

# CAP A UN MODEL PÚBLIC- COMUNITARI PER LA PROVISIÓ DE SERVEIS PÚBLICS

EL CAS DELS SERVEIS  
DE CURES  
A CATALUNYA



# **CAP A UN MODEL PÚBLIC-COMUNITARI PER LA PROVISIÓ DE SERVEIS PÚBLICS**

EL CAS DELS SERVEIS  
DE CURES  
A CATALUNYA

## E08 Informe #06

# Cap a un model públic-comunitari per la provisió de serveis públics. El cas dels serveis de cures a Catalunya

**Aquest informe és una col·laboració entre**  
Espai Zero Vuit i Observatori DESC

**Redacció:**

Manuel Alvariño, David Palomera,  
Marta Ribera Carbó

**Correcció:**

Daniel Ortín i Ainhoa Setién

**Disseny:**

Gerard Sierra

**Agraïments:**

Jaume Salmeron, Marina Berga, Arada Cooperativa  
SCCL, Laia Ortiz i Lluís Torrens per ajudar-nos a  
conèixer i abordar els casos presentats. A l'Ismael  
Blanco, els seus materials del curs de Gestió Pública  
a la UAB han sigut d'utilitat pel marc teòric.

I, per descomptat, a membres de l'Espai Zero Vuit que  
han col·laborat en els debats i revisions de l'informe.

**Amb el suport de\*:**



**Generalitat  
de Catalunya**



**Agència Catalana  
de Cooperació  
al Desenvolupament**

*\*El contingut d'aquesta publicació és responsabilitat exclu-  
siva de l'Espai Zero Vuit i l'Observatori DESC i no reflecteix  
necessàriament l'opinió de l'ACCD o de la Generalitat  
de Catalunya*

# ÍNDEX

Resum executiu	06
1. Marc teòric: models de gestió	09
2. Creixement dels serveis de cura sota el paradigma de la Nova Gestió Pública: límits i inconvenients	12
3. Models Públic-Comunitaris: casos i avenços	19
4. Conclusions i recomanacions	27
Referències	32

# RESUM EXECUTIU

Formes més justes i efectives de gestionar els béns i serveis públics estan sorgint amb força tant a Catalunya com a altres països. En un món on s'acumulen crisis de la salut, de les cures, del clima i de l'economia, les necessitats socials es fan cada vegada més difícils d'atendre. No obstant, és comú trobar **serveis públics excessivament burocratitzats i sotmesos a interessos corporatistes i privats, els quals desatenen les necessitats de les persones**, sobretot en l'àmbit rural. Per anar més enllà d'administracions immòbils i jeràrquiques, cal **avançar en la democratització i territorialització** dels serveis. En aquest sentit, el model **públic-comunitari** pot incorporar formes de gestió de l'economia social i solidària a l'administració pública, i ajudar-la a adaptar-se als diversos contextos territorials. Per això, des d'Espai Zero Vuit, a través del cas dels serveis de cures a Catalunya, volem contribuir a entendre en què consisteix el model públic-comunitari des d'un punt de vista pragmàtic, en comparació amb altres models de gestió pública.

Des dels anys 80, en un ambient de creixement dels serveis públics i de crítiques a “l’administració pública tradicional” per la seva suposada excessiva burocràcia i ineficiència, es van començar a implementar **reformes en la línia de la “nova gestió pública”**. No obstant, el remei pot haver estat pitjor que la malaltia. Com veurem en el cas dels serveis de cura (residències i el Servei d’Atenció Domiciliària o SAD), les reformes de nova gestió pública han pogut augmentar la burocràcia i dificultar la millora de la seva qualitat. A més, d’aquestes reformes s’han pogut beneficiar més les empreses multinacionals, en detriment de la qualitat del servei i les condicions laborals.

A l’informe es planteja la importància de replantejar el model de l’externalització, revaloritzar la gestió pública, millorar les condicions de treball i de servei de provisió directa, i millorar el control públic de les licitacions. Cal també superar la nova gestió pública i plantejar-nos noves guies perquè els serveis públics tinguin una millor implantació territorial, una millor adequació a les necessitats de les persones i una forma més democràtica de funcionar. Així, a l’informe revisem detalladament el cas del servei d’atenció a la dependència de l’**Ajuntament d’Arbúcies**, que ha aconseguit oferir una millor atenció a la gent dependent i unes millors condicions laborals a través de la participació i la gestió cooperativa. També veurem les **Entitats de Base Associativa**, un model on s’introdueixen criteris de gestió democràtica de serveis de salut, i les **Illes Socials d’El Prat de Llobregat i Barcelona** que, inspirades en el model de Buurtzorg, permeten reformar els serveis d’atenció domiciliària cap a una millor territorialització reforçant, al mateix temps, lògiques de cura i la comunitat.

Aquests casos revelen que el model públic comunitari té, d’entrada, molt potencial. No obstant això, també existeixen límits po-

lítics i legals que es poden resoldre des de la legislació. Entre les diferents propostes que plantegem a les conclusions, ressaltem la necessitat de derogar les normes que limiten de manera indiscriminada la despesa pública dels ens locals, reformar la Llei de dependència perquè inclogui un mínim legal de finançament per part de l'Estat, així com crear un marc legal per a les cooperatives de serveis públics a Catalunya

En resum, en la primera secció de l'informe, presentem un marc teòric sobre els tres models de gestió de serveis públics. La segona secció examina els problemes derivats de l'aplicació de la NGP a l'àmbit dels serveis de cures a Catalunya. La tercera secció mostra els estudis de cas de les EBAS, de les illes socials i, amb més deteniment, del SAD d'Arbúcies. L'informe conclou amb diverses recomanacions.



# 1. MARC TEÒRIC: MODELS DE GESTIÓ

Un model de gestió pública consisteix en un conjunt de característiques d'organització i funcionament de l'administració, dirigides a complir uns objectius clau sobre la base d'uns valors determinats. Els models són paradigmes, receptes ideals per a perseguir prioritats polítiques, que afecten l'organització i el funcionament de l'administració pública, i que, per tant, tenen conseqüències per a la distribució de les relacions de poder i els interessos de diversos grups (de Miguel, 1990). Els paradigmes dominants canvien, però no se substitueixen completament, sinó que se superposen i coexisteixen. D'altra banda, les aplicacions concretes són rarament l'expressió d'un model de manera única i pura. De totes maneres, és interessant desengranar aquests models per a entendre quins paradigmes governen la reforma de la provisió de serveis per a traçar fulls de ruta que adaptin la nostra administració als objectius socials actuals. Distingim tres models principals: la gestió pública tradicional, la nova gestió pública, i les noves formes de gestió público-comunitàries.

**L'administració pública tradicional (APT)**, també entesa com a provisió directa o pública, és la forma clàssica de gestió i provisió de recursos públics. Podem definir la seva estructura a grans trets a través del concepte de burocràcia desenvolupat per Max Weber (1922). L'organització de l'APT persegueix assolir uns bens públics a través d'una estructura jeràrquica de funcionariat públic, de caràcter tècnic, teòricament no polític, subdividida en departaments específics. Quant al seu funcionament, en tant que estructura burocràtica està caracteritzada per seguir procediments estandarditzats, normes procedimentals rígides, destinades a aplicar uns patrons racionals de comportament a les seves activitats. Aquesta manera d'actuar pretén aconseguir la universalització d'uns certs objectius de manera impersonal i eficaç, a la vegada que intenta evitar la corrupció. En deixar poc marge a la discreció en el desenvolupament de les activitats, s'aconsegueix que els valors públics s'apliquin de manera igualitària, d'acord amb criteris com ara la meritocràcia o la discriminació positiva. A més, aquest model de gestió es pren com a mesura d'homogeneïtzació en la qualitat i quantitat de serveis públics en el territori, buscant la igualtat de la ciutadania davant l'administració independentment del lloc de naixement. Per tant, el valor principal de l'administració pública tradicional és la universalitat.

Ara bé, aquest model presenta **problemes**, alguns més coneguts que altres. S'ha parlat molt del fet que l'homogeneïtzació dels serveis pot suposar una inadaptació a les necessitats canviants dels subjectes atesos. A més, si bé és important tenir de treballadors/es públics/ques de confiança i amb carreres estables per a la consecució d'objectius públics, el personal funcionari en els grans aparells burocràtics poden dificultar el canvi i la transformació social en funció d'inter-

sos corporativistes. Però més enllà d'això, la càrrega administrativa que comporta la burocràcia per la ciutadania té un impacte diferenciat en les persones i empreses segons les seves capacitats tècniques, educació i grandària. En el present informe, tractem com aquest podria beneficiar a les grans empreses davant d'altres a través del cas de les residències.

L'auge del neoliberalisme en els anys 80 porta amb si un nou model de gestió que pretén solucionar problemes estructurals de l'administració pública aplicant criteris pròxims a la lògica empresarial i la nova economia institucional sobre relacions agent-principal (Lopez-Casasnoves, 2003; Le Grand, 1991). La **“nova gestió pública” (NGP)** critica l'APT per trobar-se fora del control públic i seguir la seva pròpia ambició expansiva sense tenir en compte els desitjos i preferències dels clients dels serveis públics (Osborne and Gaebler, 1995). Per a posar-hi solució, proposa fragmentar l'actual burocràcia i introduir lògiques com ara la competició entre administracions i amb les empreses privades, flexibilitzar els procediments, descentralitzar la provisió, perseguir resultats i no processos, maximitzar l'eficiència entre costos i beneficis i controlar els resultats sobre la base d'uns objectius (Hood, 1991). Portant a les últimes conseqüències la crítica a una administració pública ineficient enfront d'un mercat dinàmic i competitiu, la NGP ve de la mà de les privatitzacions i l'externalització, o de transferències perquè els ciutadans actuïn d'una manera més activa en el mercat com el copagament o els xecs de consum. Els canvis que aquest paradigma suposa en l'administració pública persegueixen, en definitiva, la mesura dels resultats que ha de regir els criteris de contractació i l'impuls de programes.

El pensament de la NGP s'ha propagat considerablement en els darrers anys, causant canvis significatius en les administracions públiques al voltant del món. No obstant això, com veurem en la secció següent, no està exempta de **crítiques**. En termes generals, podem dir que l'ús que fa la NGP del concepte d'eficiència sol ser enganyós. D'una banda, es limita a la racionalització monetària de la provisió del servei, i no inclou les implicacions econòmiques i no econòmiques al llarg de termini. D'altra banda, sota l'objectiu declarat de maximitzar l'eficiència el que es fa habitualment és una mera reducció dels costos dels serveis, i no pas un càlcul de la relació entre els costos i els beneficis socials. En conseqüència, sota la bandera de l'eficiència, els costos de molts serveis s'han reduït a costa d'un empitjorament dràstic de la qualitat, de l'accés i de les condicions laborals de les persones que presten el servei. A la vegada, substituir l'aplicació de criteris basats en el bé comú, com ara la universalitat i la redistribució, per criteris de mercat té implicacions negatives pel que fa a la distribució dels costos i els beneficis d'aquests serveis.

Com a reacció a la NGP, s'ha donat principalment una defensa de l'APT, un retorn a la provisió directa. Però, també, s'està desenvolupant un model en base d'objectius diferents. Aquest nou paradigma incipient, que rep diferents noms, és encara difús, i en la pràctica es tradueix en una experimentació molt diversa. Administració deliberativa, participativa, o **el model públic-comunitari** són alguns dels conceptes que ens porten a pensar reformes de l'administració

perseguint l'objectiu de la democratització, col·laboració i participació social. Si la NGP imitava al mercat, el públic-comunitari, que beu de la tradició del comunisme, pretén aprendre de les formes d'organització cooperatives, dels comuns i de l'autogestió. Per a les entitats i iniciatives de l'economia social i solidària, les aliances amb el sector públic són una estratègia clau per solucionar limitacions legals i empoderar-se en un context econòmic on les grans empreses dominen el mercat (Calafat, 2021). Per a l'administració pública, les aliances amb l'economia social, les cooperatives i els grups d'autogestió poden ajudar a assolir una millor capacitat de resoldre problemes socials complexos i una promoció de la participació ciutadana, tant en el disseny com en l'aplicació dels serveis. Tanmateix, aquest model continua molt limitat degut als límits legals existents i el poder de les lògiques mercantils actuals (Forné, 2020).

Com hem dit, els casos d'aplicació dels serveis públics beuen de manera diversa d'aquests **models ideals**. Presenten formes híbrides i originals d'aquests paradigmes. No obstant això, parlar de models és útil per a discutir quines relacions de poder i quins interessos governen la provisió de serveis, quins objectius volem perseguir i quins fulls de ruta són més adequats per a arribar-hi. Així, la discussió sobre els avantatges i desavantatges de cada model ha d'estar arrelada als casos pràctics. En aquest estudi, escollim casos de serveis de cures a Catalunya, amb un enfocament especial a les residències de gent gran i els serveis d'atenció domiciliària.

Principals característiques de tres models de provisió de serveis públics		
Model	Valor	Característiques
Tradicional	Universalitat	Bé públic, estandarització, procediments estables, jerarquia
Nova gestió	Eficiència econòmica	Fragmentació, gerencial, solapament públic-privat, resultats quantificables
Comunitari	Democràcia local	Béns comuns, territorialització, participació ciutadana, autogestió

## 2. CREIXEMENT DELS SERVEIS DE CURA SOTA EL PARADIGMA DE LA NOVA GESTIÓ PÚBLICA: LÍMITS I INCONVENIENTS

El pas dels diversos models de gestió ha anat deixant la seva marca en els serveis de cures a la gent gran a Catalunya. Aquests serveis s'han tornat cada vegada més importants, a causa de la creixent demanda, en un context que s'ha anomenat crisi de les cures (Tronto 2013). L'envelliment de la població, la creixent presència de la dona al mercat de treball o el focus en la importància de l'educació i les cures en la infància són factors que fan augmentar la necessitat de serveis de cures a persones dependents de totes les edats. No obstant això, el treball de la cura ha sigut històricament i socialment segmentat i distribuït de forma desigual, essent realitzat majoritàriament per dones, i sense remuneració o en condicions laborals molt precàries. A més, l'Estat del benestar a Espanya i Catalunya s'emmarca dins d'un model mediterrani amb una predominança del familiarisme que ha reforçat el rol de les cures informals, atorgant poca rellevància a la participació estatal, que habitualment s'ha dedicat a externalitzar els serveis a organitzacions privades (Anttonen i Sipilä, 1996).

Aquesta demanda dels serveis de cures té lloc, com també altres àrees de la política social, en un context de govern multinivell. Mentre que el Govern central regula el model de serveis de tot l'Estat i facilita finançament, les comunitats autònomes mantenen les principals competències i gestionen i financen bona part del sistema, excepte els serveis domiciliaris o els habitatges tutelats, que solen recaure en la gestió municipal o en els consells comarcals, que també en financen una part. Per part de l'Estat, amb l'aprovació de la Llei de dependència de 2006 la cura social ha deixat de ser formalment un servei assistencial per esdevenir un dret subjectiu per a la gent acreditada com a dependent. Això va suposar un avenç molt significatiu, apropant-se en termes de drets al model de provisió de cures universal nòrdic, tot i que també va patir de nombroses limitacions, inclòs el seu finançament (Rodríguez-Cabrero i Marbán-Gallego, 2012).

La manca de finançament va ser especialment preocupant amb les mesures d'austeritat després de la crisi de 2008. Mentre l'Estat retallava l'aportació voluntària dràsticament, a Catalunya també es limità la despesa. Aquestes retallades suposaran un impacte important en la cobertura de serveis i en el finançament i contractació pública dels municipis, els quals s'enfronten amb la necessitat d'ampliar els serveis d'atenció de forma lineal, degut tant a l'envelliment de la població com a la Llei de dependència. A causa de les limitacions d'aquesta

lleï, i de cara a millorar els models de provisió de cura des d'una perspectiva integral, una de les propostes que s'han fet des de la societat civil ha estat la creació d'un Sistema Nacional de Cures a Catalunya<sup>1</sup>, que reconegui el dret a la cura en una estructura pública de provisió de serveis. La crisi de la Covid-19 i l'augment del finançament públic de diferents administracions des del 2020 obre possibilitats d'augmentar la cobertura i qualitat dels serveis. Però com argumentem en aquest informe, el canvi ha de passar també per una reflexió crítica sobre els models de gestió pública dels serveis de cura.

En termes de gestió, abans del creixement dels serveis, i donat el seu caràcter assistencial, els serveis com el SAD s'integraven en els serveis socials a través de la contractació de treballadores familiars que cobrien un nombre limitat de persones grans que patien exclusió social. Es podria dir que el model era burocràtic, però es tractava d'una burocràcia suau, on existien relacions de cooperació. Amb el creixement de la demanda i les necessitats, les administracions van intentar crear **economies d'escala**, fent créixer la grandària dels serveis (en són exemples l'ús de grans contractes de SAD o les macroresidències). En aquest procés els serveis i el seu finançament van patir un procés de formalització i estandardització seguint les lògiques de l'APT que revisàvem abans.

La posterior expansió dels serveis d'atenció va coincidir amb l'auge de la NGP als anys 90. L'arribada de la NGP va motivar la creació d'estructures professionalitzades de gestió i una proliferació d'organismes especialitzats i d'agències amb personal de coordinació i tècnic. Així, la NGP va provocar una **formalització** de la relació entre càrrecs intermedis i càrrecs de gestió, **abans més informals i basats en relacions de confiança** (Torsteinsen, 2012). En el cas del SAD, les treballadores familiars van passar a treballar per organitzacions subcontractades pels ens municipals. S'aprofundia així amb la **cultura del contracte** i el procés de **fragmentació**, incloent-hi nombroses entitats privades, cosa que no s'observa amb tanta força en altres països. De fet, una investigació sobre el cas de Barcelona va revelar que la gestió pública de les places públiques era pràcticament nul·la, i que la majoria es troben en residències privades. A més, tant la NGP com la creació de mercats ha provocat que valors com l'eficiència o la necessitat de generar beneficis es plantegin com a contraris a la despesa que cal realitzar en entorns rurals. Allà on no hi ha suficient demanda o on és costós crear organismes públics autònoms, aquests passen a ser gestionats de forma centralitzada per organismes supralocals o dependents dels municipis més grans, causant dèficits en l'accés i en la qualitat dels serveis de cures en els entorns no urbans.

L'aplicació dels criteris de la NGP en l'expansió dels serveis a les persones va generar nombrosos problemes. Aquí, n'identifiquem quatre. En primer lloc, a causa de l'asimetria de la informació, la delegació del servei pot comportar costos que no repercuteixen en una millora de l'atenció directe. En segon lloc, la dificultat de mesurar els resultats disminueix la qualitat real del servei per a les persones beneficiàries. En tercer lloc, els criteris de contractació resulten en

---

<sup>1</sup> <https://dretacura.bcn.coop/>

la pràctica inaplicables, comportant una selecció adversa de proveïdors i, finalment, l'empitjorament de les condicions laborals i la disminució de l'autonomia de les treballadores.

## INFORMACIÓ ASIMÈTRICA, BAIXA CONFIANÇA I AUGMENT DE COSTOS INDIRECTES

Al generar un procés de separació de l'administració entre cos polític, gerència, i organitzacions privades i públiques que gestionen els serveis, es reforcen unes relacions més basades en el formalisme i els contractes que en les relacions de confiança. S'imposa una cultura de la contractació. Això aprofundeix en el problema d'**informació asimètrica**. Qui gestiona el servei és qui té la informació de com funciona, l'estructura dels seus costos de funcionament i la seva qualitat. L'entitat que finança buscaria aplicar mesures de control, avaluació i sanció per tal de garantir que l'entitat/persona gestora ofereix la qualitat desitjada. Aquestes **tasques de control i supervisió són costoses** en termes de recursos econòmics i temps. En economia s'han anomenat a aquests **costos de transacció**. S'inclouen dins dels costos de transacció el disseny d'un contracte, la seva formalització, la seva licitació, el control del seu compliment, altres costos associats a la supervisió i compliment de la gestió delegada, etc.

La NGP pot conduir a nivells de formalització i complexitat semblants (o a vegades fins i tot superiors) que els models de gestió tradicionals directes. Primer, es troba més descentralitzada entre actors diversos, tant privats com públics, i per això la seva coordinació resulta més difícil. Igualment, s'han de crear més figures d'inspecció per a garantir el compliment del contracte davant de l'entrada d'actors amb missions diferents, alguns amb el lucre com a prioritat. Finalment, la fragmentació de serveis i de provisió suposa la necessitat d'establir sistemes ad hoc de transferència d'informació i documentació. Aquest augment de la complexitat fa augmentar **els costos de transacció, posant en perill també el mateix guany d'eficiència del qual presumeix la NGP**.

## INTANGIBILITAT DELS RESULTATS

Mentre que els costos de transacció augmenten per a qualsevol cas de delegació d'activitats, els serveis a les persones presenten un problema addicional. Segons la NGP, els criteris per delegar la gestió es basen en resultats. Però, a diferència, per exemple, de la reparació d'un carrer, **en la gestió de serveis a les persones és difícil mesurar la qualitat** perquè hi té **aspectes intangibles associats**. En el cas de la cura, la qualitat hauria de venir determinada tant per poder garantir la cobertura de necessitats fisiològiques bàsiques com per garantir l'estat emocional de la persona i la seva capacitat d'exercir l'autonomia personal. Ara bé, són nombroses les dificultats per mesurar el segon aspecte. En aquest sentit, cal mencionar que en el sector de les cures les persones grans tenen importants **limitacions a l'hora d'exercir la seva voluntat com al tipus de "client" ideal que concep la NGP**, ja

que pateixen limitacions físiques i grans vulnerabilitats.

Degut a la impossibilitat de mesurar els resultats en la contractació de serveis de la cura, es fan **contractes incomplets**, on no es poden especificar i preveure tots els desenllaços possibles de la gestió del contracte així com de les mesures de control i sanció pertinents en cas d'incompliment (Sclar, 2001). En el cas dels serveis de la cura a Catalunya, normalment aquests contractes contenen clàusules estructurals (com el número de treballadores) o procedimentals (com l'organització de l'activitat i l'existència de plans d'avaluació o millora) (Isaksson et al. 2017). El fet que en el procés d'externalització s'acabin formalitzant els procediments i estructures més que els resultats fa que **la NGP, paradoxalment, generi més burocràcia que l'administració tradicional** (Torsteinsen, 2011).

Un problema afegit és que l'Administració exigeix eficiència (o directament "rendibilitat") individual a cada agència o empresa, creant una **visió de túnel i curt-terminista**. **No obstant, els mercats poden ser ineficients en termes dels recursos emprats i els objectius públics a assolir**. Al final del dia, la bona gestió externalitzada en els serveis públics de la cura és aquella que no incrementa els costos i és capaç de captar el major nombre de "clients" amb necessitats, amb pocs incentius pels proveïdors per a donar-los més autonomia i dependre menys dels serveis. Així, es creen totes aquelles posicions professionals necessàries per complir aquest propòsit, sovint de caràcter més administratiu o gestor, mentre que d'altres objectius adquireixen una importància perifèrica (Torsteinsen, 2011).

## SELECCIÓ ADVERSA DE PROVEÏDORS I CONCENTRACIÓ DE MERCAT DE GRANS EMPRESES

En el sector de les cures, existeixen nombrosos problemes al voltant de com s'apliquen els criteris per a licitar nous contractes, així com per avaluar-los i potencialment canviar de proveïdor. D'una banda, en quant a la contractació, davant de requeriments de lliure competència les administracions **tenen dificultats per discriminar els proveïdors per la seva activitat passada i les sancions rebudes**. Igualment, degut en part a la protecció de dades i la voluntat de no discriminar entre proveïdors, **existeix una manca de cooperació entre administracions per a compartir informació centralitzada i accessible sobre la qualitat de les licitadores** a Catalunya, com poden ser queixes passades d'usuàries o el resultat de les inspeccions. Al final, aquesta manca de sistemes de qualitat i valoració de proveïdors es tradueix en poca transparència cap a la societat, element central de qualsevol model ideal de gestió.

A més, els criteris de contractació que s'apliquen, especialment als serveis de gran volum, **beneficien a les grans empreses**. Això passa pels grans volums de servei també malgrat la divisió en lots, com és el cas de Barcelona. A l'hora de guanyar contractes, les empreses tindran uns avantatges competitius si: liciten el major nombre de contractes; tenen accés als requisits de volum de serveis, solvència econòmica, liquiditat i pòlisses d'assegurança que exigeixen els contractes; i creen estructures de gestió eficients en termes de costos i de compliment formal

dels requisits estructurals i de procediments. Aquests factors són especialment importants en un context de creixement de serveis de macro-residències i serveis de SADs de centenars i milers de persones usuàries, on les **economies d'escala són claus**. En el cas de la gestió de llits públics en residències privades, la capacitat d'inversió i compra de centres residencials es torna un element central per determinar potencials proveïdors. Com a resultat, grans empreses i multinacionals dominen el mercat de les cures.

D'altra banda, per la naturalesa dels serveis de cura existeixen nombroses dificultats a l'hora de fer complir els requisits establerts, imposar **sancions, rescindir els contractes, o evitar proveïdors de baixa qualitat**. Primer, atès que en els serveis de cura l'estabilitat del servei és un factor de qualitat, el canvi de proveïdors durant el contracte no és recomanable. Segon, poden haver-hi pocs licitadors alternatius de qualitat, com passa sovint en els petits municipis o quan es tracta de gestionar serveis de gran volum. Tercer, les administracions evitarien empitjorar la relació amb l'empresa proveïdora, que podria no tenir incentius en millorar la qualitat en vistes d'una possible rescissió. Aquí, cal tenir en compte el cost de fer una nova licitació. Quart, les administracions amb menys recursos voldran evitar el risc d'entrar en un contenciós amb empreses amb més poder econòmic i legal. Davant d'aquests riscos, els contractes se solen fer en terminis més curts però prorrogables, intentant mantenir l'incentiu de l'empresa per garantir una qualitat mínima.

Al mateix temps, les entitats proveïdores, coneixedores de la manca de sistemes de control i perills de sanció greus, **tenen incentius per, una vegada guanyada la contractació, reduir la qualitat durant la gestió**. Es genera així un problema greu de **selecció adversa**, on **s'atreuen en la contractació aquelles entitats disposades a reduir el preu sabent que no podran complir amb els plecs tècnics**, tot i que formalment els compleixen a l'hora de licitar. Aquest problema de selecció adversa s'ha vist potenciat per l'establiment d'un pes important del preu a l'hora de valorar les ofertes; la congelació de les tarifes de la cartera de serveis socials entre el 2009 i el 2019; l'aplicació d'aspectes tècnics poc mesurables i quantificables; i uns nivells d'inspecció i control de la qualitat baixos.

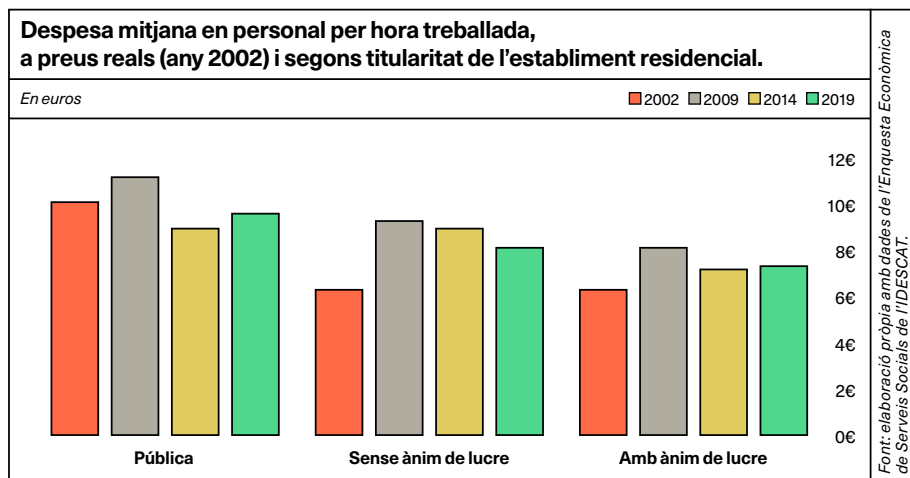
## **ELS EFECTES DE LES REFORMES DE LA NGP EN EL TREBALL DE LA CURA: CONDICIONS LABORALS PRECÀRIES I POCA CAPACITAT DE DECISIÓ**

Finalment, existeixen greus repercussions per a les condicions laborals del sector, les quals també afecten la qualitat del servei. De fet, nombroses investigacions mostren com **la NGP s'ha introduït en molts contextos com a eina limitant de la despesa pública a través de la reducció dels costos laborals**, que en els serveis de cura poden representar més del 70% o fins i tot del 90% del cost dels serveis. Pel sector de les residències, les dades mostren que les treballadores no han augmentat el poder adquisitiu real des de la crisi de 2008. També veiem que les entitats amb ànim de lucre, gestores majoritàries a Catalunya, estarien sent les entitats

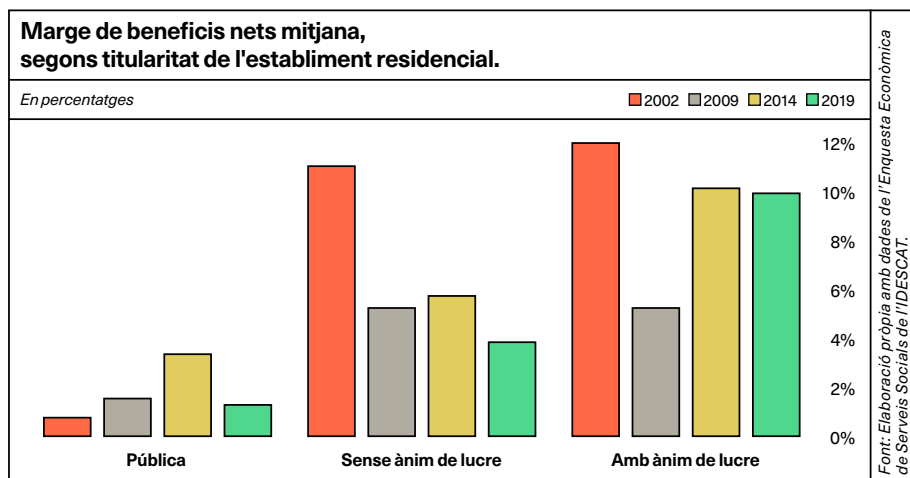


que menys remuneren l'hora de feina. Mentre que el 2019 una residència pública realitza una despesa real de 10€ hora respecte a els 10€ de 2022, una entitat amb ànim de lucre es manté per sota dels 8€. Al mateix temps, les entitats amb ànim de lucre, majoritàries en la gestió a Catalunya, han estat capaces de generar un marge net d'un 10% constant en els últims anys, una rendibilitat elevada.

Si bé el nivell de reconeixement del treball de la cura i el seu nivell de sindicalització eren ja baixos abans de l'arribada de la NGP, aquesta ha reforçat aquesta posició. Una primera conseqüència és que la fragmentació de proveïdors contribueix a dificultar la sindicalització i la negociació col·lectiva. A més, l'es-



▲ Figura 1. Nota: despesa en personal deflactada amb l'IPC interanual a Catalunya des de l'any 2002.



▲ Figura 2.

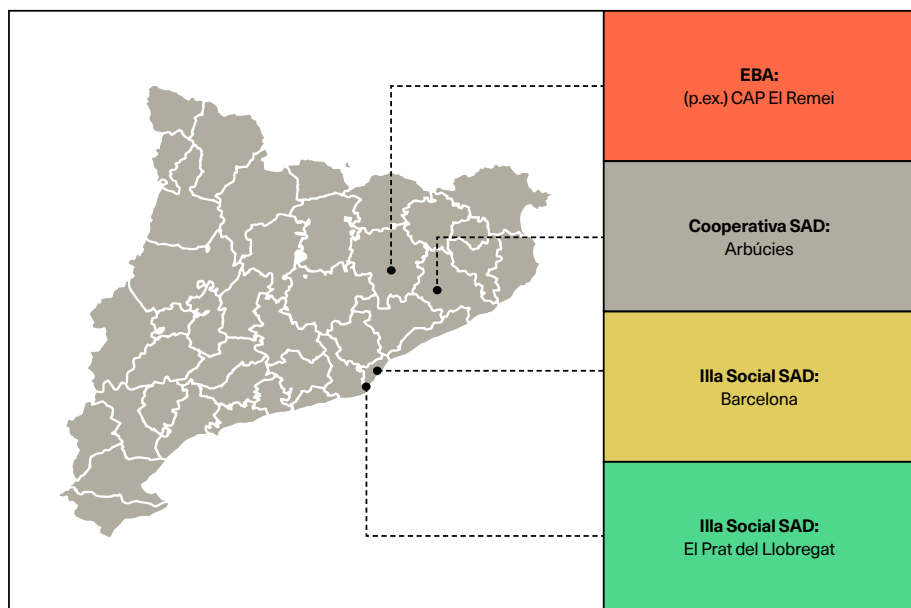
tandardització dels serveis, les eines de control burocràtiques i la prioritització de la contenció de costos a través de la competició d'entitats lucratives ha repercutit en reduir l'autonomia de les treballadores. Igualment, les dificultats de mesurar la qualitat d'aspectes intangibles sota la NGP crea un **biaix envers aquelles avaluacions d'aspectes més quantificables**. Així, s'exercirà una pressió de l'organització, sobretot sobre les treballadores, per dur a terme una sèrie de tasques més visibles i quantificables per part de la gestió. Per exemple, serveis de caràcter més físic, com la neteja o el suport per realitzar activitats diàries, pot eclipsar serveis com ara parlar amb les persones i ajudar en la socialització i la soledat. En definitiva, en contextos de prioritització de lògiques mercantils i burocràtiques, són nombroses les dificultats que pateixen les treballadores per a realitzar tasques centrades en lògiques de la cura i la professionalitat (Kruse et al., 2020).

L'empitjorament de les condicions laborals no és només un problema per la qualitat de vida de les treballadores, sinó també per la qualitat del servei i la vida de les persones ateses degut a les barreres que posa per establir relacions de cura. Donades les condicions precàries del treball de la cura i les responsabilitats de la cura de les dones, la rotació de la mà d'obra pot arribar a superar un 15% o 20% pel personal d'atenció directa. Ara bé, en les persones grans busquen poder mantenir un nivell de vida digne en el seu espai d'intimitat. Igualment, poden necessitar del consell professional per resoldre qüestions sanitàries, de mobilitat o psicològiques. En aquests serveis, **establir vincles de confiança i aprenentatge** amb persones conegudes és clau. Per contra, la lògica del mercat o empresarial, basada en la competició, comporta aportar al sistema canvis del tipus de proveïdors i treballadores així com de formes de treballar. Per tant, és qüestionable que les persones vulguin ser tractades com a clients, com reivindica la NGP (Clarke i Newman, 2007).

# 3. MODELS PÚBLIC-COMUNITARIS: CASOS I AVENÇOS

Quan analitzem els límits de la NGP, trobem que els elements més problemàtics són l'asimetria d'informació, la intangibilitat i les dificultats de mesurar els resultats dels serveis a les persones, l'estandardització d'aquests serveis, la selecció adversa de proveïdors i la disminució en la qualitat de les condicions laborals i l'autonomia de les treballadores. La majoria d'aquests problemes deriven del creixement del volum de serveis i l'intent de la NGP d'establir unes relacions clients-proveïdor a través de relacions de **baixa confiança** amb contractes de duració limitada, que al final han beneficiat un tipus d'actors **poc arrelats a les necessitats del territori** amb necessitat de generar el màxim benefici econòmic de les seves estructures corporatives globals.

Almenys en serveis essencials i estratègics com la provisió de cures, l'administració pública s'ha d'allunyar d'imitar la gestió empresarial, aquesta última, basada en l'ànim de lucre i la jerarquia en base al poder econòmic i la competència. Amb les iniciatives públic-comunitàries s'ha de buscar enfortir la gestió democràtica, facilitant la capacitat de gestionar els conflictes inherents de



▲ Figura 3. Mapa de casos estudiats

la societat a través de la corresponsabilitat, els coneixements i la voluntat de les parts implicades. A Catalunya, els criteris democràtics i territorials s'han tornat una prioritat en la gestió de moltes administracions públiques. Es més, aquestes experiències públic-comunitàries mostren com es pot avançar igualment en la universalitat i eficiència que abandonen l'ATP i l'NGP.

Trobem experiències que han anat introduint criteris de **democratització i disseny i gestió territorialitzada en la provisió de serveis públics** de cura i salut. En aquest estudi hem analitzat algunes d'aquestes experiències. Així doncs, en aquesta secció, analitzem breument la modalitat de les Entitats de Base Associativa en l'atenció primària catalana i les Illes Socials del Prat del Llobregat i Barcelona, i després analitzem amb més profunditat el projecte de creació d'una cooperativa de serveis públics de cures a l'Ajuntament d'Àrbúcies.

### 3.1. ENTITATS DE BASE ASSOCIATIVA

Les Entitats de Base Associativa (EBA) poden ser empreses o cooperatives que han d'estar formades per professionals de la salut, i que es defineixen en el seu decàleg (ACEBA, 2016) com a agents de la salut **propers a la població i proactives en el territori**. Sota el mateix decàleg, els requisits i condicions que han de complir les EBA d'acord amb la LOSC<sup>2</sup> i el Decret 309/1997<sup>3</sup> garanteixen que l'actuació d'aquestes entitats s'adeqüi als principis d'Economia Social.

Un exemple d'aquests requisits és que les EBA han d'estar constituïdes, totalment o majoritària, per professionals sanitaris, subscriuint un mínim del 51% del capital social. El funcionament de les EBA està basat en els principis d'autogestió, i es comprometen, per exemple, al fet que els sous dels i les professionals no siguin inferiors als que es paguen en el sistema públic (Ledesma, 2005).

Tot i que no s'emmarquen dins de serveis de cures, sinó de salut, les EBA resulten pertinents per a aquesta anàlisi perquè van introduir criteris democràtics en la provisió de serveis públics ja fa més de 25 anys. La primera EBA a Vic el 1996, i el 2016 n'hi havia 16 en funcionament. Les EBA incorporen criteris de gestió democràtica amb el control de l'entitat per part de les treballadores, i és l'únic cas d'externalització en l'àmbit de la salut a Catalunya respecte del qual hi ha estudis que assenyalen una millora en la qualitat i en l'eficiència del servei (Sánchez-Martínez, Abellán-Perpiñán i Oliva-Moreno, 2014). Per tant, al llarg dels últims anys, les EBA ha arribat a consolidar-se com un model de provisió de serveis de salut que, tot i canalitzar-se a través d'un model publicoprivat, incorpora criteris de democratització i governança.

---

<sup>2</sup> Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya

<sup>3</sup> Decret 309/1997, de 9 de desembre, pel qual s'estableixen els requisits d'acreditació de les entitats de base associativa per a la gestió de centres, serveis i establiments de protecció de la salut i d'atenció sanitària i sociosanitària.

## 3.2. LES ILLES SOCIALS D'EL PRAT DE LLOBREGAT I BARCELONA

En els darrers anys s'ha difós en diferents països el **model d'autogestió de Buurtzorg**, una organització sense ànim de lucre d'infermeres i cuidadores a Holanda. Sota aquest model, les treballadores formen equips petits autogestionats i interdisciplinaris, que haurien de planificar i organitzar la feina de la cura sense líders ni figures de coordinació. Tenint en compte les diferències contextuals amb el model de benestar holandès, que funciona a través d'asseguradores privades, diversos municipis arreu del món, incloent-hi El Prat de Llobregat i Barcelona, estan experimentant i adaptant aquest model, anant més o més lluny en l'autogestió. Entre els **elements centrals de la majoria de pilots implementats en ens locals trobem:**

- territorialitzar les cures d'acord amb lògiques de proximitat;
- equips auto-gestionats de 12 treballadores, més o menys;
- capacitat de decisió conjunta dels equips i persones cuidades en la planificació;
- acompanyament i formació per als equips, donat que canviar d'una forma de treballar fordista a una d'autogestió d'equips requereix suport;
- conversió de rols de coordinació/lideratge a rols de facilitació;
- espai físic on trobar-se periòdicament;
- integració amb equips sanitaris, serveis socials i altres serveis (pedagogs, terapeutes ocupacionals).

En contra de la fragmentació, estandardització i el focus en el cost-eficiència, amb la creació dels equips es busca: donar més **flexibilitat i capacitat de decisió** a les treballadores; **reduir la rotació** de persones que visiten una llar i, així, augmentar la confiança i coneixement entre les parts; i adaptar-se a les necessitats de les persones ateses, oferint una major capacitat de **detecció i acció** per part de les treballadores d'atenció directa. Igualment, s'utilitza aquesta oportunitat per augmentar l'**eficiència** en la provisió, per exemple evitant desplaçaments o reduint figures intermediàries, així com **territorialitzar** les cures i millorar els canals d'**informació entre professionals** a través d'una major **integració i coordinació** dels serveis de cura amb altres serveis públics (p. ex. sanitaris) i els recursos comunitaris. Així, la inspiració de Buurtzorg s'estaria utilitzant com a solució als problemes de formalització, gestió i fragmentació de l'ATP i l'NGP, introduint lògiques basades en la **confiança**, la **interdisciplinarietat**, i **visions holístiques** del servei de la cura.

En el cas d'El Prat del Llobregat i Barcelona, Buurtzorg va permetre repensar el model del SAD cap el que s'ha anomenat, respectivament, model d'**Illes Socials o Superilles socials**, donant pes a la vessant territorial i interdisciplinària del model. Aquest model pot millorar el servei i la qualitat de la feina, a la vegada que es reforça un sentit comunitari de la cura, i s'avança cap a una millor distribució i democratització en la seva distribució (Kussy et al., 2022: Moreno,

2021). Ara bé, cal veure com s'aplica el model sota la perpetuació de les pràctiques de l'ATP i l'NGP de control de despesa, fragmentació i burocràcia. Caldrà **veure fins a quin punt la democratització i l'autonomia és possible dins d'aquests límits.**

### 3.3. CAS SAD ARBÚCIES

Un dels casos en què s'apliquen criteris de disseny territorialitzat i s'introdueixen criteris de participació, amb un horitzó de democratització, és en la gestió de serveis de cures del Servei d'Assistència Domiciliària (SAD) del municipi d'Arbúcies. En aquest cas, el criteri territorialitzat s'ha aplicat a través de la **participació ciutadana** en el disseny del servei i també **mancomunant la gestió a municipis propers.**

La iniciativa parteix de l'any 2011, i es va desenvolupant en els anys posteriors fins a arribar a l'actualitat. S'encabeix dins del programa "Primer les persones", projecte municipal que s'engega davant de queixes de deficiències en diversos serveis que es podrien gestionar municipalment, i on es contempla que la proximitat en el disseny i gestió de serveis públics pot generar una millora en la prestació dels serveis i que s'arribi a molta més gent.

El primer pas va ser l'estudi de la situació del servei. En els anys 2012-2013, es va entrevistar una gran part de les 1050 persones majors de 65 persones que vivien al municipi, per tal de determinar les seves necessitats. Les preguntes se centraven, concretament, en quines eren les necessitats de la gent gran del poble, i en com voldrien que es prestessin nous serveis. El SAD es trobava prèviament gestionat per una empresa multiservei, i en les entrevistes van aflorar diverses pràctiques que van determinar que hi havia marge de millora.

Arran de les necessitats detectades en l'estudi, des de l'Ajuntament es van centrar en el fet que la provisió es fes per part d'una entitat especialitzada en cures, i van optar per fer-ho a través d'una transició cap a un model de gestió més democràtic. Això es va traduir en una **col·laboració publicoprivada**, amb la provisió externalitzada a una cooperativa. Per poder realitzar els canvis, però, va ser necessària la reabsorció de la competència en la gestió del SAD, que fins llavors havia estat exercida pel consell comarcal de la Selva. La competència en serveis socials, de la mateixa manera que en, per exemple, les escoles bressol, és de la Generalitat de Catalunya (Benestar Social).

La competència de serveis socials és municipal, però a molts municipis de menys de vint mil habitants, la titularitat de la competència en serveis socials se supleix pels consells comarcals, perquè s'estableix aquesta possibilitat en

---

<sup>4</sup> Aquesta interpretació es va fer per part de la interventora municipal de l'Ajuntament d'Arbúcies, i està recollida en el recurs de la Diputació de Barcelona sobre La Regidoria de Serveis Socials.

<sup>5</sup> Sobre aquest aspecte, s'han detectat algunes divergències en l'ús de terminologia. Així com usualment el terme "remunicipalitzar" s'utilitza per la internalització en la gestió d'un servei públic, passant de provisió normalment publicoprivada a provisió directa, en alguns casos des de l'Ajuntament d'Arbúcies s'ha utilitzat el mateix terme de remunicipalització per a referir-se a aquest procés d'absorció de la competència en la gestió del servei, passant del Consell a l'Ajuntament.

l'art. 31.2 12/2007 quan el municipi no està en condicions d'assumir-la. No obstant això, un cop la titularitat ha estat assumida pels consells comarcals, els municipis poden sol·licitar recuperar la titularitat si hi ha la voluntat d'exercir la competència<sup>4</sup>. És important incidir en la possibilitat de recuperar competència<sup>5</sup> per part dels municipis de 20.000 habitants, ja que s'ha detectat el desconeixement d'aquesta possibilitat en tècniques d'administracions locals.

Un cop reabsorbida la competència, la provisió es va dur a terme des del municipi i a través de la cooperativa, comportant nombrosos canvis. Es va ampliar el catàleg de serveis, el nombre d'usuaris a qui es presta servei i el nombre de persones treballadores. A més, el salari d'aquestes treballadores es va augmentar en un 9%. També va canviar el personal contractat, passant a ser persones especialitzades del mateix municipi. Això es deu, principalment, al fet que el disseny del servei es va fer atenent als resultats de les enquestes realitzades a les persones potencialment usuàries i, per tant, atenent criteris de participació ciutadana. En aquestes enquestes es va detectar, per exemple, que la qualitat del servei augmentava si eren persones del mateix municipi les que feien les tasques de cures, ja que la gent gran preferia que fos gent ja coneguda aquella que realitzés el servei domiciliari. També es va detectar que es preferia la contractació de personal especialitzat, amb un mínim de cinc anys d'experiència en el sector, en contraposició del model implementat per l'empresa multiservei fins llavors.

L'augment de salaris respecte del sector, juntament amb un pla de seguiment i formació de les persones treballadores, va reduir pràcticament a zero la rotació de personal dins del servei, un factor que també s'havia detectat com una de les problemàtiques en les enquestes.

Per tant, es va donar una alta importància a l'**eina participativa** posada a disposició de les usuàries del servei, que es va utilitzar com un dels **elements principals per a la seva gestió territorialitzada**. Posteriorment, s'han seguit realitzant aquestes enquestes de manera periòdica, i es preveu que suposin eines de control i seguiment. Aquest és un element que només es pot implantar quan el servei és de proximitat, gestionat municipalment.

Aquesta iniciativa ha anat creixent més enllà del municipi d'Arbúcies. D'una banda, s'ha procedit a **mancomunar la provisió del servei**, aspecte que també es contempla com un dels elements de la territorialització en la gestió del servei. Aquesta acció de mancomunar té a veure, en el cas de realitats rurals o municipis petits, en fer que el servei arribi a la totalitat del territori, i amb estendre la provisió a municipis propers un cop aquesta ja s'ha consolidat en tots els nuclis.

Actualment, el servei a Arbúcies es proveeix a tres nuclis diferents: Fogueres de Montsoliu, Joanet, i masies disseminades, més enllà del centre urbà. S'ha proposat, però, mancomunar el servei entre els municipis que ho sol·licitin, en comptes de ser executat per part del Consell comarcal. L'argument principal en el cas d'Arbúcies per a la gestió municipal del SAD, i no comarcal, és que dins la comarca es poden donar realitats molt diferents; la Selva n'és un bon exemple, on els municipis de l'interior i de la costa mostren realitats molt diverses.

Amb aquesta perspectiva de mancomunar la gestió, es **presten ser-**

veis també a Sant Feliu de Buixalleu, Breda i Sant Hilari Sacalm, i, en el primer cas, amb la voluntat de signar un conveni bilateral de col·laboració entre els dos ajuntaments, amb repartiment de despeses entre totes dues entitats. Vehicular la gestió a través d'aquest tipus de conveni es pot fer perquè el volum d'usuaris d'aquest altre municipi és baix, de no més de deu persones usuàries. En cas que hi hagués un tercer municipi interessat, s'hauria encara de determinar si es faria un segon conveni bilateral, o si es podria plantejar un conveni multilateral: caldria, però, plantejar l'estudi jurídic de si aquesta figura és viable per si mateixa sense haver d'acudir a estructures supramunicipals o a consorcis.

Pel que fa a la provisió del servei, tot i que en l'actualitat la gestió continua sent publicoprivada, l'objectiu era crear una **cooperativa de serveis públics on l'ajuntament fos soci cooperatiu de ple dret**, també conegut com a soci comú. Aquesta idea sorgeix perquè, ja des de l'inici de la transformació del SAD i altres serveis al municipi, s'entenia l'**Economia Social i Solidària com una eina i una aliada per gestionar els serveis públics, fent-los arribar a la majoria de la població, i així aconseguir que fossin serveis de qualitat**. Aquest foment de l'ESS s'entén políticament perquè aquesta té un decàleg de gestió democràtica i participativa. La possibilitat de crear una cooperativa de serveis públics també es contempla perquè ofereix la possibilitat de blindar la gestió, donat el seu caràcter democràtic, davant possibles canvis en la gestió del servei que puguin comprometre l'accés universal o la qualitat del mateix.

Amb l'objectiu d'estudiar la viabilitat del model publicocomunitari, l'Ajuntament d'Arbúcies va signar un conveni de col·laboració amb l'Ajuntament de Barcelona per tal d'encarregar un estudi al Col·lectiu Ronda sobre com hauria de ser l'estructura jurídica d'aquest model.

En l'anàlisi del cas s'han detectat dues raons per les quals s'opta des d'un inici pel model publicocomunitari: el primer és **legal** i el segon, **polític**. El motiu legal es dona arran de la racionalització de l'LRSA<sup>6</sup>, ja que no es podia internalitzar el servei, i es va buscar un model que complís amb la llei i amb les necessitats detectades. El segon es basa en la voluntat d'implementar una gestió i provisió dels serveis públics des de l'òptica **municipalista**. Aquesta òptica defensa que la millor manera de prestar serveis públics és fer-ho des de l'administració més propera a la ciutadania, és a dir, la local, perquè té més coneixement de l'entorn: s'enllaça, per tant, amb la incorporació de criteris de territorialització que hem comentat anteriorment. Addicionalment, el mateix cooperativisme també evita en molts dels casos créixer de manera desmesurada i té aquesta vinculació amb el territori que encaixa amb una òptica local. L'opció de vehicular el servei a través del model publicoprivat d'empresa pública coincideix amb algunes de les necessitats que es van detectar, com la d'especialitzar el servei, però no respon als objectius de l'òptica municipalista ni al foment de l'ESS.

---

<sup>6</sup> Llei 27/2013, de 27 de desembre, de racionalització i sostenibilitat de l'Administració Local



El resultat de l'estudi del Col·lectiu Ronda va ser que la normativa catalana, la Llei de cooperatives, ni permetia ni prohibia crear una cooperativa de serveis públics, així que des de l'Ajuntament es va començar a construir l'estructura d'aquesta cooperativa municipal. Finalment, però, es va aturar el procés de constitució degut a la negativa de registre de la cooperativa per part de l'administració. L'administració catalana va al·legar que està pendent elaborar la nova la Llei de l'Economia Social i Solidària, i des de l'Ajuntament s'ha sol·licitat que aquesta llei possibiliti la creació d'estructures com les que proposen, o bé que es reformi la Llei de cooperatives. Segons el mateix estudi del Col·lectiu, sí que existeixen exemples de **cooperatives de serveis públics** a diferents llocs de l'Estat espanyol, com a València o Andalusia<sup>7</sup>.

Actualment, però, la proposta de Llei de Promoció, Foment i Ordenació de l'Economia Social i Solidària a Catalunya **no contempla la possibilitat de crear aquesta figura jurídica, ni tampoc està prevista la modificació de la Llei de cooperatives.**

Els anys 2021, 2022 i 2023, el servei ha continuat sent proveït a través del model publicoprivat amb la cooperativa Trafat, a més de tenir un suport de l'empresa pública Sumar, de la que l'Ajuntament d'Arbúcies va adquirir una petita participació.

Paral·lelament, s'està creant una cooperativa de treballadores, amb la plantilla actual del servei, on l'ajuntament actuaria com a soci col·laborador. Es preveu que sigui aquesta nova cooperativa la que proveeixi el servei fins que es resolguin els reptes legals per a la creació d'una cooperativa de serveis públics.

Aquesta cooperativa de treballadores on l'ajuntament és soci col·laborador no seria la primera en el municipi. L'Ajuntament d'Arbúcies ja compta amb experiència en aquest aspecte, donat que el febrer de 2020 es va crear NaturJove, una cooperativa d'inserció juvenil on els ajuntaments d'Arbúcies i de Sant Hilari són socis col·laboradors i on hi ha dos socis cooperativistes. Aquesta cooperativa, després de l'aturada a causa de la Covid-19, es pretén tornar a engegar durant 2023, i que les persones treballadores s'hi associïn com a socis cooperativistes.

Juntament amb la possibilitat de crear una cooperativa de serveis públics a Catalunya, un dels horitzons encara a resoldre en el disseny del SAD d'Arbúcies és **la introducció de criteris de democratització de cara a les usuàries.** En contra de la visió de client-proveïdor, la democratització hauria de passar per un acompanyament de l'administració pública i la comunitat a la persona atesa per adaptar el servei a les seves necessitats, servei sobre el qual les persones usuàries podrien decidir. Els casos plantejats i estudiats fins ara proposen crear serveis on siguin les treballadores les que tinguin capacitat de decisió sobre la gestió, però no hi ha un horitzó que determini que les decisions de les persones usuàries siguin vinculants. Introduir pràctiques de participació ciutadana és un pas en aquesta di-

---

<sup>7</sup> [https://www.uv.es/empresocial/Seminaris/Jornada\\_Economia\\_Social/Las\\_cooperativas\\_prestacion\\_servicios\\_publicos.pdf](https://www.uv.es/empresocial/Seminaris/Jornada_Economia_Social/Las_cooperativas_prestacion_servicios_publicos.pdf)

recció, ja que, com hem vist en el cas d'Arbúcies, el disseny del servei pot anar orientat efectivament pels resultats d'aquests processos participatius. Així i tot, no es pot confondre la implementació d'eines de detecció de necessitats i avaluació d'un servei, com són les enquestes i entrevistes a les usuàries, i que són molt presents també en formes de gestió més centrades en la busca d'eficiència, amb la introducció de criteris de democratització en la gestió d'un servei.

# 4. CONCLUSIONS I RECOMANACIONS

En aquest informe hem parlat dels avantatges i desavantatges dels diferents models de serveis públics, i de com es tradueixen en la provisió dels serveis de cures a Catalunya. Els problemes derivats de l'hegemonia de l'NGP poden donar-nos una oportunitat per innovar i millorar el servei de cara a les persones beneficiàries i a la societat a partir de nous models de gestió. A continuació fem una sèrie de recomanacions per a la millora dels serveis públics de cures, si bé, també, poden servir per a altres serveis d'atenció a les persones.

## 4.1. DESENVOLUPAMENT LEGISLATIU

- Derogar les lleis i normes a nivell central i regional que limiten i controlen d'una forma discriminatòria i poc racional la despesa pública i la gestió directa de serveis dels ens locals. Potser la més important és **la Llei de racionalització i sostenibilitat de l'Administració local**, aprovada el 2013.
- S'ha ressaltat en l'estudi l'impediment legal que existeix actualment a Catalunya perquè es constitueixin **cooperatives de serveis públics**. Cal que aquesta forma jurídica es contempli dins de la pròxima Llei de l'Economia Social i Solidària, que es troba actualment en període de consultes, o bé en una reforma de la Llei de cooperatives. La creació d'aquesta figura jurídica ha d'anar acompanyada d'un estudi que incorpori les necessitats de les administracions, així com anàlisis d'expertes jurídiques que ajudin a desenvolupar aquesta figura innovadora, i que inclogui aprenentatges d'altres comunitats autònomes com Andalusia o València, on la figura jurídica de cooperativa de serveis públics ja existeix.
- En l'àrea de la legislació de contractació pública, caldria incloure la possibilitat d'aplicar **clàusules de limitació de generació de beneficis excessius** en la gestió de serveis públics, a la vegada que s'augmenta els requeriments de transparència i informació pública dels comptes de les entitats gestores.
- Cal una **reforma de la Llei de dependència** que augmenti i faci obligatòria una major contribució de l'estat central i les CCAA. Igualment, aquesta reforma hauria d'anar encaminada a iniciar un procés de descentralització dels serveis de cura, que s'explica més endavant.

## 4.2. CONTRACTACIÓ RESPONSABLE I MILLORA DE CONDICIONS LABORALS

- Idealment, la contractació d'actors (no només en el sector de les cures) no es faria només en funció de la informació de l'oferta de licitació, sinó també de la **informació passada**. No obstant això, la legislació actual només obliga la publicació de prohibicions a contractar (que es reflecteix teòricament en el *Registro Oficial de Licitadores y Empresas Clasificadas del Sector Público* a Espanya i en el “Registre Electrònic d'Empreses Licitadores” (RELI) a Catalunya). El problema és que la informació sobre aquestes prohibicions no és de fàcil accés, no està sistematitzada en una sola pàgina (s'ha de consultar empresa per empresa), ni tampoc reflecteix les opinions de les persones treballadores o usuàries. Per tant, centralitzar, facilitar-ne l'accés i expandir aquesta informació és recomanable per a fomentar la contractació responsable.
- És recomanable també **ampliar la prohibició de contractar sobre causes lligades a contractes**, com podrien ser la presentació falsa de declaracions responsables o la resolució del contracte, a tots els organismes de contractació pública, i no només a l'organisme que ha adjudicat el contracte respecte del qual s'ha donat l'incompliment.
- Inclusió de criteris que penalitzin reduccions de preu de licitació excessivament baixes, també conegudes com a **ofertes anormalment baixes**, i que podrien posar en perill la qualitat del servei.
- Explorar i innovar en **clàusules i mesures periòdiques de qualitat** durant l'execució del contracte, basades en el benestar de les persones cuidades i treballadores.
- Introduir clàusules socials o condicions especials d'execució que, dins de les licitacions, facin referència a les condicions laborals, donat que pot funcionar per millorar les condicions laborals i els salaris de les persones treballadores del sector de les cures.
- Potenciar la contractació amb empreses públiques especialitzades en cures com a alternativa a la contractació d'actors privats, cosa que es podria vehicular a través d'encàrrecs per mitjans propis.
- Per millorar les condicions laborals d'una forma generalitzada és clau augmentar la despesa en el sector de les cures a través de convenis i sous d'empreses públiques per tal de **millorar les condicions laborals i el sou de les treballadores**, a la vegada que s'augmenta la plantilla i es fan contractes a jornada completa per combatre la sobrecàrrega de feina i la parcialitat.

### 4.3. TERRITORIALITZAR I DEMOCRATITZAR ELS SERVEIS PÚBLICS

- Una recomanació bàsica d'aquest informe és **aplicar criteris de territorialització en el disseny els serveis** per avançar en polítiques públiques que donin suport i acompanyin l'autogestió i resolució dels problemes per part de la comunitat.
- Creació d'**equips d'atenció interdisciplinaris de cures i salut amb el suport d'infraestructures físiques** (bancs de recursos, llocs de trobada, oficines, etc.). La creació d'aquests equips i el foment de la seva autonomia i auto-gestió és una tasca que requereix esforç, temps, processos reflexius i confiança. Aquests equips deurien d'incloure professions públiques a domicili menys desenvolupades, com la terapeutes ocupacional, pedagògs/ues i psicòlegs.
- En el cas dels municipis més petits, que manquen de recursos tècnics o humans per a iniciar un servei, es pot fomentar la **mancomunació de serveis**, permetent que puguin contractar-los de municipis veïns realitzant bones pràctiques.
- Per reduir la fragmentació, si bé es poden crear taules de coordinació, la nostra proposta també passa per pensar processos de major descentralització, incloent-hi **el foment de cessió de serveis** sanitaris comunitaris (p. ex. CAPs), de cures (p. ex. residències) i d'altres als ens locals.
- **Replantejar també els processos d'externalització** en serveis essencials que s'han realitzat a Catalunya i avaluar la seva idoneïtat servei a servei. Allà on l'externalització sigui problemàtica, **caldría crear convenis amb entitats arrelades al territori o internalitzar els serveis**.
- En casos de servei externalitzat, cal avaluar la possibilitat i prioritzar les modalitats de gestió de servei a través de **fórmules que introdueixin criteris de democratització** permeses sota el marc legal actual, com les cooperatives de treballadores on les administracions són sòcies col·laboradores, o a través d'entitats de base associativa, en el cas de l'atenció primària.
- Igualment, els ajuntaments podrien donar suport i dotar de finançament a **processos de creació de cooperatives de treball i d'usuàries**. Així, es podrien fer consultes i estudis preliminars amb el personal subrogat dels serveis públics que actualment tenen la gestió externalitzada.

---

<sup>9</sup> <https://dretacura.bcn.coop/>

- El **model de servei és clau** per tal de democratitzar els serveis. Cal avançar en el SAD territorialitzat amb suport d'assistència mèdica sanitària, equipaments públics municipals per a la formació i socialització, la creació d'habitatges tutelats, o residències configurades en unitats de convivència.
- La reforma dels serveis, la seva territorialització i democratització, ha d'aconseguir també augmentar la satisfacció del treball. Igualment, cal augmentar el suport de béns i serveis a les persones que treballen en el sector de les cures. Per tot això, la proposta d'un Sistema Nacional de Cures<sup>8</sup> pot ajudar a resoldre les dificultats vitals i augmentar el suport a les cuidadores, si bé cal intentar no perpetuar les desigualtats de gènere i origen en la distribució de tasques.
- Per últim, cal no oblidar que molts dels dèficits de cura locals venen donats per límits estructurals que tenen com arrel la **incapacitat del nostre sistema econòmic, basat en la productivitat i la creació de riquesa material, de proveir la quantitat suficient de cures necessàries**. En aquest sentit, la reducció de la jornada laboral, l'ampliació de serveis universals, i un canvi en els usos dels temps són passos importants per augmentar i redistribuir les nostres capacitats de cuidar.



# REFERÈNCIES

- Anttonen, Anneli, and Jorma Sipilä. 1996. "European Social Care Services: Is It Possible to Identify Models?" *Journal of European Social Policy* 6 (2): 87-100.
- Cabrero, Gregorio Rodríguez, and Vicente Marbán Gallego. 2013. "Long-Term Care in Spain: Between Family Care Tradition and the Public Recognition of Social Risk." In *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe: Investigating Institutional Change and Social Impacts*, 201-219.
- Calafat, Xavier. 2021. "Allò Públic-Comunitari Com a Alternativa d'Allò Públic-Privat." Document de Treball de l'Observatori DESC.
- De Miguel, Jesús Manuel. 1990. *El Mito de la Sociedad Organizada*. Barcelona: Edicions 62.
- Grand, Julian Le. 1991. "Quasi-Markets and Social Policy." *The Economic Journal* 101 (408): 1256-1267.
- Clarke, John, and Janet Newman. 2007. "What's in a Name? New Labour's Citizen-Consumers and the Remaking of Public Services." *Cultural Studies* 21 (4-5): 738-757.
- Forné, Laia. 2020. "La Colaboración Público-Comunitaria Para Defender Lo Común." Texto para ENCO – Red Europea de Observatorios de Transnacionales.
- Hood, Christopher. 1991. "A Public Management for All Seasons?" *Public Administration* 69 (1): 3-19.
- Isaksson, David, Paula Blomqvist, and Ulrika Winblad. 2018. "Privatization of Social Care Delivery-How Can Contracts Be Specified?" *Public Management Review* 20 (11): 1643-1662.



- Kussy, Angelina, David Palomera, and Daniel Silver. 2022. “The Caring City? A Critical Reflection on Barcelona’s Municipal Experiments in Care and the Commons.” *Urban Studies*.
- León, Margarita, Marco Arlotti, David Palomera, and Costanzo Ranci. 2021. “Trapped in a Blind Spot: The Covid-19 Crisis in Nursing Homes in Italy and Spain.” *Social Policy and Society*, November, 1-20.
- López Casanovas, Guillem, Jaume Puig-Junoy, Juan José Ganuza, and Ivan Planas Miretet. 2003. *Els Nous Instruments de la Gestió Pública*. Barcelona: Servei d’Estudis La Caixa.
- Martínez-Alonso Camps, José Luis. 2016. “La Ley de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local y Su Incidencia En Los Sistemas Locales de Bienestar.” *Ciudad Y Territorio Estudios Territoriales* 48 (188): 201-212.
- Moreno-Colom, Sara. 2021. “Construyendo Comunidad Desde Lo Público: El Caso de Las Superilles Socials.” *Revista Española de Sociología* 30 (2): a27-a27.
- Osborne, David, and Ted Gaebler. 1993. *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*. New York: Plume.
- Palomera, David, and Margarita León. 2023. “The Growth and Consequences of Quasi-Markets in Long-Term Care.” In *The Oxford Handbook of Family Policy Over The Life Course: A Life-Course Perspective*. Oxford: Oxford University Press.
- Torsteinsen, Harald. 2012. “Why Does Post-Bureaucracy Lead to More Formalisation?” *Local Government Studies* 38 (3): 321-344.
- Tronto, Joan C. 2013. *Caring Democracy: Markets, Equality, and Justice*. New York: NYU Press.
- Weber, Max. (1922) 2020. *Economía y Sociedad*. Barcelona: Editorial Verдум.





