

¿Qué funciona en cuidados de larga duración?

Conceptualización, contexto y presentación del proyecto



Què funciona en cures de llarga durada?

¿Qué funciona en cuidados de larga duración?

Conceptualización, contexto y presentación del proyecto

Informe definitivo:

Octubre 2024

Ámbito temático:

Asuntos sociales y desigualdad

Proyecto financiado por:

Diputación de Barcelona

Con el apoyo de:

Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya y La Confederació

Síntesis realizada por:

David Palomera

Coordinación:

Ivàlua



Proyecto de recopilación, análisis y transferencia de evidencia para
mejorar las políticas públicas de cuidados de larga duración

Un proyecto de:



Índice

1. Introducción.....	1
2. ¿Qué son los cuidados de larga duración y cómo abordarlos conceptualmente?.....	3
2.1. ¿Qué son los CLD?	3
2.2. ¿Qué actores institucionales participan en la provisión de CLD?.....	5
2.3. Desigualdad existente en la responsabilidad de proveer cuidados	6
3. El rol de la Administración pública en el sector de CLD en Cataluña: avances y déficits en la creación de un modelo universalista.....	9
3.1. El sistema de CLD antes de la LAPAD	9
3.2. Aprobación de la LAPAD y despliegue posterior	12
4. Las políticas de CLD en Cataluña	17
4.1. Principales políticas y prestaciones existentes.....	20
Servicios a domicilio	20
Servicios tecnológicos.....	21
Centros de día y de estancia limitada	22
Viviendas con apoyo / coviviendas.....	23
Servicio de centro residencial	24
Servicios sociosanitarios.....	26
Transferencias monetarias vinculadas a servicios.....	26
Apoyo a personas cuidadoras no profesionales	28
Asistencia personal.....	29
Regulación de servicios privados	30
4.2. Objetivos de las políticas	30
Persona receptora de cuidados	30
Cuidadores/as remunerados/das.....	31
Cuidadores/as no remunerados/das	32
Impactos sobre el sistema	32
4.3. Elementos de organización y políticas transversales	33
Gobernanza y financiación	33
Tipos de gestión	34
Coordinación e integración	35
Territorialización	36
Municipios pequeños y entorno rural	37
Transparencia y evaluación.....	37
Acceso.....	38

Calidad	39
Dignificación del trabajo	40
5. El proyecto <i>¿Qué funciona en cuidados de larga duración?</i>	42
6. Glosario	44
7. Referencias	46

1. Introducció

Los cuidados son esenciales para sustentar la vida. Para disfrutar de nuestro tiempo, para hacer una tarea o para relacionarnos socialmente, primero debemos vivir en un entorno adecuado y tener las necesidades básicas cubiertas, sean fisiológicas o emocionales. Por otro lado, como seres sociales que somos, nuestro bienestar depende en gran medida de nuestra participación e inclusión en la sociedad, y de vivir en espacios adecuados a nuestros estándares estéticos y éticos y también según los deseos y las preferencias de cada persona. Así pues, **la provisión de cuidados, en todas las etapas vitales, es un elemento central en la vertebración y la organización de las sociedades**, y la capacidad de poder satisfacer las necesidades de cuidados hace que una sociedad sea bastante próspera. Del mismo modo, **la distribución y la responsabilidad de la provisión suponen problemas democráticos de primer orden**, y llevan a la creación de sociedades más o menos igualitarias, sobre todo en términos de género, etnia y clase social.

En la actualidad, a causa del envejecimiento de la población, sociedades como la nuestra enfrentan un reto importante: la atención en los cuidados de larga duración (de ahora en adelante, CLD). En el año 2021, la esperanza de vida al nacer en Cataluña fue de 84 años¹. Este dato, junto con el descenso de la natalidad, proyecta un envejecimiento de la población, con una tasa de dependencia² que pasaría del 54,2% en 2022 al 62,9% en 2035³. Y este envejecimiento poblacional podría aumentar el porcentaje de personas que necesitan CLD. A escala de la UE, se estima que en el año 2070 el porcentaje de población de más de 50 años con necesidades de CLD podría pasar de un 11,6% a un 14,1%⁴. A pesar del reto que representan para la sociedad, **se pueden considerar éxitos sociales el aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población**. El nuevo paradigma demográfico contribuye a poder disponer de más tiempo para las actividades que nos gustan y a aportar a las nuevas generaciones nuevos conocimientos sobre los problemas sociales y económicos que tenemos que afrontar. Igualmente, en sociedades como la catalana, disponemos de recursos sociales, de tiempo y tecnológicos para garantizar una vida digna a todas las personas con necesidades de CLD.

Desgraciadamente, los sistemas económicos y los estados de bienestar en Europa, incluida Cataluña, a menudo fracasan en garantizar los cuidados necesarios para todo el mundo y **entran en lo que se ha denominado una crisis de cuidados**⁵. Hoy día, la oferta de cuidados suficientes y de calidad —basada en el modelo de atención centrada en la

¹ Datos extraídos de IDESCAT, 2024.

² Coeficiente, en tanto por ciento, entre la población menor de 16 años o mayor de 64 y la población de 16 a 64 años.

³ Martínez-Buján et al, 2022: 38.

⁴ Belmonte et al., 2023.

⁵ Tronto, 2013; Fraser, 2016.

persona— es escasa y no llega a satisfacer la demanda existente. Asimismo, la participación en el sector de cuidados, bien como proveedor/a, bien como receptor/a, supone riesgos materiales, físicos y psicológicos. Además, una característica de la crisis de cuidados es que sus consecuencias se distribuyen de manera desigual entre los diferentes sectores sociales en función de determinantes como la discapacidad, el género, la situación económica, el país de origen o la edad. En el caso de Cataluña, cuyo modelo se basa en la provisión de CLD en el ámbito familiar, la crisis de cuidados es especialmente profunda. El envejecimiento de la población en general y de las personas con discapacidad o dependencia en particular se suele concebir como un problema y existe hacia él un desprecio y una relegación que se traducen en actitudes edadistas y capacitistas⁶. En este contexto, los «discursos públicos sobre la vejez ofrecen **miradas paternalistas y medidas proteccionistas que homogeneizan** la vejez y consideran a las personas mayores sujetos vulnerables y pasivos, hecho que ha ocultado la diversidad de situaciones y necesidades y también las iniciativas de las personas mayores [...]»⁷. Esta conclusión podría extenderse a los discursos y las prácticas dominantes en la atención a las personas en situación de discapacidad.

De este modo, tenemos el reto de construir una sociedad capaz de proveer una cantidad suficiente de cuidados dignos para todas las personas que los necesitan sin generar desigualdades en su organización social. Lejos de considerar tanto el envejecimiento como la discapacidad de la población problemas económicos que hay que resolver individualmente, **hace falta que la organización social de los cuidados pase a ser un tema central y transversal en el debate público y es preciso mejorar las condiciones estructurales de la provisión de cuidados**, incluyendo las personas que cuidan, las personas que reciben cuidados y el entorno en general. Por ello, hay que aumentar la agencia, la autonomía y la voz de este grupo de población⁸. También es necesario que la administración incluya una mirada interdepartamental, junto con una visión social, sanitaria y educativa. Al mismo tiempo, es esencial avanzar hacia una visión más holística de los cuidados, que tenga en cuenta las necesidades y los deseos de cada persona para construir, así, una sociedad más solidaria⁹.

Ahora bien, **para poder transformar las políticas públicas de CLD, primero hay que entender las limitaciones de las políticas existentes y conocer cuáles son las alternativas viables**. En definitiva, hay que saber *qué funciona* para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y en situación de dependencia, las condiciones laborales de las y los profesionales, y las condiciones en que se proveen los cuidados en el ámbito familiar o no profesional, y también para redistribuir las cargas de cuidados entre los diferentes

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

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

⁸ Tronto, 2024: 28.

⁹ Tronto, 2024: 27.

actores. El proyecto *¿Qué funciona en cuidados de larga duración?* tiene como objetivo responder todas estas preguntas. Mediante la identificación de problemas, el filtrado de datos y el uso de un formato que haga accesible la evidencia rigurosa existente sobre políticas y servicios de CLD, busca facilitar que los decisores y las decisoras de política pública tomen decisiones informadas. Además, dada la marginalidad de los CLD en el espacio institucional —a pesar de su relevancia social tanto en el ámbito productivo como en el reproductivo—, el proyecto debe servir para otorgarles más centralidad.

Los objetivos de este primer número de presentación del proyecto son tres. En primer lugar, a partir de las secciones segunda y tercera, se ofrece un punto de partida conceptual y de diagnóstico sobre qué son los CLD y cómo se organizan actualmente en Cataluña. A continuación, la sección cuarta pretende entender las principales políticas públicas que componen la actuación pública en este sector, incluidas las características transversales y las personas a las cuales estas deben ir dirigidas. Por último, con el presente documento se persigue establecer elementos estructuradores para el análisis de evidencias que permitan avanzar en CLD suficientes, de buena calidad, sostenibles —tanto para las personas que los proveen como para el conjunto de la sociedad— y justos —no solo en la recepción, sino también en la provisión, evitando reproducir las desigualdades sociales existentes. La sección quinta y última explica el proyecto *¿Qué funciona en cuidados de larga duración?*, incluidos la metodología y los objetivos que vertebran los siguientes números.

2. ¿Qué son los cuidados de larga duración y cómo abordarlos conceptualmente?

2.1. ¿Qué son los CLD?

Los cuidados pueden ser definidos como todas aquellas actividades realizadas por los seres vivos hacia el entorno u otros seres vivos para garantizar unas buenas condiciones de vida y una plena participación en la sociedad.

Los cuidados pueden ser definidos como todas aquellas actividades realizadas por los seres vivos hacia el entorno u otros seres vivos para garantizar unas buenas condiciones de vida y una plena participación en la sociedad. La necesidad de cuidados está presente en todas las etapas de la vida, y pone en evidencia nuestra interdependencia. En el ámbito de los cuidados, **los CLD son aquellos dirigidos a personas que, por motivos de salud o discapacidad, por sí mismas no pueden cubrir sus necesidades más básicas: no solo las fisiológicas, sino también las que conforman su proyecto de vida independiente y en**

comunidad, un cuidado mínimo de su entorno y su participación en la sociedad¹⁰. Para estas personas, los cuidados son imprescindibles y su falta puede provocar situaciones de deterioro humano acelerado, e incluso poner en riesgo su vida. Esta es la razón por la que este tipo de trabajo resulta esencial para construir sociedades justas y solidarias, pues convierte los cuidados en un campo que vertebra las instituciones sociales.

El concepto de cuidado social

Los cuidados de larga duración se pueden analizar bajo el concepto de cuidado social¹¹. El cuidado social es un concepto multidimensional que hace referencia al cuidado como un trabajo, como una obligación y una responsabilidad, y como una actividad que implica un gasto, tanto financiero como emocional. Por un lado, la dimensión de trabajo permite desnaturalizar el cuidado dentro de su organización social y estudiar su situación respecto a otras ocupaciones al definir variables como cuál trabajo es remunerado y cuál no lo es. Por otro lado, la dimensión de la obligación y la responsabilidad permite otorgarle un carácter normativo, ya que evita considerar el cuidado solo como una actividad laboral, puesto que se provee a través de relaciones y responsabilidades sociales o familiares. Finalmente, la dimensión de gasto nos permite analizar cómo se distribuye entre los diferentes actores sociales.

En el marco de los CLD, buena parte del trabajo se concentra en apoyar la realización de las **actividades básicas diarias**, como las fisiológicas, la higiene personal, una correcta nutrición, la toma de la medicación, la labor de prevención para mantener o mejorar el nivel de salud, etc. Más allá de las necesidades básicas diarias, también es importante todo el trabajo que **la autonomía personal** garantiza para poder residir en el hogar y participar en la vida pública y comunitaria: el éxito en los desplazamientos —que pueden suponer un reto en caso de existir movilidad reducida—, la adecuación y la limpieza del hogar, el apoyo emocional, la escucha, el acompañamiento, el apoyo a la participación en acontecimientos sociales, el acceso a canales de información y comunicación, la participación política, las medidas para paliar la soledad... Finalmente, un trabajo clave en los CLD, aunque no suele considerarse central, es la **coordinación** con el entorno social de la persona cuidada (el ecosistema de cuidados); esta incluye la relación entre las y los cuidadores remunerados y no remunerados y los servicios esenciales para las personas, como, por ejemplo, los de salud y servicios sociales.

¹⁰ Camps, 2024: 22.

¹¹ Daly y Lewis, 2000.

2.2. ¿Qué actores institucionales participan en la provisión de CLD?

Cuando hablamos de responsabilidad, obligación y gasto en la provisión de CLD, se pueden identificar cuatro actores institucionales: **la familia, la comunidad, la administración pública y el mercado**. Tradicionalmente, desde finales del siglo XIX, la construcción de los estados de bienestar se ha basado en el modelo masculino del *bread-winner* (quien «gana el pan» en el hogar) y lo ha reproducido enfocando las políticas sociales en proteger el trabajo de los hombres y su renta, incluidas las pensiones. Esto supuso no tomar en consideración la pobreza que generaba para las mujeres el dedicarse a los cuidados, tanto de personas adultas como de niños¹². Este hecho histórico ha dado lugar a una **baja participación del estado en la esfera del cuidado social**: por una parte, no se ha conseguido crear programas estatales sólidos orientados a reducir la carga de cuidados impuesta a las mujeres y, por otra, existe un peso muy grande del trabajo de cuidados no remunerado en la cobertura de necesidades. Precisamente esta falta de remuneración y de reconocimiento de los cuidados es lo que permite al sistema productivo ahorrarse invertir en las tareas vinculadas a la reproducción social y rentabilizar la esfera productiva y el capital¹³. No se puede subestimar el impacto económico de estas tareas. El trabajo de cuidados no remunerado podría suponer entre un 20 y un 40% del PIB global¹⁴. En nuestras sociedades productivistas, uno de los problemas que enfrentamos es que los CLD reciben un valor productivo bajo, no hay previsión de que el gasto efectuado sea retornado en el futuro. La inversión en CLD se percibe como un gasto sin valor productivo y, por lo tanto, como un gasto neto, una carga. Esto se traduce en la exclusión social y laboral de las personas que necesitan o proporcionan cuidados, y en poca voluntad o capacidad de los actores sociales para invertir recursos en ello.

Dentro del ámbito de la Administración pública y el mercado laboral, existe una amplia diversidad de perfiles profesionales que pueden proveer CDL, en un sistema de división del trabajo en el que la formación y la experiencia son importantes para distinguir el papel de cada persona a la hora de cubrir necesidades. El perfil principal en los servicios de CLD de Cataluña es el de auxiliar de enfermería, gerontología, trabajadora familiar, auxiliar del hogar o asistente personal, según el tipo de servicio. **En este informe las llamaremos «trabajadoras de cuidados».** Ellas llevan a cabo la mayoría de las tareas de apoyo a las actividades diarias y a la autonomía personal. La formación es más o menos exigente y completa dependiendo del país y de la administración que regule el sector. Otro servicio muy conectado con este es el de salud, concretamente de enfermería, que por formación y normativa tiene la capacidad de implementar tratamientos que las trabajadoras de cuidados no tienen permitido realizar. Además de los mencionados, para poder garantizar

¹² Daly, 2023: 149.

¹³ Duffy, 2005.

¹⁴ Organización Internacional del Trabajo, 2018.

servicios de cuidados de calidad y personalizados son claves otros perfiles profesionales, como, por citar algunos, el personal rehabilitador (terapeutas ocupacionales, logopedas o fisioterapeutas) o el personal administrativo.

Dadas las precarias condiciones de los mercados de trabajo de atención directa en los CLD —incluidas las bajas remuneraciones, la falta de jornadas completas, la carga psicológica y física, etc.—, en el sector existe una demanda de trabajo volátil por parte de las personas en una situación más vulnerable. Esta demanda es más alta en situaciones de crisis económica y desempleo, y más baja en aquellas situaciones con mejores oportunidades en otros sectores. Además, el sector presenta altas tasas de economía sumergida, especialmente en la atención domiciliaria. Se calcula que en Cataluña en el año 2023 cerca de un 35% del trabajo en el hogar y de cuidados fue informal¹⁵. De igual manera, por el lado de la demanda de servicios, en Cataluña, donde el sector de CLD público tradicionalmente ha cumplido una función asistencial en torno a la institucionalización, son las personas con menos recursos las que acuden a los servicios públicos por carecer de recursos privados. Asimismo, hay que tener en cuenta que la dependencia o la discapacidad constituye un agravio económico por sí sola. Las personas con discapacidad experimentan una carga económica adicional que oscila, de media, entre los 17.700 y los 41.200 euros anuales¹⁶. Por lo tanto, **es habitual que tanto la demanda como la oferta en el sector de cuidados público o comunitario involucren a personas que tienen dificultades económicas**. La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (en lo sucesivo, LAPAD), aprobada en 2006, ha ayudado a avanzar hacia una mayor universalidad del sistema al hacer de los CLD un derecho subjetivo. No obstante, como se explica en la siguiente sección, la falta de financiación y el propio diseño de la ley han supuesto un límite para satisfacer la demanda existente.

2.3. Desigualdad existente en la responsabilidad de proveer cuidados

Como ya se ha mencionado, tanto la provisión de cuidados sociales como el sector de CLD están altamente feminizados. Según datos de la EPA, en 2019 el 95,5% de las personas trabajadoras auxiliares de enfermería, cuidadoras a domicilio y trabajadoras domésticas eran mujeres¹⁷. Adicionalmente, si en el año 2014 un 10,8% de los hogares españoles requerían CLD, en un 81,8% de los casos los cuidados principales eran provistos por alguien de la familia y en un 64,7% de estos los realizaba una mujer¹⁸. De acuerdo con un informe de la OECD (2022), el Estado español, junto con Italia, es uno de los países con un

¹⁵ Observatorio del Trabajo y Modelo Productivo, 2022.

¹⁶ Ajuntament de Barcelona, 2019.

¹⁷ Martínez-Buján et al., 2022: 78.

¹⁸ Martínez-Buján et al. 2022: 48.

porcentaje más alto de personas cuidadoras que son familiares o conocidas de la persona cuidada, con aproximadamente un 15,3% de la población. Y según el mismo estudio, España también es de los países donde la provisión de cuidados es más intensa en horas, puesto que la mayoría de las personas cuidadoras no profesionales dedican más de veinte horas a la semana a las tareas de cuidados. Por lo tanto, el papel de la familia en la provisión de cuidados es muy relevante¹⁹.

Las principales causas de la feminización de los cuidados sociales son la desigualdad de género en la organización social de los cuidados y la diferenciación entre producción y reproducción que hacen las sociedades patriarcales. **Dos elementos centrales aquí son la subordinación y la dependencia de la figura de la mujer hacia la institución familiar y la relevancia de los modelos culturales focalizados en la familia que dominan la división del trabajo y las instituciones estatales**²⁰.

Desigualdad de género en la demanda y la oferta de cuidados

Las normas sociales construyen la feminidad a partir de la responsabilidad privada hacia el cuidado, ya sea de criaturas, personas mayores o personas con discapacidad. Esto tiene dos consecuencias. En primer lugar, en el hogar, las mujeres son más propensas a ser las responsables de proporcionar cuidados tanto a sus hijos e hijas como a familiares que necesitan ayuda a causa de una enfermedad o por discapacidad o vejez. Esto supone tener menos capacidad para participar en la esfera productiva y, en consecuencia, de formarse y adquirir experiencia dentro del mercado laboral. En segundo lugar, las desigualdades de género también se producen en el mercado laboral, donde la brecha salarial, la segmentación de los mercados laborales y la discriminación por razón de género penalizan la participación de la mujer en la esfera pública y la ponen en una posición de desventaja en la negociación dentro del hogar sobre la distribución de las tareas de cuidado. Además, en los estados de bienestar que determinan los derechos sociales a partir de la participación laboral, la falta de cotizaciones laborales dificulta el derecho a tener prestaciones sociales en la vejez y, por lo tanto, el acceso a servicios de atención social. En el caso de Cataluña, la pensión media de jubilación de las mujeres en el año 2022 fue de 886 euros, mientras que para los hombres fue de 1.426 euros²¹. Así pues, desde el lado de la demanda, observamos que las mujeres se ven más perjudicadas a la hora de poder acceder a servicios de CLD. Esto es especialmente importante si tenemos en cuenta que la demanda de servicios por encima de los 65 años se encuentra también feminizada: en el año 2024, en Cataluña el 61% de las personas con derecho a una prestación de dependencia de entre 65 y 79 años fueron mujeres, cifra que aumenta hasta el 75% para personas de 80 años o más²².

¹⁹ Quintana et al. 2024

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

²¹ Quotidiana, 2022.

²² Datos extraídos del IMSERSO, 2024.

Para analizar estos factores, hay que tener presente una perspectiva interseccional para entender de qué manera, más allá del género, otros factores sociales crean desigualdades, discriminaciones e identidades diferenciadas dentro del sector.

Ahora bien, el género solo es uno de los determinantes sociales que condicionan la desigual composición social del sector de CLD; el país de origen, la clase social y la edad también son factores clave. Para analizar estos factores, **hay que tener presente una perspectiva interseccional para entender de qué manera, más allá del género, otros factores sociales crean desigualdades, discriminaciones e identidades diferenciadas dentro del sector**²³. Considerar estas intersecciones debe servir para que las políticas públicas den voz a las personas en los márgenes de las instituciones y para que se diseñen programas adaptados a la complejidad de las desigualdades según la identidad, la experiencia y el acceso a los recursos²⁴.

En el caso de Cataluña, es posible destacar dos perfiles claves que están sujetos a una gran responsabilidad en la provisión de cuidados. El primero es el de las **mujeres migrantes de mediana edad y de clase media o baja en sus países de origen**. Según datos de la EPA, en 2019 un 51,6% de las trabajadoras auxiliares de enfermería, las cuidadoras a domicilio y las trabajadoras domésticas eran personas migrantes²⁵. Muchas de ellas han tenido que abandonar su país, su familia y su comunidad por razones políticas, económicas o de violencia. De este modo se reproducen relaciones neocoloniales a través de cadenas globales de cuidado, pues existe un mercado laboral global de cuidado entre países económicamente desiguales²⁶. Por un lado, cuando emigran desde determinados países, las personas encuentran dificultades para validar su formación y su experiencia laboral previa, y, por otro lado, debido a su situación administrativa irregular, los trabajos que se ofrecen a las mujeres recién llegadas son de cuidados sociales. Muchos de estos trabajos se ejercen informalmente y tienen remuneraciones muy precarias, lo que sitúa a las trabajadoras en una posición de gran vulnerabilidad y desigualdad²⁷. Además, el hecho de ser mujeres implica que socialmente hayan tenido que desarrollar un rol que conlleve tener responsabilidades de cuidados en su propio hogar, y las barreras para «externalizarlas» dificultan su desarrollo laboral y social.

²³ Crenshaw, 1991.

²⁴ Daly, 2023: 156.

²⁵ Martínez-Buján, 2023: 78.

²⁶ Hochschild, 2014.

²⁷ Cañada, 2021.

El segundo perfil dominante, sobre todo entre las cuidadoras no remuneradas, es el de mujeres mayores que se acercan o ya han superado la edad de jubilación. Por ejemplo, en 2023 el 78% de las cuidadoras no remuneradas tenían más de 50 años, y el 34% superaba los 67 años²⁸. Por lo tanto, nos encontramos con que mujeres mayores atienden principalmente a personas más mayores, sobre todo mujeres, o a sus hijos discapacitados. Esta situación se da precisamente a causa de la acumulación de desigualdades a lo largo de la vida por motivos de género o clase, entre otros. La edad, la condición física de las personas cuidadoras y la cantidad de años que han estado ejerciendo este rol es relevante para las políticas públicas, ya que determinan la calidad de la atención que se puede proporcionar en el ámbito no profesional, los riesgos de salud para las personas cuidadoras, y el tipo de asistencia en cuanto a los servicios y las transferencias que se pueden requerir.

Por último, es preciso recordar que las demandantes de CLD son personas que, debido a su discapacidad, enfrentan importantes barreras físicas y sociales para acceder al mercado laboral y generar ingresos. Además, deben incurrir en numerosos gastos, tanto en servicios de atención directa como en recursos residenciales y arquitectónicos. Esta es la razón por la que las personas que solicitan DLC tienen un mayor riesgo de caer en la pobreza. Asimismo, **la orientación sexual, la expresión de género y la identidad de género** también son factores destacados que pueden condicionar el acceso a recursos de cuidados, en particular cuando las normas sociales suponen un motivo de discriminación y expulsión de las instituciones, tanto estatales como familiares.

3. El rol de la Administración pública en el sector de CLD en Cataluña: avances y déficits en la creación de un modelo universalista

A pesar de que en Cataluña la mayor parte de los cuidados siguen siendo proporcionados por las familias y de que la Administración pública aplica un carácter asistencial a sus políticas, en las dos últimas décadas **se ha avanzado hacia un modelo más universalista**, especialmente después de la aprobación de la LAPAD en 2006, y de la Ley de Servicios Sociales de Cataluña, en 2007.

3.1. El sistema de CLD antes de la LAPAD

En lo que respecta al gobierno multinivel, en el tiempo transcurrido desde el desarrollo del estado de bienestar, en la década de los ochenta, hasta la creación de LAPAD, en el año

²⁸ Datos extraídos del IMSERSO, 2024.

2006, existieron en Cataluña dos actores principales en la financiación y la provisión de servicios. Por un lado, la Generalitat, encargada de desarrollar la mayoría de los servicios que se han denominado especializados e institucionales, como las residencias y los centros de día; por otro lado, las entidades locales, que a través de su red de servicios sociales proporcionan los servicios sociales básicos, como la atención domiciliaria, la teleasistencia y otros servicios complementarios, entre los que destacan aquellos que hacen frente a situaciones de exclusión social. Aparte de la Administración, también han tenido un papel relevante como proveedoras de servicios y en la gobernanza del sistema las organizaciones del sector social o comunitarias, incluidas las de autogestión de trabajadores y familias, así como las entidades del llamado Tercer Sector.

Modelos de provisión de CLD

En la literatura académica se ha querido distinguir entre diferentes regímenes de estado de bienestar para entender las distintas configuraciones institucionales en la provisión de CLD: el modelo continental, el modelo mediterráneo, el modelo nórdico²⁹ y el modelo liberal³⁰. En el modelo continental (por ejemplo, Alemania) y en el mediterráneo (por ejemplo, España) la familia y la figura de la mujer tienen un papel central en la provisión de CLD. Si bien con el tiempo se han producido cambios, el Estado desempeña un papel minoritario en la provisión directa de servicios y esencialmente se ocupa de implementar políticas asistenciales para aquellas personas en riesgo de exclusión social. No obstante, el modelo continental, con una alta participación laboral y una gran productividad, ha construido un sector social fuertemente financiado y extenso para aquellas clases sociales bien integradas en el mercado laboral. Si observamos la estadística sobre el uso del tiempo del Gráfico 1, en las dos primeras décadas del siglo XXI las mujeres dedicaban más tiempo a tareas no remuneradas en España que en Alemania, tanto en términos absolutos como relativos con respecto a los hombres³¹.

²⁹ Propio de países como Dinamarca o Suecia. Estos países se han caracterizado por una entrada más rápida de la mujer en el mercado de trabajo y una mayor responsabilidad del Estado hacia los cuidados, incluida una perspectiva universal y la gestión directa de servicios a escala local.

³⁰ Característico de los países de tradición anglosajona como el Reino Unido. En estos países, la participación del Estado es minoritaria y está descentralizada, pero la entrada de la mujer en el mercado laboral ha generado una gran cantidad de mercados de provisión de CLD financiados con programas asistenciales de la mano de actores sociales y de la beneficencia.

³¹ Desafortunadamente, estas encuestas sobre el uso del tiempo homogeneizadas a nivel europeo se realizan con poca frecuencia. En el caso de España y Cataluña, se espera que pronto se publiquen los datos recogidos en 2023 y en 2024.

Modelos de provisión de CLD

Gráfico 1. Promedio de minutos diarios dedicados al trabajo no remunerado



Fuente: elaboración propia con datos de la OECD Data Explorer

Desde los años noventa, la demanda de recursos públicos de CLD ha ido aumentando progresivamente, una tendencia provocada por el envejecimiento de la población y una crisis del modelo de provisión familiar con la entrada masiva de la mujer en el mercado laboral y cambios culturales hacia la responsabilidad de proveer cuidados. Ante la falta de cobertura pública y de servicios de apoyo al hogar suficientes, así como de un paradigma de institucionalización de las personas en situación de exclusión social, **el sistema de CLD ha evolucionado hacia la proliferación de servicios residenciales y en el domicilio privado** (entre los que se incluye la economía sumergida). La Generalitat y los entes locales han dado prioridad a la externalización de servicios a través de la contratación pública, en tanto se profesionalizaban los sistemas de gestión y **se estandarizaban los servicios**. Durante el proceso de expansión del sector de CLD, se ha tendido a aumentar la magnitud de los servicios (centros residenciales, presupuesto de los lotes bajo concurso, etc.), sobre todo en las áreas urbanas más pobladas, para aprovechar las economías de escala y reducir el gasto.

Este modelo de provisión de CLD se ha sustentado en costes laborales bajos y en **la llegada y el trabajo de mujeres migrantes**, en su mayoría de América Latina, pero también de Europa del Este. Con frecuencia estas trabajadoras se han visto obligadas a practicar la economía sumergida por culpa de la normativa de inmigración que dificulta la obtención de permisos de trabajo³². Además, junto con un elevado grado de informalidad, el mercado

³² León, 2010.

laboral ha experimentado bajos índices de sindicalización y una falta de desarrollo profesional formal. En este contexto, **un obstáculo significativo para la profesionalización en España —y también en Cataluña— ha sido la aceptación social de la naturaleza informal del trabajo de cuidados**³³.

Ante la falta de cobertura pública y de servicios de apoyo al hogar adecuados, así como de un paradigma de institucionalización de las personas en situación de exclusión social, el sistema de CLD ha evolucionado hacia la expansión de servicios residenciales y en el domicilio privado.

3.2. Aprobación de la LAPAD y despliegue posterior

Con la aprobación de la LAPAD en el año 2006, la atención a la dependencia **se convirtió en un derecho subjetivo**. En Cataluña, la Ley de Servicios Sociales de 2007 determinó que las administraciones deben garantizar el acceso universal a los servicios sociales básicos y deben proceder a su gratuidad, teniendo en cuenta que la persona usuaria puede tener que asumir el financiamiento de la teleasistencia y los servicios de ayuda domiciliaria, conforme a lo estipulado por dicha ley. De igual manera, deben asegurar el acceso universal a las prestaciones de servicio garantizadas y la financiación del módulo social de estas prestaciones, de acuerdo con la Cartera de servicios sociales. Esta legislación instauró la Cartera de Servicios Sociales, que establece como prestaciones garantizadas las que son exigibles como derecho subjetivo: las personas que se encuentran en situación de necesidad, en aplicación de lo establecido por la Cartera de servicios sociales, tienen derecho a recibirlas y la Administración tiene el deber de proporcionarlas, sin importar la disponibilidad presupuestaria.

Dentro del contexto de la LAPAD, el gobierno central adoptó un papel más dominante en la gestión del sector de CLD y su financiación creando el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)³⁴. Una novedad importante de la LAPAD fue la incorporación de **transferencias directas**, que abarcaban las prestaciones vinculadas a los servicios y las ayudas económicas a las personas cuidadoras en el entorno familiar. Así, la evolución de

³³ Moreno et al., 2014.

³⁴ En concreto, se crearon dos componentes: una financiación mínima de la Administración General del Estado (AGE) y las comunidades autónomas (CCAA) en función de las personas acreditadas como dependientes en cada territorio y su grado de dependencia, y una financiación acordada por parte de la AGE dependiendo del acuerdo en el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, creado bajo el nuevo Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Finalmente, se mantuvo la aportación adicional de las CCAA. También se generaba la figura del copago en función de la capacidad económica, estableciendo un máximo de un tercio del coste del sistema. Asimismo, bajo el SAAD, las comunidades autónomas, incluida Cataluña, desplegaban carteras de servicios regulados.

los CLD ha seguido el mismo proceso de descentralización que otras áreas del estado de bienestar, siguiendo una lógica casi federal³⁵: el Gobierno central tiene un papel significativo en la financiación y la regulación del sistema de CLD, pero las competencias recaen mayormente en las comunidades autónomas, que, a su vez, asignan buena parte de los servicios de atención domiciliaria a los municipios. En esta nueva regulación, el derecho a una prestación pública y su intensidad están determinados por el grado de dependencia otorgado por las autoridades sanitarias: se distingue entre Grado I, Grado II y Grado III. **Para la recepción de la prestación se establece un nuevo circuito.** Tras valorar el grado de dependencia, los centros de servicios sociales básicos y las autoridades autorizadas desarrollan a través de una o un trabajador social especializado, junto con la persona en situación de dependencia y su entorno, un plan individualizado de atención (PIA).

El nuevo sistema de la LAPAD tiene importantes restricciones de diseño y circunstanciales en la universalización de las prestaciones, en la desfamiliarización de los cuidados y en la mejora de la calidad de los servicios y las condiciones laborales.

La LAPAD generó unas expectativas bastante altas acerca de la capacidad del sistema para financiar correctamente los servicios, mejorar las condiciones laborales y profesionalizar el sector. De hecho, esta ha ampliado de manera eficaz la red de servicios sociales, la cobertura pública y el empleo en el sector de CLD³⁶. Sin embargo, el nuevo sistema de la LAPAD **tiene importantes restricciones de diseño y circunstanciales** en la universalización de las prestaciones, en la desfamiliarización de los cuidados y en la mejora de la calidad de los servicios y las condiciones laborales. Desde una perspectiva conjuntural, la crisis económica de 2008 y las políticas de austeridad provocaron recortes considerables en la financiación y las prestaciones, incluida la suspensión de la financiación acordada y la congelación del precio público de los servicios de la cartera de servicios sociales. Aunque la ley estipula que el copago no puede exceder un tercio de la financiación total del sistema, en los años más duros de la crisis llegó a registrarse hasta un 50% en promedio, con variaciones entre las comunidades autónomas³⁷. Como se muestra en el Gráfico 2, el período de 2011 a 2021 representó una década de pérdida para la LAPAD en términos de financiación. Y no fue hasta 2019 que se empezó a recuperar la financiación acordada. En realidad, en Cataluña fue en el año 2021 cuando se hicieron las primeras actualizaciones de los precios públicos y las prestaciones desde 2008.

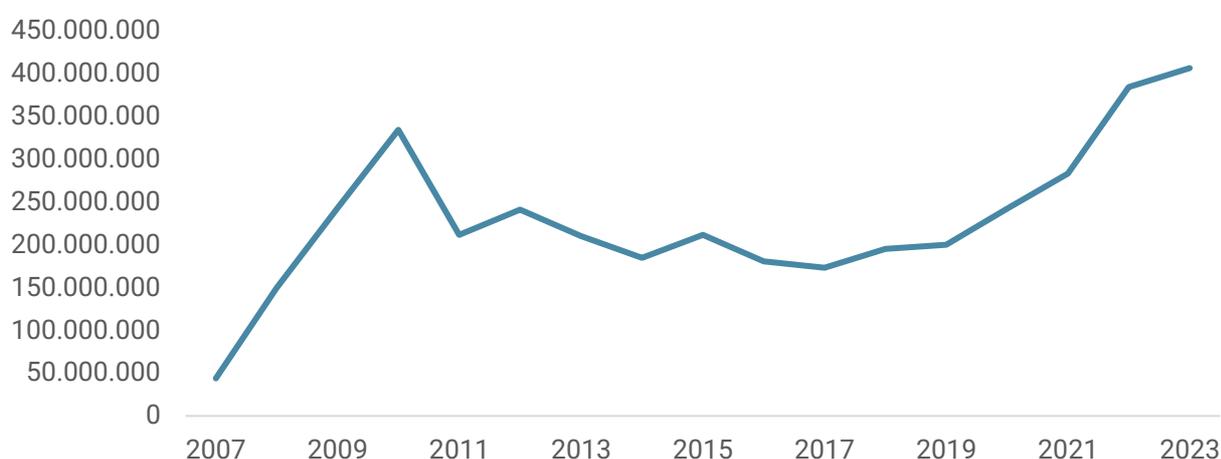
³⁵ Gallego, 2016.

³⁶ Cabrero y Gallego, 2013.

³⁷ Pozo-Rubio et al., 2017.

Actualmente, el tiempo medio desde la resolución del grado de dependencia hasta la resolución de la prestación ha disminuido significativamente, ha pasado de ser 340 días en enero de 2020 a ser 106 días en mayo de 2024³⁸. En contraste, el promedio español para 2020 fue de 158 días y para 2024, de 112 días, lo que significa que **Cataluña ha pasado de ser la comunidad autónoma con mayor lista de espera a situarse en el promedio nacional**. Como resultado, en Cataluña se ha pasado de 69.904 personas beneficiarias con más de seis meses sin prestación a 39.615, una cifra todavía muy alta.

Gráfico 2. Financiación de la AGE en Cataluña a través de la financiación mínima y acordada bajo el SAAD



Fuente: elaboración propia con datos del IMSERSO

No obstante, en cuanto a financiación, seguimos lejos de otros países. Se estima que en el año 2019 un país como Alemania destinó aproximadamente el 1,8% del PIB a los CLD, mientras que en España se destinó el 0,7%. Así, se calcula que si, como en Alemania, el sistema público cubre en promedio el 80% del coste de los servicios de atención domiciliaria, en España solo llega al 40%³⁹.

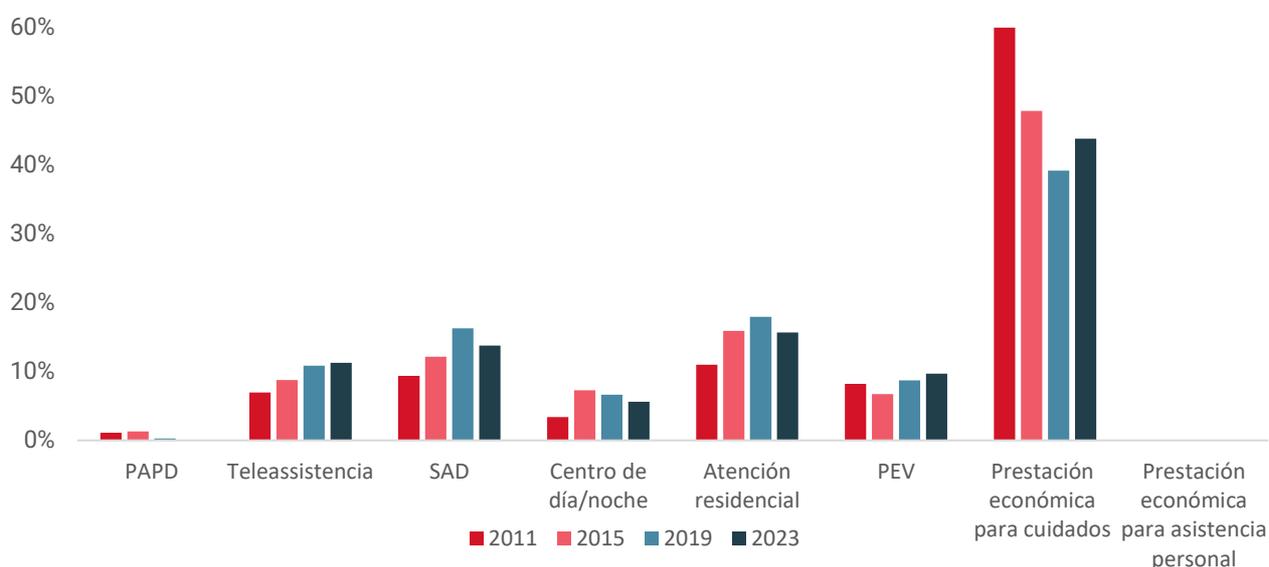
En lo que respecta al diseño, **el sistema se ha apoyado fuertemente en las prestaciones económicas**. Como se puede apreciar en el Gráfico 3, la mayoría de las prestaciones bajo el SAAD corresponden a prestaciones económicas por cuidados en el entorno familiar. La prevalencia de beneficios para cuidadoras no profesionales iría en contra de los objetivos de la LAPAD de minimizar la participación de las familias en el cuidado y promover los

³⁸ Datos extraídos del IMSERSO, 2024.

³⁹ Comisión Europea, 2021.

cuidados profesionales en el hogar⁴⁰. En línea con lo señalado en los apartados anteriores, hay que tener presente que el 65% de las personas cuidadoras no profesionales son mujeres, mientras que el 34% corresponde al hijo o la hija, el 32%, a la pareja y el 20%, a la madre⁴¹. Asimismo, en la última década, junto con la remuneración de los cuidadores en el entorno familiar y bajo un paradigma de envejecimiento en el hogar, impulsado en parte por el activismo y el movimiento asociativo de las personas con discapacidad física y orgánica, en España se ha experimentado una **ampliación y un fortalecimiento de los servicios a domicilio** que se acerca al abanico de servicios de otras naciones europeas (véase el Gráfico 4).

Gráfico 3. Evolución del peso de las prestaciones otorgadas bajo el SAAD sobre el total de prestaciones en Cataluña, de 2011 a 2023



Fuente: elaboración propia con datos del IMSERSO

Adicionalmente, **el sistema ha mantenido una provisión externalizada, más motivada y organizada por la reducción del gasto que por la mejora de la calidad y la libre elección de las personas**. Este hecho ha dificultado el avance hacia modelos de calidad y de redistribución de las cargas de cuidado entre los diferentes actores implicados en la provisión de cuidados. Es importante destacar que en Cataluña (y en Europa) también existe una tendencia generalizada de **mercantilización y financiarización** de los servicios de CLD, con la incursión en el sector de grandes empresas multinacionales multiservicios o especializadas⁴². Aunque la presencia de actores con ánimo de lucro es habitual desde

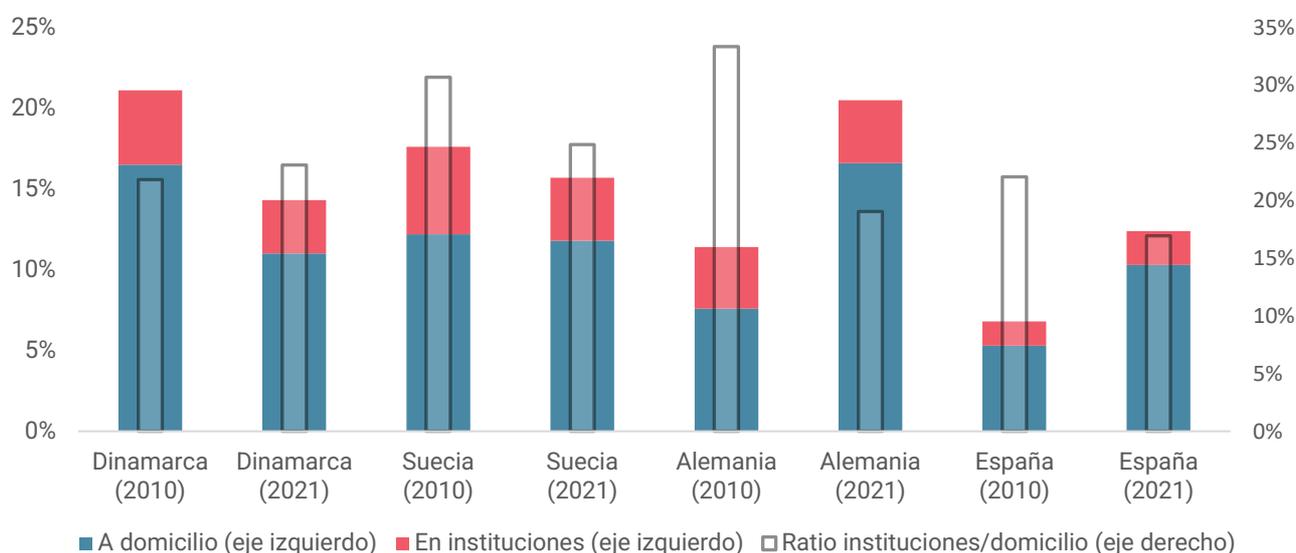
⁴⁰ Martínez-Buján et al., 2023: 59.

⁴¹ Datos extraídos del IMSERSO, 2024.

⁴² Palomera y León, 2023.

hace décadas en múltiples países, incluso en Cataluña⁴³, actualmente el rasgo diferencial es el posible incremento de la concentración de mercado en torno a estas grandes empresas multinacionales y fondos de inversión, siendo la gestión de servicios externalizados una actividad central en el modelo de negocio de las empresas. Y si bien la provisión todavía sigue estando bastante fragmentada, con una notable presencia de entidades sociales pequeñas y medianas que gestionan servicios de tamaño modesto, no hay que menospreciar la concentración de mercado en nuevos servicios, incluidos los residenciales, así como la presión económica que puede suponer para las entidades sociales competir con modelos de gestión centrados en generar grandes economías de escala⁴⁴.

Gráfico 4. Proporción de la población de más de 65 años que reciben cuidados en instituciones y a domicilio, 2010 y 2021



Fuente: elaboración propia con datos de la OECD Data Explorer

⁴³ Según el Mapa de Servicios Sociales de Cataluña, en el caso de los servicios residenciales, en el año 2000 había 37.281 plazas residenciales: un 17% de ellas de titularidad pública, un 14% de titularidad privada bajo concierto o colaboración con la Generalitat, y un 69% de titularidad privada sin concierto ni colaboración. Después de un proceso acelerado de crecimiento hasta el año 2014, cuando se llegó a un total de 58.294 plazas, la tendencia ha sido de crecimiento mucho más lento, llegando en el año 2022 a 61.322 plazas. La inclusión de plazas residenciales se hizo sobre todo a través de un aumento de las plazas concertadas y bajo colaboración, en 2022 pasaron a representar un 35% de las plazas, 21 puntos porcentuales más que en el año 2000, mientras que las plazas de titularidad pública siguen representando un 17% del total. De igual manera, se ha observado un ligero aumento del peso de las entidades con ánimo de lucro, que han pasado de gestionar un 65% de las plazas en el año 2000 a un 72% en el año 2022. Además, hay que tener en cuenta que la mayoría de las plazas de titularidad pública son de gestión delegada, a pesar de que el acceso a los datos históricos es más complicado. En el caso de la ciudad de Barcelona, con un importante mercado residencial, la gestión directa de residencias públicas se ha situado por debajo del 10% desde el año 2000, mientras que las entidades con ánimo de lucro gestionaban en el año 2018 alrededor del 50% de las plazas, frente al 40% de las entidades sin ánimo de lucro.

⁴⁴ Palomera y León, 2023.

Una de las preocupaciones de las administraciones, tanto en Cataluña como en el resto de Europa, es la **escasez de trabajadores cualificados en el sector de CLD** ⁴⁵. En esta etapa, el sector sigue sufriendo importantes carencias que dificultan las condiciones de vida de las trabajadoras, así como la profesionalización y la retención de talento. En España, en el año 2020 el 36,9% de las auxiliares de enfermería y el 32,5% de las cuidadoras a domicilio tenían un contrato temporal⁴⁶. El nivel de rotación laboral de las trabajadoras de atención directa a las residencias era del 23% en 2009, bajó al 17% en 2014 en medio de la crisis económica y el empeoramiento de otros mercados laborales, y en 2019 volvió a subir hasta el 23%⁴⁷; estas cifras contrastan con la rotación del personal de dirección y administración, que se situó alrededor de un 7% en los mismos años. También es importante considerar la brecha salarial que existe en el sector social con respecto al sector de la salud, con personas de la misma categoría profesional obteniendo salarios más bajos por el simple hecho de trabajar, por ejemplo, en una residencia en lugar de en un centro de salud.

Además, con la LAPAD el sistema no ha avanzado hacia la creación de un sistema más unificado y coordinado, más allá de una regulación y una responsabilidad más amplias de los CLD en los servicios sociales. **El problema de la fragmentación se hizo especialmente patente durante la crisis pandémica de la COVID-19**, con una incapacidad de las instituciones para regular y aplicar medidas de prevención en las residencias privadas⁴⁸. También podemos añadir que uno de los principales problemas del sistema de CLD en Cataluña, aparte de la falta de control público y el retraso en la implementación de las prestaciones, es la falta de información, transparencia y generación de datos. Esto obstaculiza a los hogares disponer de información para elegir los servicios y a las administraciones tener conocimiento de los resultados de las prestaciones para poder valorar su idoneidad.

4. Las políticas de CLD en Cataluña

Como se ha expuesto, el actual modelo catalán de CLD ha presentado carencias tanto en sus metas como en su estrategia, dado que **prioriza la reducción de costes** mediante procesos de externalización hacia la familia y las instituciones del mercado y las comunitarias. Bajo una perspectiva igualitaria y universalista, existe la necesidad de **socializar el cuidado social para evitar que se resuelva de forma individual** y con configuraciones que tengan efectos negativos concentrados en grupos específicos de la población, especialmente en mujeres, en particular en las migrantes con pocos recursos y

⁴⁵ Eurofund, 2020.

⁴⁶ INE, 2020.

⁴⁷ Encuesta Económica de Servicios Sociales del IDESCAT, 2024.

⁴⁸ León et al., 2021.

las mujeres de mayor edad del entorno familiar. Es preciso extender la responsabilidad de la Administración pública en la organización de los CLD, en consonancia con la LAPAD, reforzando así las estrategias de envejecimiento en el hogar y el respeto al derecho de las personas con discapacidad a vivir una vida independiente y en comunidad con servicios de calidad y participados. Asimismo, es un desafío mayor la atención de los casos complejos, como la discapacidad múltiple y el autismo, con la necesidad de adaptar los servicios, incluyendo un incremento de las tasas y la adecuación de los perfiles profesionales.

En este sentido, en Cataluña **se ha extendido el modelo de una Atención Integral Centrada en la Persona** (en adelante, AICP). La AICP es un concepto que se utiliza ampliamente y que en la actualidad puede tener diferentes interpretaciones según su uso. La AICP puede definirse como aquella que «busca conseguir mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, basándose en el pleno respeto a su dignidad y derechos, sus intereses y preferencias, y teniendo en cuenta su participación efectiva»⁴⁹. La AICP también ha llevado al centro de los CLD la defensa del derecho de las personas con discapacidad a vivir de forma independiente y en comunidad, el derecho a elegir dónde envejecer, la desinstitucionalización del sistema y la creación de recursos para poder llevarlo a cabo (asistencia personal, unidades de convivencia tanto en los hogares como en las residencias, etc.). En el ejercicio del derecho a vivir de manera independiente, resulta crucial proteger la autodeterminación y evitar enfoques paternalistas. Por ello, la AICP pretende que los elementos organizativos y profesionales de la atención no vayan por delante de la capacidad de elección de las personas atendidas. El modelo de la AICP es un modelo de atención que se pretende implementar en todos los servicios y políticas de provisión de CLD, ya sean estos a domicilio o residenciales.

Es preciso extender la responsabilidad de la Administración pública en la organización de los CLD, en consonancia con la LAPAD, reforzando así las estrategias de envejecimiento en el hogar y el respeto al derecho de las personas con discapacidad a vivir una vida independiente y en comunidad con servicios de calidad y participados.

Además, paralelamente a la incorporación de una perspectiva de IACI en los servicios, aunque esta ha ejercido influencia y cierta relación, las políticas públicas recientes en el ámbito de los CLD muestran un creciente interés por métodos y **prácticas de tipo comunitario y de desinstitucionalización**, cuestionando los modelos de intervención a nivel individual⁵⁰. En términos como la creación de ciudades cuidadoras, barrios cuidadores, un municipalismo cuidador, democratización de los cuidados, etc., utilizados por organizaciones supramunicipales como la Diputación de Barcelona o la Federación

⁴⁹ Rodríguez, 2010.

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

Española de Municipios y Provincias (FEMP), junto con diferentes ayuntamientos y otros entes locales, se plantea la idea de **establecer sistemas de provisión local que sean capaces de distribuir y organizar el trabajo de la atención bajo principios democráticos**⁵¹. De igual manera, la más reciente estrategia de desinstitucionalización del Ministerio de Derechos Sociales incluye objetivos como potenciar la asistencia personal, el servicio de acompañamiento a la vida independiente o la creación de unidades de convivencia en las residencias para mejorar la organización de los cuidados⁵². Con estos sistemas, la Administración pública aspira a simplificar y adaptarse mejor a las necesidades de las personas involucradas en la atención directa, incluidas las personas cuidadas y las personas cuidadoras con o sin remuneración. También se pretende incorporar una mayor participación y control de estas personas en los procesos, aumentando su capacidad de decisión y autogestión. En última instancia, las administraciones buscan perfeccionar la coordinación (o integración) entre los servicios públicos y privados.

Para llegar a alcanzar estos objetivos, **las Administraciones públicas se están dotando de varias herramientas**, entre las que se encuentran una territorialización ampliada de los servicios de CLD con enfoque comunitario, una mejora en las condiciones laborales, un incremento de la participación de las personas trabajadoras y las personas usuarias en la organización de los servicios (a lo largo de todo el proceso: la identificación de necesidades, el diseño, la implementación, el seguimiento, la evaluación y la mejora continua de los servicios), un refuerzo de las infraestructuras sociales para fortalecer la comunidad, nuevas formas de urbanismo y vivienda, y la introducción de nuevas organizaciones de provisión de cuidados que fomenten el apoyo mutuo y una mayor implicación de la sociedad en el cuidado, incluidos los hombres⁵³.

Para estudiar los distintos elementos que pueden ayudar a entender el sistema de CLD actual y dónde habría que implementar mejoras, primero se abordan las principales prestaciones existentes. A continuación, se describen los resultados que buscan lograr estas prestaciones. Finalmente, se consideran el conjunto de aspectos transversales a tener presentes al estructurar las prestaciones de CLD.

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

⁵² Se puede consultar en la [página web de la estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados a la comunidad](#).

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

Figura 1. Conceptualización de los elementos que vertebran el sistema de CLD



Fuente: elaboración propia

4.1. Principales políticas y prestaciones existentes

El sistema de CLD se nutre de un conjunto de prestaciones reguladas en la LAPAD y desarrolladas en las carteras de servicios sociales de cada CC. AA.; no obstante, las propias leyes autonómicas y las carteras pueden ofrecer servicios adicionales. A la hora de abordar los instrumentos para la atención de CLD, se toman como referencia las prestaciones de la cartera de servicios sociales de la Generalitat. Sin embargo, la utilización de esta referencia no implica que esta sea la categorización adecuada que un sistema de CLD debería tener para progresar en un modelo de la AICP.

Servicios a domicilio

Los servicios a domicilio son aquellos cuidados sociales proporcionados en el entorno de la persona cuidada, que deberían abarcar tanto su hogar como los espacios públicos y las infraestructuras públicas circundantes a su vivienda. El propósito de los servicios a domicilio es posibilitar que las personas en situación de dependencia conserven un nivel de vida digno en su hogar. En este servicio, las trabajadoras de cuidados les brindan atención directa para llevar a cabo las actividades diarias básicas y participar en sociedad. Sin embargo, también resultan indispensables las auxiliares en el hogar, encargadas de la

adecuación de la vivienda, incluida una correcta higiene, para garantizar el bienestar de la persona. Por lo general, la satisfacción de las personas atendidas con los servicios suele ser alta, debido a las necesidades que tienen, aunque también muestran algunas carencias que se detallan a continuación:

- **baja intensidad** de los servicios en comparación con las necesidades⁵⁴;
- **alta rotación** de las trabajadoras en el hogar causada por las suplencias;
- **empeoramiento de la remuneración de las trabajadoras** ante el incremento del coste de la vida en las ciudades;
- falta de apoyo **emocional, logístico y formativo** hacia las trabajadoras;
- deficiencias en **la coordinación y la capacidad de autogestión** del trabajo, incluidas la rigidez de las tareas, la gestión de las suplencias y la capacidad de adaptar el calendario a las personas atendidas;
- **falta de flexibilidad** en los horarios, incluida la ausencia de cobertura durante los fines de semana;
- falta de visión sistémica de los servicios que pueda **resolver la fragmentación** con otros servicios.

Servicios tecnológicos

Es necesario investigar las oportunidades que **la innovación tecnológica puede aportar para una atención continuada, un mejor seguimiento y la provisión de nuevos servicios a las personas atendidas en lo que respecta al apoyo al autocuidado y la capacitación**. Las innovaciones tecnológicas pueden desarrollarse y aplicarse de múltiples maneras. En el hogar, es fundamental la optimización del sistema de teleasistencia y de los instrumentos de prevención. La incorporación de robots u otros sistemas que puedan ayudar a mejorar los indicadores de salud y el seguimiento de pautas médicas, incluida la activación de la alarma en caso de necesidad, puede suponer un importante incentivo para facilitar el envejecimiento en el hogar y descargar de algunas tareas de cuidado a las personas cuidadoras. La implementación de herramientas tecnológicas basadas en la sensorialidad debe permitir personalizar la atención y fomentar la autonomía (por ejemplo, controlar luces o levantar la cama de forma autónoma). Asimismo, la inteligencia artificial puede ser un recurso relevante para la detección temprana de enfermedades mentales, como la demencia, entre otras. El Internet de las Cosas también tiene el potencial de personalizar la atención según patrones de conducta. Tanto en el hogar como en las residencias, las tecnologías pueden ayudar a aumentar la autonomía y aliviar las cargas físicas de las

⁵⁴ Según datos del IMSERSO para el año 2024, el promedio de horas para una persona de Grado I es de 3,2 horas diarias en cinco días, 5 horas para una de Grado II, y 6 horas para una de Grado III.

cuidadoras, de entre las que destacan los robots y los productos de apoyo que facilitan la movilidad y la realización de tareas básicas. En esta línea, la innovación tecnológica debe promover la accesibilidad física y sensible de todas las personas, con el fin de garantizar la aplicación de la normativa desplegada en el Código de Accesibilidad (Decreto 209/2023).

Sin embargo, **la incorporación de estas innovaciones debe llevarse a cabo como un complemento y no como una sustitución de los cuidados sociales esenciales proporcionados por las trabajadoras.** La tecnología no puede actuar como un medio para reemplazar la interacción humana y las relaciones sociales, dado que esto podría implicar un incremento en los índices de soledad; tampoco debe suponer una mayor complejidad en el sistema de CLD, un obstáculo para el acceso a los cuidados o un exceso de trabajo para las trabajadoras. Es importante resaltar la brecha digital entre buena parte de las personas con discapacidad y las personas de edad avanzada, y, por ende, la necesidad de acompañar y respetar la elección en el uso de este tipo de servicios. La provisión debe tener en cuenta las necesidades específicas de las personas con discapacidad para su inclusión, razón por la cual es imprescindible su propia participación, así como el seguimiento y el control de estas tecnologías en el colectivo. Además, hay que prever el gasto energético de estos sistemas, ya que este no puede representar un coste extra para los colectivos que ya sufren problemas de pobreza y de pobreza energética.

Centros de día y de estancia limitada

Los centros de día y de estancia limitada (como los hogares-residencia) se encargan de acoger durante horas diurnas o nocturnas a las personas en situación de dependencia, de forma que garantizan la satisfacción de sus necesidades básicas y la realización de actividades lúdicas y sociales. Estos servicios se transforman en complementos al apoyo en el hogar, con el objetivo de permitir a las personas atendidas permanecer en sus domicilios. En algunos casos, es posible garantizar el servicio durante los fines de semana o incluso servicios nocturnos, especialmente en situaciones de personas con discapacidad intelectual. Frecuentemente, las residencias para personas de edad avanzada incluyen un centro de día en el edificio, optimizando así el uso de recursos, como, por ejemplo, el personal.

A diferencia de las residencias, que pueden tener una ocupación cercana al 90%, la ocupación en los centros de día administrados por empresas de comerciales se sitúa en el 50%⁵⁵, lo que indica una menor preferencia por estos centros. Además, los centros de día concertados sin residencia tienen dificultades para ser rentables porque la demanda y el grado de ocupación no alcanzan el coste que conlleva su funcionamiento (en general, los centros de día y de noche y las residencias concertadas necesitan tener una ocupación

⁵⁵ IDESCAT, 2023.

plena para ser económicamente sostenibles, sobre todo considerando los bajos precios públicos). Un centro de día no elimina el coste del apoyo en el entorno familiar, por lo que ingresar en una residencia puede ser una alternativa preferible en términos económicos y de tiempo. Mientras que el precio público de un centro de día se encuentra alrededor de 900 euros por siete días a la semana, el de una residencia está cerca de 1.900 euros, una diferencia menor si el copago es bajo. Por lo tanto, **el mayor reto de los centros de día es convertirse en una opción atractiva y asequible para los hogares**, lo que supondría ampliar el apoyo público e incorporar en la financiación servicios complementarios, incluido el transporte adaptado. Otro obstáculo es la escasez de información y difusión de la existencia y las posibilidades de estos centros, tanto para los profesionales como para la sociedad en general. Adicionalmente, con el objetivo de revalorar estos centros, se podría **ofrecer apoyo para que sean infraestructuras públicas de referencia comunitaria** e interdisciplinarias, enfocadas también en el apoyo y la formación del trabajo de cuidados, y abiertas a la participación de equipos interdisciplinarios y a actividades voluntarias, incorporando iniciativas para combatir la soledad y el aislamiento de las personas con dependencias.

Viviendas con apoyo / coviviendas

Por un lado, las viviendas con apoyo son infraestructuras destinadas a garantizar la autonomía de las personas en situación de dependencia, con el apoyo de servicios de cuidado social para atender necesidades básicas. En cambio, las coviviendas promueven nuevos modelos convivenciales y facilitan la participación social y el apoyo mutuo entre las personas residentes. Aunque este tipo de recurso no forma parte del SAAD, **ha ganado relevancia en la última década** bajo el enfoque del envejecimiento en el hogar, y la AICP y las viviendas con apoyo se contemplan en el marco de la ley de servicios sociales de Cataluña. Sin embargo, hay variaciones en los modelos de gestión que pueden determinar sus resultados. Es necesario distinguir entre formas de convivencia y propiedad cooperativa bajo esquemas de autogestión (covivienda) o formas de propiedad pública en régimen de alquiler social, que solo requieren el apoyo de trabajadoras sociales (vivienda con apoyo).

Las principales barreras de este tipo de viviendas son su **promoción y financiación**, ya sea por los municipios que puedan tener una escasez de suelo público o una capacidad fiscal limitada, o por los grupos promotores de cooperativas de vivienda. La colaboración público-comunitaria suele ser una herramienta impulsora de proyectos, pues facilita financiación a través de subvenciones y crédito directo o avales y libera suelo para proyectos de vivienda mediante la cesión de uso. No obstante, cuando se implementan estos recursos, hay que tener presente la inclusión de criterios de universalidad en el acceso, asegurar las prestaciones sociales para las personas e impulsar proyectos que liberen la vivienda privada existente. **Otro reto importante de las viviendas es ser una**

alternativa real frente a la institucionalización para las personas que tienen una gran dependencia. Para lograr este objetivo, pueden ser claves la inclusión de apoyo especializado, la promoción de la asistencia personal y los servicios de atención domiciliaria, y las facilidades arquitectónicas para generar zonas comunes de cuidados compartidos.

Servicio de centro residencial

Los servicios de centros residenciales consisten en infraestructuras destinadas a la atención de las personas en situación de dependencia de manera ininterrumpida durante las veinticuatro horas del día. Ofrecen todos los servicios necesarios para satisfacer sus necesidades fisiológicas, tales como la higiene personal, el alojamiento, la alimentación y la limpieza, además de las necesidades de apoyo emocional y social, incluyendo actividades sociales y culturales. Adicionalmente, los servicios residenciales también ofrecen la prestación de servicios complementarios, como los de fisioterapia, podología o peluquería, entre otros.

En la actualidad, en Cataluña predomina un modelo de residencias de gestión privada (incluso en los centros de titularidad pública) cada vez más grandes⁵⁶, que presentan las siguientes problemáticas:

- una organización jerárquica impulsada por la **búsqueda de la eficiencia** y la reducción del gasto, con una creciente tendencia hacia las residencias con ánimo de lucro y elevados márgenes de beneficio;
- prácticas de **atención de baja calidad** (o incluso que atentan contra el principio de un cuidado digno, como las sujeciones físicas, mecánicas, químicas o farmacológicas);
- falta de personal y salarios bajos, con la implementación por parte de la LAPAD de unas **ratios de personal y unos precios bajos**;
- una **sobrecarga** de trabajo para las trabajadoras, lo que provoca una baja satisfacción laboral y un elevado índice de absentismo;
- una **escasez generalizada de recursos**, que incluye una coordinación insuficiente con otros servicios, como los de salud (limitando la capacidad de reacción ante situaciones como la COVID-19) y los servicios sociales⁵⁷⁵⁸;

⁵⁶ Según el Registro de Entidades, Servicios y Establecimientos Sociales del Departamento de Derechos Sociales de la Generalitat de Catalunya, se ha pasado de un aumento promedio de 60 plazas en las residencias inscritas en el año 2000 a 90 plazas en las residencias inscritas en 2022. Ahora bien, la media de las plazas de las residencias en Cataluña se encuentra por debajo de la de otras comunidades autónomas. De acuerdo con datos del IMSERSO (2020), el tamaño promedio de los centros residenciales en Cataluña fue de alrededor de 70 plazas, mientras que en Madrid se llegó a 120.

⁵⁷ Comas-d'Argemir et al., 2022: 302.

⁵⁸ León et al, 2021.

- un aumento de casos complejos (pluridiscapacidad, trastornos de conducta...), que los servicios actuales no pueden atender por carecer de la experiencia, las ratios y los perfiles profesionales suficientes.

A pesar de todo, aunque las residencias sean la última opción para más del 90% de las familias y las personas con necesidades de cuidados, continúan siendo solicitadas debido a su coste y a su amplia cobertura de necesidades, así como a la falta de alternativas efectivas para un envejecimiento en casa en situaciones de altas necesidades de cuidados. En otros contextos, la tendencia actual es el desarrollo de nuevos modelos de atención y diseños arquitectónicos basados en la **creación de unidades de convivencia con una adecuada dotación de personal y recursos**, además de una mayor democratización de la gestión y el uso de los servicios. Este es un procedimiento que países nórdicos como Dinamarca ya implementaron en las décadas de los ochenta y los noventa, y que también se está extendiendo en países como Alemania.

También existen experiencias específicas fascinantes en España, como en el País Vasco. En la legislatura de 2019-2023, el Gobierno central aprobó un nuevo modelo que establece un límite máximo de residentes, incrementa las ratios de personal y exige la creación de unidades de convivencia de un máximo de 15 personas y un mínimo de un 65% de habitaciones individuales para las plazas públicas⁵⁹. Entre los desafíos más significativos de su puesta en marcha se encuentran un incremento en la dotación económica, una mejora de las condiciones laborales, una mayor transparencia, una coordinación más efectiva con los servicios de salud comunitarios y los servicios sociales, y el establecimiento de una limitación a los beneficios económicos. Es igualmente necesario un cambio cultural vinculado a los modelos de vida independiente y en comunidad (formación a profesionales, apoyo a la comunidad donde está ubicado el centro, etc.), así como garantizar un modelo de la AICP que contemple la participación de las personas usuarias en la planificación, la gestión y la evaluación del servicio.

Aunque las residencias sean la última opción para más del 90% de las familias y las personas con necesidades de cuidados, continúan siendo solicitadas debido a su coste y a su amplia cobertura de necesidades, así como a la falta de alternativas efectivas para un envejecimiento en casa en situaciones de altas necesidades de cuidados.

⁵⁹ Los nuevos criterios se pueden consultar en la Resolución de 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Servicios sociosanitarios

El servicio sociosanitario es **competencia del Departamento de Salud, aunque trabaja coordinado con el Departamento de Derechos Sociales**. Es un servicio que únicamente existe en Cataluña y principalmente está financiado por el Departamento de Salud, con un copago diferido y limitado que solo afecta a los servicios de larga estancia. La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellas personas enfermas, usualmente de forma crónica, y personas con discapacidad que, debido a sus particularidades, pueden beneficiarse de la actuación conjunta de los servicios sanitarios y sociales para potenciar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social. Asimismo, está dirigido a personas con demencia, personas con afecciones neurológicas que pueden derivar en discapacidad, personas ancianas, personas con enfermedades terminales avanzadas y personas que requieren cuidados paliativos. El objetivo es proporcionar una atención integral, interdisciplinaria y geriátrica, con equipos de salud y trabajadoras sociales que también persiguen fomentar la autonomía y la permanencia de las personas en su domicilio. Entre los servicios destacables se incluyen los servicios de internamiento en el ámbito sociosanitario, ya sean de duración media o larga, y los servicios de apoyo a los cuidados en el domicilio, como la hospitalización diurna y el programa de atención domiciliaria-equipos de soporte (PADES), con equipos interdisciplinarios destinados a brindar apoyo en enfermedades avanzadas o en situaciones de final de vida.

En contraste con otros servicios, que han experimentado un crecimiento menor o mayor, en los servicios sociosanitarios **el número de plazas se ha ido reduciendo durante la última década**: ha pasado de un máximo de 5.865 plazas en 2009 a una disminución cercana al 30% de las plazas disponibles en 2020. Este servicio también presenta altos índices de externalización a la gestión privada. Dentro de los principales problemas de este tipo de servicios se encuentran:

- la **falta de financiación** por parte de la LAPAD, que no contempla financiación adicional para las CC. AA. que otorguen mayores prestaciones sanitarias y sociosanitarias a las personas;
- la **ausencia** de una **perspectiva comunitaria y pública** más amplia;
- su **congestión** debido a la falta de plazas residenciales disponibles;
- la inclusión del **copago**.

Transferencias monetarias vinculadas a servicios

Como se ha visto en apartados anteriores, el SAAD actual ha dado un peso importante a la ampliación de las prestaciones económicas vinculadas a los servicios, tanto a domicilio

como residenciales. Hay diversas clases de prestaciones, que se establecen de forma distinta, incluyendo su cuantía máxima. Idealmente, puede ser positivo generar la posibilidad de que las personas escojan los servicios que mejor se adapten a sus preferencias. En este sentido, en lugar de transferencias vinculadas a los servicios, se podría investigar la implementación de medidas como el **apoyo autodirigido**, que dotan a los hogares de un presupuesto propio para la organización de los cuidados, y con ello aseguran una mayor flexibilidad para adaptarse a las necesidades individuales. Una medida propuesta es la creación de **presupuestos personales**, entendidos como un sistema que permite que la propia persona decida qué servicios quiere recibir y de qué manera, conforme a un presupuesto personal asignado que la misma persona puede decidir cómo gastar⁶⁰.

Un sistema basado en transferencias conlleva que estas se acompañen de políticas públicas complementarias:

- una **responsabilización** de las administraciones en la provisión de cuidados, que con las prestaciones no busquen minimizar el coste público de prestar servicios de forma directa;
- un apoyo y un **acompañamiento** para aquellas personas con menos información a la hora de elegir;
- **sistemas de coordinación** y simplificación del sistema, incluida la búsqueda del uso eficiente de los recursos públicos y privados.

Los modelos basados en transferencias económicas funcionan mejor si son **suficientes** y si existe **un control y liderazgo público**, incluida una lista de proveedores supervisada por la Administración u otras entidades del territorio, que sigan criterios sociales y éticos, como la protección de las condiciones laborales. Actualmente, Cataluña dispone de un sistema de acreditación para abrir un centro y poder contratar con la Administración pública, este sería el caso de la recepción de prestaciones vinculadas a servicios; sin embargo, se requiere una evaluación y un seguimiento más exhaustivos de la calidad y la contribución social de los servicios.

Hasta ahora, la falta de transparencia y valorización del sector de CLD en Cataluña no ha creado un contexto idóneo para este tipo de prestación. **Las administraciones han recurrido a las transferencias como un recurso de última instancia en situaciones de falta de servicios públicos y, comparativamente, representan un ahorro económico para las arcas públicas en comparación con la provisión directa.** Por ejemplo, en el caso de la prestación económica vinculada a un servicio residencial, en Cataluña se mantuvo en un máximo de 715 euros mensuales desde el año 2013 hasta el año 2022. Esto implicó que,

⁶⁰ Por ejemplo, se puede consultar la petición de un presupuesto personal y su configuración en el [manifest del Moviment Unitari per la Vida Independent](#).

durante ese período, cuando el precio público de una plaza de residencia para una persona con dependencia acreditada de Grado III ascendía a 1.850 euros, una persona debía pagar como mínimo cerca de 1.135 euros (un 61% del coste de la plaza). En el año 2023 la cuantía máxima de la prestación se actualizó a 1.238 euros, lo que supone un aumento significativo. Ahora bien, el precio público de una plaza de residencia para una persona con dependencia acreditada de Grado III también aumentó, en este caso hasta los 2.002,56 euros. Así pues, con la cuantía actual, una persona pagaría como mínimo 764 euros (un 38% del coste de la plaza). Además, es importante tener en cuenta que este nivel de copago generalmente es mayor, ya que los precios de las plazas residenciales privadas suelen ser superiores a los de las plazas públicas, especialmente para las habitaciones individuales. Según la LAPAD, en ningún caso los copagos pueden suponer más de un tercio de la financiación del sistema, de manera que la prestación sigue siendo insuficiente para cumplir con este mandato legal, a pesar de que se incrementó en el año 2023. Más allá de la ley, es necesario cuestionar que el sistema público imponga un copago a personas sin recursos económicos que no pueden acceder a una plaza pública.

Apoyo a personas cuidadoras no profesionales

Este tipo de recursos son imprescindibles en un contexto catalán en que la familia continúa teniendo un papel fundamental en la provisión. Como se ha visto anteriormente, la LAPAD creó la **prestación económica para cuidadores o cuidadoras no profesionales**, que es una ayuda extendida pero que entra en contradicción con el objetivo de que las Administraciones públicas tengan una mayor implicación en el cuidado. Debido a la falta de control existente sobre el impacto de estas prestaciones y su uso, algunas familias las utilizan para pagar a una cuidadora privada contratada irregularmente; con ello se potencia un sector sumergido y se imposibilita la profesionalización del sector⁶¹. Además, **las cantidades concedidas son muy bajas**. En diciembre de 2023, las personas cuidadoras no profesionales que atendían a una persona con Grado I recibieron de media 174 euros mensuales, mientras que el ingreso medio de aquellas que cuidaban a una persona de Grado II fue de 283 euros mensuales y de 384 euros para quienes atendían a alguien con Grado III. Estas cantidades son realmente bajas, sobre todo si tenemos presentes las largas listas de espera que hay para acceder a servicios públicos y el coste de oportunidad que tiene la provisión de cuidados en la capacidad para participar en el mercado laboral. Justamente, el apoyo económico es el que más se echa en falta cuando hay que atender a personas en situación de dependencia (ocurre en un 43,7% de los hogares⁶²).

61 Martínez-Buján, 2011.

62 Martínez-Buján et al., 2022: 53.

Aparte de las prestaciones económicas, también se han implementado servicios e infraestructuras públicas para apoyar a las cuidadoras no profesionales. Entre ellos destacan los **servicios de residencia temporal y respiro**, que acogen a personas en situación de dependencia para dar un descanso a las personas cuidadoras; los servicios municipales y comunitarios enfocados a ofrecer actividades sociales y culturales a las personas cuidadoras, y la formación, el acompañamiento emocional y el apoyo mutuo a cuidadoras no profesionales para poder proporcionar cuidados de una forma sostenible. No obstante, es preciso desarrollar, ampliar e incorporar estos servicios a la nueva Cartera de servicios sociales, en diferentes modalidades. El mayor desafío es **ampliar estos servicios y su disponibilidad, que no solo sea para las personas con rentas bajas y en exclusión social**. En este sentido, el reconocimiento de la figura del terapeuta familiar, capaz de acompañar a todas las familias, especialmente a las que se encuentran en situación de envejecimiento, sería un apoyo para todas estas personas cuidadoras no profesionales.

Asistencia personal

Como se ha visto, **la prestación de asistencia personal es prácticamente inexistente en Cataluña y España** (a excepción del País Vasco, donde este servicio tiene un peso significativo, pues llegó a representar el 7,3% de las prestaciones del sistema de dependencia en el año 2023, y donde también se ha implementado para personas de edad avanzada). Esta figura sobre todo está pensada para las personas con discapacidad y representa una exigencia de este colectivo para progresar en el ejercicio del derecho a vivir de manera independiente y en comunidad, desde la autodeterminación y la inclusión social. Concretamente, más allá de las necesidades de cuidado personal, la asistencia personal brinda el apoyo que la persona requiere para poder llevar a cabo su proyecto de vida, elegido de forma autodeterminada y en comunidad: la asistirá en todos los ámbitos de su vida, pues las funciones que desempeñe estarán establecidas por ella y se basarán en las acciones que conformen su vida. En otras palabras, la asistencia personal debe poder permitir a esa persona participar en la comunidad bajo las mismas condiciones que el resto de la ciudadanía.

Entre los problemas de la configuración actual de este tipo de prestación, encontramos que:

- la **cuantía resulta insuficiente** para poder ser un servicio accesible y asequible sin una aportación significativa de la persona o de las familias;
- hay una **falta de regulación** y de convenio específico para la figura profesional de asistencia personal, así como discrepancias en la formación requerida para esta figura;

- la implementación de este servicio puede ser **incompatible con una alta intensidad de otros servicios** dentro de la LAPAD, incluido el servicio de asistencia a domicilio.

Regulación de servicios privados

Por último, además de las prestaciones reguladas por el Estado, es importante considerar las políticas públicas que regulan la provisión de cuidados sociales llevada a cabo en la esfera privada. Como ya se ha mencionado anteriormente, una mejora de las condiciones laborales y de la calidad de los servicios en el ámbito privado supone una revalorización de los cuidados que puede generar un círculo virtuoso también en las facilidades para su reconocimiento en el ámbito público. La **creación de indicadores y evaluaciones** sobre los distintos tipos de regímenes contractuales de las trabajadoras domésticas y de las empresas proveedoras de servicios ayuda a avanzar hacia una mayor información y empoderamiento de las personas atendidas y las trabajadoras del sector. Asimismo, son claves las **políticas de apoyo a la organización de las trabajadoras mediante redes de apoyo mutuo**, la regularización de las personas migrantes sin documentación legal, y la formación de cooperativas de trabajo que fomenten buenas prácticas e innovación en la organización laboral. La contratación pública responsable y la creación de cooperativas mixtas son soluciones para impulsar la expansión de proveedores de calidad, arraigados al territorio y con valores sociales y éticos.

4.2. Objetivos de las políticas

Las políticas de CLD tienen un impacto directo sobre las personas receptoras de cuidados y las personas cuidadoras, tanto remuneradas como no remuneradas. Igualmente, también tienen efectos de naturaleza más sistémica, y para entender qué funciona es imprescindible tener en cuenta el uso general de recursos y su distribución. A continuación, se detalla brevemente el tipo de impacto que estas políticas o prestaciones pueden generar en cada grupo de población.

Persona receptora de cuidados

En el caso de las personas receptoras de cuidados, se deben considerar al menos tres dimensiones: la salud física, el bienestar emocional y social, y la participación, las preferencias y la decisión de la persona (o autonomía). La siguiente tabla presenta indicadores que podrían emplearse para evaluar el efecto de las políticas sobre estas tres dimensiones:

Dimensiones	Ejemplos de indicadores
Bienestar físico	<ul style="list-style-type: none"> → Indicadores de salud (atención sanitaria, alimentación, actividades de la vida diaria). → Evolución de la capacidad funcional (autonomía en actividades diarias, capacidad de comunicación). Indicadores de bienestar material (calidad de vivienda, ahorros, accesibilidad).
Bienestar emocional y social	<ul style="list-style-type: none"> → Satisfacción y bienestar general (sentirse seguro, no tener angustia, no sufrir estrés). → Relaciones interpersonales (relaciones sociales, vínculos familiares, sexualidad). → Medidas de calidad de servicios (satisfacción con servicios, contar con apoyo adecuado). → Indicadores sobre derechos e inclusión (sentirse parte de la sociedad, ser considerado/a igual que los demás).
Participación, preferencias y decisión de la persona	<ul style="list-style-type: none"> → Indicadores de autodeterminación (metas y preferencias personales, decisiones). → Implementación de herramientas para la transparencia y la participación en los servicios (existencia de planes de comunicación, participación de personas usuarias y trabajadoras en espacios de toma de decisiones, elaboración de encuestas). → Satisfacción de las personas usuarias con los servicios, incluida la correspondencia entre las preferencias de los servicios y la elección final.

Cuidadores/as remunerados/das

En el ámbito del trabajo de cuidados profesional o formal, además de la satisfacción general de las trabajadoras, es importante tener en cuenta estas categorías: condiciones laborales, formación y posibilidades de crecimiento profesional, y participación y autonomía.

Dimensiones	Ejemplos de indicadores
Condiciones laborales	<ul style="list-style-type: none"> → Condiciones contractuales, en términos absolutos o relativos a otros sectores (salario, duración de contrato, horas de trabajo, flexibilidad). → Rotación de personal e incidencia de ausencias laborales. → Grado de satisfacción de las trabajadoras con su empleo.
Formación y crecimiento profesional	<ul style="list-style-type: none"> → Tipos y peso de las categorías profesionales en el sector, número de horas de formación, certificaciones requeridas. → Progresión laboral y evolución de las condiciones contractuales. → Satisfacción y expectativas de permanencia en el sector.

Dimensiones	Ejemplos de indicadores
Participación y capacidad de decisión	<ul style="list-style-type: none"> → Forma jurídica de las entidades proveedoras y tipos de gestión de los servicios. → Grado de sindicalización en el sector. → Adecuación de las jornadas laborales a las necesidades de cuidado. → Participación en el diseño de servicios.

Cuidadores/as no remunerados/das

Para las personas cuidadoras no profesionales, los aspectos más relevantes en los CLD son su capacidad de elección en la provisión de cuidados, incluida la reducción de la sobrecarga, las facilidades para organizar su tiempo, y la formación y el apoyo por parte de los actores institucionales.

Dimensiones	Ejemplos de indicadores
Capacidad de elección	<ul style="list-style-type: none"> → Uso del tiempo y establecimiento del umbral de sobrecarga según variables de género, clase, edad, etc. → Percepción de sobrecarga en las tareas de cuidado (a partir de encuestas). → Capacidad para acceder a servicios o recursos de apoyo públicos y privados de soporte a personas cuidadoras no profesionales (listas de espera y coste).
Facilidades para organizar el tiempo	<ul style="list-style-type: none"> → Satisfacción con los servicios existentes. → Facilidad para organizar el tiempo (encuestas).
Formación y apoyo	<ul style="list-style-type: none"> → Cantidad y número de asistentes a formaciones, actividades o encuentros con referentes de cuidados. → Encuestas de valoración sobre el tipo de apoyo recibido por los diferentes actores del sistema.

Impactos sobre el sistema

Más allá de los resultados directos para las personas involucradas en los CLD, resulta crucial comprender cómo los instrumentos o servicios y sus características influyen en diferentes indicadores de calidad, eficiencia y sostenibilidad del sistema en su conjunto. Esto incluye evaluar la rentabilidad de los instrumentos implementados, la cobertura e intensidad de los servicios provistos, el retraso en la institucionalización de las personas atendidas, o los resultados económicos de las entidades proveedoras. En este punto de repercusiones en el sistema, también es relevante tener presentes la situación y el progreso de las organizaciones que participan en los CLD, como las entidades del Tercer

Sector y las cooperativas de personas trabajadoras y usuarias, ya que así se incorpora una perspectiva acerca del papel de estas organizaciones y sus lógicas de provisión.

4.3. Elementos de organización y políticas transversales

Por último, también es importante considerar que un sistema de CLD es más o menos capaz de lograr buenos resultados a partir de la mejora de ciertas características que son transversales a las políticas y que pueden ser analizadas por el conjunto del sistema. A continuación, se presenta una relación de las principales características que el sistema de CLD debe poseer.

Gobernanza y financiación

Los **sistemas de financiación tienen que ser adecuados** para poder universalizar los servicios y cumplir con los objetivos de la LAPAD. Por ejemplo, el envejecimiento de la población y unas prestaciones suficientes implican incrementar el gasto público en los CLD para, así, equipararnos al nivel de gasto de otros países europeos. Además, como ya se mencionó, actualmente el sistema catalán sufre un importante desequilibrio en la organización multinivel. Por un lado, **las entidades locales experimentan una creciente presión** para ampliar los servicios de atención domiciliaria y de apoyo de proximidad, pero, por otro lado, se apoyan en gran parte en las decisiones y los criterios de financiación de las autoridades superiores, como la Generalitat y el Gobierno central. Uno de los efectos más importantes de esta situación son las notables desigualdades territoriales basadas en la capacidad fiscal y las necesidades sociales de cada municipio. Respecto a la financiación, también es esencial contemplar qué efectos ha tenido la implementación del **copago** dentro del marco del SAAD. Aunque este copago se establece con base en la renta, su pago puede ser elevado en comparación con las capacidades de los hogares, especialmente si tomamos en cuenta las prestaciones económicas reconocidas por la LAPAD.

Hay que añadir que en el sistema catalán ha predominado un **sistema centrado en los servicios**, alejado de los modelos de seguros privados de otros contextos continentales, como el holandés, y que se acerca a modelos nórdicos. Un sistema universalista basado en servicios puede ser **más eficiente** que uno de provisión privada, tanto en el gasto monetario público final como en el consumo de recursos, y esto se debe al menor número de proveedores, a la capacidad de coordinación de las Administraciones públicas, a la ausencia de gastos derivados de la competencia y a la amplia disponibilidad de servicios preventivos accesibles para toda la población, lo que evita futuros problemas de salud. Ahora bien, en el sector de CLD, a diferencia del sector de la salud, existe una significativa escasez de servicios disponibles y, como se ha observado, **la provisión actual es**

mayoritariamente privada. En este contexto, las transferencias monetarias pueden ser un recurso para potenciar la autonomía de las personas, pero deben tenerse en cuenta diferentes aspectos para garantizar la equidad, la buena calidad de los servicios y la eficiencia. En este sentido, las formas de gestión son importantes, como la participación de entidades de personas usuarias y trabajadoras autogestionadas y del Tercer Sector.

En el sector de CLD, a diferencia del sector de la salud, existe una significativa escasez de servicios disponibles y, como se ha observado, la provisión actual es mayoritariamente privada.

Tipos de gestión

Desde un punto de vista conceptual y de forma simplificada, los tipos de gestión pueden clasificarse en tres categorías ideales, aunque generalmente existe una mezcla de estas: gestión pública «tradicional», gestión público-privada y gestión público-comunitaria. A continuación, se explica cada modelo y se señalan sus principales beneficios e inconvenientes en la siguiente tabla⁶³:

- La **gestión pública «tradicional»** es aquella en que instituciones públicas son las encargadas de los procesos de organización, financiación y provisión, ya sea directamente a través de la administración o de una empresa pública con participación mayoritaria. Un ejemplo sería una residencia para personas de edad avanzada de titularidad y gestión pública.
- La **gestión público-privada** se basa en la realización de contratos públicos, convenios u otros regímenes de colaboración en los que la Administración pública participa en la organización y la financiación, pero delega la gestión a una entidad privada. En el ejemplo de la residencia, la gestión la llevaría a cabo una entidad privada.
- La **gestión público-comunitaria**, de acuerdo con un enfoque de bienes comunes, otorga a entidades sociales (incluidas organizaciones autogestionadas y entidades del Tercer Sector) la gestión de un recurso a largo plazo bajo criterios democráticos y sociales. En el ejemplo de la residencia, la gestión la llevaría a cabo una junta o asamblea con capacidad de decisión, participada por los actores implicados en el territorio.

⁶³ Se puede encontrar una explicación más detallada y complementaria en Espai Zero Vuit, 2023.

Tipo de gestión	Beneficios	Inconvenientes
Pública «tradicional»	<ul style="list-style-type: none"> → Protección de bienes públicos y condiciones laborales. → Igualdad de acceso y calidad de servicios. → Continuidad y coordinación entre servicios bajo un mando único. 	<ul style="list-style-type: none"> → Dificultades para adaptarse a las necesidades. → Jerarquía con límites en la participación. → Límites presupuestarios.
Público-privada	<ul style="list-style-type: none"> → Rendición de cuentas y control del gasto. → Competición entre proveedores. → Profesionalización de la gestión. 	<ul style="list-style-type: none"> → Fragmentación del sistema y falta de transparencia y control. → Concentración de mercado con entidades con ánimo de lucro. → Falta de autonomía y participación de las trabajadoras.
Público-comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> → Posible mejor alineación de la misión de los proveedores con las necesidades de la población. → Fomento de relaciones de confianza y apoyo mutuo. → Integración en el tejido social, lo que permite maximizar los recursos comunitarios. 	<ul style="list-style-type: none"> → Requerimiento de una infraestructura comunitaria preexistente. → Falta de garantías de universalidad. → Límites para escalar el modelo a servicios grandes.

Coordinación e integración

El modelo de CLD catalán, familiarista y con una participación pública externalizada principalmente a entidades privadas, se caracteriza por una fragmentación que puede establecer importantes barreras para la comunicación de información y una coordinación efectiva entre diferentes servicios, proveedores y administraciones en la oferta de servicios. Es posible distinguir dos formas de fragmentación: la horizontal y la vertical.

- La **fragmentación vertical** es aquella que se produce en las estructuras jerárquicas de toma de decisiones, desde las posiciones de gerencia y diseño de políticas públicas hasta la provisión directa. Las externalizaciones y la contratación establecen un reto mayor, pues vuelven más complejos los canales de comunicación e información, reducen la capacidad de control por parte de las administraciones y fomentan la creación de intereses por parte de las entidades proveedoras.

- La **fragmentación horizontal** puede ocurrir entre las distintas administraciones y proveedores de servicios a los que acude una persona con necesidades de CLD. Un ejemplo de ello es la división existente entre los servicios de salud y los servicios de atención a domicilio, gestionados por diferentes departamentos y que involucran diversas profesiones y proveedores. Del mismo modo, la coordinación entre los servicios municipales y las residencias de ancianos y los centros de día principalmente depende de las regulaciones y la coordinación entre la Generalitat y los entes municipales.

Uno de los retos para conseguir una integración más profunda son las **fronteras sociales y administrativas que delimitan las actuaciones de cada ámbito profesional**, así como su posición social. Un reto adicional es la falta de tiempo para facilitar la colaboración, especialmente en contextos de presión de tiempo y recursos, a causa de un déficit de recursos materiales y humanos en el sector. Por lo tanto, las políticas orientadas a favorecer una mayor integración, tanto vertical como horizontal, deberán asegurarse de proporcionar los recursos necesarios para hacerlo posible.

Territorialización

La organización de los servicios puede estar más o menos territorializada. En el pasado, se ha tendido a aumentar el tamaño de los servicios y a centralizar su gestión para aprovechar economías de escala; sin embargo, actualmente, y ante los límites de las grandes estructuras burocratizadas, la fragmentación y la falta de autogestión de las trabajadoras, las innovaciones locales recientes han sido impulsadas por propuestas de **equipos de trabajadoras autogestionadas que operan con una lógica territorializada**⁶⁴. Bajo nombres como *buurtzorg* (en Holanda) o supermanzanas sociales (en Barcelona y El Prat de Llobregat), estos modelos buscan que las decisiones que repercuten en la calidad del servicio y las condiciones laborales se sitúen más cerca de las personas afectadas, y esto posibilita que los servicios se adapten mejor a las necesidades. Además, una mayor territorialización facilita una reducción de la escala de los problemas sociales y un reconocimiento más efectivo de los recursos comunitarios, públicos y privados existentes para resolverlos. Por último, tanto la territorialización como el trabajo en equipo permiten reforzar las interacciones entre las personas, ya que promueven una organización más eficiente, la transferencia de información y el establecimiento de relaciones de confianza. Asimismo, garantizar esta perspectiva territorial debe evitar que el hecho de vivir en un entorno residencial provoque un distanciamiento del núcleo familiar. En este contexto, puede ser clave formar a **gestores/as de casos y referentes comunitarios**, una figura profesional que sea capaz de coordinar servicios y establecer vínculos entre

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

administraciones⁶⁵. Es importante señalar que la territorialización debe integrar y coordinar la gestión entre barrios y municipios, evitando incidir en la alta fragmentación del mapa municipal actual.

Municipios pequeños y entorno rural

Las políticas de CLD deben tener en cuenta las realidades de los municipios con baja densidad poblacional⁶⁶. En estos municipios, la gestión de los servicios puede tornarse más complicada ante una posible falta de capacidad técnica o de recursos humanos. No obstante, la provisión por parte de una entidad comarcal puede conllevar un distanciamiento de la gestión y la atención directa. Por esta razón, una posible solución sería la **mancomunidad de servicios**, que permite que los municipios más pequeños puedan contratar los servicios de los municipios vecinos aplicando buenas prácticas. Otro problema añadido puede ser la **dispersión territorial**, que encarece los servicios de atención por culpa del coste de los desplazamientos y la necesidad de un transporte adaptado. Actualmente, en Cataluña no existe un modelo de transporte adaptado eficiente y armonizado. La financiación para estos municipios debería adecuarse a esta realidad no solo teniendo en cuenta a las personas en situación de dependencia, sino también la dispersión poblacional. De igual manera, habría que considerar la falta de recursos humanos para disponer de mano de obra en el sector, así como la escasez de proveedores profesionalizados. En este punto, la **formación y la atracción de trabajadoras** pueden resolver este problema a la vez que se combate la despoblación.

Transparencia y evaluación

Para garantizar la universalización de servicios de alta calidad, en los que se incluyan buenas condiciones laborales, se requiere un **ecosistema de proveedores de calidad**, la obtención de **información apropiada**, y un **control público y comunitario** de la calidad de los servicios existentes. En el ámbito de la contratación pública, es clave prestar especial atención a las formas contractuales mediante las cuales se externalizan servicios. El establecimiento de convenios y formas alternativas a la contratación o la contratación responsable con cláusulas sociales deben propiciar colaboraciones a largo plazo con proveedores de confianza. A este respecto, durante la ejecución del contrato, se pueden explorar e innovar cláusulas y medidas periódicas de calidad, basadas en el bienestar de las personas cuidadas, del entorno cuidador no remunerado y de las trabajadoras. Y también se puede impulsar la contratación con empresas públicas especializadas, además de mejorar las condiciones laborales a través de convenios laborales. Dentro de la contratación pública, es preciso reforzar los sistemas de penalización e incentivos, incluida

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

⁶⁶ Espai Zero Vuit, 2023.

una ampliació de la prohibició de contractar con empreses que han sido sancionadas por causas ligadas al contrato.

Más allá de la calidad, es necesario poner en marcha sistemas de evaluación más eficientes sobre la implementación y los resultados de los servicios y las prestaciones de CLD. Esto proporcionaría datos precisos sobre cómo funcionan y para quién, y permitiría proponer mejoras. Para lograr estos objetivos, además de llevar a cabo los estudios correspondientes por parte de las Administraciones públicas, se requeriría una mayor colaboración con las entidades privadas gestoras de servicios en materia de recopilación y comunicación de datos sobre los servicios (siempre garantizando la protección de datos personales).

Acceso

En el actual sistema de CLD en Cataluña, que es universalista, el criterio principal para poder ser sujeto de derecho a prestaciones públicas, sin importar su intensidad, es el grado de **dependencia acreditado** por las autoridades sanitarias, incluidas entidades terceras autorizadas. En este punto, una de las mayores dificultades que enfrentan las personas es poder tener garantizada una adaptación adecuada y ágil a sus necesidades. Los cambios en el estado de salud y en la dependencia pueden ocurrir rápidamente, aunque los procesos para actualizar el grado de dependencia y la intensidad de los servicios suelen ser lentos, sobre todo en las áreas más sobrecargadas. Una vez acreditada la dependencia, resulta esencial la **disponibilidad de servicios** en el área geográfica de atención a la persona. El espíritu universalista de la LAPAD se ha visto truncado por una falta de oferta de servicios públicos y unas transferencias económicas de cuantía insuficiente para cubrir el coste de los servicios privados. La **intensidad** de los servicios es otro aspecto clave en el acceso. A este respecto, es crucial tener en cuenta que, en el contexto de un proceso de desinstitucionalización, el servicio de asistencia a domicilio a menudo no satisface las necesidades de cuidado de las personas y requiere ser complementado con servicios privados o familiares y comunitarios. Por este motivo, también es fundamental disponer de un sistema más coordinado con figuras de referencia que faciliten el acceso a los servicios en función del momento vital de las personas y sus necesidades cambiantes. En este sentido, el acceso y el uso de los servicios están fuertemente **condicionados por los recursos disponibles de las personas atendidas**, tanto monetarios, para costear servicios privados como humanos, del entorno familiar y comunitario.

Más allá de las prestaciones públicas, la realidad familiarista de nuestro sistema de CLD implica que **una considerable cantidad del gasto en CLD se sufraga con financiación privada**. Ante la escasez de oferta pública de prestaciones, las pensiones públicas, los ahorros y la riqueza acumulada se convierten en factores determinantes en la desigualdad en el acceso a servicios privados de CLD. Asimismo, la disponibilidad de recursos

humanos en el entorno, incluidos los cuidadores/as no remunerados/as, también es un factor determinante a la hora de acceder a un cuidado digno, aunque muchas veces a costa de la salud y del bienestar de la persona cuidadora. Por lo tanto, en un contexto de escasez de prestaciones públicas, las políticas públicas de apoyo a las rentas privadas y la mancomunidad de recursos comunitarios se vuelven esenciales para garantizar la igualdad en el acceso a cuidados de calidad.

Calidad

Al definir la calidad en los CLD, primero hay que considerar la intensidad de horas del servicio (en las que se incluyen la atención directa y los servicios complementarios). Actualmente, en Cataluña, los servicios pueden estar limitados en intensidad. También es importante tener presente que el cuidado es un servicio con **un alto contenido intangible y subjetivo**, ya que las necesidades de cuidados de las personas, aunque universales, pueden ser cubiertas de diferentes formas. Además, en el ámbito del cuidado social, es preciso entender **la calidad como parte de un proceso de cuidados, donde la confianza y el conocimiento son elementos centrales**. En este caso, los procesos de estandarización de las prestaciones, junto con las reglas de control excesivamente burocráticas, pueden contradecir los principios del modelo de la AICP, que aboga por una mayor flexibilidad en la adaptación de los cuidados al bienestar de la persona. Adicionalmente, en contraposición con un modelo de servicio jerárquico, en la AICP la voz de las personas cuidadoras resulta fundamental, dado que conocen los intereses y las preferencias de las personas, en particular cuando estas últimas no pueden expresar sus deseos. En este sentido, **la calidad del trabajo y las condiciones de bienestar de las personas cuidadoras, ya sean remuneradas o no, son de gran importancia para progresar en la AICP**. Las condiciones laborales precarias expulsan a las personas con talento y aumentan la rotación y el absentismo en el trabajo, lo que conlleva un deterioro de la calidad, con un elevado número de cambios de personal y una incapacidad para entender y adaptar el servicio. Del mismo modo, en el caso de las trabajadoras no remuneradas, las sobrecargas laborales y el malestar psicológico pueden impedir garantizar unos cuidados adecuados en el hogar.

Aparte de la AICP, otro elemento de calidad de los servicios que ha ganado aceptación es la incorporación de una visión **recapacitadora**. El objetivo de la capacitación es recuperar y mantener las habilidades funcionales y la autonomía, en este caso, de las personas de edad avanzada. La capacitación es un enfoque holístico y centrado en la persona que busca mejorar la condición física de la persona u otras funcionalidades, aumentar o mantener su independencia en actividades diarias significativas en su lugar de residencia y reducir su necesidad de CLD⁶⁷. Es una estrategia de minimización de riesgos que ayuda a las personas de edad avanzada y a aquellas en situación de envejecimiento prematuro (a

⁶⁷ Metzeltin et al., 2020: 11.

causa de una discapacidad o una enfermedad) a adaptarse a los cambios relacionados con la edad y a prevenir ciertas dependencias⁶⁸. Idealmente, los procesos de recapacitación requieren un diagnóstico y un plan de trabajo con un equipo interdisciplinario compuesto por trabajadoras de cuidados, enfermeras, terapeutas ocupacionales, logopedas y fisioterapeutas, quienes cooperan en el hogar y en infraestructuras comunitarias con la persona atendida para lograr objetivos, que pueden ser tanto de movilidad física como de participación social⁶⁹. En Cataluña, este tipo de apoyo está principalmente previsto dentro de los servicios de salud. No obstante, hoy día existen barreras que impiden la ampliación de estos programas de manera efectiva, como largas listas de espera y falta de personal, un alto coste del material, una falta de coordinación efectiva entre los servicios, y una escasa autonomía de los servicios de CLD para garantizar estos servicios. Estas barreras resultan especialmente problemáticas si no facilitan una detección precoz y retrasan las acciones preventivas.

Dignificación del trabajo

El mercado laboral del sector de CLD no ha parado de crecer en las últimas décadas. El porcentaje de personas afiliadas a la Seguridad Social en establecimientos residenciales y actividades de servicios sociales sin alojamiento ha pasado del 3% en 2010 al 3,8% en 2020 sobre el total de personas afiliadas en España⁷⁰; de estas, en 2020, un 83% eran asalariadas en el sector privado frente a un 15,1% de las que lo eran en el sector público. Esto reafirma la relevancia de la regulación y de las políticas públicas orientadas a mejorar las condiciones laborales en el ámbito de la empresa privada, especialmente considerando el alto nivel de externalización en los servicios de titularidad pública.

En la evolución del sector de CLD hacia un sistema de cuidados de alta calidad y con buenas condiciones, la **profesionalización del trabajo de cuidados** es una idea que está en el centro del debate. En comparación con las profesiones de enfermería o enseñanza, que son pilares del estado de bienestar, la profesionalización del trabajo de cuidados debería equiparar la valorización y las condiciones laborales de esta actividad a las de aquellas. A tal efecto, como se ha indicado previamente, es importante reducir la brecha salarial que hay entre las mismas categorías profesionales que trabajan en sectores distintos, como ocurre entre el sector sanitario y el sector social. Dentro de esta profesionalización, habría que avanzar en la diversificación de los perfiles para, así, garantizar el reconocimiento de las habilidades y los conocimientos de las trabajadoras. Es particularmente importante desplegar la figura del asistente/a personal y una diversificación de la trabajadora de

⁶⁸ Rostgaard et al., 2023: 3.

⁶⁹ Rostgaard et al., 2023: 6.

⁷⁰ Martínez-Buján, 2023: 74.

cuidados, incluyendo aquí figuras de carácter comunitario o la atención al deterioro cognitivo, entre otras.

Ahora bien, es preciso hacer una serie de consideraciones respecto a los límites de la profesionalización del sector y la necesidad de implementar medidas complementarias para que sea una política efectiva:

- **El paradigma del envejecimiento en el hogar, predominante en las políticas públicas actuales, puede generar dos barreras para la profesionalización**⁷¹. Por un lado, bajo este paradigma, el trabajo de los cuidados puede ser entendido como una relación de afecto y amor forjada en el ámbito familiar, lo que naturaliza —de manera desigual entre hombres y mujeres— las habilidades y competencias relativas a los cuidados y provoca desconfianza hacia los servicios sociales complementarios. Por otro lado, el mantenimiento de los cuidados en el ámbito privado y doméstico y la alta prevalencia de la contratación de trabajadoras del hogar constituyen una barrera para la profesionalización del trabajo de cuidados, y eso genera una fuerte estratificación según la clase social, el género y el origen étnico⁷².
- En este sentido, una de las principales barreras para la mejora de las condiciones laborales de las trabajadoras es **el alto índice de economía sumergida e informalidad en la provisión de cuidados en el ámbito doméstico**. Ciertos movimientos de trabajadoras incluso han exigido la abolición del internamiento de las personas cuidadoras. Por lo tanto, ya sea con profesionalización o sin ella, las políticas públicas y colectivas que reduzcan la informalidad en el sector y aumenten la regulación, la acción colectiva y la financiación podrán propiciar una mejora de las condiciones laborales, tanto para las personas afectadas directamente como para el conjunto de trabajadoras del sector de CLD.
- Sin embargo, no se puede obviar que, bajo una perspectiva de la AICP y comunitaria, se busca garantizar que el entorno familiar y comunitario pueda participar en los cuidados sociales sin generar barreras con otros actores institucionales. Así pues, **es fundamental dignificar, reconocer y redistribuir el trabajo de cuidados sociales llevado a cabo por cualquier persona, incluso si son cuidados no remunerados**, asegurando el acceso a los recursos y el apoyo necesario para que no implique un deterioro de sus condiciones de vida⁷³.

⁷¹ Martínez-Buján et al., 2022: 51.

⁷² Martínez-Buján et al., 2022: 52.

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

En la evolución del sector de CLD hacia un sistema de cuidados de alta calidad y con buenas condiciones, la profesionalización del trabajo de cuidados es una idea que está en el centro del debate.

5. El proyecto *¿Qué funciona en cuidados de larga duración?*

Pese a la importancia de los cuidados sociales en nuestras sociedades, el reconocimiento y la relevancia de los CLD en el ámbito de las políticas públicas todavía es limitado. La ausencia de liderazgo público en el despliegue de servicios y prestaciones ha generado como resultado un sector altamente externalizado, mercantilizado y fragmentado, con bajo control público y en el que la prioridad en la reducción de costes ha producido efectos negativos en la calidad, las condiciones laborales y la capacidad de autonomía y decisión de las personas involucradas. Adicionalmente, la responsabilidad de implementar y articular los servicios recae en entidades locales que carecen de capacidad financiera para dar respuesta al reto del envejecimiento poblacional.

En este contexto, el proyecto *¿Qué funciona en cuidados de larga duración?*, impulsado por Ivàlua, la Diputación de Barcelona, la Mesa del Tercer Sector y la Confederación, quiere **contribuir a mejorar el diseño y la implementación de políticas y servicios de cuidados de larga duración**, recogiendo, filtrando, ordenando y presentando en un formato accesible la evidencia científica disponible. Esta es una tarea que se lleva a cabo desde las cuatro instituciones mencionadas, aunque también involucra a investigadores e investigadoras especializados en ámbitos de intervención específicos. Además, el proyecto cuenta con el acompañamiento de un Comité Experto —integrado por doce personas expertas en cuidados de larga duración procedentes del ámbito académico, la Administración local, los colegios profesionales y el tercer sector social—, que vela por la utilidad de los documentos generados.

En términos metodológicos, el proyecto se alinea con los estándares de otras iniciativas «Qué funciona» que están en marcha en Cataluña y otros países europeos. Para poder extraer conclusiones sobre la efectividad de diferentes intervenciones (políticas, servicios, permisos, regulaciones, etc.) se lleva a cabo una **revisión sistemática de estudios académicos que aporten evidencia causal**, en la medida de lo posible, **y rigurosa acerca de la capacidad de estas intervenciones para lograr sus objetivos**. En otras palabras, el enfoque de lo que funciona prioriza la evidencia generada a partir de evaluaciones de impacto que utilizan métodos experimentales y cuasiexperimentales robustos. Más concretamente, da prioridad a la evidencia recogida en revisiones sistemáticas; esto, por una parte, convierte los productos generados en el marco de este proyecto en «revisiones de revisiones», y, por otra parte —debido a la escasa tradición de evaluación en nuestro

país—, obliga a que casi toda la evidencia considerada haya sido generada en otros contextos. Ahora bien, el hecho de que se dé prioridad a estas fuentes de información no significa que sean las únicas consideradas. Los investigadores complementan esta información con análisis de políticas específicas (estudios primarios), así como con análisis realizados a partir de otros tipos de métodos, cuando lo consideren pertinente y necesario.

Otro rasgo relevante de las iniciativas «Qué funciona» es que estas no se limitan a señalar qué intervenciones funcionan mejor, sino que también buscan **identificar para quiénes son más efectivas y en qué circunstancias**. En el caso de *¿Qué funciona en cuidados de larga duración?*, esto se traduce en que todas las revisiones —independientemente de si se centran en una de las políticas enumeradas en el apartado 4.1 o en una característica del sistema de atención de larga duración (mencionadas en el apartado 4.3)— toman en cuenta los efectos de la intervención tanto en las personas que reciben atención como en los cuidadores, ya sean remunerados o no, y también los impactos en el sistema (apartado 4.2).

No obstante, para informar las políticas de cuidados en evidencia, no basta con sintetizar la evidencia existente. En primer lugar, es imprescindible **situarla en el contexto de Cataluña**, una tarea en la que el Comité de Expertos del proyecto juega un papel fundamental. En segundo lugar, hay que extraer conclusiones y recomendaciones concretas. Y tercero, es preciso acercar estas conclusiones y recomendaciones a las personas que toman decisiones sobre el diseño y la implementación de las políticas de cuidado. A este respecto, es clave tener presente que el proyecto apuesta por una perspectiva local y, por lo tanto, pone centra su atención en la capacidad de incidencia de las Administraciones locales para establecer el sistema de cuidados de larga duración en Cataluña.

El proyecto *¿Qué funciona en cuidados de larga duración?*, impulsado por Ivàlua, la Diputación de Barcelona, la Mesa del Tercer Sector y la Confederación, quiere contribuir a mejorar el diseño y la implementación de políticas y servicios de cuidados de larga duración, recogiendo, filtrando, ordenando y presentando en un formato accesible la evidencia científica disponible.

6. Glosario

- **Atención integral centrada en la persona:** atención a los cuidados de larga duración orientada a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del pleno respeto a su dignidad y derechos, sus intereses y preferencias, y teniendo en cuenta su participación efectiva.
- **Asistencialismo:** modalidad de provisión pública de servicios y transferencias enfocada a las personas en riesgo de exclusión social y con pocos recursos. Este tipo de aproximación suele requerir sistemas de control burocrático que determinan y controlan a la población que tiene derecho a recibir una ayuda pública.
- **Cuidados:** todas aquellas acciones llevadas a cabo por los seres vivos hacia el entorno u otros seres vivos para garantizar buenas condiciones de vida y una participación plena en la sociedad.
- **Cuidado social:** concepto multidimensional que describe el cuidado como un trabajo, como una obligación y una responsabilidad, y como una actividad que supone un gasto, tanto financiero como emocional.
- **Cuidados de larga duración:** cuidados dirigidos a personas que, por razones de salud o discapacidad, no pueden cubrir por sí mismas sus necesidades más básicas, las fisiológicas, pero también todas aquellas que conforman su proyecto de vida independiente y en comunidad, un cuidado mínimo de su entorno y la participación en la sociedad.
- **Estado del bienestar:** conjunto de políticas públicas desplegadas por la Administración pública y la entidad social necesarias con el fin de lograr objetivos de alcance social, como la protección de los derechos sociales y de los riesgos sociales que la población pueda sufrir (problemas de salud, falta de ingresos, necesidades educativas, etc.), además de la predistribución y redistribución de recursos para reducir la desigualdad social.
- **Gestión público-comunitaria:** modelo de gestión de un servicio en el que, bajo una lógica de bienes comunes, la Administración pública otorga a las sociedades una concesión en la gestión de un bien a largo plazo, con base en criterios democráticos y sociales.
- **Profesionalización:** establecimiento de normas sociales y estatales que conceden a las trabajadoras una mayor especialización formativa y laboral dentro de la organización social del trabajo. Esta especialización, debido a la actual división del trabajo, debería otorgarles a estas una valoración social más alta por parte de las administraciones, las entidades proveedoras y las personas demandantes de cuidados, así como más



Què funciona en cures de llarga durada?

control sobre el contenido de su trabajo, incluida una mayor capacidad de autoorganización.

- **Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD):** conjunto de servicios y prestaciones económicas enmarcadas en la Ley 39/2006 y destinadas a promover la autonomía personal, la asistencia y la protección a las personas en situación de dependencia, a través de servicios públicos y privados.
- **Universalismo:** forma de provisión pública de servicios y transferencias dirigida a toda la población o a aquella que acredite la necesidad de una ayuda, sin importar el nivel de ingresos ni los recursos económicos disponibles.

7. Referencias

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

De Quintana, Júlia, Cristina Ferrer, Marta Mirambell, Sandra Ezquerra y Christel Keller (2024). *Avaluació de necessitats. Les cures a Catalunya. Identificació, dimensionament i anàlisi de la seva provisió des de l'esfera familiar i dels principals serveis públics*. Barcelona: IVÀLUA.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Observatorio del Trabajo y Modelo Productivo (2023). Model productiu. El treball de la llar i les cures a Catalunya. Disponible en:
https://observatoritreball.gencat.cat/web/.content/generic/documents/treball/treball_llar_cures/arxius/Treball-de-la-llar-i-les-cures_2023.pdf

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

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

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

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

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

Rodríguez, Pilar (2010). La atención integral centrada en la persona. Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia. En *Serie: Informes Portal Mayores*, n.º 106. Madrid: IMSERSO/CSIC

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

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

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

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

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

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



Què funciona
en cures de llarga
durada?

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

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



Què funciona
en cures de llarga
durada?

Proyecto de recopilación, análisis y transferencia de evidencia para
mejorar las políticas públicas de cuidados de larga duración

Un proyecto de:

