàleg i l'intercanvi permanent per garantir un sentit compartit en les intervencions realitzades i, en definitiva, una cura digna.

La coordinació requereix, al seu torn, d'una **feina d'avaluació constant** que incorpori no només els aprenentatges propis, sinó que faciliti els canals per integrar els procedents de l'experiència aliena, i que, alhora, garanteixi l'**accés ràpid a la informació i als coneixements** generats, a través d'instruments d'emmagatzematge i traspàs sistemàtic.

Coordinació entre agents proveïdors de cures

En l'àmbit de les cures intervenen, gairebé sempre, diferents persones, organitzacions i administracions. Fins i tot, quan es treballa en el marc d'una mateixa administració pública, és necessària la coordinació entre diferents departaments. La provisió de cures es fa, per tant, des de diferents nivells, els quals coexisteixen i s'entrellacen, i requereixen, al seu torn, de diferents nivells de coordinació: amb la família i entorn immediat, la comunitat, les empreses del sector i l'Administració.

En la relació entre serveis i persones cuidadores no professionals, el vincle hauria d'anar més enllà de la coordinació estricta, ja que si bé cal treballar per assolir un intercanvi fluid d'informació i coneixement tant informal i quotidià, com professional i tècnic, la coordinació hauria d'implicar, també, **un suport i una facilitació d'eines perquè les cuidadores no professionals** puguin desenvolupar millor aquesta funció en benefici de la salut i el benestar de la persona cuidada i d'elles mateixes:

> *Cuidadores no professionals, també tenim contacte amb elles. Jo penso que és bo comunicar-nos, perquè la majoria de vegades estan més hores amb l'usuari que nosaltres i poden veure també moltes coses.* (Treballadora familiar)

> *[N]ormalment la família, tret* [que] (...) *hagi tingut experiència en això, va una mica perduda. Llavors, tu li ensenyes com ha de mobilitzar aquesta persona, com ha de ser un traspàs, com s'ha de fer una higiene…* (Treballadora familiar)

En un altre sentit, pel que respecta a la coordinació entre professionals pertanyents a diferents serveis o àmbits, els principals topalls detectats han estat, d'una banda, la **manca de temps**, ja que sovint el temps assignat per a la intervenció no contempla **l'intercanvi i el traspàs d'informació entre professionals** d'atenció directa i, de l'altra, la manca de protocols específics.

Yo es que creo que al final influye mucho el factor humano, con quién te encuentras. Porque, aparte de que tendría que estar más coordinado, si tú dejas tu puesto de trabajo y viene otra persona, después, pues si tienes tú unos informes, está muy bien que tú quieras hacer una evaluación Ahora los del EAP, si deja de estar la psicóloga y hay otra, "míratelo un poquito, para ir avanzando". Y no, "eso fuera y yo empiezo de nuevo" (Cuidadora no professional usuària de GSAM)

De manera unànime, entre totes les persones consultades durant el treball de camp, destaca la valoració positiva del Servei Local de Teleassistència en matèria de coordinació entre diferents recursos i, especialment, amb el SAD:

La coordinació, nosaltres molt bé, tenim molt bona coordinació amb el servei de teleassistència. Si fa falta, també, amb el servei d'infermeria a domicili, cap problema, tenim via telèfon directe, si veiem qualsevol cosa. Vull dir, molt, molt bé. (Treballadora familiar)

Respecte als serveis de Teleassistència un 10 és poc, jo trobo que és dels millors, almenys aquí a Barcelona, i el treball és genial. Vull dir, immediat, resolutiu, súper eficaç per a qualsevol cosa. Aquí, sí que els hi poso matrícula d'honor a aquest servei, per descomptat. (Treballadora familiar)

En principi, sí, jo alguna vegada sí que és veritat que m'he trobat que, potser, (...) *et truca la treballadora familiar; moltes vegades truquen: "mira, que a la senyora la trobo malament, què li passa?" Si jo no tinc res a la fitxa, normalment nosaltres ho passem a la nostra coordinadora i* (...) *elles passen la informació a serveis socials.* (Treballadora del Servei Local de Teleassistència).

En canvi, pel que fa a la coordinació entre infermeria a domicili i treball familiar, o treball social i treball familiar, les valoracions són diverses: molt positives, de vegades; mentre que, en d'altres, s'assenyalen certs entrebancs. En tot cas, es mostra que **el treball col·laboratiu entre professionals continua depenent**, en bona mesura, **de la voluntat individual i no d'un model de treball** que contempli les sinergies entre professionals i/o serveis.

Fins i tot, bé amb les professionals, a nivell de l'ambulatori, del CAP, diguéssim. Si hi ha algun problema, jo tinc el WhatsApp de més d'una infermera i em comunico amb ella si he vist, jo que sé, una persona que li ha sortit una llaga nova… (Treballadora familiar)

Yo creo que, por ejemplo, en el planning... En nuestro caso, cuando fichas con el teléfono, tú te puedes meter, te sale el nombre del usuario y los años que tiene, pues ahí debería poner si tiene algún tipo de demencia, la medicación que toma, porque tú, más o menos, lo sabes, pero alguna vez tienes que llamar al 112 y te preguntan cosas que no sabes qué contestar. Yo el viernes tuve que llamar al 112, me preguntaron si es alérgica a algo, pues no lo sé. Entonces, yo creo que en el teléfono donde fichamos, que te sale toda la información del usuario, ahí tendría que poner todo. Sé que sería mucha faena para los coordinadores, pero para nosotras estaría muy bien. (Treballadora familiar)

Por eso veo tan necesario que las, perdona que sea tan pesada, que las asistentas sociales vayan a los domicilios y miren cómo están los domicilios y miren cómo están los usuarios. Porque, por muchas quejas que nosotras pongamos a las coordinadoras, ellas pasan, en parte… (Treballadora familiar)

Una dificultat de coordinació que s'ha assenyalat sovint, tal com s'ha esmentat al llarg de l'informe, ha estat la de l'àmbit social i l'àmbit sanitari. Així, la **manca de protocols o plans estratègics entre serveis** que depenen d'administracions i/o departaments diferents duu, amb freqüència, a la duplicació de feina i a un traspàs d'informació poc àgil, a més de generar un excés de tràmits per a les persones usuàries.

[N]*o hi ha cap pla de cap tipus, sinó que, al final, han estat la doctora i la infermera del PADES que s'han avingut a treballar amb les treballadores familiars de forma estreta, per dir-ho d'alguna manera. No té res a veure amb cap pla de res. Sí que és veritat que, ara, estem iniciant en un dels ambulatoris un projecte pilot d'integració i, precisament, començarem amb els casos de SAD.* (Responsable de SAD d'ens local)

A nivell institucional, evidentment, no s'ha tirat bé; a nivell de departaments, tot va quedar molt aturat, tota la gestió, a nivell de casos. Però, a nivell local, jo crec que és mèrit de les persones que estan en els equips de les unitats de cronicitat, tant en PADES, com en els centres sociosanitaris (...). *Realment, hi ha molt bona coordinació i molt bona entesa.* (Responsable de SAD d'ens local)

[J]*o crec que, moltes vegades, va amb l'empatia dels mateixos professionals; si et coordines, és perquè empatitzes més o menys. Però allò de dir, una coordinació integrada sociosanitària, que és el que manca a nivell de Generalitat, tampoc és que existeixi; el que sí que tenim és un conveni de col·laboració entre Ajuntament/Consorci* [Hospital], *en el qual nosaltres cedim un paquet d'hores d'aquest SAD al Consorci* [Hospital] *perquè gent ingressada, o d'una davallada de salut sobrevinguda que ingressi a l'hospital o el que sigui de la corporació, pugui activar-se directament al SAD.* (Responsable de SAD d'ens local)

Anava per fer un apunt en el tema d'unificació de bases de dades en el Pla Estratègic de Serveis Socials, que podria contemplar les del Departament de Salut i unificar les dues bases de dades seves. Això el que faria seria que, només anant a un dels dos departaments a demanar la documentació o la subvenció corresponent, ja no haguessis d'anar d'una banda a l'altra, que és el que està passant ara, que has d'anar primer a serveis socials bàsics, després passes a salut perquè demanes els informes mèdics. (Coordinador tècnic d'entitat)[21]

Després, també jo penso que és important que sempre es parla d'una atenció integrada social i sanitària. Sempre estem parlant i espero que arribi aviat, perquè (...) *Moltes vegades maregem a la gent cap aquí cap allà, Serveis Socials, Sanitat, Salut, Serveis Socials, tal, per un paper o per un document, quan realment entre nosaltres hauríem de posar... de coordinar més per no marejar la gent.* (Directora estratègica d'entitat)

[21] A partir de l'art. 71 de la LLEI 2/2021, del 29 de desembre, de mesures fiscals, financeres, administratives i del sector públic. (gencat.cat) s'afegeix una disposició addicional, la quinzena, a la Llei 12/2007, de l'11 d'octubre, de serveis socials, respecte a la Comunicació de dades entre serveis sanitaris i de serveis socials del sistema públic. Vegi's: https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/l/2007/10/11/12

Respecte a la coordinació pública-privada, és a dir, entre l'ens local o administració responsable del servei de provisió de cura i l'empresa que el gestiona, en general, es detecten limitacions pel que fa als **espais de coordinació**, exceptuant alguns models de SAD de gestió directe o de proximitat amb equips de treball reduïts, que han començat a implantar-se recentment i que són ben valorats pel personal tècnic que ha participat en la fase de treball de camp de la recerca.

> [S]*i tens a les treballadores familiars pròpies, tens una coordinació més directa i saps el que s'està fent; però, si és de l'empresa, com no facis reunions amb la coordinadora, doncs vas més perdut.* (Responsable de SAD d'ens local)

> *Hi ha una part dels municipis* (...) *que sí que, en les reunions que fa cada quinze dies serveis socials amb la coordinadora tècnica de l'empresa de SAD, hi participa el referent de treball social de Salut. Això està valorat molt positivament per totes les parts, tant per Serveis Socials com Salut, perquè, és això, fan seguiment, fan visites a domicili i participen en reunions, conjuntament amb el SAD.* (Responsable de SAD d'ens local)

Un altre aspecte de la coordinació que s'ha detectat que caldria millorar és el vincle i treball amb la comunitat. Es tracta d'una interrelació que pot aportar importants beneficis, tant a les persones receptores de cures com a les cuidadores i als serveis involucrats, tot partint que la comunitat pot aportar proximitat, vincle personal i coneixement acurat de certes realitats, i l'Administració capacitat tècnica i recursos:

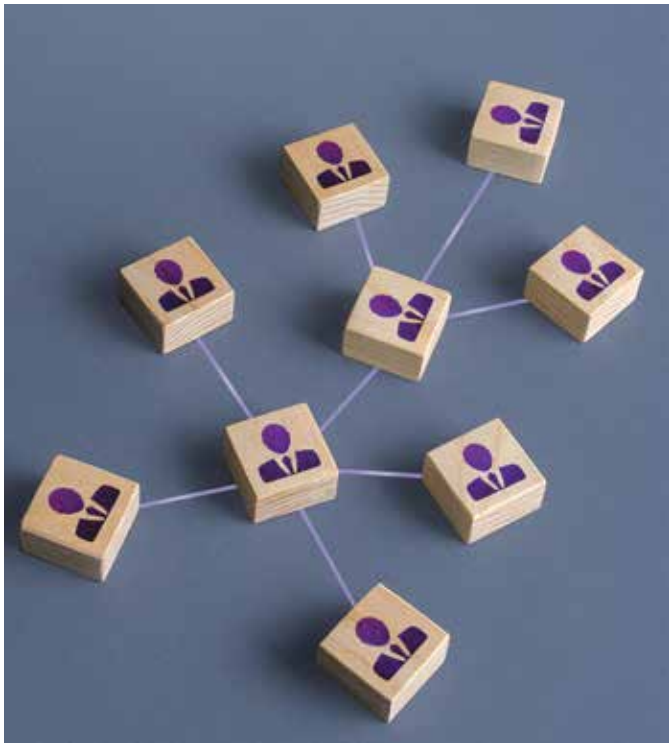
> *Hi ha, per exemple, malalties minoritàries que, realment, des del Departament, des de la part sanitària, se'ls hi dona poca atenció i hi té un pes molt important la feina que fan les entitats, les associacions* (...). *Jo penso que la part que més treballen les entitats és la part més emocional, és a dir, la part sanitària o la de l'oferta pública és més una oferta clínica; i la de les entitats és més la part de recursos, però per donar cobertura a aquesta part emocional que les famílies no tenen.* (Directora estratègica d'entitat)

> *Totes les administracions públiques, aquí, estan fent un esforç molt gran i les entitats també, i poder seguir en aquesta línia, realment, ens faria anar molt més enllà i poder donar resposta a totes les situacions que s'estan vivint aquí.* (Coordinador tècnic d'entitat)

Pel que fa als organismes supramunicipals, com ara els Consells Comarcals, la dispersió territorial, el volum de recursos i la diversitat d'equips esdevenen factors que dificulten poder dur a terme una bona coordinació/supervisió dels serveis:

> *Però és que, a més, dintre de l'àrea bàsica del Consell Comarcal tenim els municipis. O sigui, nosaltres, com a àrea bàsica, tenim la responsabilitat dels serveis socials i del SAD de tots aquests municipis que formen part del Consell Comarcal. Els que tenen empresa pròpia o SAD propi, l'únic seguiment que ara mateix estic fent és que els hi demano els certificats dels interventors per fer la justificació econòmica de la Generalitat, cada any; però un suport, com a Consell Comarcal, per fer el seguiment del seu servei, tant si és extern com si no és extern, és que tampoc l'estem fent. Ni tampoc estem fent un control ni un suport als ajuntaments que tenen el seu servei; però que crec que, com a Consell Comarcal, és una responsabilitat que tenim.* (Responsable de SAD d'ens local)

Així mateix, sovint es fa referència a la **no existència de canals d'intercanvi d'informació i documentació fluids entre administracions**, fet que, en la pràctica, es tradueix en una sobrecàrrega de gestions per a les persones i entitats de l'àmbit comunitari, amb un impacte en l'accessibilitat a serveis i prestacions.



Coordinació, model de gestió i territori

Una qüestió detectada en les entrevistes i grups de treball realitzats és que la dimensió poblacional i el model de gestió condicionen, de forma directa, les possibilitats de realitzar una coordinació eficient i efectiva. En aquest sentit, la dimensió del territori gestionat, el volum de municipis, serveis, professionals i usuàries, o la titularitat dels serveis són alguns dels aspectes assenyalats respecte a oportunitats o dificultats per a una coordinació qualitativa que permeti alinear esforços vers la provisió de cura digna.

Així, la dimensió del territori gestionat és una de les qüestions que ha estat apuntada en diverses ocasions. Tot i que es posa de manifest que, **en municipis petits, existeix una oferta més reduïda de recursos** o que l'accés es veu limitat pels desplaçaments que es requereixen i les dificultats de transport, es valora de forma positiva la **proximitat de la relació** i les **majors possibilitats de comunicació, intercanvi i treball conjunt** que ofereixen:

> *És clar, nosaltres som un poble de 5.000 habitants (...). Doncs, de moment, home!, sempre seria millorable, que hi pogués haver més gent i ampliar més els horaris, és evident; però, diguem que, dintre del que està establert, penso que funciona bé. És a nivell una mica casolà, diguéssim. No és que no sigui molt professional, però és més casolà, potser, per l'estructura i la densitat de gent que tenim aquí i per la proximitat. No deixa de ser un poble, la gent ens coneixem.* (Treballadora familiar)

> [P]*erquè viure en un poble dona facilitat a que ens coneguem tots i puguin informar d'una persona a l'altre, hi ha com una xarxa de veïnatge que, realment, això ho cuida molt. Per un altre cantó, al CAP no hi podem anar tan sovint com voldrien.* (Cooperativista de serveis)

D'altra banda, el volum de recursos, professionals i usuàries de serveis és un altre factor que cal tenir en compte a l'hora de planificar les necessitats de coordinació i de seguiment del servei. Tal com queda reflectit en les cites que segueixen, sovint **el temps reservat per a la tasca de coordinació i seguiment no és coherent amb les exigències derivades del volum gestionat**, i, d'altra banda, tampoc no es duen a terme estudis o anàlisis exhaustives que permetin determinar quines són aquestes exigències:

> *Tu creixes en usuaris i continues tenint el mateix número de coordinadors, que poden tenir més bona voluntat o menys; però, al final, no quadra, no els hi pots demanar que facin les altes en dos dies, que facin visites de seguiment, si tenen allà un fotimer de gent a càrrec seu.* (Responsable de SAD d'ens local)

> *Que també és veritat que sí, que incorporem ràtios de coordinació per a treballadors i per als usuaris o expedients; però tampoc no hi ha cap estudi ni cap comparativa, és a dir, poses una ràtio i la mantens, si va bé, i, si veus que no va bé, doncs augmentes; però això tampoc no està ni estudiat ni calculat ni res de res.* (Responsable de SAD d'ens local)

> *Però jo crec que, amb el nou contracte, sí he pogut convocar dues reunions, i les tinc establertes cada dos mesos. I acabo funcionant via telèfon, per allò de dir "escolta, això està funcionant, això no està funcionant".* (Treballadora familiar)

En aquest punt, cal assenyalar que el volum de recursos i persones gestionats no sempre respon a les dimensions del territori, sinó que, per exemple, en els municipis petits trobem, amb certa freqüència, que un sol o una sola professional és responsable de múltiples àrees o serveis.[22] En tot cas, al marge de la dimensió del territori, el model de gestió adoptat condiciona la coordinació. Així, queda palès que, en el treball en equip petit, es dona una major comunicació, intercanvi i unificació de criteris i objectius, i que aquesta forma de treballar depèn, sobretot, de la fórmula implementada i no tant de les dimensions del territori, el servei o el nombre d'usuàries:

[22] De les 6 coordinadores de SAD del grup de discussió que vam organitzar en el marc del treball de camp d'aquest informe, i que van respondre al qüestionari posterior, cap d'elles es dedica exclusivament a aquesta tasca.

Ara, amb el model que estem fent, des de fa un any, sí que puc dir que el servei s'adapta a les necessitats i les singularitats. I això ha passat per estar més en contacte amb l'usuari. A banda de la treballadora familiar que té, tenim una figura intermèdia que és la coordinadora (...)*, tenim quatre equips i quatre coordinadores* (...)*. Abans teníem un sol SAD. I, llavors, el tipus de feina que estan fent ara, en equip petit, seria una mica semblant a això de les Superilles Socials de Barcelona. Són equips d'entre 8 persones, el més petit, i 16 persones, el més gran. I, cada un d'aquests equips, a més, té* (...) [una] *coordinadora.* (Responsable de SAD d'ens local)

Nosaltres, a més, estem en el Centre de Serveis Socials i, si convé parlar amb la referència o convé qualsevol cosa, és una informació molt més fluida i molt més directa. I, a les coordinacions setmanals, això mateix es trasllada a la treballadora que en aquest cas fa el servei (Treballadora familiar)

Val a dir que es fa referència a la **pitjor organització en empreses de grans dimensions** i a la **manca de comunicació amb els usuaris i usuàries**, sobretot pel que fa a canvis de persona, com correspon al cas que s'exposa a continuació:

Él se comunica a través de los ojos, de la voz, del tono de voz, porque no habla como nosotros y hay que aprender a conocer a ese niño: cuando te dice que no, cómo tú sabes que te está diciendo que no; cuando te dice que sí, que quiere más, cómo lo haces, entonces es un tiempo (…)*. Entonces, para ese tipo de usuario deberían de tener una persona determinada y no cambiarlas, porque eso le da inestabilidad total al usuario. Si me la da a mí, que soy la que tengo que estar arriba de todo eso, imagínate, tú, un muchacho que está así que vea una cara nueva cada quince días, cada mes.* (Cuidadora no professional usuària del Respir)

En matèria de coordinació, també la pandèmia ha tingut el seu impacte. Algunes fórmules de sincronització d'equips, per exemple, es van interrompre, tot i la valoració positiva que havien rebut:

Arrel d'un moment de crisi, sí que vam implementar com trobar-nos cada tres mesos o quatre per poder parlar d'aquests casos i que poguessin veure a les treballadores familiars, i que elles poguessin exposar-los quines eren les dificultats o angoixes amb aquests casos més complicats a nivell de salut. I la veritat és que va anar bé, es va millorar. Sí que és veritat que, amb tota la situació actual, no ens hem tornat a reunir en aquest any i mig que portem de pandèmia. (Responsable de SAD d'ens local)

Finalment, constatem que les condicions laborals de les professionals proveïdores de cures condicionen la seva permanència al servei, de manera que la rotació de treballadores incrementa, de forma considerable, quan aquestes condicions són considerades com a negatives, donant lloc a una descoordinació significativa en la provisió de cures, amb l'impacte que aquest fet té per a les seves receptores.

La gestió des de la proximitat com a horitzó

Recentment, a alguns municipis de la demarcació de Barcelona, s'està implementant **el model de les superilles socials com a model de proximitat per al desplegament dels serveis de cura a domicili** i de coordinació amb la resta d'agents i departaments existents al territori. Una forma de gestió que intenta reproduir les dinàmiques i pràctiques que es produeixen als municipis de petita dimensió, gestionats de forma directa i que presenten les següents característiques: equips petits i estables, amb contractes a temps complet (en el model original), que, des de la proximitat, permeten una major adaptabilitat a les necessitats de les usuàries, incrementen la qualitat de l'atenció, milloren el seguiment de casos i proporcionen tranquil·litat a les famílies:

> *Quan a Barcelona van fer les superilles, ja vam reduir el grup de treballadores, coordinadores. Quan ho fas amb nucli petit, funciona diferent. I ara que aquí ha vingut, doncs és això, és una població que, tot i ser prou important, som quatre barris i, també, som un grup petit, [la qual cosa] fa que la comunicació sigui molt més ràpida, les formacions, la gestió és diferent* (...) *Però sí que el nucli petit, en aquest cas, hem d'anar a microgrups, de població, de barri, perquè sinó es perd, es perd una mica la qualitat per totes bandes.* (Treballadora familiar de SAD d'ens local)

En la mateixa direcció s'ubiquen mesures impulsades, des de municipis de mitjana i gran dimensió, que tenen per objectiu configurar nous **contractes de gestió de serveis de cura mitjançant lots de menor dimensió**. Una estructuració dels lots que permet no només que més empreses tinguin la possibilitat d'accedir als concursos públics, sinó que possibilita que, en determinats municipis, les persones usuàries puguin escollir. En aquest sentit, s'expressa una gestora de SAD d'un municipi mitjà:

> [L']*última licitació ha fet que puguin guanyar tres empreses i que totes tres gestionin el mercat de servei del SAD públic. És clar, jo penso que hi ha una part positiva que és que això farà que, potser, també es posin més les piles entre elles. No sé com dir-te, que si, al final, han d'acabar competint, per dir-ho així, o la persona pot escollir i està farta d'una mala gestió d'una empresa o de manca de comunicació, quan truquen i no agafa ningú el telèfon, doncs, potser, tenen una altra opció, un pla B.* (Responsable de SAD d'ens local)

Tot i això, també es valora important l'acompanyament a les persones en l'elecció de les empreses, perquè no es donin situacions com la que s'exposa:

> *Al final, acaba dient "aquesta", perquè no té coneixement tampoc de les empreses. A menys, que tingui un veí que tingui una empresa i digui "sí, mira, a mi aquesta m'està funcionant"; però, sinó, també s'escull a dit.* (Responsable de SAD d'ens local)

A banda de les qüestions relatives a l'organització d'equips tècnics i coordinació amb els serveis públics de proximitat, un altre element transformador del model de SAD de proximitat és **el reconeixement i la incorporació d'altres agents de cura en el disseny, implementació i avaluació de serveis**. La proximitat que facilita la petita dimensió permet un treball més cohesionat entre les coordinadores i treballadores dels serveis públics, i les entitats socials, les cuidadores no professionals i les usuàries de serveis. **Les reunions freqüents** de coordinació i seguiment de cas i les visites conjuntes esdevenen veritables **espais** no només de traspàs d'informació, sinó **d'intercanvi de perspectives i apreciació de sabers** de les diferents persones que participen de la intervenció directa:

Encara que jo vaig als domicilis a veure els casos, me n'adono que has de tenir uns ulls especials. Les treballadores socials que fan, diguéssim, la dependència i que ens deriven els casos, no veuen res. Encara que fossin cada mes, no veurien moltes coses que ens trobem [les treballadores familiars]. Vull dir, que haurien d'anar amb vosaltres, perquè jo moltes vegades faig visites conjuntes amb elles i els hi demanen una dutxa: "però si aquí no hi cap!", "si aquí no sap on accedir", "si aquí em trobaré aquesta dificultat"... Perquè són coses que vosaltres m'heu ensenyat, en les reunions que tenim setmanals, i jo ja vaig als domicilis amb uns altres ulls. Però, de veritat, que no és només una qüestió d'anar a veure, és qüestió [de sensibilitat] *i que els hi hauríem de fer una guia* [sobre] *quines coses són importants que vegin.* (Treballadora familiar)

En un altre sentit, **en els serveis a domicili es generen espais informals de formació i transferència** de coneixement entre cuidadores de diferents perfils: treballadores públiques, cuidadores no-professionals i cuidadores contractades privadament per les famílies. Un entorn de treball i relació per **millorar la qualitat de l'atenció** de les persones usuàries, però que, alhora, pot servir per

identificar situacions d'aïllament i vulneració de drets de les treballadores de la llar i les cures, específicament, en el cas de **treballadores migrades internes**:

[N]*ormalment la família, tret* [que] *hagi tingut experiència en això, va una mica perduda. Llavors, tu els hi ensenyes com han de mobilitzar a aquesta persona, com ha de ser un traspàs, com se li de fer una higiene* (...). *Es va comentant i en parlem i passem informació. I, a les cuidadores, també. Cuidadores que hi ha normalment a casa, que són de fora, vull dir que no són de la família. Són persones que estan treballant allà, doncs, també hi ha una comunicació.* (Treballadora familiar)

[I]*ntercanviem dubtes o maneres de fer, tècniques. I amb les cuidadores privades, justament la setmana passada, a la coordinació, el que van parlar és que, de la mateixa manera que aquí, ara s'està fent un grup de formació i de recolzament als familiars o cuidadors, dèiem nosaltres que feia falta potser fer-lo, també, amb les cuidadores privades.* (...) *La treballadora familiar que va al servei és l'únic nexe d'unió que té* [la cuidadora privada] *amb el món exterior.* (Treballadora familiar)

Qualitat de l'atenció: factors dificultadors i facilitadors

Al llarg d'aquest apartat, hem anat veient de quina manera la situació d'infrafinançament dels serveis i programes de cura, i d'estabilitat pressupostària de les administracions locals empeny a diversos municipis de la província de Barcelona a explorar noves formes de gestió mixtes i privades per fer front a la crisi de creixement que experimenta l'àmbit. I com aquesta manca de finançament comporta, al seu torn, tot un seguit d'impactes negatius, vinculats entre sí, en matèria de recursos humans i dificultats de coordinació entre agents. En aquest darrer apartat, ens centrarem en analitzar la qualitat de l'atenció rebuda per les persones usuàries i els seus entorns cuidadors.

Els principals indicadors per mesurar la qualitat del servei en l'àmbit de la cura són la **satisfacció de les persones usuàries, la resolució d'incidències i el control de l'activitat dels equips de treball**. Hi ha professionals que defensen que la satisfacció de la persona usuària i el seu entorn cuidador no ha de ser l'únic indicador, sinó que s'hauria de tenir en compte la consecució d'objectius com **l'apoderament de les persones cuidadores i la promoció de l'autonomia personal de les usuàries** de serveis, tot i que són indicadors més difícils de mesurar.

En relació a la **valoració de la qualitat de l'atenció**, en primer lloc, destacarem la **importància de l'actuació preventiva i de detecció** que es pot fer a través d'un **servei d'atenció a la llar** com a via d'entrada al domicili, així com la necessitat d'un **increment de la intensitat de les hores d'atenció personal**. Es considera cabdal el paper de les auxiliars de la llar en la prevenció de situacions de deteriorament i vulnerabilitat, tot i que es podria aprofitar molt més la seva intervenció introduint noves funcions, ja que el seu suport millora substantivament la qualitat de vida de les persones que viuen soles, així com nous perfils per a la promoció de l'autonomia personal de les usuàries:

> *Hi ha algunes persones que només necessiten això perquè són persones grans, que els hi és important i que és necessària la neteja, però que no poden fer-la i no ho posaria com un complement. Però sí que prioritzaria atenció* (...) [personal]*, també incorporant altres perfils que no sigui només* [la] *Treballadora familiar que* [fa] *la higiene, sinó treballar més l'autonomia de la persona en altres sentits, no només aquesta atenció que ara mateix està molt marcada, la higiene i poca cosa més.* (Responsable de SAD d'ens local)

> [L]*es treballadores de la llar, jo crec que, són una figura molt important; inclús, hi ha vegades que també es poden utilitzar com a rotativa, per tornar a fer agafar hàbits a les persones que ho han deixat de fer per X motius. Jo crec que, també, els hi podem donar una altra visió que no és només anar a netejar i estar, sinó que a vegades és reforçar i reeducar o agafar hàbits que han deixat de fer per malaltia o pel motiu que sigui.* (...) [A] *l'atenció a la llar sempre li hem volgut donar un caire preventiu per evitar, doncs, que hi hagi situacions de deteriorament.* (Responsable de SAD d'ens local)

> *La demanda inicial, moltes vegades, és des de la neteja i, sovint, és, a través d'acceptar un servei com la neteja que acaben després acceptant altres tipus de servei. Nosaltres ho veiem d'una manera, perquè ens basem més en aquesta part professionalitzada, però si a ells els hi dius que és el que* (...) [necessiten, comencen] *a demanar que el que necessiten es algú que els ajudi a netejar casa seva o mantenir la seva llar.* (...) [És] *com* [la] *porta d'entrada al domicili per conèixer aquell cas en concret i, posteriorment, poder treballar altres aspectes si s'escau.* (Responsable de SAD d'ens local)

Un altre dels elements claus vinculats a la qualitat és la formació de les professionals i els professionals. Tot i que les empreses gestores de serveis tenen l'obligació d'oferir formació regular a les persones treballadores, **el creixement del sector dels darrers anys ha comportat la incorporació de moltes persones que no tenen la formació adequada.**[23] En aquest sentit, s'expressen les cuidadores no professionals entrevistades durant el treball de camp en relació a la manca d'adequació dels perfils i, de manera específica, en relació a la **falta de coneixement especialitzat sobre les patologies i realitat de les persones usuàries**, que és una constant. Sovint, el dèficit formatiu se suma a l'alta rotació de treballadores en els domicilis:

[23] Font: Institut d'Envelliment - UAB (2011): La formació per a la gestió de la qualitat en el SAD. Barcelona, Diputació de Barcelona. Disponible online a: https://www.diba.cat/documents/14465/16342306/formacio_gestio_qualitat_sad_final_revisat_amb_indicadors_.pdf/f0175666-9d49-4bce-b70c-50611f2a5ae9 (Darrera consulta: 23/03/2022)

Yo entiendo que estas empresas tienen que organizarse mejor y tener [conciencia] *realmente* [de] *qué perfiles necesitan:* (...) *tú no puedes mandar gente que no sepa trabajar con una persona en camilla a que trabaje, porque se le complica mucho. Porque no saben, porque no saben cómo hacer las cosas.* (Cuidadora no professional usuària del Respir)

La falta de formació dels professionals és percebuda per les cuidadores no-professionals no només com un factor que provoca que es pugui, fins i tot, **endarrerir la identificació i diagnosi** d'una nova patologia, sinó que, a més, provoca que les famílies hagin d'estar molt pendents per assegurar-se que es fa un seguiment adequat del cas. En aquest sentit, l'ús del servei pot **incrementar la càrrega mental i de treball** de les cuidadores.

Les treballadores afirmen rebre formació per a professionalitzar-se de manera periòdica en matèria d'hàbits alimentaris, mobilitzacions, higienització, estimulació cognitiva, entre d'altres, tot i que observen que la regularitat de les formacions s'ha vist afectada pel context pandèmic:

Fem formació, reciclatge. Cada any, cada any, cada any. Sí, ara ens en va fer una la fisioterapeuta de postures corporals, perquè ens anés millor per aixecar pesos i com posar a l'esquena, com sanejar-la. Vull dir, en fem cada any. Bé ara, aquest any de la pandèmia evidentment no vam fer nosaltres, perquè crec que no es podia moure ningú. Però sí, sempre, durant tots aquests anys que he treballat, cada any, he anat fent una formació del que sigui, de salut mental, malalties mentals, de tot, vull dir. (Treballadora familiar)

Les cuidadores no-professionals insisteixen en la necessitat d'**oferir formació de manera regular, periòdica i obligatòria a les professionals d'atenció directa i coordinació** per no deixar en mans de la bona voluntat, vocació i motivació de les treballadores la qualitat de l'atenció.

Aquesta **falta de formació per professionalitzar**, sumada amb l'**alta rotació de les treballadores** que hem explicat anteriorment, dificulta enormement que les cuidadores (professionals i no-professionals) que coincideixen als domicilis puguin acompanyar-se i transferir-se coneixements i metodologies d'atenció cap les usuàries de serveis:

Te puedo decir la experiencia que hemos tenido nosotros. La primera persona que nos asignaron era realmente una profesional y, a ella, nosotros le dijimos lo que nosotros hacemos. Ella lo escuchó, empezó, pero después que llevaba ya un par de días le había cogido el camino. Dijo: "mire, hay que cambiar cosas. Mire esto, en vez de hacerlo así, hay que hacerlo más fácil. Esto voy a hacerlo así". Y esa persona que, dichosamente, fue la primera, fue en cierta medida la que nos enseñó a nosotros cómo manejarlo. Ahora, de ahí en adelante, todas las que hemos aguantado... [Con cada una que venía] era sentarnos y explicarle paso a paso lo que hay que hacer. Y ella lo que hace es que, durante dos o tres días, tú lo haces y ella [la trabajadora] *lo ve. Se van cada una involucrando más y, después de tres días, te dice que "ahora empiezas tú que yo termino". Y así, hasta que coja confianza, fácilmente se te va un mes, y ahí viene el cambio: "que ella trabaja con tal área, se tiene que ir....". Todo cambia y vuelve a empezar. Eso es un desastre.* (Cuidadora no professional usuària del Respir)

Al seu torn, les auxiliars de la llar i treballadores familiars apunten que la **manca d'un full de serveis ben definit** les perjudica, ja que genera una gran indefinició de les funcions i competències que se'ls atribueixen:

Si el primer dia ja no dic "no, això no", és molt més difícil després fer-ho. Perquè van demanant, van demanant i, pobret, ho fas una mica sabent que no has de fer-ho. Però, al final, acabes malament perquè, quan poses el límit, ja s'ha passat. Llavors, ho has de fer des del principi. (Treballadora familiar)

[Q]*uan entres en un domicili, sí que tens unes pautes de quatre coses puntuals que s'han de fer i acabes fent 40 més. Això és que és inevitable, perquè, no sé, quan acabes de fer una dutxa, reculls el quarto de bany, ningú t'ho diu, ja et surt. Són coses que ningú te les diu, però que hi són. Suposo que has d'estar una mica pendent, però sí, la veritat és que comences per 4 i acabes per 40.* (Treballadora familiar)

Un altre element associat a la qualitat del servei és la **diversificació dels perfils professionals**, especialment pel que fa al SAD socioeducatiu, però, també, a figures de coordinació en equips reduïts de SAD de proximitat.

Com a reflexió de cara al SAD social, totalment d'acord que ho hem de mantenir, però sí que hi entraria més amb l'especialització i amb noves figures, com poden ser la del mediador o altres figures que puguin aparèixer. (Responsable de SAD d'ens local)

Sí que volem pensar en introduir noves figures, el SAD socioeducatiu amb famílies i infància en risc, pensar en figures com a integrador social que pugui incidir en aquest sector de població... (Responsable de SAD d'ens local)

Falta especialització dels professionals per a aquest SAD social d'infància i preventiu... (Responsable de SAD d'ens local)

Jo soc una figura que està entremig. Per una banda, puc fer serveis com a treballadora familiar; però, llavors, estic d'intermediària, diguéssim, entre les treballadores y les famílies. (...) [P]er això deia que amb les famílies, per exemple, em comunico per WhatsApp i, qualsevol canvi, llavors, ho notifico a les treballadores. Després, ja hi ha les coordinadores tècniques, de gestió, que són les que estan al despatx. (Treballadora familiar)

La introducció d'una major diversitat de perfils va associada, també, a una major valoració del SAD social amb què s'atenen necessitats socioeducatives, de risc social i per al manteniment de l'autonomia personal, que també han crescut amb el període COVID-19.

Tota aquesta problemàtica de salut mental que s'està generant arran de la COVID, que també està empitjorant moltíssim, és un SAD social i, difícilment, arribaran a ser un grau de dependència, per exemple. I el que ens ha demostrat l'experiència és que amb una ajuda al seu domicili és la forma que tenen de poder continuar i mantenir certa autonomia. I penso que, com a ajuntaments, la batalla que tenim també és de cara a la Generalitat, que doni el reconeixement que el SAD social mereix, que ara mateix no el té. (Responsable de SAD d'ens local)

Que hi ha persones que, si pel grau correspon a tant, hi ha finançament per cobrir tant. Però és que, a més a més, el seu entorn familiar, el seu entorn social, la seva situació personal genera un risc social i també són casos socials. I aquests casos són els que, després, quan se situen com a dependència, falten hores, perquè dependència estableix un grau i no queda recollida aquesta part social també. (Responsable de SAD d'ens local)

Afegeixo una altra cosa, que el SAD dependència està com normalitzat, té un abast més universal, més normalitzat; i, en canvi, el SAD social no, serien col·lectius, parlant del tema de gènere, de dones, monoparental, sense recursos, violència masclista. Hi ha persones que, en el col·lectiu en què es troben ubicades, estaria molt bé [que poguessin] comptar amb algun suport, sinó compten amb xarxa i no està normalitzat. Realment, són casos com molt individuals. I, per això, crec que també s'hauria d'intentar com normalitzar una part de social. (Responsable de SAD d'ens local)

Podem afirmar que un servei de qualitat reuneix les següents característiques: coneixença entre les persones de l'equip de treball i coneixement de les tasques que han de realitzar al domicili; adequació de les necessitats del cas amb les competències professionals; i actituds personals com ara l'empatia, la confiança, el respecte i el compromís amb les persones usuàries.

Per això, les gestores de SAD subratllen la importància i necessitat de l'existència d'un **contracte de serveis**, conegut per ambdues parts, que clarifiqui les **tasques i cobertures incloses en les hores de treball de la llar i atenció personals** que les usuàries tenen reconegudes:

> [D]*onar-li un valor* [al contracte]*, que es vegi realment que aquest pla de treball està* (...) *allà concertat i que és l'eina que tindrà l'usuari per anar fent el seguiment del seu servei, per donar-li valor al servei i a qui el firma, i el que representa aquest servei. Potser, donar-li més valor a aquest contracte, seria un punt de millora.* (Responsable de SAD d'ens local)

> [C]*rec que hauria de ser-hi sempre. Donar-li el valor que aquesta és la part on ell ha participat per definir les funcions, la periodicitat, els horaris... I, de vegades, només és això, un tràmit.* (Responsable de SAD d'ens local)

> [S]*í que és important que hi sigui, perquè, al cap i a la fi, és un servei que se li presta a ell per unes necessitats d'ell. Ell ha de definir les seves necessitats, ha d'estar d'acord amb allò que se li ofereix i, després, ha de poder ser capaç de dir què va bé o què no va bé.* (Responsable de SAD d'ens local)

Per part de les treballadores familiars, es proposa incorporar una **nova funcionalitat a l'aplicació que utilitzen per al control horari**: que, des del telèfon mòbil, puguin **accedir a la informació clínica i mèdica bàsica** per poder millorar, no només la qualitat de l'atenció que proveeixen, sinó també **optimitzar la coordinació** amb altres serveis de cura amb els quals tenen relació, com el servei de teleassistència o el 061:

> *Nosotros, cuando fichamos con el teléfono, tú te puedes meter. Te sale el nombre del usuario y los años que tiene. Pues ahí debería poner si tiene algún tipo de demencia, la medicación que toma... Porque tú, más o menos, lo sabes, pero alguna vez tienes que llamar al 112 y te preguntan cosas que no sabes qué contestar. Yo el viernes tuve que llamar al 112, me preguntaron si es alérgica a algo. Pues no lo sé. Entonces, yo creo que, en el teléfono donde fichamos, que te sale toda la información del usuario, ahí tendría que poner todo.* (Treballadora familiar)

Finalment, per part tant de treballadores familiars com de cuidadores no-professionals, es proposa **reduir la rotació de manera específica en les usuàries de serveis amb Grau 3 de dependència reconegut** o en **perfils d'alta especificitat en l'atenció personal**, o bé mitigar-la mitjançant una **figura d'una suplent fixa**:

> *Yo creo que debería de haber un filtro, porque muchas de esas personas van a casa de los usuarios a cocinarle o a limpiar la casa o a hacerle una diligencia al supermercado o algo por el estilo. Pero, cuando el usuario es un usuario que tiene ciertos impedimentos, dificultades, como, por ejemplo, en nuestro caso, entonces, para ese tipo de usuario deberían de tener una persona determinada y no cambiarla, porque eso le da inestabilidad total al usuario.* (...) *Imagínate tú, un muchacho que está así y que ve una cara nueva cada quince días, cada mes.* (Cuidadora no professional usuària del Respir)

Per acabar l'apartat de qualitat, voldrem fer referència als processos d'avaluació en els serveis públics locals. En els darrers anys, els ajuntaments han anat incorporant, en la relació amb la ciutadania i les persones usuàries de serveis, alguns conceptes que, fins al moment, estaven reservats a l'empresa privada, idees com eficàcia, eficiència, qualitat, excel·lència o millora continuada en relació a la gestió pública de serveis. En aquesta línia, està ubicat l'article 58 de la Llei 19/2014, de transparència, accés a la informació pública i bon govern, el qual preveu que les persones tenen dret a una bona Administració, i a l'accés i l'ús d'uns serveis públics de qualitat reconeguts.

En aquest sentit, notarem que, tot i tenir l'obligació de generar aquests processos d'avaluació de serveis, sovint, **ni les usuàries ni els equips tècnics responsables disposen dels canals ni dels recursos necessaris per poder realitzar aquests procediments de valoració**. En aquest sentit, s'expressen les cuidadores no professionals, que afirmen no conèixer el canal per fer arribar les seves queixes ni propostes de millora:

> *[N]o hay un canal para que tú puedas... como un buzón de sugerencias, no hay. (…) No te dejan participar, tampoco puedes aportar, aunque quieras. No hay una vía.*
>
> *¿No tenéis un canal? ¿No habéis podido nunca, por ejemplo, evaluar un servicio?*
>
> *Bueno, puedes decir "vaya mierda de servicio que me han dado", pero no tienes [cómo hacerlo llegar]. Una manera es que hubiera un buzón de quejas, una evaluación del servicio. No nos consta que exista este circuito para hacer llegar las valoraciones.*
>
> *Y libro de reclamaciones tampoco hay. Con los libros de reclamaciones se podría poner alguna queja, tendrían que estar obligados [a tenerlos].* (Cuidadora no professional usuària de GSAM)

Al seu torn, les coordinadores de SAD observen que, a aquest dèficit de canals de valoració i queixa, se suma el fet que **no es disposa tampoc dels recursos humans i tècnics necessaris per fer un estudi i anàlisi de resultats**, no únicament orientats a **identificar**

problemàtiques i corregir incidències, sinó també a **recollir propostes de millora i innovació en els serveis:**

> [L]*a millora passa per això: per l'estudi, pel coneixement, pel seguiment, l'avaluació. I això requereix de personal que es dediqui a fer aquesta feina. I aquí és impossible tenir temps a la setmana per poder avaluar, fer propostes d'innovació i millores de servei.* (Responsable de SAD d'ens local)

Com a tancament, ens agradarà aportar una reflexió al voltant d'un **canvi de mirada vers l'avaluació** dels serveis de cura, ja **no en clau de client**, on la persona és concebuda únicament com a usuària d'un servei de cura específic, **sinó com a titular d'un dret**. Cal, altre cop, un canvi cultural que faciliti la participació i l'agenciament, i valori l'accés com a exercici del Dret a la Cura:

> *Nosaltres, a persones amb discapacitat intel·lectual, que estem lluitant molt en la metodologia sobre la persona, mai se'ls hi havia demanat què opinaven, què volien, què és el que realment desitjaven. I, quan comences amb ells, la primera reacció és un mutisme. [I et diuen:] "què vols que et digui". No és el que jo vull sentir, és el que tu sents. I aquí hi ha un treball molt de conscienciar, de canvi cultural, que també passa a tothom que vol anar a un servei.*
>
> *La Gent Gran ha estat treballant tota la vida, ve d'una situació cultural de quaranta o cinquanta anys enrere, en la qual "pobra de tu" que et queixessis o demanessis. Tenim aquesta cultura de la queixa: si estem pagant un servei, nosaltres hem d'exigir que aquest servei, realment, sigui de qualitat; però no ens queixem, les queixes moltes vegades són per temes de Telefònica, que tothom hi està acostumat... Però, realment, si es fan malament les coses, és important poder-les dir, però no tenim aquesta cultura. O Gent Gran que diu: "és que hi ha gent amb més dificultats que jo, jo no ho vull". Com què no ho vols?, has estat cotitzant, t'has estat trencant l'esquena, lluitant, ara tens una pensió, tens una discapacitat... Per què no pots tenir els recursos que t'has guanyat amb la teva suor? Perquè, a més a més, els has pagat! Ara [li toca] a l'administració donar-t'ho a tu.*
>
> *Però, culturalment, no hi és aquest tema. I no és només discapacitat intel·lectual, és a tots els àmbits, sobretot, Gent Gran que venen amb aquest històric.* (Coordinador tècnic d'entitat)

Taula d'elements detectats i actuacions derivades "Potències i reptes en la provisió de cures segons el model de gestió, finançament i coordinació"

Elements detectats	Actuacions derivades
L'infrafinançament dels Serveis d'Atenció Social Domiciliària genera desigualtats d'accés, freqüència i intensitat de la cobertura de necessitats de cures depenent del municipi de residència.	Reconeixement del Dret a la Cura i dotació del finançament necessari per garantir l'accés a serveis públics, gratuïts i universals, i amb major intensitat de servei d'atenció personal a domicili i cobertura del servei d'atenció a la llar.
La gestió privada amb ànim de lucre dels serveis de cura té un impacte negatiu directe sobre la qualitat de l'atenció de les usuàries i la qualitat de les condicions laborals de les treballadores, de manera especialment dramàtica en empreses de gran dimensió, que gestionen un gran volum d'usuàries i treballadores.	Garantir que les empreses gestores compleixen les condicions recollides en els contractes i reglaments.
	Ampliar els recursos tècnics i humans disponibles per fer seguiment i avaluació dels contractes de desplegament de serveis municipals de cura.
	Disposar de suport o eina tecnològica concebuda per al control i avaluació de la qualitat de serveis.
	Avaluació i replicabilitat del model de les superilles socials com a model de referència de gestió de serveis de cures des de la proximitat, l'adaptabilitat, la qualitat de l'ocupació, la qualitat de l'atenció i la millora del seguiment de casos, independentment de la dimensió del municipi. La contractació de serveis de cures mitjançant lots de petita dimensió pot ser, també, una estratègia ubicada en aquesta direcció.
	Reconeixement i incorporació de la diversitat d'agents proveïdors de cures al disseny, implementació i avaluació de serveis.
Manca d'adaptació dels serveis de cura a les necessitats de les usuàries.	Millora dels canals de recollida i transmissió d'informació de seguiment de casos entre treballadores familiars, coordinadores d'empresa i dels serveis socials.
	Increment del personal de gestió dels EBAS per tal de facilitar el seguiment i adaptació dels plans de treball a les necessitats canviants.
Crisi de creixement dels serveis de cura per l'increment del volum d'usuàries i la manca de professionals qualificades per atendre-les.	Millora de les condicions laborals i contractuals en tots els convenis i grups professionals implicats en els serveis de cura.
	Impulsar processos de professionalització de l'àmbit de la cura, mitjançant l'ampliació de l'oferta formativa disponible i conscienciant les famílies i empreses contractants de la importància de la solvència tècnica.
	Ampliar l'oferta formativa especialitzada per al personal dels serveis locals de cures.
	Oferir formació de manera regular, periòdica i obligatòria als professionals d'atenció directa i coordinació dels serveis de cura, educatius i socials.
	Incorporar noves figures professionals al servei d'ajuda a domicili, d'integració social, mediació i coordinació d'equips de proximitat.
Excés de gestions burocràtiques de les treballadores i coordinadores de serveis de cura.	Simplificació de gestions, automatització de processos i estandardització de tràmits per a les altes de serveis.

Elements detectats	Actuacions derivades
Alta rotació de professionals durant els períodes vacacionals i cobertures de baixes laborals, fet que genera impactes negatius sobre la qualitat de l'atenció i endarrereix la prescripció de serveis.	Garantir el relleu de personal, el traspàs d'expedients i seguiment de casos, mitjançant l'ampliació de personal i/o el nomenament de noves figures, com la suplent fixa.
	Reduir la rotació de treballadores en les usuàries de SAD Dependència de Grau III.
	Organització del SAD en equips de professionals, de manera que les persones usuàries tinguin coneixement del conjunt de persones de l'equip.
Dificultats de coordinació entre agents i entitats proveïdores de cures, especialment en contextos on intervenen un gran número d'actors i territoris dispersos.	Coordinació i/o Integració dels serveis locals de cures a nivell tècnic i pressupostari en els àmbits sociosanitari i socioeducatiu per millorar la qualitat de les intervencions.
	Incorporació de la informació clínica i mèdica de les persones usuàries a l'aplicació de control horari o en altres instruments d'ús de les treballadores familiars i auxiliars a domicili, per optimitzar la coordinació de serveis.
	Millorar la coordinació de les diferents persones cuidadores (professionals i no professionals) que intervenen en la cura en un domicili, de manera que es faciliti l'intercanvi d'informació i de coneixements.
	Ampliació de la dotació d'hores disponibles per a professionals de la cura per a l'intercanvi i traspàs d'informació i seguiment de casos.
	Elaboració de protocols i plans estratègics per fer efectiva l'atenció integrada a nivell d'usuari i a nivell grupal o comunitari.
	Creació i coordinació de les eines d'intercanvi d'informació i documentació entre administracions públiques.
	Potenciar el paper del Servei Local de Teleassistència en la coordinació de recursos al domicili.
	Explorar la figura de gestió de cas com a instrument per a la coordinació de recursos en casos d'atenció complexa.
	Realització d'estudis comparatius i anàlisi de bones pràctiques en diferents territoris, en matèria de dedicacions necessàries per a una bona coordinació, d'acord amb les ràtios usuàries/treballadores/coordinadores i els diferents models de gestió.
La qualitat de l'atenció només es mesura mitjançant la satisfacció de les persones usuàries, la resolució d'incidències i el control de l'activitat dels equips de treball.	Incorporació de l'apoderament de les persones cuidadores i la promoció de l'autonomia personal com a elements qualitatius d'avaluació d'impacte.
	Incorporar instruments específics de valoració d'impacte, com ara enquestes i entrevistes (adreçades tant a persones usuàries com a treballadores) o creació d'indicadors específics.
Manca d'un full de serveis definit i conegut per professionals i usuàries de serveis de cura.	Elaboració d'un contracte de serveis de cura que clarifiqui tasques incloses en les hores de servei reconegudes, i fet, de forma participada, amb persones usuàries, familiars i professionals d'atenció directa, i revisat de forma periòdica.
Manca del coneixement de les usuàries i cuidadores no-professionals dels canals i mecanismes d'avaluació de serveis.	Obertura de canals d'avaluació, com, per exemple, fulls de reclamacions, allà on n'hi hagi, o bústia de suggeriments perquè les usuàries i cuidadores no-professionals puguin expressar les seves queixes i traslladar les seves propostes de millora.

Reflexions finals: concloure allò que està inconclús

06.

La cura, el dret a rebre-la i proveir-la de forma digna, el seu paper com a valor de vertebració comunitària o el paper de l'Administració com a corresponsable del seu desenvolupament, més enllà de les visions familiaristes, ha estat posada en el centre del debat social i de les polítiques públiques, recentment.

Així, en el nostre context, **no comptem amb una llarga trajectòria d'anàlisi de les polítiques i serveis de cures des d'una visió transformadora** que vagi **més enllà de l'assistencialisme** i que situï la cura com un aspecte cabdal en la conformació de la ciutadania democràtica.

En aquest sentit, en l'estudi de camp dut a terme, centrat en la visió i vivències de les persones que treballen en aquest àmbit, així com de les usuàries i usuaris de serveis, sobretot d'àmbit municipal, ha posat de manifest el camí que encara queda per recórrer en aquest tema, des de **l'aprofundiment en la comprensió del concepte de cures**: les seves imbricacions amb els **drets de les dones, de les persones migrades, de les persones grans o de la infància**; el necessari canvi d'enfocament, des d'un assistencialisme dominant fins a una **perspectiva d'apoderament ciutadà**; la ineludible **redistribució i valorització dels treballs de cures**, a partir de l'abordatge profund de les condicions laborals de les treballadores i treballadors d'aquest sector, i del replantejament de polítiques públiques, serveis i prestacions; i la corresponsabilització del conjunt d'agents socials en la provisió de cures, que descarregui les famílies –i molt específicament les dones– d'un rol poc reconegut, no sempre escollit i, sobretot, en la majoria dels casos, no acompanyat i dut a terme de forma aïllada, amb escassetat de recursos i suport insuficient.

D'aquesta manera, la present diagnosi, és un pas positiu en el treball de l'Administració Pública i, en aquest cas, de la Diputació de Barcelona, per conèixer l'estat de la qüestió i, a partir d'aquí, poder treballar en un disseny de serveis i recursos que respongui a una política pública enfocada al **posicionament de la cura com un dret de ciutadania, partint del paper fonamental de tots els agents implicats, i en sinergia i diàleg permanent amb la comunitat**.

Cal apuntar, com s'ha dit al llarg de l'estudi, que l'anàlisi s'ha centrat en serveis de titularitat pública o finançats des de l'Administració, i mostra, únicament, una parcel·la del sector de les cures, en la qual participen molts altres actors i en què el mercat privat juga un paper cabdal en la definició del model de cures.

En aquest sentit, malgrat que els serveis municipals no tenen la capacitat, per si mateixos, de resoldre algunes de les qüestions detectades com ara la inequitat en el repartiment dels treballs i de les responsabilitats de cures, la feminització d'aquestes feines o els condicionants associats a l'origen de moltes de les persones cuidadores i la limitació pel que fa a drets laborals que això implica, sí que és important la incorporació de la mirada **interseccional en la planificació, disseny i avaluació dels serveis de cures**, tot tenint present els eixos de desigualtat configurats al voltant del gènere, la classe social i l'origen. És per això, que cal que aquelles persones que es troben al capdavant d'àrees com ara drets socials, serveis socials, persones grans, família o feminismes rebin formació i suport en interseccionalitat, per tal de poder introduir aquesta perspectiva de forma efectiva.

Així mateix, es posa de manifest la necessitat de desenvolupar polítiques de cures que tinguin en compte una doble vessant: d'una banda, la **cobertura de les necessitats de les persones cuidades** des de models que situïn la persona al centre i en què l'eficiència econòmica, de recursos i temps no desplaci el benestar i desitjos de les usuàries i usuaris de serveis; i, de l'altra, **el suport a les persones cuidadores**, ja sigui a través d'informació, de formació, de serveis complementaris, de revisió de contractes i convenis, o de recursos que potenciïn la trobada, l'intercanvi, el suport mutu, la identificació de problemàtiques compartides i l'apoderament.

D'altra banda, el canvi d'enfocament dels serveis exigeix un **canvi d'enfocament polític** en què tot allò vinculat a la cura no quedi encotillat només en àrees de benestar social (àrees que, en tot cas, acumulen la major part de l'experiència en la cobertura pública de cures i que, per tant, poden aportar una visió aterrada i experta en el disseny de polítiques i serveis), sinó que sigui abordat, també, des de **drets socials, ciutadania, feminismes, urbanisme, promoció econòmica, educació i altres**.

En la mateixa línia, cal descentrar la mirada de l'atenció a la dependència en etapes puntuals de la vida (atenció que, d'altra banda, ha d'estar garantida) i s'ha d'ampliar a la **cobertura del conjunt de necessitats que la interdependència humana genera**, tot expandint el concepte de família i recollint les necessitats diverses de la població.

Per tal de poder realitzar aquest canvi d'enfocament, però, cal treballar per comptar amb **mecanismes madurs que garanteixin la participació real i efectiva de la comunitat i persones usuàries en el disseny, implementació i avaluació de programes i serveis** de cures, així com la participació de les persones cuidadores en el disseny de construcció de models d'atenció.

En aquest punt, és cabdal que l'Administració actuï per **impulsar experiències d'innovació social, en col·laboració amb entitats i xarxes comunitàries**, per poder comptar amb el coneixement situat dels agents de proximitat en la construcció del dret de ciutadania.

Innovar implica explorar línies i programes subvencionables; revisar convenis, plecs de licitacions i l'impacte de les clàusules incorporades; impulsar processos participatius d'identificació de necessitats per tal d'actualitzar i ampliar l'oferta pública; reconèixer i incorporar serveis comunitaris a la xarxa pública; o obrir possibilitats de coproducció pública-comunitària.

Cal assenyalar que **els projectes de cures basats en l'autogestió, l'apoderament i la proximitat,** complementaris als recursos públics, **promouen l'agenciament de les usuàries** de serveis i **haurien de promoure, també, l'organització de les treballadores i treballadors del sector** afavorint la millora de les seves condicions laborals.

En relació amb les **condicions laborals**, és important que l'Administració faci un ús efectiu de les eines legalment establertes, com ara els plans d'igualtat d'oportunitats, les valoracions de llocs de treball, els registres retributius o els protocols de prevenció i abordatge de l'assetjament a la feina. Així mateix, cal incrementar els mecanismes de supervisió i control vers les empreses licitadores i de seguiment dels contractes.

Alhora, cal **garantir l'accés a la formació específica de totes les treballadores del sector**, estiguin vinculades a l'Administració, a empreses de serveis o a entitats, o siguin autònomes o treballadores en l'economia informal; la creació de programes específics adreçats al **suport emocional de les cuidadores professionals**; el desplegament de serveis **d'assessorament i informació a treballadores de la llar i les cures**, i específicament a **treballadores migrades**; i la realització de campanyes adreçades a la ciutadania general que serveixin per **desvincular les feines de cura de les creences de tall sexista, classista, racista i capacitista.**

Pel que fa al **model de gestió**, cal apostar per implementar **programes de proximitat**, el **treball en equips petits** i amb **volums limitats d'usuaris i usuàries** que contribueixen a un millor seguiment de casos i coordinació.

En aquest sentit, es detecta la necessitat de **millorar els canals de recollida i transmissió d'informació** entre els diferents agents que proveeixen cures, així com la necessitat de **comptar amb eines informàtiques que agilitzin procediments administratius** i no dupliquin els requeriments burocràtics envers les persones usuàries.

Així, és important comptar amb protocols i plans estratègics per fer efectiva **l'atenció integrada a escala d'àrees, administracions i agents comunitaris.**

Al llarg de l'anàlisi realitzada, s'ha mostrat, també, la importància de treballar per una **major accessibilitat als recursos i serveis**, facilitant informació clara, simplificada i comprensible a la ciutadania, emprant, si cal, mecanismes adaptats, com ara sistemes de lectura fàcil, i oferint atenció presencial que no perpetuï la bretxa digital de gènere, classe, edat o origen.

Finalment, és rellevant comptar amb indicadors de resultats i, sobretot d'impacte, que permetin fer una **avaluació periòdica dels programes desenvolupats i del funcionament de serveis.** El sistema d'avaluació ha de contemplar, alhora, mecanismes que promoguin la **participació tant de les treballadores com de les usuàries**, així com sistemes de difusió pública dels resultats, tot incrementant la comunicació i la transparència de l'Administració envers la ciutadania.

En definitiva, erradicar les discriminacions subjacents a l'àmbit de la cura, arrelar-se a la comunitat, potenciar l'accessibilitat, la participació i l'apoderament, garantir el benestar i la dignitat de qui cuida i de qui és cuidat o cuidada, **incorporar la mirada feminista, comunitària, antiracista, antiedadista, anticapacitista i ecologista, per tal de fer de la cura un dret real de ciutadania.**

BIBLIOGRAFIA I FONTS

Borgeaud-Garciandía N. (comp.) (2018): *El trabajo de cuidado.* Buenos Aires, Fundación Medifé Edita, col·lecció "Horizontes del Cuidado".

Cerri, Chiara i Alamillo-Martínez, Laura (2012): "La organización de los cuidados, más allá de la dicotomía entre esfera pública y esfera privada" a *Gazeta de Antropología*, Jaén.

Comas d'Argemir, Dolors (2015): "Los cuidados de larga duración y el cuarto pilar del sistema de bienestar" a *Revista de Antropología Social*, nro. 24.

Diari de la discapacitat (28/08/2021) "Discapacitat o diversitat funcional: una definició pròpia".

Diputació de Barcelona. Àrea d'Igualtat i Sostenibilitat Social. (2022) *Diagnosi dels serveis de cures d'entorn domiciliari i comunitari a la província de Barcelona*. Barcelona: Diputació de Barcelona.

Esteban, Mari Luz (2020) *El manifiesto de las mujeres viejas*. Madrid, La oveja roja.

Ezquerra, Sandra (2018): "De la Economía Feminista a la democratización de los Cuidados" a Viento Sur, nro. 156.

Fantova Azcoaga, Fernando (2017): "Los cuidados como eje para la transformación de las políticas sociales" a *Documentación social*, nro. 187.

Fisher, Berenice i Tronto, Joan. C (1990): *Toward a feminist theory of care*. Albany, NY., Sunny Press.

Flaquer, Lluís (2013): "Los trabajos de cuidado: de una obligación tradicional a un derecho social" a *La ética del cuidado*. Barcelona, Fundació Víctor Grífols i Lucas.

Freixa, Anna (2022) *Yo vieja. Apuntes de supervivencia para seres libres*. Bilbo, Txalaparta.

Fundació Salut i Envelliment (2019): "Rànquing 2019 d'entitats adjudicatàries de les licitacions del servei públic d'ajuda a domicili a Catalunya." Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona.

Gilligan, Carol, (2013): "La resistencia a la injusticia: una ética feminista del cuidado" a *La ética del cuidado.* Barcelona, Fundació Víctor Grífols i Lucas.

Hochschild, Arlie (2000): "Global Care Chains and Emotional Surplus Value." a *On the Edge: Living with Global Capitalism*, editat per Giddens, A. i Hutton, W., London, Jonathan Cape.

Institut d'Envelliment - UAB (2011) *La formació per a la gestió de la qualitat en el SAD*. Barcelona, Diputació de Barcelona.

Keller Garganté, Christel i Sol Torelló, Miriam (2019) "Polítiques locals per millorar les condicions, el reconeixement i la provisió de cures des d'una perspectiva feminista" a Carrillo Gómez, Sílvia (coord.) *Abordant la crisi de cures: polítiques, treballs i experiències locals.* Barcelona, Institut de Ciències Polítiques i Socials (ICPS). Pàg. 160-195.

Mallimaci, Ana Inés (2018): "Mujeres migrantes y la gestión de los cuidados. La enfermería en el horizonte laboral" a Borgeaud-Garciandía N. (comp.): *El trabajo de cuidado.* Buenos Aires, Fundación Medifé Edita, col·lecció "Horizontes del Cuidado".

Mogollón García, Irati y Fernández Cubero, Ana (2019) *Arquitecturas del cuidado: hacia un envejecimiento activista.* Barcelona, Icaria editorial.

Moreno-Colom, Sara (2018) "La acción comunitaria y los cuidados a domicilio" a *Cuidado, comunidad y común: experiencias cooperativas en el sostenimiento de la vida.* Madrid, Traficantes de sueños.

Narotzky, Susanna (2004): *Antropología Económica. Nuevas Tendencias.* Barcelona, Editorial Melusina.

Paperman, Patricia (2018): "La ética del cuidado y las voces diferentes en la investigación" a *El trabajo de cuidado*. Buenos Aires, Fundación Medifé Edita.

Plaza, Marta (14/09/2021) "Un lugar para sentirnos a salvo: casas de cuidados para las crisis en salud mental". Bilbo, Píkara Magazine.

Pérez Orozco, Amaia (2006): "Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico" a *Revista de economía crítica*, nro. 5.

Pérez Orozco, Amaia; Paiewonsky, Denise i García Domínguez, Mar (2008): *Cruzando fronteras II: migración y desarrollo desde una perspectiva de género.* Madrid, Instituto de la Mujer i UN-INSTRAW.

Pérez Orozco, Amaia i López Gil, Silvia (2011): *Desigualdades a flor de piel: cadenas globales de cuidados.* Madrid, ONU Mujeres.

Rodríguez Enríquez, Corina (2018): "Sistemas de cuidado y ODSs: políticas públicas para la sostenibilidad de la vida" article ubicat a la web de Global Policy Watch, Spotlight-2018.

Torns, Teresa (2013): "Los cuidados y la vida cotidiana" a *La ética del cuidado.* Barcelona, Fundació Víctor Grífols i Lucas.

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

Valdivia, Blanca (2018): "Del urbanismo androcéntrico a la ciudad cuidadora" a *Habitat y sociedad*, nro. 11, Universitat de Sevilla.

Vega-Solís, Cristina. I Martínez-Buján, Raquel (2017): "Explorando el lugar de lo comunitario en los estudios de género sobre sostenibilidad, reproducción y cuidados" a *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, nro. 22 (2).

CRÈDITS IMATGES

Coberta. SeventyFour / Shutterstock.com
Pàg. 5. Rustle / Shutterstock.com
Pàg. 8. Ground Picture / Shutterstock.com
Pàg. 10. kazoka/ Shutterstock.com
Pàg. 11. Evgeny Atamanenko/ Shutterstock.com
Pàg. 14. pikselstock/ Shutterstock.com
Pàg. 15. fizkes/ Shutterstock.com
Pàg. 18. Ground Picture/ Shutterstock.com
Pàg. 20,21. SewCream/ Shutterstock.com
Pàg. 22. Lisa F. Young/ Shutterstock.com
Pàg. 24. Milena Khosroshvili/ Shutterstock.com
Pàg. 29. StunningArt/ Shutterstock.com
Pàg. 30. Ground Picture/ Shutterstock.com
Pàg. 33. pikselstock/ Shutterstock.com
Pàg. 34. belushi/ Shutterstock.com
Pàg. 35. Antonio Guillem/ Shutterstock.com
Pàg. 36. Alexander Raths/ Shutterstock.com
Pàg. 37. VGstockstudio/ Shutterstock.com
Pàg. 38. ogichobanov/ Shutterstock.com
Pàg. 39. Olesia Bilkei/ Shutterstock.com
Pàg. 40. Mikel Dabbah/ Shutterstock.com
Pàg. 41. Day Of Victory Studio/ Shutterstock.com
Pàg. 42. pikselstock/ Shutterstock.com
Pàg. 42. Hyejin Kang/ Shutterstock.com
Pàg. 43. Zurijeta/ Shutterstock.com
Pàg. 44. Roman Zaiets/ Shutterstock.com
Pàg. 44. StunningArt/ Shutterstock.com
Pàg. 47. Myriam B/ Shutterstock.com
Pàg. 48. DGLimages/ Shutterstock.com
Pàg. 50. Andrii Yalanskyi/ Shutterstock.com
Pàg. 52. Nata Kotliar/ Shutterstock.com
Pàg. 53. Leafy River/ Shutterstock.com
Pàg. 54. fizkes/ Shutterstock.com
Pàg. 55. fizkes/ Shutterstock.com
Pàg. 56. Rawpixel.com/ Shutterstock.com
Pàg. 58. Mongkolchon Akesin/ Shutterstock.com
Pàg. 59. Pressmaster/ Shutterstock.com
Pàg. 59. Greg Brave/ Shutterstock.com
Pàg. 61. Prostock-studio/ Shutterstock.com
Pàg. 61. Ermolaeva Olga 84/ Shutterstock.com
Pàg. 64. Pressmaster/ Shutterstock.com
Pàg. 65. PeopleImages.com - Yuri A/ Shutterstock.com
Pàg. 66. Andrii Yalanskyi/ Shutterstock.com
Pàg. 67. Luis Molinero/ Shutterstock.com
Pàg. 68. Ground Picture/ Shutterstock.com
Pàg. 69. Bernardo Emanuelle/ Shutterstock.com
Pàg. 71. DC Studio/ Shutterstock.com
Pàg. 72. Ground Picture/ Shutterstock.com
Pàg. 73. Motortion Films/ Shutterstock.com
Pàg. 74. Josep Cano / Diputació de Barcelona
Pàg. 75. Vadym Pastukh/ Shutterstock.com
Pàg. 75. Josep Cano / Diputació de Barcelona
Pàg. 76. Josep Cano / Diputació de Barcelona
Pàg. 77. Josep Cano / Diputació de Barcelona
Pàg. 78. Lenar Nigmatullin/ Shutterstock.com
Pàg. 79. ariadna de raadt/ Shutterstock.com
Pàg. 80. Rawpixel.com/ Shutterstock.com
Pàg. 83. Marisa Estivill/ Shutterstock.com
Pàg. 84. Ground Picture/ Shutterstock.com
Pàg. 84. Africa Studio/ Shutterstock.com
Pàg. 84. Drozd Irina/ Shutterstock.com
Pàg. 86. Stephan Marquardt/ Shutterstock.com
Pàg. 86. Dmytro Zinkevych/ Shutterstock.com
Pàg. 87. sasirin pamai/ Shutterstock.com
Pàg. 87. Ground Picture/ Shutterstock.com
Pàg. 89. Stokkete/ Shutterstock.com
Pàg. 90. Olesia Bilkei/ Shutterstock.com
Pàg. 91. Chinnapong/ Shutterstock.com
Pàg. 92. pikselstock/ Shutterstock.com
Pàg. 93. pikselstock/ Shutterstock.com
Pàg. 93. pics five/ Shutterstock.com
Pàg. 94. Johnstocker Production/ Shutterstock.com
Pàg. 95. Rawpixel.com/ Shutterstock.com
Pàg. 95. Studio Romantic/ Shutterstock.com
Pàg. 97. Andrii Yalanskyi/ Shutterstock.com
Pàg. 98. Lina Balciunaite/ Shutterstock.com
Pàg. 99. pikselstock/ Shutterstock.com
Pàg. 100. Ground Picture/ Shutterstock.com
Pàg. 101. Ocskay Mark/ Shutterstock.com
Pàg. 103. pics five/ Shutterstock.com
Pàg. 104. Ground Picture/ Shutterstock.com
Pàg. 105. PeopleImages.com - Yuri A/ Shutter
Pàg. 106. NicoElNino/ Shutterstock.com
Pàg. 107. fizkes/ Shutterstock.com
Pàg. 110. @cam/ Shutterstock.com

Totes les persones al llarg de la vida, amb diferents intensitats, necessitem cures i bona part de les respostes a aquesta necessitat s'articulen en les llars i els municipis. Aquest informe presenta una diagnosi en relació amb l'organització social de la cura i els serveis de provisió en l'entorn domiciliari i comunitari a la província de Barcelona, des de la perspectiva de gènere i incorporant també la mirada interseccional.

La diagnosi, basada eminentment en la recerca participativa i qualitativa, parteix d'un marc conceptual entorn l'ètica i l'economia de la cura, per reflexionar sobre aspectes com el dret a la cura; el binomi territori-comunitat en la provisió de cures; la igualtat i la diversitat; els drets laborals i la provisió de cura digna; l'accessibilitat als serveis, i les formes de prestació.

Aquest document forma part del projecte transformador "Cap a un nou sistema públic de cures en la comunitat", el qual té per objectiu enfortir els serveis locals de provisió o suport a les cures en el domicili i la comunitat; ampliar el suport a les persones cuidadores, i promoure el reconeixement i la corresponsabilitat en el treball de cures.

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.

Diputació Barcelona | Àrea d'Igualtat i Sostenibilitat Social

Passeig de la Vall d'Hebron, 171
08035 Barcelona
www.diba.cat/benestar