

Gestión y Análisis de Políticas Públicas

Recibido: 21-03-2023

Modificado: 01-08-2023

Aceptado: 10-08-2023

Prepublicado: 18-09-2023

ISSN: 1989-8991 – DOI: <https://doi.org/10.24965/gapp.11206>



Referencia: Rosetti Maffioli, N., Borrell Porta, M. y López Ortells, L. (2023). La evaluación del Servicio de Ayuda a Domicilio en Cataluña: un análisis con métodos mixtos. *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*. Prepublicado el 18-09-2023. <https://doi.org/10.24965/gapp.11206>

La evaluación del Servicio de Ayuda a Domicilio en Cataluña: un análisis con métodos mixtos

The evaluation of the Home Care Service in Catalonia: an analysis with mixed methods

Rosetti Maffioli, Natalia

Ivàlua – Universidad Autónoma de Barcelona (España – Spain)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-9542-3254>

natalia.rosetti@ivalua.cat

NOTA BIOGRÁFICA

Doctora en Ciencia Política y licenciada en Ciencias Políticas y de la Administración por la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), es analista de Ivàlua desde 2021 y profesora asociada de Ciencias Políticas en la UAB. Sus áreas de investigación se centran en las políticas sociales y ha participado en proyectos de análisis y evaluación de políticas públicas.

Borrell Porta, Mireia

Ivàlua – Instituto Catalán de Evaluación de Políticas Públicas (España – Spain)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2328-1258>

mireia.borrell@ivalua.cat

NOTA BIOGRÁFICA

Doctora en Política Económica Europea por la London School of Economics and Political Science y Licenciada en Economía por la Universidad Pompeu Fabra, se incorpora a Ivàlua en 2021 y en la actualidad es analista jefe. Sus ámbitos de evaluación se concentran en el mercado de trabajo, género y políticas sociales.

López Ortells, Laura

Ivàlua – Instituto Catalán de Evaluación de Políticas Públicas (España – Spain)

laura.lopez@ivalua.cat

NOTA BIOGRÁFICA

Graduada en Ciencias Políticas y de la Administración por la Universidad Pompeu Fabra y Máster en Economics of Public Policy por la Barcelona Graduate School of Economics. Es analista de Ivàlua desde 2021 donde se concentra principalmente en proyectos sobre políticas sociales, educativas y de empleo y ha participado en proyectos sobre análisis estratégico de las organizaciones.

RESUMEN

El objetivo del artículo es presentar la evaluación del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) en Cataluña, una política pública compleja en la que intervienen diversos agentes y esferas de gobierno y que tiene por finalidad dar apoyo personal en el hogar a personas con dificultades de autonomía o situaciones de vulnerabilidad social. El SAD adquiere una relevancia estratégica ante los cambios sociales y, especialmente,

el proceso de envejecimiento de la población. La evaluación analiza tres aspectos clave de la política desde su diseño e implementación y se ha realizado con métodos mixtos, cuantitativos y cualitativos. En primer lugar, analiza la coherencia del discurso y de la política; en segundo lugar, se centra en su implementación, con un enfoque en la variabilidad local de la cobertura e intensidad de servicio y las causas de ésta; y, en tercer lugar, analiza los cambios en los usos del SAD Social a raíz de la Ley de la Dependencia. El estudio pone de relieve la complejidad de las políticas sociales que se despliegan en diferentes ámbitos territoriales y las dificultades para abordar su diseño, aplicación y, especialmente, su evaluación.

PALABRAS CLAVE

Política social; evaluación; servicios sociales; atención domiciliaria; cuidados de larga duración; métodos mixtos.

ABSTRACT

The article presents the evaluation of the Home Care Service in Catalonia, a complex public policy in which intervene various agents and spheres of government. The main purpose's service is to provide personal support at home to people without autonomy or social vulnerability situation. The service is becoming increasingly strategic in the face of social changes and, especially, due to the aging process. The evaluation analyses three key aspects of the policy related to its design and implementation and has been carried out with mixed, quantitative and qualitative, methods. The evaluation analyses, firstly, the discourse and coherence of the policy; secondly, its implementation and the territorial differences in the coverage and intensity of the service, focusing on its causes; and thirdly, the changes in the uses of the social pillar of the service since the passing of the Dependency Law. The study highlights the complexity of social policies that are implemented in different territorial areas and the difficulties in addressing their design, application and, especially, their evaluation.

KEYWORDS

Social policy; evaluation; social services; home care; long-term care; mixed methods.

SUMARIO

INTRODUCCIÓN. 1. LA CENTRALIDAD DEL SAD EN EL SISTEMA DE CUIDADOS. 1.1. CONTEXTO. 1.2. EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO (SAD). 2. PREGUNTAS DE EVALUACIÓN Y METODOLOGÍA. 3. ANÁLISIS DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO Y PRINCIPALES RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN. 3.1. INEXISTENCIA DE OBJETIVOS CLAROS Y UNA TEORÍA DEL CAMBIO QUE FUNDAMENTE LA POLÍTICA. 3.2. VARIABILIDAD TERRITORIAL Y DESIGUALDADES. 3.2.1. Magnitud de la variabilidad. 3.2.2. Potenciales causas de la variabilidad. 3.3. DEBILIDAD Y DIFUMINACIÓN DE FUNCIONES DEL SAD SOCIAL. 4. CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES. ANEXO METODOLÓGICO. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

INTRODUCCIÓN¹

La evaluación de las políticas públicas es una actividad planificada que aporta información y evidencias para saber si realmente las actuaciones funcionan. A partir de diferentes técnicas y enfoques de análisis, la evaluación aporta aprendizajes y conocimiento para mejorar las políticas y la toma de decisiones. Por estos motivos, la práctica evaluativa se intenta incorporar en todos los niveles de gobierno a partir de estrategias que motiven e impulsen la evaluación hasta lograr su institucionalización. A su vez, la complementariedad de metodologías favorece una aproximación más rigurosa, especialmente cuando se evalúan políticas sociales que suponen un reto ante su complejidad y un contexto en cambio permanente.

La evaluación que se presenta del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) se circunscribe en este doble compromiso: en primer lugar, avanzar en el análisis y evaluación de las políticas sociales de la Generalitat

¹ Las autoras agradecen a las personas evaluadoras anónimas y al equipo editorial de la revista GAPP sus sugerencias y comentarios a la primera versión de este artículo. Una versión preliminar se presentó como ponencia en el congreso de la Asociación Española de Ciencia Política y de la Administración celebrado en Girona en 2022. Agradecemos los comentarios recibidos en el grupo de trabajo sobre la evaluación de políticas públicas en las administraciones públicas y en los diferentes gobiernos multinivel.

de Catalunya y que tienen una importante dimensión territorial ya que se trata de competencias compartidas con los entes locales. Por otra parte, avanzar en metodologías mixtas que complementen e interrelacionen métodos cuantitativos y cualitativos para lograr una aproximación más precisa y rigurosa a la realidad que se pretende analizar.

El SAD tiene por objetivo dar apoyo a situaciones de necesidad en el entorno domiciliario y potenciar la autonomía y la integración en el entorno familiar y comunitario. Ante los retos sociodemográficos, se considera una política estratégica en el marco de un sistema público de cuidados y es también un servicio social relevante por su dimensión y financiación. Si bien los servicios de atención al domicilio van dirigidos a personas de todas las edades, tienen un rol especialmente central frente a transformaciones demográficas como el proceso de envejecimiento de la población, los cambios en los modelos familiares y los roles de género. Además, se define como un recurso de tipo preventivo y comunitario que, con distintos perfiles profesionales incluidos en su prestación, puede hacer frente desde la proximidad a situaciones, puntuales o continuadas, de necesidad de apoyo en el propio espacio de convivencia.

El SAD tiene diversas modalidades: el servicio vinculado a la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía y Atención a las personas en situación de Dependencia (LAPAD), denominado SAD dependencia, y el SAD social. En este servicio participan múltiples agentes, entre los que destacan la Generalitat de Catalunya por su función planificadora y financiadora de los servicios sociales y las entidades locales que planifican y tienen la competencia de su gestión. Un aspecto relevante de su prestación es que presenta una alta variabilidad local al implementarse de manera independiente en cada Área Básica de Servicios Sociales (ABSS). El SAD es, en consecuencia, una política pública compleja y que tiene una cobertura e intensidad aún insuficientes ante unas necesidades de cuidados cada vez más diversas y en expansión.

Este artículo presenta los principales resultados de la evaluación del SAD en Catalunya realizada entre 2021 y 2022. La evaluación se centra en analizar la coherencia de la política, la diversidad territorial del servicio y su dinámica de implementación y toma como punto de partida las reflexiones y análisis de otros estudios sobre el SAD (entre otros, Navarro-Varas et al. (2020); Generalitat de Catalunya y Fundación Avedis Donabedian, 2021d; Generalitat de Catalunya, 2022a; Generalitat de Catalunya, 2022b; Diputación de Barcelona, 2022a). Consideramos que esta evaluación aporta valor en tres aspectos:

- Es el primer estudio analítico del SAD en el ámbito de Catalunya. Si bien se habían hecho estudios de gran calidad, todos ellos eran descriptivos o bien se situaban en un ámbito regional o local determinado.
- Esta evaluación ofrece una aproximación al SAD social que ha sido objeto de relativamente pocos estudios, en comparación con el SAD dependencia.
- La evaluación utiliza métodos mixtos para aproximarse de forma más exhaustiva a la realidad de la política pública. La parte cualitativa expone la visión predominante del SAD en el sector y recoge las voces de diversos actores involucrados en el SAD, mientras que la parte cuantitativa busca los factores explicativos de la elevada variabilidad territorial. El diálogo entre las dos metodologías es un valor añadido para lograr evidencias que puedan ser útiles para replantear el SAD e iniciar líneas de mejora en su prestación.

El artículo se presenta en cuatro partes diferenciadas: en primer lugar, se apuntan las principales características de la política; seguidamente, un segundo apartado introduce las preguntas de evaluación y la metodología del estudio. En tercer lugar, se presenta el análisis y los resultados de la evaluación para finalizar con retos y recomendaciones para mejorar la política.

1. LA CENTRALIDAD DEL SAD EN EL SISTEMA DE CUIDADOS

1.1. Contexto

En las últimas décadas, los países de la Unión Europea han puesto en marcha una serie de reformas del sistema de cuidados con el objetivo de hacerlo sostenible. Las reformas responden a una tríada de circunstancias que ponen en peligro la sostenibilidad de un sistema de cuidados históricamente infra financiado (Navarro y Pazos Morán, 2020): el envejecimiento de la población, el aumento de la participación al mercado laboral de las mujeres, que conlleva una disminución de personas cuidadoras potenciales, y la contención de gasto que predomina en las economías europeas desde la crisis del 2008 (Albertini y Pavolini, 2015).

Las reformas tienen lugar en tres aspectos claves del sistema de cuidados: su financiación –de lógica de aseguramiento social, universalidad o asistencia social–; su provisión –directa o en base a una prestación económica–; y su grado de (des)institucionalización –cuidados en residencias o centros para personas dependientes, o cuidados en casa– (Arriba González de Durana y Moreno Fuentes, 2009; Albertini y Pavolini, 2015; Floridi, Carrino y Glaser, 2021). Si bien los países europeos parten de situaciones diferentes según su modelo de estado de bienestar histórico, parece ser que existan ciertas tendencias como un universalismo creciente pero limitado por las finanzas públicas, un aumento de la responsabilidad familiar, apoyo en el sector privado, gestión descentralizada y una creciente importancia de la persona afectada (Rodríguez-Cabrero, 2005).

Es en este contexto que el apoyo domiciliario se erige como una de las políticas públicas con especial interés en potenciar. La desinstitucionalización no es solo la opción preferida de la ciudadanía, sino que se considera una transición «hacia la buena vida en la comunidad» (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2023). Así, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha bautizado el decenio 2021-2030 como la Década del Envejecimiento Saludable y ha aprobado una serie de acciones para garantizar mejoras en la vida de las personas mayores que también están vinculadas con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas. También la Unión Europea se ha comprometido a potenciar las políticas de protección social y el Pilar Social Europeo recoge explícitamente el derecho que tiene toda persona a cuidados de larga duración asequibles y de buena calidad, en particular servicios a domicilio y comunitarios (Comisión Europea, 2022). A nivel español, esto se traduce en la aprobación de la Ley de la Dependencia en 2006 y culmina en 2023 en una Estrategia Estatal de Cuidados y una Estrategia de Desinstitucionalización (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2023).

Ante este contexto, el Departamento de Derechos Sociales de la Generalitat de Cataluña está elaborando juntamente con agentes y entidades locales un nuevo modelo de atención domiciliaria enmarcado en el Plan Estratégico de Servicios Sociales 2022-2025 (Generalitat de Catalunya, 2021c). Este nuevo modelo de servicio en el entorno domiciliario (SAED)², dentro del cual se encuentra el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD), parte de un proceso de reflexión para alcanzar un modelo centrado en la persona, de proximidad y flexible a las necesidades cambiantes de esta. Se trata de un servicio domiciliario dirigido a personas que tienen necesidades relacionales o de autonomía, transitorias o permanentes, a las cuales la atención social en su propio entorno es la mejor opción para su bienestar y calidad de vida (Generalitat de Catalunya, 2021b). Esta preocupación se constata con la elaboración de informes y estudios a nivel catalán en los que se analiza el servicio de atención domiciliaria y se proponen nuevas líneas de acción.

Otros estudios recientes demuestran también este interés por los servicios de atención domiciliaria, y destacan los retos a los que se enfrenta el SAD, tales como el elaborado por el Instituto Metròpoli (Navarro-Varas et al., 2020) sobre el SAD dependencia para el Área Metropolitana de Barcelona, la diagnosis sobre los servicios en el entorno domiciliario y comunitario de la Diputación de Barcelona (2022a), estudios focalizados en la evaluación (Rodríguez Cabrero y Marbán Gallego, 2022) tales como la evaluación de experiencias de atención domiciliaria e integración social y sanitaria elaborada por la Generalitat de Catalunya y la Fundación Avedis Donabedian (2021d).

Para hacer frente a las situaciones de desigualdad y fractura social, la confluencia entre agendas locales y sociales está siendo clave para generar nuevos derechos de ciudadanía que resuelvan las carencias de cuidados y su desigual distribución (Ubasart y Gomà, 2021). Así, a escala local se pueden identificar experiencias innovadoras que son expresión de la diversidad y experimentación ante el reto demográfico, como lo demuestran diversas ciudades europeas (Rosetti y De Pablo, 2023). En el campo de la atención domiciliaria destaca el caso del nuevo modelo de gestión de Barcelona con un mayor componente comunitario y de mejora de la calidad del servicio y de las condiciones laborales (Moreno-Colom, 2021; Martí y Rosetti, 2021).

La relevancia social y económica del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD), juntamente con los retos económicos, demográficos e institucionales que afectan al sistema de cuidados de larga duración, han conducido a la Generalitat de Catalunya y a las entidades locales a interesarse por evaluar su funcionamiento y resultados. Este proceso de reflexión también incluye otros retos clave como son la atención integral en el

² La Cartera de servicios sociales se refiere al servicio de ayuda a domicilio en el marco de los servicios de atención domiciliaria, entre los que también se incluye el Servicio de Tecnologías de Apoyo y Cuidado. De la misma manera, el contrato programa 2022-2025 incluye al SAD en el servicio de atención en el entorno domiciliario (SAED) junto con otros servicios. Así, el nuevo modelo SAED aspira a integrar la ayuda a domicilio dirigida a personas con necesidades sociales o de autonomía con las tecnologías de apoyo y cuidado, el apoyo a familiares que llevan a cabo tareas de cuidado y otras personas cuidadoras no profesionales, el banco de productos de apoyo y la atención integrada social y sanitaria a domicilio.

domicilio o la coordinación de los servicios domiciliarios con otras políticas comunitarias y de proximidad. En un momento de crisis social y de aumento de las desigualdades, es aún más necesario evaluar las políticas que intentan mitigar o revertir las situaciones de exclusión.

1.2. El Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)

El SAD es una de las políticas más relevantes del contrato programa con los entes locales por su alcance y los recursos implicados. El contrato programa funciona desde 2008 y es el instrumento de cooperación con el que se dota la Generalitat de Catalunya para financiar a las entidades locales. De forma general, el gobierno catalán transfiere a los entes locales el 66 % de la financiación de los servicios sociales básicos, que en 2022 ascendió a unos 314 millones de euros. El contrato programa con los entes locales 2022-2025 está financiado con un total de 1.385 millones de euros destinados a políticas sociales, entre las que destacan los servicios sociales, como el servicio de ayuda domiciliaria y otros programas sociales dirigidos a la juventud, infancia y adolescencia, envejecimiento, inclusión social o acción comunitaria.

El SAD es un servicio social regulado por normativa estatal y autonómica, su planificación es de competencia autonómica y su prestación como servicio de proximidad es de ámbito local, lo que ha conducido a una gran variabilidad territorial, uno de los elementos clave del análisis que se presenta. En 2021, la aportación de la Generalitat al SAD fue de 91 millones de euros y representó el 35 % del total de aportación de la Generalitat en el marco del contrato programa, una cifra que va en aumento (unos 30 millones de euros más en 2022). El servicio de ayuda al domicilio atiende a unas 70.000 personas cada año, concretamente atendió a 67.751 personas con un presupuesto global de 172 millones de euros en 2019 (Generalitat de Catalunya, 2021a).

Si bien las leyes que rigen los servicios sociales, tanto a escala estatal como autonómica, se desarrollan principalmente en los años ochenta, es a partir de mediados de los años noventa cuando se transfiere la prestación directa del SAD a las áreas básicas de servicios sociales (ABSS). Hay que señalar que, si bien se refuerzan las competencias de los gobiernos locales, la situación de financiación continúa siendo limitada, lo que ha favorecido el rol de los gobiernos autonómicos (Adelantado, 2000). En principio, el estado financia un tercio de las prestaciones sociales básicas, las comunidades autónomas una cantidad similar y, el resto, las entidades locales (Pelegrí, 2010). Con el Real Decreto-Ley 20/2012, se producen recortes del gasto público que afectan de forma importante al sistema de atención a la dependencia y, en consecuencia, a los servicios de ayuda domiciliaria. No es hasta 2021 que con el Plan de Choque estatal se revierte esta situación y empieza una fase de recuperación de la financiación, si bien aún con una situación de presión por las listas de espera y las personas desatendidas.

2. PREGUNTAS DE EVALUACIÓN Y METODOLOGÍA

El SAD es un servicio que existe desde los años ochenta y, como todo servicio social, se ha ido encontrando con unas necesidades, una demografía y unas políticas cambiantes –sobre todo con la introducción de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia– a las que se ha tenido que ir adaptando. A este contexto en transformación se añade que no existe un marco normativo específico para el despliegue del SAD. La Cartera de servicios sociales aprobada por el Decreto 142/2010 incluye el SAD, pero no determina su implementación. El resultado es una política actual bastante heterogénea entre Áreas Básicas de Servicios Sociales (ABSS), una diversidad que ya ha sido documentada en varios estudios (Navarro-Varas et al. (2020); Diputación de Barcelona, 2022b; FEMP, 2015).

Es precisamente esa heterogeneidad la que motiva la evaluación de la implementación del SAD. Cabe remarcar que las diferencias territoriales en sí no son fuente de preocupación excepto si éstas son portadoras de situaciones de desigualdad por razón de residencia. La evaluación del SAD que se presenta en este informe, en consecuencia, toma como punto de partida estas inquietudes y, en especial, la transformación del SAD, su heterogeneidad y sus efectos. Para ello, examina las siguientes preguntas de evaluación:

¿Hasta qué punto el SAD es una política con coherencia interna? Aquí se parte de la constatación de que una política tiene coherencia interna cuando su teoría del cambio es explícita y, por tanto, parte de una hipótesis en la que se detallan los resultados e impactos esperados. Si bien el análisis no implica una evaluación del diseño, para evaluar la implementación del servicio hay que entender primero la visión y los obje-

tivos que rigen la política; es decir, la dimensión conceptual y discursiva de la política pública, que contiene sus fundamentos y justificación y condiciona todo el proceso y contenidos de la intervención. En el trabajo de campo se ha operacionalizado la «coherencia interna» preguntando por los orígenes y la trayectoria del SAD, los objetivos y las necesidades que se quieren abordar con él.

¿Cuál es el grado de variabilidad en la utilización del SAD entre ABSS?

¿Qué factores correlacionan con la variabilidad en grado de cobertura y la intensidad de cada ABSS?

¿Cuál es la interpretación de la variabilidad existente? Estas tres preguntas responden a la inquietud de que la heterogeneidad del SAD parece ser elevada. Aunque cierta variabilidad es esperable y deseable para adaptarla a diferentes situaciones territoriales, parte de esta puede deberse a condicionantes territoriales, sociales, económicos o políticos que deberían corregirse. Por ejemplo, podría ser el caso que en zonas rurales o de rendas bajas no llegue tanto el SAD, a pesar de tener una necesidad similar o que la asignación del SAD se deba a negociaciones políticas o a la riqueza del municipio. El interés radica en determinar qué condicionantes son relevantes, pues esto nos ayudará a entender si la variabilidad responde a criterios puramente de oferta y demanda, o si por el contrario enmascara desigualdades que deben corregirse. La expectativa de este estudio está en línea con las inquietudes del departamento; es decir, que la variabilidad responde a desigualdades más que a necesidades diversas. Para responder a estas inquietudes, se han tenido en cuenta indicadores sobre los que se disponía información estadística a nivel de ABSS o que era posible agregar a partir de datos a nivel municipal. Los resultados del análisis estadístico se contrastarán con el análisis cualitativo.

¿Cuáles son los usos del SAD Social y su relación con el SAD Dependencia? La Ley de la dependencia ha afectado al desarrollo del SAD y, de algún modo, al funcionamiento del SAD Social. Así, partiendo de esta inquietud, para el conjunto del análisis se ha diferenciado el SAD social del SAD dependencia ya que existe la posibilidad de que las dinámicas sean diferentes dado que se trata de servicios de naturaleza diferente y que se destinan a colectivos diferenciados.

En la evaluación se consideran diversas técnicas, cuantitativas y cualitativas, cuyos resultados son contrastados. Por tanto, la estrategia elegida en esta evaluación es de triangulación metodológica, ya que ambas metodologías se orientan hacia el mismo objeto de estudio y aportan más conocimiento y validez a los resultados obtenidos (Sanz, 2011). En el caso de este estudio, la primera pregunta sobre la coherencia de la política ha sido analizada con metodología cualitativa, mientras que las cuatro siguientes preguntas han sido analizadas triangulando las dos metodologías.

Como ejemplifica la Figura 1, el contraste busca cuáles son las constataciones coincidentes entre las diferentes fuentes (triangulación de información), asumiendo que una hipótesis validada por diversas técnicas o fuentes de información tiene más validez que una hipótesis contrastada sólo por una vía de información. En el anexo metodológico se detalla más extensamente estas cuestiones.

FIGURA 1. TÉCNICAS UTILIZADAS EN LA EVALUACIÓN



Fuente: Elaboración propia.

El análisis cualitativo ha contado como fuentes de información la documentación del programa y los diversos estudios realizados y las entrevistas a personas informantes clave. En una primera fase se han realizado entrevistas exploratorias a personas expertas y consideradas agentes clave en el diseño e implementación del servicio (vinculadas a la investigación y la administración local y autonómica). En una segunda fase se han entrevistado a diferentes agentes impulsores del SAD de las administraciones locales y autonómica. También se han realizado dos grupos de discusión con responsables de las áreas básicas de servicios sociales en el ámbito del SAD. El criterio para su elección ha sido el tamaño del municipio y algunas variables sociales clave con el objetivo de tener una diversidad de realidades. De esta manera, un grupo de discusión se ha formado con municipios grandes (más de 30.000 habitantes y con ABSS propia) y otro con entidades locales o supralocales de menor dimensión (ver anexo metodológico para más información).

En cuanto al análisis cuantitativo se han utilizado diferentes fuentes de datos: para analizar las variables que influyen en la variabilidad de intensidad y cobertura del SAD social y el SAD dependencia se han utilizado datos provenientes de registros administrativos (principalmente del RUDEL, Registro Unificado de Datos de los Entes Locales) y datos sociodemográficos obtenidos de estadísticas oficiales del Idescat (Instituto de Estadística de Catalunya) y de portales de la transparencia de la Generalitat de Catalunya.

El análisis se efectúa a nivel de ABSS y anualmente con datos del periodo 2012-2019, los años de los contratos programa vigente en ese momento como del anterior. Todas las ABSS están incluidas en el análisis, y como a lo largo de los años se han ido creando ABSS, han pasado de 103 en 2012 a 105 en 2019. Sobre la cobertura e intensidad se dispone del número de personas que reciben los dos tipos de SAD y las horas totales para cada ABSS desde 2012 hasta 2019 desagregadas por grandes grupos de edad y por sexo.

A partir de estos datos, se define la cobertura del servicio como el porcentaje de la población diana que recibe el SAD, estableciendo como población diana la población total de Catalunya ya que los dos tipos de SAD están disponibles para toda la ciudadanía. Adicionalmente, se analizan los datos para las personas mayores de 65 años (la ley establece una cobertura del 4 % para esta población). La intensidad del SAD se define como la media de horas semanales de las personas atendidas y se mide como la fracción de las horas totales entre el número de personas que reciben el SAD. De la misma forma, la medida es a escala de ABSS y se efectúan por parte del SAD social, el SAD dependencia y la suma de los dos SAD.

TABLA 1. VARIABLES DE COBERTURA E INTENSIDAD DEL SERVICIO

| VARIABLES DE COBERTURA E INTENSIDAD | DEFINICIÓN Y MEDIDA |
|-------------------------------------|---|
| Cobertura SAD social | % de personas que reciben SAD social/dependencia entre la población total |
| Cobertura SAD dependencia | |
| Intensidad SAD social | Número de horas semanales de provisión del SAD social/dependencia entre el número de personas cubiertas |
| Intensidad SAD dependencia | |

Fuente: Elaboración propia.

Factores de variabilidad territorial

Los factores que pueden ayudar a entender la variabilidad del SAD entre las distintas ABSS son de naturaleza diversa. Por un lado, existen los factores de demanda, es decir, aquellos factores sociodemográficos y los factores vinculados a situaciones de exclusión o inclusión social que condicionan la necesidad del servicio. Por otro lado, existen los factores de oferta, que son todos aquellos relacionados con la provisión y gestión del SAD y de otros servicios sociales complementarios o sustitutivos, así como las finanzas locales. Todos los factores están medidos anualmente y para cada ABSS y están extraídos de las siguientes fuentes: Idescat (a escala municipal y por ABSS) y portal de transparencia y, en algunos casos como los indicadores de provisión y gestión, la fuente ha sido el mismo Departamento de Derechos Sociales.

Sobre los factores sociodemográficos que pueden condicionar la demanda del servicio se han incluido a la población mayor de 65 años, así como a la población mayor de 75 años que vive sola, ya que se consi-

dera que este colectivo tiene más probabilidades de necesitar el SAD. Así mismo, se ha incluido también el porcentaje de personas con discapacidad sobre la población total, ya que están incluidas en la definición de dependencia. En general, las mujeres tienen una esperanza de vida mayor respecto a los hombres, y la mayor parte de demandantes de SAD son mujeres, por lo que también se ha considerado las mujeres mayores de 65 años respecto a la población total mayor de 65 años. Por último, la población migrante proveniente del Sur Global³ se ha incluido como proxy de un colectivo –el de migrantes– que puede necesitar de SAD, especialmente de SAD social, más enfocado a la integración en el entorno comunitario.

Por otra parte, se incluyen factores vinculados a situaciones de exclusión o inclusión social para toda la población y, en concreto, la infancia y adolescencia, que a priori deberían influenciar la utilización del SAD social: a más exclusión social, más necesidad de recursos para favorecer la integración en el entorno familiar y comunitario. Las variables incluidas son parte de los 19 indicadores que Idescat confecciona a nivel de ABSS relacionados con el riesgo de exclusión social⁴, tales como el porcentaje de hogares que reciben ayuda al alquiler y ayuda alimentaria, y en concreto para infancia y adolescencia, la tasa de escolarización a los 17 años y los expedientes informativos sobre riesgo de infancia. En cuanto al territorio, la densidad del ABSS así como el porcentaje de población que se encuentra en zona de montaña pueden influir tanto en la demanda del servicio como en la oferta que pueda darse, tanto para el SAD dependencia como social.

Respecto a los factores de provisión se han incluido variables como la existencia de copago o el tipo de gestión, directa o indirecta, que pueden afectar a la demanda tanto del SAD social como del SAD dependencia. Así mismo, se han tenido en cuenta otros factores de provisión como son las alternativas al SAD, incluyendo la oferta de recursos para personas mayores y personas con discapacidad o diversidad funcional. Así, se incorporan indicadores sobre la existencia de plazas y el porcentaje sobre población mayor o con discapacidad en residencias y centros de día, residencias y centros de atención especializada y centros ocupacionales para personas con discapacidad. Por último, se ha considerado la situación financiera de la entidad local con tres variables que se agregan a nivel anual de ABSS: los ingresos totales, el gasto total calculado como el porcentaje de ingresos destinados a la partida de gasto «servicios sociales y promoción social» y la situación de los pasivos financieros.

El análisis econométrico que se realiza es de carácter no causal y exploratorio⁵. Debido a que hay ABSS que utilizan el SAD social y dependencia indistintamente, se ha utilizado las mismas variables para los dos modelos. El interés radica en entender la relación entre los factores de oferta y demanda mencionados con la cobertura y la intensidad del SAD. Se dispone de datos de panel, es decir, datos por las mismas unidades de observación (ABSS) que se repiten en el tiempo, concretamente de forma anual durante el período 2012-2019, y lo que interesa es explicar la variabilidad entre ABSS.

De forma transversal, la evaluación también analiza, en la medida de lo posible, el grado de incorporación de la perspectiva de género en su diseño y despliegue (De Quintana, 2021). Así, tanto en el trabajo de campo cualitativo como en el enfoque cuantitativo, se han incorporado variables y elementos de análisis que permiten considerar las desigualdades de género y la respuesta del servicio. En este sentido y por muchos motivos (personas destinatarias, trabajadoras del servicio, personas cuidadoras, etc.), incluir la perspectiva de género en esta evaluación es clave para aportar evidencia que contribuya a generar propuestas para la mejora de esta política pública.

3. ANÁLISIS DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO Y PRINCIPALES RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

En este apartado se presentan los principales análisis de este estudio que intentan dar respuesta a las preguntas de evaluación. En primer lugar, se explora la dimensión conceptual y discursiva de la política y se analiza su diseño y coherencia interna. Seguidamente, se examina la variabilidad que se produce en el uso

³ Idescat se refiere a la población migrante «proveniente de países en vías de desarrollo». Aquí se ha creído conveniente utilizar una terminología con menor carga normativa. El hecho de haber escogido población migrante del Sur global en vez de población migrante en general porque se debe a que es la variable disponible en Idescat a nivel de ABSS.

⁴ Ver <https://www.idescat.cat/pub/?id=intpobr&n=8234&m=m>

⁵ De manera adicional, se han elaborado análisis de robustez de los resultados que sirven para observar si, haciendo variaciones en los análisis, los resultados se sostienen, es decir, si son robustos. El informe final de la evaluación recoge los detalles sobre los métodos de estimación y la estrategia de identificación: <https://ivalua.cat/ca/avaluacio/afers-socials-i-desigualtats/servei-dajuda-domicili-sad>

del SAD entre territorios y entre tipologías de SAD. Así, se señalan las desigualdades que supone la alta variabilidad local en el acceso, la calidad y en la carencia de perspectiva de género en su diseño e implementación y se plantean las potenciales causas de estas diferencias. Por último, se destaca la debilidad del SAD social que implica una difuminación de sus funciones y que puede tener consecuencias en la exclusión de colectivos que podrían necesitar apoyos domiciliarios. En el anexo metodológico se aporta información más detallada del enfoque cuantitativo y cualitativo.

3.1. Inexistencia de objetivos claros y una teoría del cambio que fundamente la política

Este primer análisis se centra en los fundamentos teóricos de la política y la definición del problema e intenta responder, por tanto, a la primera pregunta de evaluación sobre la coherencia y justificación de la política. Partimos de la consideración de que el diseño conceptual de la política condiciona todo su proceso de intervención y puede ayudar a explicar la implementación y la variabilidad existente.

El SAD es una política pública que genera consenso y aceptación por su importancia estratégica y los objetivos que persigue en un contexto de cambios sociales y transición demográfica. Sin embargo, como se desprende del análisis cualitativo, los objetivos no acaban de estar suficientemente elaborados y concretados. Como se expresó en un grupo de discusión (GD1, ver detalle en el anexo metodológico): «El concepto genérico con el cual estamos de acuerdo es mantener a la gente en su casa. A partir de aquí comienzan las diferencias». De forma simplificada, coexisten diferentes aproximaciones al SAD, una que entiende el servicio como un derecho básico de ciudadanía que debe garantizarse y protegerse y otra que acentúa una política de eficiencia y de racionalización de recursos. Así lo expresan dos personas expertas entrevistadas, del ámbito de la investigación y de la dirección de servicios sociales locales (E1 y E3):

«Ya no es atención domiciliaria, debería cambiar el nombre: derecho a poder permanecer en el entorno donde ha vivido siempre.».

«Todas las reflexiones se deberían profundizar. En cuestión de dependencia, el SAD debería ser útil para las personas con dependencia atendidas al domicilio, hasta que el coste del SAD fuese tan elevado que fuese más efectivo y eficiente llevarlas a un lugar residencial. Hasta hace pocos años, esta era la lectura. ¿El SAD debe reducir al máximo la institucionalización? Parecía que por directrices recibidas, pocas y mal hechas, este era el discurso.».

Por tanto, son dos concepciones del SAD que necesariamente llevan a decisiones sobre recursos e implementación distintas. En la primera, la voluntad y el derecho de la persona de permanecer (o no) en su hogar prevalece sobre cualquier decisión económica; en la segunda, es el coste del servicio comparado al coste de institucionalización de la persona atendida lo que marca la oferta del SAD, así como su sostenibilidad en el futuro. De estos enfoques, se desprende una cierta imprecisión en los discursos que sostienen los servicios domiciliarios y que no aclaran su finalidad o en qué momento sería mejor orientar a la persona hacia otros recursos residenciales.

Esta cuestión emerge en los grupos de discusión en los que se enfatiza que la problemática es más de implementación y, sobre todo, de recursos adecuados. A pesar de que hay acuerdo sobre esta cuestión, uno de los grupos de discusión evidenciaba las contradicciones entre definición y objetivos poco claros del SAD (GD2). Varias intervenciones manifestaban las incoherencias entre las finalidades del SAD y las actuaciones y recursos asignados, especialmente en el caso del SAD social.

Sobre los objetivos generales del SAD, en consecuencia, se considera que generan un consenso amplio (por ejemplo, sobre un futuro modelo más comunitario y que se adapte a nuevos perfiles y situaciones complejas) y el problema estaría en concretar los objetivos para poder alcanzarlos, hacer seguimiento y evaluar la política. Se señalan, especialmente, las incoherencias que se producen entre administraciones y, como expone una profesional de la administración local (E5), visiones no compartidas y dificultades ante retos como la atención integral:

«Las visiones entre diferentes administraciones no son compartidas, pueden ser contradictorias. El SAD tiene que ir de la mano de salud, la coordinación sociosanitaria. Ahora estamos doblando esfuerzos. Si fuésemos capaces de coordinarnos, no haría falta tanta gente pasando por casa de las personas mayores. Llevamos años escuchando que esto tiene que pasar, pero no acaba pasando. Hay experiencias que parten de la buena voluntad de los y las profesionales.».

En definitiva, la existencia de marcos interpretativos «paralelos» dificultan la elaboración de una teoría del cambio que sea explícita y consensuada, y sin ésta, el reparto de recursos y la priorización de los diferentes colectivos no puede hacerse de forma coherente por todo el territorio. Así, se detectan algunas problemáticas como la indefinición de la población diana, especialmente en el caso del SAD social, las dificultades de un servicio que se adapte a las situaciones y nuevos perfiles, con elevado grado de complejidad o incorporar un trabajo más preventivo y proactivo. Ante la falta de objetivos claros, las entidades locales y ABSS responden según sus prioridades, visión del servicio y los recursos disponibles.

De hecho, la indefinición del SAD es, en gran medida, resultado de la complejidad de la política en la que intervienen múltiples actores con capacidad de decisión y responsabilidades compartidas y que da lugar a una alta variabilidad local. Efectivamente, en las entrevistas y debates realizados, las entidades locales consideran que el gobierno de la Generalitat debería tener un rol más proactivo y establecer un marco común consensuado para una política considerada estratégica. Los grupos de discusión son coincidentes en este sentido (GD1 y GD2):

«Es importante el rol del Departamento, pero también reclamamos autonomía: a veces, el Departamento propone cosas y lo hace tímidamente porque la competencia es de cada ayuntamiento. Aquí debe haber un acuerdo de mínimos y la posibilidad de llegar al territorio tal y como lo necesitamos, sobre todo en el caso de municipios de dimensiones pequeñas».

«El SAD tiene elementos de concreción que conducen a muchas diferencias entre ayuntamientos: no hay un marco genérico por parte de la Generalitat, cada cual ha ido por libre.».

3.2. Variabilidad territorial y desigualdades

3.2.1. Magnitud de la variabilidad

Un primer análisis muestra una distribución desigual de la cobertura e intensidad del servicio. De forma general para los dos tipos SAD, la cobertura llegó a su máximo en 2016, un año después de que se incorporaran todos los grados establecidos por la ley de dependencia. No obstante, mientras el SAD dependencia se incrementa progresivamente a partir del 2015, la evolución del SAD social es a la inversa y disminuye gradualmente. En el caso de la intensidad del servicio se produce el mismo fenómeno, el SAD social ve reducida su intensidad entre 2015 y 2017 y se recupera a finales de 2019. Sin embargo, la intensidad media del SAD dependencia –de casi 3 horas semanales– es casi el doble que el SAD social.

La relación entre las dos variables –intensidad y cobertura– resulta bastante negativa cuando se ubican en el territorio, como muestra el mapa. Las ABSS con mayor cobertura (se sitúan en la zona de Catalunya central) son las que tienen menor intensidad de horas y, por el contrario, en las ABSS con más intensidad de horas en el servicio tienen una cobertura menor (ámbitos territoriales de Lleida, Tarragona y el Penedès). Sin embargo, hay algunas excepciones como las ABSS del Tarragonés, Vic, Palafrugell, Baix Empordà y la Mancomunidad Intermunicipal de la Plana, que se caracterizan por una baja cobertura e intensidad, mientras que la comarca pirenaica de la Alta Ribagorça destaca por tener alta cobertura e intensidad.

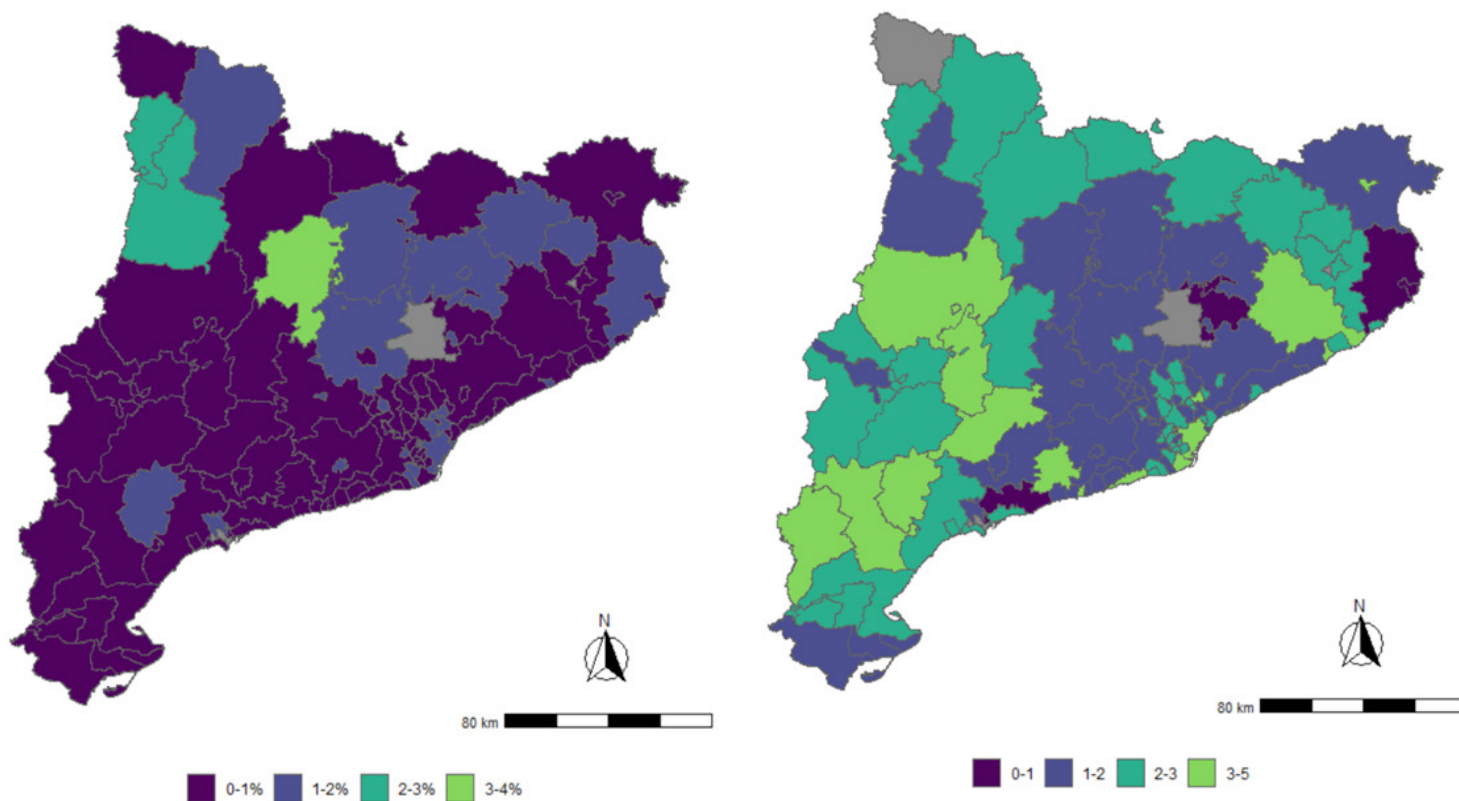
Por otra parte, la ley 12/2007 establece una cobertura del 4 % para el SAD (sin distinguir entre modalidades) sobre la población mayor de 65 años. Los datos para 2012-2019 muestran que la cobertura media es de 3,48 %, lo cual se acerca a este objetivo. No obstante, solo el 32 % de las ABSS supera este umbral, representando el 47 % de la población mayor de 65 años. Superan el 4 % de cobertura territorios como el Alto Pirineo, Catalunya Central, Barcelona y Baix Empordà, mientras que tienen una cobertura muy baja ámbitos territoriales de Lleida, Calafell, Baix Penedés y Blanes o la Vall d’Aran. Esta diversidad, también atribuida a la autonomía local, es corroborada por las entrevistas realizadas a profesionales de la administración local y autonómica (E6 y E4):

«Hay municipios en los que el SAD dependencia lo enfocan más a prestaciones vinculadas y que el presupuesto del SAD lo destinan más al SAD social. Hay otros en que el SAD social es más residual. Hay heterogeneidad.».

«No sabemos por qué un ayuntamiento invierte más horas y las sobrepasa y otro ayuntamiento no. Desconocimiento total, no está contrastado ni nada. Tal vez sea por las necesidades: ratio de población de riego y se deben invertir más recursos (...) o también por cuestiones polí-

ticas. Algunos ayuntamientos siempre mantienen el mismo presupuesto y otros lo van aumentando y ajustándolo a las necesidades.».

FIGURA 2. MAPAS DE ABSS SEGÚN COBERTURA (EN PORCENTAJE DE POBLACIÓN CUBIERTA) E INTENSIDAD (HORAS SEMANALES)



Fuente: Elaboración propia.

3.2.2. Potenciales causas de la variabilidad

La variabilidad descrita se explica por distintos motivos, que detallamos a continuación. Cabe destacar que aquí la triangulación de la información cuantitativa y cualitativa ha sido clave. Mientras el análisis cuantitativo ha hecho aflorar unas correlaciones interesantes, el análisis cualitativo nos ha permitido entender a fondo lo que los números nos indican. Por ello, el análisis se muestra conjuntamente en los párrafos que siguen.

La Tabla 2 nos muestra que tanto las variables de oferta como de demanda son relevantes a la hora de explicar la variabilidad. Por la parte de la demanda, los factores de más relevancia son el porcentaje de población mayor de 65 años y el porcentaje de mujeres. Un aumento de un 1% del porcentaje de población mayor de 65 años está relacionado con un aumento de la cobertura del SAD dependencia del 8%, aunque no afecta particularmente la cobertura del SAD social, pero sí a su intensidad ya que un aumento del 1% de este colectivo está asociado a un aumento de 0,10 horas de atención (unos 6 minutos).

Por lo que hace al porcentaje de mujeres, éste está asociado a menos cobertura e intensidad: un aumento del 1% de mujeres impacta en una disminución de la intensidad en, aproximadamente, 0,26 horas (unos 15 minutos). Este resultado concuerda con lo que explican coordinadoras del SAD de diferentes ABSS sobre la resistencia que encuentran por parte de mujeres usuarias del servicio a ser ayudadas en tareas de limpieza, cocina, compra de alimentos, ya que consideran que *no es necesario* y que es su deber como mujeres de hacerlo. Así mismo, las coordinadoras entrevistadas observan que las mujeres de unos 70 años requieren menor intensidad de SAD, puesto que realizan más tareas domésticas ellas solas que los hombres en la misma situación.

TABLA 2. MODELOS DE REGRESIÓN DE LA VARIABILIDAD: FACTORES DE OFERTA Y DEMANDA

| | Cobertura SAD social (1) | Intensidad SAD social (2) | Cobertura SAD dependencia (3) | Intensidad SAD dependencia (4) |
|--|--------------------------|----------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Factores demográficos | | | | |
| % población mayor de 65 años | 0,027 (0,031) | 0,101*** (0,034) | 0,080*** (0,029) | 0,048 (0,033) |
| % población mayor de 75 años sola | 0,014 (0,019) | -0,005 (0,024) | -0,014 (0,015) | 0,033 (0,031) |
| % mujeres | -0,052 (0,097) | -0,081 (0,103) | -0,075 (0,089) | -0,259*** (0,100) |
| % población nacida en países en vías de desarrollo | -0,027 (0,017) | -0,004 (0,028) | -0,020 (0,016) | -0,042 (0,027) |
| | | | | |
| % personas con discapacidad | 0,046 (0,050) | -0,077 (0,050) | -0,085 (0,054) | 0,060 (0,072) |
| Factores de exclusión/inclusión social | | | | |
| Tasa de escolarización a los 17 años | 0,002 (0,004) | 0,0003 (0,008) | -0,005 (0,004) | 0,009 (0,009) |
| % hogares que reciben ayuda al alquiler | 0,014 (0,046) | -0,050 (0,047) | -0,025 (0,042) | 0,022 (0,067) |
| % pobl. que recibe ayuda alimentaria | 0,004 (0,013) | -0,022 (0,021) | -0,016 (0,015) | 0,005 (0,020) |
| Expedientes informativos sobre riesgo de infancia (por 1.000 habitantes) | -0,003 (0,004) | 0,007 (0,007) | -0,007** (0,003) | 0,015** (0,007) |
| | | | | |
| Factores de territorio | | | | |
| Densidad población | -0,014 (0,092) | 0,052 (0,098) | 0,067 (0,071) | 0,180* (0,107) |
| % población en zona de montaña | 0,125 (0,461) | -0,900* (0,513) | 1,061 (0,357) | -1,288 (0,820) |
| Ciudad-ABSS | 0,315 (0,308) | 0,006 (0,401) | 0,669* (0,266) | -0,080 (0,433) |
| Factores de oferta | | | | |
| Copago SAD soc., NO/SÍ | 0,126 (0,113) | 0,112 (0,162) | 0,125 (0,085) | 0,108 (0,153) |
| Gestión indirecta total | -0,011 (0,092) | 0,302* (0,169) | 0,003 (0,197) | 0,488** (0,198) |

| | Cobertura SAD social (1) | Intensidad SAD social (2) | Cobertura SAD dependencia (3) | Intensidad SAD dependencia (4) |
|---|--------------------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Gestión indirecta parcial | 0,174* | 0,211 | 0,049 | 0,262 |
| | (0,085) | (0,167) | (0,197) | (0,181) |
| Plazas residencia, NO/SÍ | -0,077 | 0,420 | -0,671** | 1,108* |
| | (0,384) | (0,390) | (0,374) | (0,599) |
| Plazas residencia discapacidad, NO/SÍ | 0,065 | 0,069 | 0,092 | 0,248 |
| | (0,166) | (0,186) | (0,166) | (0,217) |
| Plazas centro de especialización discapacidades NO/SÍ | -0,007 | 0,111 | 0,127 | -0,121 |
| | (0,069) | (0,106) | (0,086) | (0,165) |
| Plazas centro ocupacional discapacidades NO/SÍ | -0,171 | -0,097 | -0,198* | -0,185 |
| | (0,162) | (0,217) | (0,116) | (0,155) |
| Ingresos municipales a nivel ABSS, log. | 0,060 | 0,030 | 0,043 | 0,101 |
| | (0,128) | (0,111) | (0,090) | (0,136) |
| % ingresos en gasto social | 0,091 | 2,729 | 31,07*** | -3,125 |
| | (1,000) | (1,904) | (1,000) | (1,984) |
| % pasivos financieros sobre ingresos | -0,319 | -0,081 | -0,354 | -0,944 |
| | (0,398) | (0,812) | (0,366) | (1,098) |
| Efectos fijos de tiempo | sí | sí | sí | sí |
| Constante | 0,100 | 3,303 | 2,853 | 10,666** |
| | (4,707) | (4,564) | (4,459) | (4,832) |
| Observaciones | 477 | 452 | 473 | 456 |
| R ² ajustado | 0,104 | 0,025 | 0,404 | 0,041 |

Nota 1: para los coeficientes de las columnas 1 y 3 se ha hecho la siguiente transformación: $\exp(\beta) - 1$ ya que la variable dependiente está en logaritmos (a excepción cuando las variables independientes son también en logaritmos; entonces no hace falta transformación y el coeficiente se interpreta directamente como una elasticidad). Por tanto, la interpretación de los coeficientes de estas columnas es de la siguiente manera: un incremento de una unidad (o un 1%) en el factor específico resulta en un incremento de la cobertura del valor del coeficiente x 100.

Nota 2: los coeficientes con asteriscos son estadísticamente relevantes y, por tanto, los que nos interesan. Cuantos más asteriscos, más relevancia estadística y más importancia del factor para explicar la variabilidad en la cobertura e intensidad. Más concretamente, los asteriscos se corresponden a valores probabilísticos de 10% (*), 5% (**) y 1% (***). Los valores probabilísticos nos dicen la probabilidad de que, si en la realidad, el factor en concreto es irrelevante (es decir, es cero) cuando hacemos la regresión, resulte diferente de cero. En consecuencia, cuanto menor es la probabilidad, mejor (ya que más fiable es el resultado).

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a los factores de oferta, el análisis cuantitativo destaca como más relevantes la existencia de alternativas al SAD para mayores, las finanzas locales, el tipo de gestión, el copago y el hecho de ser una zona de montaña.

En cuanto a las alternativas al SAD, la existencia de residencias y centros ocupacionales va asociada a una disminución media de la cobertura del SAD dependencia (en un 67% y 20%, respectivamente). Por el contrario, la existencia de residencias está asociada con un aumento de la intensidad semanal de

aproximadamente una hora. Este resultado se interpreta como que hay un efecto sustitución entre centros residenciales y el servicio de SAD dependencia, y, por lo tanto, como más centros, más horas de SAD se puede proporcionar a la gente que no va a residencias. Al mismo tiempo, la cobertura del SAD dependencia también se ve afectada por el porcentaje de ingresos destinados a gasto social, lo que sugiere una priorización del este tipo de SAD.

La gestión indirecta (total o parcial) suma más del 84 % de ABSS de media (en el período analizado) y está generalmente relacionada a más cobertura e intensidad. En el caso del SAD social, el análisis cuantitativo muestra que la cobertura se incrementa en un 17 % y su intensidad en unos 20 minutos semanales (0,30 horas), en comparación a las ABSS y años en que la gestión es directa⁶. En el caso del SAD dependencia, la gestión indirecta se asocia a un incremento de su intensidad semanal de 30 minutos (0,49 horas). Las entrevistas corroboran esta relación positiva entre externalización y aumento de personas usuarias y horas (E6 y E8):

«Tenemos la experiencia que en función del modelo de gestión cambia mucho la situación: de la directa a la indirecta, muy rápidamente van aumentando las horas de prestación y personas usuarias.».

«Cuando nos empezamos a plantear la gestión que conlleva [el SAD], ¿resulta eficiente por nuestra parte? Empiezan a salir empresas que prestan el servicio de ayuda a domicilio. Al inicio había posicionamientos distintos. Tener personal propio implica una mayor calidad: si conozco las personas, les puedo dar directrices, formar las trabajadoras familiares. Pero la gestión es muy ineficiente por parte de la Administración pública.».

Sin embargo, este aumento de eficiencia viene con unos costes asociados. Emerge como preocupación la pérdida de control del servicio que esto supone y las dificultades de la gestión indirecta en territorios con más dispersión geográfica debido a que hay pocas empresas proveedoras dispuestas a gestionar el servicio. Como afirma una profesional del Departamento de Derechos Sociales y una coordinadora del SAD (E4 y E6):

«Es importante que el ente local no se desprenda del servicio. (...) La empresa debe ser tus ojos para alertar, pero el responsable del servicio es la entidad local. Si se tiene que buscar otro servicio, la empresa o entidad no lo hará, lo hace la entidad local. Por esto es tan importante la coordinación. También se necesitan unos sistemas de información que faciliten el trabajo. (...) Los datos son un instrumento clave para coordinarnos.»

Conforme pasa el tiempo, se conoce menos [la gestión del SAD] porque hace más tiempo que está externalizado. Toda la parte de provisión la desconocemos.».

Esto, a su turno, afecta la calidad del servicio. El diagnóstico de las condiciones laborales es muy negativo y se refiere, entre otros temas, a bajos salarios, jornadas parciales, excesivas rotaciones, falta de apoyo y formación especializada, poco prestigio curricular, riesgos laborales y falta de relevo generacional, que a su vez se conecta con el tipo de gestión. En consecuencia, el reconocimiento profesional y una mejora de las condiciones laborales es uno de los temas claves que se señalan para lograr una mayor calidad del SAD, según profesionales del ámbito local (E5, E7, E8):

«Conforme pasa el tiempo se conoce menos [la gestión del SAD] porque hace más tiempo que está externalizado. Toda la parte de la provisión la desconocemos. Y han crecido empresas y multinacionales que prestan el servicio con mucha desconfianza, (...) [Hasta la aprobación de la nueva ley de contratación del 2019] en Catalunya habían evolucionado estas empresas (...) que tienen mucha fuerza, poder y capacidad de conseguir contratos.».

«No está suficientemente dignificado el rol de las trabajadoras familiares, hay que cualificar y reconocer, se tiene que repensar. No se puede dejar a una persona con fragilidad en manos de cualquiera (...): hace falta habilidades, competencias, formación. Nos abren la puerta y nos dan lo más preciado: confianza, entramos en su vida y nos tenemos que poner al máximo y poner a las personas en el centro.».

«Lo que atendemos mejor es la dependencia y las discapacidades, pero tenemos muchas dificultades para los perfiles complejos: salud mental, drogodependencias..., depende mucho del perfil profesional que atiende.».

⁶ Si bien la precisión de los estimadores es baja, la magnitud de los coeficientes se mantiene en otras especificaciones (contactar autoras si se quieren ver los resultados).

La precisión de resultados cuantitativos es baja por lo que hace a los factores de territorio y al copago, si bien parecen indicar que existe una desigualdad en el acceso al servicio que se produce tanto por el binomio rural-urbano (las ABSS en zona de montaña muestra coeficientes negativos en la intensidad del SAD) como por el copago, mayoritario en las ABSS y que emerge como un tema importante en el análisis cualitativo. Las personas entrevistadas señalan que la situación en territorios rurales se agrava porque, cuando no hay recursos para la gente mayor, el mejor servicio que se puede ofrecer es el SAD, especialmente en pueblos envejecidos y donde la preferencia mayoritaria es la de no efectuar ingresos residenciales. En este sentido se considera que la configuración del SAD y su financiamiento no es equitativo y que se deberían tener en cuenta estos costes y dificultades de desplazamiento de las zonas rurales.

Por lo que hace al copago, extendido en la mayor parte de las ABSS, puede generar situaciones en las que la gente que necesita SAD, se busque un servicio alternativo privado o bien prefiera pedir la prestación vinculada en el caso del SAD dependencia. Este es especialmente el caso cuando se ofrece un servicio público que no se ajusta a las necesidades de las personas usuarias (E7):

«Cuando la persona contrata privado, puede decidir quien la atiende, a que horas, etc. Cuando tienes un servicio público, tu no decides.».

Los resultados de los análisis cuantitativo y cualitativo, por tanto, sugieren que la variabilidad global refleja desigualdades a tres niveles. En primer lugar, desigualdad en el acceso al servicio, especialmente por la existencia del copago y por una menor oferta en las zonas de montaña. En segundo lugar, desigualdad en la calidad del servicio, que se relaciona al tipo de gestión. El análisis sugiere que la razón por la cual el servicio se externaliza en la mayor parte de las ABSS es la eficiencia, si bien esta conlleva unos costes de pérdida de control y eventualmente, de calidad. Y, en tercer lugar, desigualdad de género. Desde una mirada con perspectiva de género, nos encontramos con una política «ciega» al género. La presencia de mujeres es muy elevada tanto como trabajadoras y como receptoras del servicio (un 70% de las personas beneficiarias son mujeres). Las condiciones laborales precarias, por tanto, les afectan especialmente, y los roles de género existentes pueden dar como resultado la no aceptación de algunos servicios y apoyos que ellas creen que deben «hacer» por sí solas.

3.3. Debilidad y difuminación de funciones del SAD social

El desdoblamiento del servicio entre la vertiente social y la dependencia, y la ausencia de un marco legal en el SAD social tan fuerte como el del SAD dependencia ha alejado el SAD social de los objetivos más preventivos, comunitarios y de cariz socioeducativo, y, por el contrario, se ha ido vinculando al proceso de envejecimiento. Esto se ve en el análisis cuantitativo, que muestra, por un lado, que los factores de exclusión social y relacionados con la función socioeducativa no están relacionados de manera significativa con la variabilidad del SAD social entre las ABSS y, por otro, que los factores demográficos, como el envejecimiento, sí explican su intensidad.

A su vez, para realizar de manera satisfactoria el trabajo más preventivo y comunitario, es necesario conocer las necesidades y perfiles a los que atender. Sin embargo, tal y como se desprende de las entrevistas y grupos de discusión (E5, GD1, E4), el desconocimiento de estas necesidades es alto, la cual cosa dificulta el trabajo del SAD social.

«Otras personas no nos llegan y tienen situación de necesidad: pasan hambre, frío, tienen pensiones muy bajas y, no lo sabemos y tienen problemas que es producto de lo que han vivido. Estas personas llegan a los servicios sociales en situaciones muy extremas, se debe hacer un trabajo más preventivo y de sensibilización.».

«Las necesidades se pueden conocer, pero se debe profundizar y no siempre se cubren todas. Muchas veces se necesita un apoyo en el hogar, situaciones básicas de infraestructura de la casa. Por esto, hay que priorizar y la dimensión de la necesidad debe ser global, no solo en cosas básicas sino en el entorno en que se mueve.».

«Deberíamos tener un buen análisis de necesidad de horas de SAD: cuantas personas de cada territorio necesitan SAD, sobre todo en el caso del SAD social no lo tenemos. No tenemos tampoco una normativa que diga cuantas horas de atención debe tener cada persona: solo en el caso de dependencia.».

Por ende, el SAD social se acaba desplegando de forma irregular por el territorio en función de la voluntad de cada entidad local y es utilizado en muchos casos para perfiles de personas con falta de autonomía que quedan excluidas o están a la espera de acceder a ayudas de la Ley de la dependencia. La debilidad del SAD social también se concreta en su menor financiación: el SAD dependencia casi duplica el coste hora del SAD social.

4. CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES

Actualmente, el sector de cuidados de larga duración está en el foco del debate en un contexto de presión y cambios sociodemográficos. La organización de los cuidados y, en concreto, el diseño y gestión de las políticas públicas, son objetivo de propuestas para lograr una atención de mayor calidad y conseguir superar las situaciones de vulnerabilidad y desigualdad. La evaluación del SAD tiene como objetivo avanzar en el conocimiento de esta política para mejorarla en el futuro y, al mismo tiempo, aportar evidencias y reflexiones que contribuyan a este debate abierto.

Como resultado de esta evaluación se destacan algunas reflexiones y recomendaciones. Una primera conclusión del estudio es ampliamente compartida: la necesidad de establecer unos criterios básicos comunes para organizar el SAD en todo el territorio con el objetivo que no se reproduzcan situaciones de desigualdad en el acceso o calidad de la atención. Esto se concreta también en avanzar en el diseño de la política y su dimensión conceptual, esto es, definiendo los objetivos de la política a partir de una teoría del cambio que aportaría concreción y orientaciones más precisas. También porque en un sentido más amplio es necesario definir mejor en qué consisten los cuidados y como aplicar un enfoque más comunitario, preventivo y participativo en el ámbito de las políticas sociales. La planificación del SAD debería estar también más articulada con otros servicios sociales y, especialmente, avanzar en la atención integral social y sanitaria.

Siguiendo estas recomendaciones sobre la planificación del servicio, se deberían plantear escenarios de futuro, valorando coberturas e intensidad del servicio en función de las necesidades y prioridades de cada territorio a partir de un marco de acción común. A su vez, como se desprende de las entrevistas y debates realizados, una mejora de la calidad del servicio debe estar indudablemente relacionada con unas mejores condiciones laborales de las profesionales. Una conceptualización del SAD explícita y consensuada es relevante en cuanto permitiría definir mejor las actividades, perfiles profesionales y recursos, así como facilitar la incorporación de enfoques comunitarios y participativos.

Una de las prioridades detectadas en esta evaluación es la necesidad de disponer de un diagnóstico actualizado de necesidades, con una perspectiva estratégica en el medio y largo plazo. La transición demográfica que se expresa en el envejecimiento poblacional presionará el sistema de cuidados tanto por la «cantidad» de personas, como por los perfiles más diversos y complejos que se deben atender. Profundizar en el conocimiento de la población destinataria y su contexto ayudaría a redefinir el SAD, especialmente en su vertiente social y los perfiles que se deben atender y que no están únicamente relacionados a las situaciones de dependencia (entre estos, la atención a la infancia o los problemas de salud mental).

Para conseguir un buen conocimiento de la realidad, así como de las propias políticas públicas, es fundamental disponer de fuentes de información de calidad. Por una parte, es necesaria una planificación estratégica de los datos y su rediseño. Por otro lado, es necesario avanzar en la interconexión de datos entre administraciones y servicios. En definitiva, la evaluación de las políticas públicas necesita sistemas de información útiles y veraces que faciliten la inteligencia institucional y la toma de decisiones (Varela Merino, 2023) y, en este sentido, servicios como el SAD necesitan ampliar y reforzar sus fuentes de información.

Finalmente, incorporar en las evaluaciones la perspectiva de género e interseccional sigue siendo un reto teórico y metodológico, una cuestión que también está relacionada con la incorporación de todas las voces en el proceso de creación de conocimiento. Esto es aún más relevante en el ámbito de las políticas sociales ya que muchos de los grupos y colectivos destinatarios se encuentran en situaciones que dificultan su participación. Por este motivo, las evaluaciones deben articular de forma sensible e inclusiva la participación en todo el proceso, también de las personas usuarias o receptoras de la política, estableciendo las técnicas y métodos más adecuados e innovando metodologías cuando sea necesario. En casos como el servicio de ayuda a domicilio es un desafío repensar la participación y la creación de conocimiento contando con las personas y colectivos en situaciones de vulnerabilidad, así como continuar explorando los posibles efectos de estas políticas públicas para lograr una mayor equidad social y de género.

ANEXO METODOLÓGICO

El análisis del Servicio de Ayuda Domicilio se ha abordado con metodologías mixtas, cuantitativas y cualitativas, para lograr responder de forma más robusta y rigurosa a las preguntas de evaluación.

El *análisis cualitativo* ha considerado diversas fuentes de información: en primer lugar, estudios de referencia sobre la política pública, así como documentación administrativa. En segundo lugar, se han realizado entrevistas semi-estructuradas exploratorias con el objetivo de situar los principales conceptos e ideas vinculados al servicio y tener una perspectiva temporal de la política de largo alcance. Se han entrevistado a responsables locales y de la administración autonómica y una persona experta del campo de la investigación. Estas entrevistas sistémicas además han ayudado a identificar otras personas informantes clave y experiencias de referencia. En tercer lugar, a partir de los resultados de estas primeras entrevistas, se han elaborado los guiones semiestructurados de las entrevistas en profundidad a informantes clave de la política: profesionales locales y del gobierno autonómico con responsabilidades en el SAD.

Por último, se han organizado dos grupos de discusión que tenían por objetivo recoger información y valoraciones de personas clave en relación con el funcionamiento del SAD, las posibles dificultades en la implementación y propuestas de mejora o cambio en el futuro. Además de obtener información cualitativa valiosa, la intención del enfoque grupal es contrastar ideas e informaciones entre los distintos agentes y, específicamente, las principales conclusiones del análisis cuantitativo. Este contraste ha sido de enorme interés para comprender algunas dinámicas y relaciones causales que emergían como significativas en el análisis cuantitativo.

Los grupos de discusión se han organizado y definido a partir de tres fases:

- a) Diseño: Se han establecido dos grupos de discusión sobre el Servicio de Atención Domiciliaria con 6-8 personas escogidas a partir de unos criterios de selección para obtener una muestra plural de Áreas Básicas de Servicios Sociales (ABSS).
- b) Formación y funcionamiento del grupo: Se han realizado los contactos previos y se han realizado los dos grupos de discusión de una duración de hora y media cada uno. Los grupos se han conducido a partir de un guión abierto con el objetivo de contrastar las principales líneas de investigación. Se han mostrado algunos de los resultados más relevantes del análisis cuantitativo para contrastar su posible validez y encontrar factores explicativos.
- c) Análisis e interpretación de los resultados: se han transcrito los grupos de discusión y se han ordenado la información por temáticas y en función del acuerdo o disenso que suscitaban los temas clave.

En cuanto a los criterios de selección de las personas participantes en los grupos focales, se consideró organizar dos grupos en función del tamaño poblacional de las Áreas Básicas de Servicios Sociales. La prestación del SAD presenta particularidades en función de las características del municipio, especialmente el número de población. Uno de los criterios para organizar los grupos de discusión ha sido por la población que comprenden las ABSS y los municipios o municipio que la conforman y, en segundo lugar, se incluyeron otras variables para lograr una selección lo más plural posible: básicamente, intensidad y cobertura del SAD y considerando también otras variables sociodemográficas como el grado de envejecimiento. El primer grupo de discusión estaba conformado por pequeños municipios y, por tanto, con la característica común de estar situados en entornos rurales o de montaña y con baja densidad poblacional. El segundo grupo de discusión concentraba municipios grandes y medianos con características también diversas.

En los grupos de discusión han participado las personas coordinadoras de las ABSS que tienen responsabilidades con diversas denominaciones (coordinadora de SAD, jefe de servicios sociales, dirección técnica o gerente). En total son 105 ABSS cuyas coordinaciones tienen alto predominio de mujeres, el 83 %, puesto que sólo 18 hombres asumen esta responsabilidad. En los grupos de discusión participaron 14 responsables locales, 13 mujeres y un hombre.

En total se realizaron ocho entrevistas en profundidad entre octubre y diciembre de 2021 y dos grupos de discusión, realizados en enero y febrero de 2022, en los que participaron un total de catorce personas. Para el tratamiento de los datos cualitativos se ha utilizado el programa Atlas.ti y se ha codificado la información por ámbitos temáticos relacionados a las preguntas de evaluación.

En la tabla a continuación se muestran los perfiles de las personas entrevistadas y los grupos de discusión así como el código de las citas incorporadas en el artículo.

| Entrevista/Grupo de discusión | Código | Perfil | N.º de personas |
|-------------------------------|--------|--|-----------------|
| Entrevista 1 | E1 | Persona experta ámbito académico | 1 |
| Entrevista 2 | E2 | Persona experta Generalitat de Catalunya (trayectoria profesional en servicios sociales) | 1 |
| Entrevista 3 | E3 | Persona experta ámbito local Dirección servicios sociales | 1 |
| Entrevista 4 | E4 | Profesional Generalitat de Catalunya. Dirección General de Servicios Sociales | 1 |
| Entrevista 5 | E5 | Coordinación ABSS | 1 |
| Entrevista 6 | E6 | Coordinación ABSS | 1 |
| Entrevista 7 | E7 | Coordinación ABSS | 1 |
| Entrevista 8 | E8 | Coordinación ABSS | 1 |
| Grupo de discusión 1 | GD1 | «Municipios Pequeños». Coordinación ABSS | 6 |
| Grupo de discusión 2 | GD2 | «Municipios grandes». Coordinación ABSS | 8 |

En cuanto al *análisis cuantitativo*, se han tomado como referencia las variables de cobertura e intensidad del servicio de las dos modalidades del SAD y aquellos datos sociodemográficos, de servicios y de contexto de las entidades locales que podrían ser explicativos de la variabilidad territorial del SAD. Así se han recogido variables, siempre que ha sido posible a escala de ABSS, vinculadas a los factores de demanda y factores de oferta y para su análisis se ha utilizado el programa estadístico R. Todos los factores están medidos anualmente y para cada ABSS.

Aquí se exponen los descriptivos de las variables dependientes:

| Variable | Definición | N | Media | Desviación estándar |
|--|--|-----|-------|---------------------|
| % cobertura SAD Social | % de personas que reciben SAD social/dependencia entre la población total | 732 | 0,45 | 0,49 |
| % cobertura SAD Dependencia | | 716 | 0,36 | 0,23 |
| % cobertura SAD sobre población mayor de 65 años | % de personas que reciben SAD social/dependencia entre la población mayor de 65 años | 801 | 3,48 | 2,14 |
| Intensidad semanal SAD Social (horas) | Número de horas de provisión del SAD social/dependencia entre número de personas cubiertas | 681 | 1,61 | 0,85 |
| Intensidad semanal SAD Dependencia (horas) | | 679 | 2,91 | 0,92 |

Y los descriptivos de las variables independientes:

| Variable | Definición | N | Media | Desviación estándar |
|--|--|-----|-------|---------------------|
| Población de 65 años o más | % población mayor de 65 años sobre el total de población | 831 | 17,56 | 3,16 |
| Población de 75 años o más que vive sola | % población de 75 años o más que vive sola sobre el total de población | 824 | 27,44 | 4,04 |

| Variable | Definición | N | Media | Desviación estándar |
|---|--|-----|-------|---------------------|
| Mujeres mayores de 65 años | % de mujeres mayores de 65 años sobre el total de población mayor de 65 años | 831 | 50,02 | 1,06 |
| Personas con discapacidad | % personas con discapacidad sobre el total de población | 671 | 6,69 | 1,73 |
| Inmigración | Proporción de población nacida en países en vías de desarrollo sobre el total de población | 824 | 11,64 | 5,25 |
| Nivel educativo | Población de 17 años escolarizada según lugar de residencia, sobre el total de la población de 17 años | 824 | 81,75 | 7,21 |
| Prestaciones de ayuda al alquiler | Número de hogares que reciben prestaciones de ayuda al alquiler sobre el total de hogares | 831 | 1,63 | 1,18 |
| Ayuda alimentaria | Número de personas que reciben ayuda alimentaria sobre toda la población | 824 | 3,88 | 2,70 |
| Expedientes informativos y de riesgo de infancia y adolescencia | Número de expedientes informativos y de riesgo de infancia y adolescencia por cada 10.000 habitantes | 831 | 6,27 | 4,27 |
| Copago | Existencia de copago NO/SÍ | 812 | 0,72 | 0,45 |
| Densidad | Población sobre superficie, en km ² | 831 | 2.544 | 4.007 |
| Zona de montaña | % población del ABSS que vive en una zona de montaña | 831 | 0,03 | 0,13 |
| Residencias para personas mayores | existencia de plazas en residencias para personas mayores, NO/SÍ | 831 | 0,99 | 0,10 |
| Centros de día para personas mayores | existencia de plazas en centros de día para personas mayores, NO/ SÍ | 831 | 1,00 | 0,00 |
| Centros o residencias hogar para personas con discapacidad | existencia de plazas en centros o hogar residencias para personas con discapacidad, NO/ SÍ | 831 | 0,41 | 0,49 |
| Centros de atención especializada para personas con discapacidad (diurno) | existencia de plazas en centros de atención especializada para personas con discapacidad, NO/ SÍ | 831 | 0,33 | 0,47 |
| Centros ocupacionales para personas con discapacidad | existencia de plazas en centros ocupacionales para personas con discapacidad NO/ SÍ | 831 | 0,75 | 0,43 |
| Ingresos totales | Ingresos totales del ABSS, en millones de euros | 831 | 88,32 | 251,13 |
| Gasto social | % de ingresos destinados a la partida de gasto «servicios sociales y promoción social» | 830 | 0,06 | 0,03 |
| Pasivos financieros | % pasivos financieros sobre el total de ingresos | 825 | 0,10 | 0,05 |

El tipo de gestión del servicio en las Áreas Básicas de Servicios Sociales, externalizada o directa, según la media en el período analizado (2012-2019).

| Tipo de gestión | Porcentaje |
|-------------------|--------------|
| Directa | 8 % |
| Indirecta total | 44 % |
| Indirecta parcial | 40 % |
| N. A. | 8 % |
| Total | 100 % |

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adelantado, J. (ed.) (2000). *Cambios en el Estado de bienestar*. Icaria.
- Albertini, M. y Pavolini, E. (2015). Unequal Inequalities: The Stratification of the Use of Formal Care Among Older Europeans. *The Journals of Gerontology: Series B*, 72(3), 510-521. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv038>
- Arriba González de Durana, A. y Moreno Fuentes, F. J. (2009). *El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales – Imsero.
- Comisión Europea (2022, 7 de septiembre). *Proposal for a council recommendation on access to affordable high-quality long-term care*. COM(2022) 441 final 2022/0264. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=COM:2022:0441:FIN>
- De Quintana Medina, J. (2021, noviembre). *La perspectiva de gènere en l'avaluació de polítiques públiques* [Guia práctica, 18. Col·lecció Ivàlua Guies pràctiques sobre avaluació]. Instituto Catalán de Evaluación de Políticas Públicas – Ivàlua. <https://ivalua.cat/sites/default/files/inline-files/Guia%20pr%C3%A0ctica%2018.%20-%20La%20perspectiva%20de%20g%C3%A8nere%20a%20l'E2%80%99avaluaci%C3%B3%20de%20pol%C3%ADtiques%20p%C3%BAbliques%20CAT.pdf>
- Diputació de Barcelona (2022a). *Diagnosi dels serveis de cures d'entorn domiciliari i comunitari. Context sociodemogràfic, característiques i tendències dels serveis a la província de Barcelona*. Diputació de Barcelona. https://llibreria.diba.cat/es/libro/diagnosi-dels-serveis-de-cures-d-entorn-domiciliari-i-comunitari_66781
- Diputació de Barcelona (2022b). *Informe de recomanacions per als ens locals cap a un nou sistema públic de cures en la comunitat Fòrum de Persones Expertes en Cures*. Diputació de Barcelona.
- FEMP (2015). *La situació del serveio de ajuda a domicili en el àmbito local y perspectivas de futuro*. Federación Española de Municipios y Provincias – FEMP.
- Floridi, G., Carrino, L. y Glaser, K. (2021). Socioeconomic Inequalities in Home-Care Use Across Regional Long-term Care Systems in Europe. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(1), 121-132. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa139>
- Generalitat de Catalunya (2021a). *Memòria del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies 2020*. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. Disponible en: <https://dretssocials.gencat.cat/web/.content/01departament/07memories/2020/Memoria-DTSF-2020.pdf>
- Generalitat de Catalunya (2021b). *Promoció de l'autonomia i de l'atenció a les persones amb suport de llarga durada a l'entorn comunitari a Catalunya: recomanacions per impulsar el nou model: informe executiu* [Col·lecció Papers, núm. 32]. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. Disponible en: https://dixit.gencat.cat/ca/detalls/Article/promocio_autonomia_atencio_persones_suport_llarga_durada_informe_executiu
- Generalitat de Catalunya (2021c). *II Pla Estratègic de Serveis Socials 2021-2024*. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. Disponible en: https://dixit.gencat.cat/ca/detalls/Article/pla_estrategic_serveis_socials_2021_2024
- Generalitat de Catalunya y Fundació Avedis Donabedian (2021d). *Avaluació de l'atenció integrada social i sanitària a l'entorn domiciliari*. Disponible en: <https://dretssocials.gencat.cat/web/.content/01departament/05plansactuacio/avaluacions/1.2-Atencio-integrada-social-i-sanitaria-estudi-situacional.pdf>
- Generalitat de Catalunya (2022a). *Atenció integral social i sanitària. Conceptualització*. Generalitat de Catalunya. Disponible en: <https://salutweb.gencat.cat/web/.content/aiss/docs/aiss-conceptualitzacio.pdf>
- Generalitat de Catalunya (2022b). *Model d'atenció integrada social i sanitària a l'entorn domiciliari*. Departament de Salut i Departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya. Disponible en: <https://salutweb.gencat.cat/web/.content/aiss/docs/domiciliaria/model-aiss-entorn-domiciliari.pdf>
- Martí, M. y Rosetti, N. (2021). Construir ciudadanía a lo largo de la vida: nuevas aproximaciones de las políticas públicas al envejecimiento. En G. Ubasart y R. Gomà (coords.), *Vidas en transición. (Re)construir la ciudadanía social*. Editorial Tecnos.

- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2023). *Marco estratégico de la desinstitucionalización para una buena vida en comunidad*. Secretaría de Estados de Derechos Sociales. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. <https://estrategiadedesinstitucionalizacion.gob.es/wp-content/uploads/2023/07/Marco-Estrategico-de-la-desinstitucionalizacion-final-ok.pdf>
- Moreno-Colom, S. (2021). Construyendo comunidad desde lo público: el caso de las Superilles Socials. *Revista Española de Sociología*, 30(2), artículo a27. <https://doi.org/10.22325/fes/res.2021.27>
- Navarro-Varas, L., Gómez, N., Fusté, P. y Porcel, S. (2020). *Polítiques locals de cura i atenció a l'envelliment*. Institut Metròpoli. Disponible en: <https://iermb.uab.cat/ca/estudi/politiques-locales-de-cura-i-atencio-a-lenvelliment-una-mirada-metropolitana/>
- Navarro, V. y Pazos Morán, M. (coords.) (2020, 15 de junio). *El cuarto pilar del estado del bienestar* [informe de la Comisión Para la Reconstrucción Social y Económica. Congreso de los Diputados]. Public Policy Center, UPF. Disponible en: <https://www.upf.edu/documents/3943251/0/INFORME+-+4%C2%BA+Pilar+del+Estado+del+Bienes+tar/80828c07-ae14-8419-2225-f18c2744fb93>
- Pelegrí, X. (2010). *El sistema català de serveis socials (1977-2007): cultura i política* [Col·lecció Serveis Socials, núm. 1]. Departament d'Acció Social i Ciutadania de la Generalitat de Catalunya. Disponible en: https://dixit.gencat.cat/ca/detalls/Article/Sistema_catala_de_serveis_socials_1977_2007
- Rodríguez Cabrero, G. (2005). La protección social de las personas dependientes como desarrollo del estado de bienestar en España. *Panorama social*, (2), 21-33. https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS_PS/002art03.pdf
- Rodríguez Cabrero, G. y Marbán Gallego, V. (coords.) (2022, septiembre). *Informe de Evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención de las Personas en Situación de Dependencia (SAAD)*. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Disponible en: https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/inclusion/docs/estudio_evaluacion_saad_completo.pdf
- Rosetti, N. y Pablo, R. (2023). Las ciudades europeas ante el reto del envejecimiento: fortalecer políticas urbanas y agenda social. *Revista Desacatos*, (72), 138-153, Disponible en: <https://desacatos.ciesas.edu.mx/index.php/Desacatos/article/view/2678/1697>
- Sanz, J. (2011). *La metodología cualitativa en l'avaluació de polítiques públiques* [Guia pràctica 8. Col·lecció Ivàlua de guies pràctiques sobre avaluació de polítiques públiques]. Instituto Catalán de Evaluación de Políticas Públicas – Ivàlua. Disponible en: https://ivalua.cat/sites/default/files/2019-10/11_04_2011_10_41_12_Guia8_MetodologiaQualitativa.pdf
- Ubasart, G., y Gomà, R. (coords.) (2021). *Vidas en transición. (Re)construir la ciudadanía social*. Editorial Tecnos.
- Varela Merino, B. (2023). Dirección y evaluación de políticas públicas en base a la evidencia: ¿dónde se encuentra la Administración General del Estado? *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*, (32), 28-44. <https://doi.org/10.24965/gapp.11013>