



Ajuntament
de Barcelona

Estratègia de suport a les persones
que cuiden familiars malalts i/o dependents
a la ciutat de Barcelona
2019-2024

B
BC
BN

ÍNDEX

1. Introducció	3
2. Aproximació a la realitat de les persones cuidadores de familiars de Barcelona	5
3. Procés participatiu de recollida de propostes i elaboració de l'Estratègia	15
3.1. Primera fase: recull i anàlisi dels treballs previs	17
3.2. Segona fase: metodologia per a l'elaboració de l'Estratègia	19
4. Estratègia de suport a les persones que cuiden familiars malalts i/o dependents a la ciutat de Barcelona 2019-2024	22
4.1. Marc conceptual: el treball de cures i la salut de les persones cuidadores de familiars a Barcelona (ASPB)	22
4.2. Principis orientadors	32
4.3. Visió	33
4.4. Eixos estratègics	33
5. Execució de l'estratègia	42
5.1. Projectes tractor	42
5.2. Plans de millora (RAISE) en els àmbits d'actuació prioritàris: atenció primària social i sanitària, hospitals i altres entorns sanitaris, i barris i serveis de proximitat	45
5.3. Governança, seguiment i avaluació	51
5.4. Vigència i temporalització 2019-2024	52
6. Referències bibliogràfiques	55
7. Relació de persones que formen part de la Xarxa pel Suport a les Famílies Cuidadores, Comissió Coordinadora de l'Estratègia i persones entrevistades	60

1. INTRODUCCIÓ

L'**Estratègia de suport a les persones que cuiden familiars malalts i/o dependents a la ciutat de Barcelona 2019-2024** neix en el marc de les polítiques de salut de l'Ajuntament de Barcelona des d'una anàlisi compartida entre institucions i entitats, amb l'objectiu de dotar la ciutat d'un marc de referència comú sobre els reptes que cal abordar per aconseguir que totes les persones que cuiden familiars malalts i/o dependents de forma no remunerada rebin el reconeixement que mereixen i el suport que necessiten.

Aquesta Estratègia ha estat promoguda per la Xarxa pel suport a les famílies cuidadores (XSFC), un partenariat institucional entre institucions de la ciutat i entitats de persones afectades per algun tipus de malaltia i els seus familiars. Aquesta xarxa treballa, des de fa més de deu anys, dins del marc de l'Acord Ciutadà per una Barcelona Inclusiva, amb la finalitat de difondre els seus drets i fer-los presents en les polítiques de salut i socials, i sensibilitzar la societat sobre la tasca que porten a terme.

Es tracta d'una Estratègia alineada amb les polítiques municipals i amb les tasques d'altres institucions de salut, com l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) i el Consorci Sanitari de Barcelona (CSB). S'inscriu en el marc de la Mesura de Govern per una Democratització de la Cura 2017-2020, que recull iniciatives per situar les cures com un aspecte fonamental de les polítiques econòmiques, no només perquè totes les persones seran cuidades i/o cuidaran en algun moment de la seva vida, sinó perquè l'envelliment progressiu de la població fa pensar que aquesta necessitat augmentarà i és convenient preveure-ho amb antelació. Respon també a l'Estratègia de Inclusió i Reducció de Desigualtats 2017-2027, que té com una de les seves fites "Garantir que cap dona ni cap home s'hagi d'ocupar en solitari d'una persona gran o discapacitada amb necessitat de cura".

Les cures són un element central del benestar, són essencials en el funcionament de les societats, un fil vertebrador de la vida social i econòmica, i tenen un impacte en la vida de les persones i en la seva salut. Per això, l'elaboració de l'Estratègia assenta les seves bases d'acord amb l'informe *Benestar i salut de les persones cuidadores de familiars a Barcelona* (ASPB, 2018). En aquest informe es presenta el marc conceptual de la relació entre el treball de cures i una descripció de l'estat de salut de les persones cuidadores de familiars a Barcelona –ja sigui perquè aquestes es troben al final del cicle vital, pateixen malalties o perquè presenten algun tipus de diversitat funcional– i de la generació de desigualtats en salut en l'àmbit poblacional. L'informe també fa una comparació de les persones cuidadores respecte

a qui no cuida, en relació amb les seves característiques sociodemogràfiques, la situació laboral i l'estat de salut, en base a les dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona de 2016. Segons aquestes dades, al voltant d'un quart de la població barcelonina s'ocupa de forma no remunerada o informal del treball de cures de persones amb problemes de salut, una edat avançada o una situació de dependència o limitació funcional. La major responsabilitat de treball de cures es relaciona amb un menor suport social, pitjor estat de salut percebut, majors proporcions de patiment psicològic i d'un descans insuficient.

D'acord amb aquest context, el Comissionat de Salut i Diversitat Funcional de l'Ajuntament de Barcelona ha impulsat l'Estratègia, elaborada a partir d'un ampli procés participatiu. En aquest procés ha estat fonamental la contribució dels agents implicats en la tasca de cuidar a una persona malalta i/o dependent, ja sigui des del punt de vista de les persones cuidadores, com dels/de les representants d'entitats de persones que pateixen alguna malaltia i de professionals de l'àmbit social i de salut. Així mateix, s'han tingut en compte les propostes d'altres sectors, que han enriquit els processos participatius d'acord amb la visió transversal de la cura.

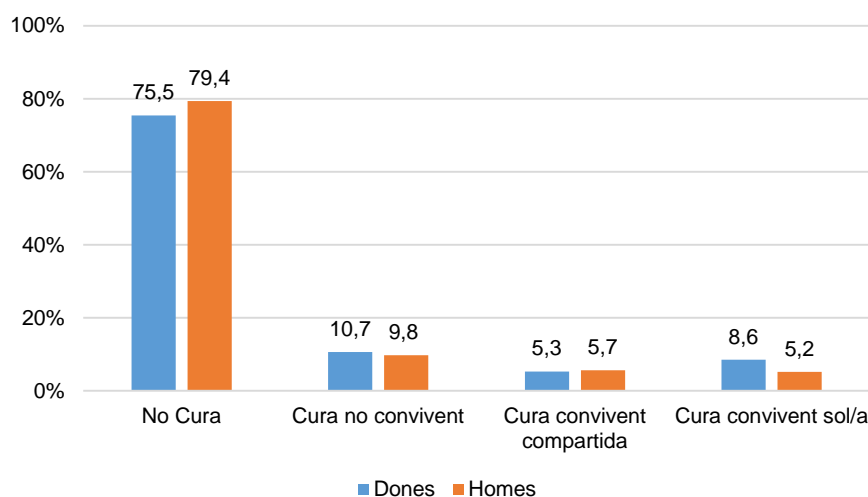
L'Estratègia que presentem contempla els objectius i els eixos fonamentals que orienten l'acció dels propers anys per millorar el benestar de les persones que cuiden familiars malalts i/o dependents de forma no retribuïda.

2. APROXIMACIÓ A LA REALITAT DE LES PERSONES CUIDADORES DE FAMILIARS DE BARCELONA

Característiques sociodemogràfiques

Segons les dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona (ESB) de l'any 2016, al voltant d'una de cada quatre dones barcelonines i un de cada cinc homes barcelonins s'ocupa de forma no remunerada o informal del treball de cures de familiars que requereixen una dedicació especial per problemes de salut, derivats d'una edat avançada o d'estar en una situació de dependència o limitació funcional (figura 1). Les xifres són més elevades que en altres estudis, ja que s'ha inclòs el treball de cures de persones amb qui no es conviu, el qual representa una mica menys de la meitat del total del treball de cures. En aquest informe, a més de tenir en compte aquestes persones que cuiden sense conviure, es diferencia entre les que sí conviuen amb la persona cuidada, segons si s'encarreguen soles de la cura o reparteixen el treball amb algú altre. Les dones són les principals encarregades de la responsabilitat de cura, tant dins com fora del domicili.

Figura 1. Distribució de la població de Barcelona segons tinguin o no cura de persones amb necessitats especials d'atenció, tipus de convivència i sexe

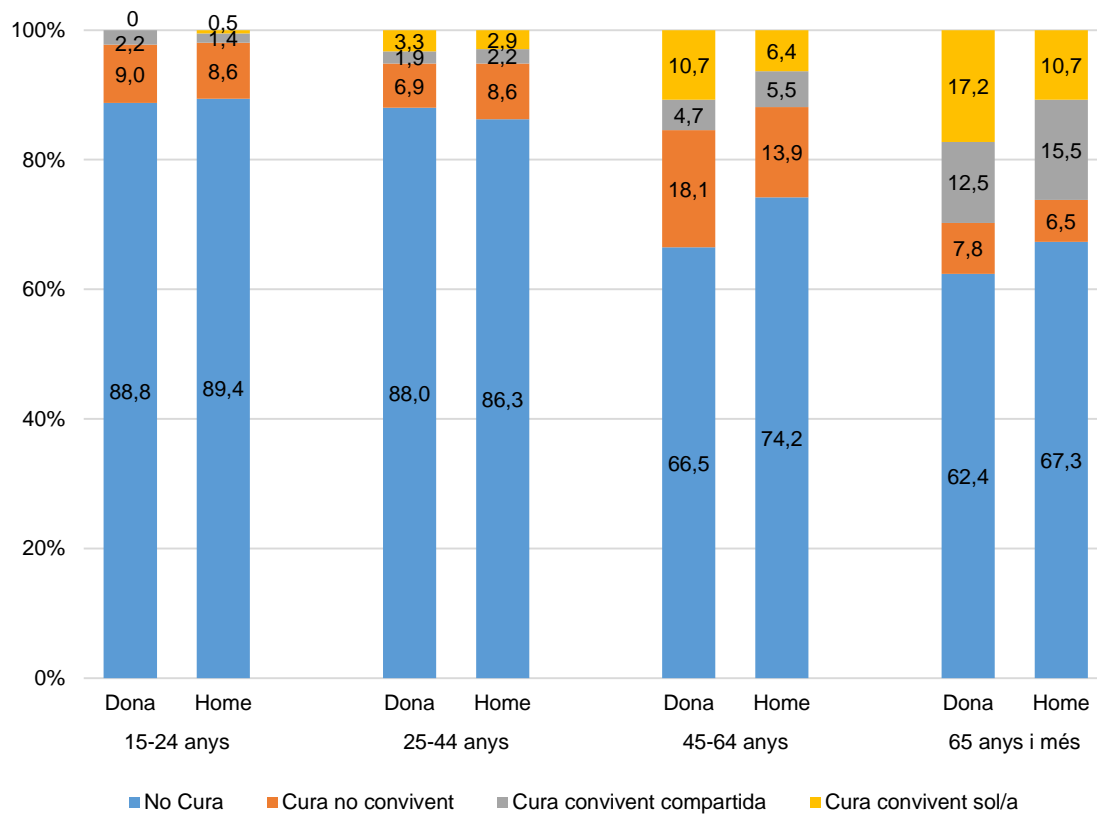


Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2016. Agència de Salut Pública de Barcelona

Entre les persones que conviuen amb algú amb necessitats especials d'atenció, destaca el grup de dones que s'ocupen en solitari del treball de cures (8,6% de les dones barcelonines). Els homes tendeixen més a compartir el treball de cures; el percentatge d'homes que comparteixen el treball de cures de la persona amb qui conviuen és lleugerament superior al de les dones (5,7% i 5,3%, respectivament).

Per grups d'edat, a la figura 2 es pot veure com a mesura que les persones es fan més grans augmenta la proporció de cuidadores.

Figura 2. Distribució de la població de Barcelona per grups d'edat segons tinguin o no cura de persones amb necessitats especials d'atenció, tipus de convivència i sexe



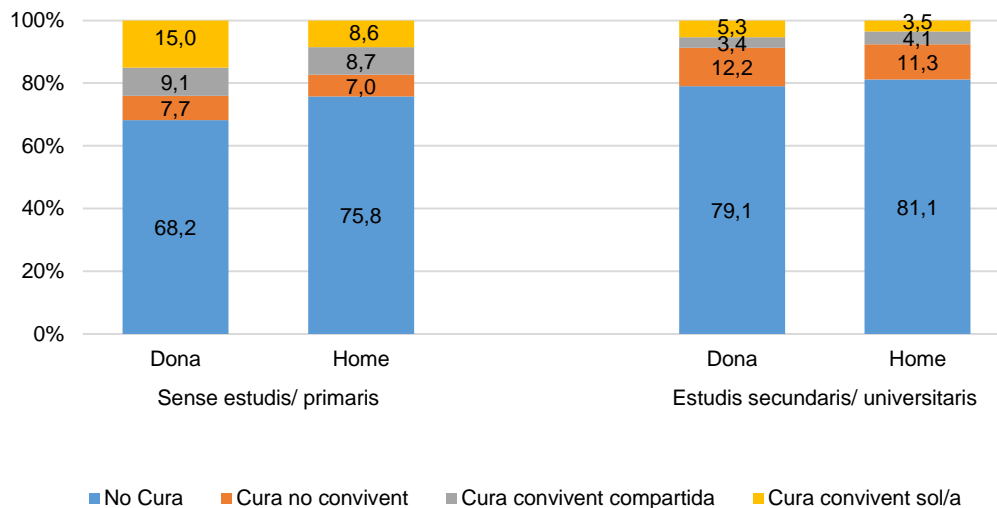
Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2016. Agència de Salut Pública de Barcelona

Els grups d'edat més joves, fins als 45 anys, s'encarreguen menys del treball de cures, amb poques diferències per sexe. Les persones d'entre 45 i 64 anys són qui més s'encarreguen del treball de cures fora del domicili (el 18,1% i el 13,9% de les dones i dels homes d'aquest grup, respectivament); i el grup de persones de 65 anys i més és l'únic on el treball de cures es realitza majoritàriament dins del propi domicili.

Les diferències entre les dones i els homes en el treball de cures comencen a partir dels 45 anys, i tant la proporció global de dones que se n'encarreguen com la de dones que ho fan específicament al mateix domicili en solitari és més gran (el 10,7% de les dones de 45 a 64 anys i el 17,2% de les dones de 65 anys i més fan treball de cures en solitari, front al 6,4% i 10,7% dels homes, respectivament).

Per nivell d'estudis, la figura 3 mostra com la proporció de persones que s'ocupen del treball de cures és major entre les que tenen un menor nivell educatiu.

Figura 3. Distribució de la població de Barcelona per nivell d'estudis segons tinguin o no cura de persones amb necessitats especials d'atenció, tipus de convivència i sexe



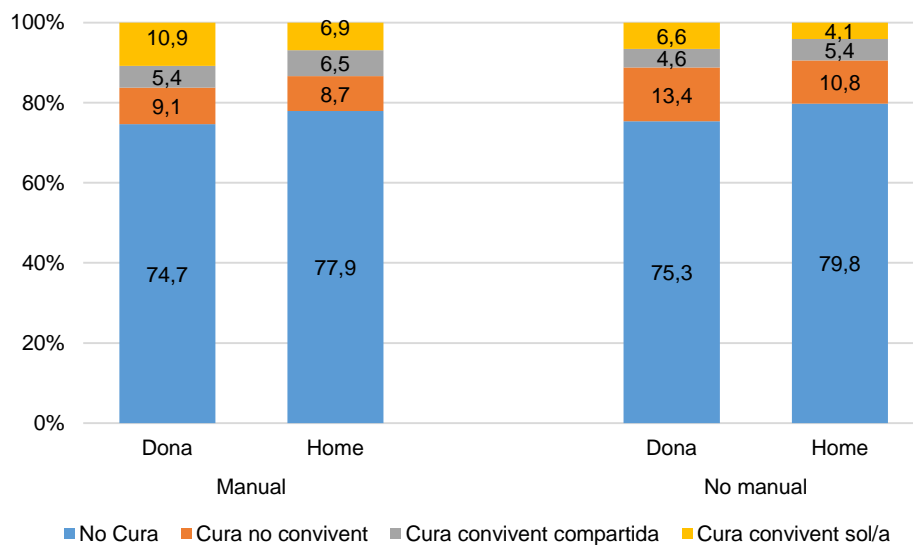
Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2016. Agència de Salut Pública de Barcelona

Es continuen veient diferències de gènere, les quals són més pronunciades entre les persones de menor nivell d'estudis. Així, el 31,8% de les dones i el 24,2% dels homes sense estudis o amb estudis primaris tenen cura d'altres persones, front al 20,9% de les dones i el 18,9% dels

homes amb estudis secundaris o universitaris, respectivament. A més, cal destacar que les persones amb un nivell d'estudis més alt tendeixen a encarregar-se més del treball de cures fora del domicili, i que el grup que amb més proporció s'encarrega del treball de cures en solitari dintre del propi domicili són les dones sense estudis o amb estudis primaris (el 15%).

Les diferències globals de classe social tendeixen a desaparèixer en analitzar per classe social (vegeu la figura 4); no obstant això, en analitzar en detall el repartiment del treball de cures, es veuen els mateixos resultats que en el nivell educatiu. Així, són les persones de classe social manual les que s'encarreguen del treball de cures al propi domicili, especialment les dones i en solitari, mentre que les persones de classes socials no manuals s'encarreguen en major proporció de la cura fora del propi domicili.

Figura 4. Distribució de la població de Barcelona per classe social segons tinguin o no cura de persones amb necessitats especials d'atenció, tipus de convivència i sexe

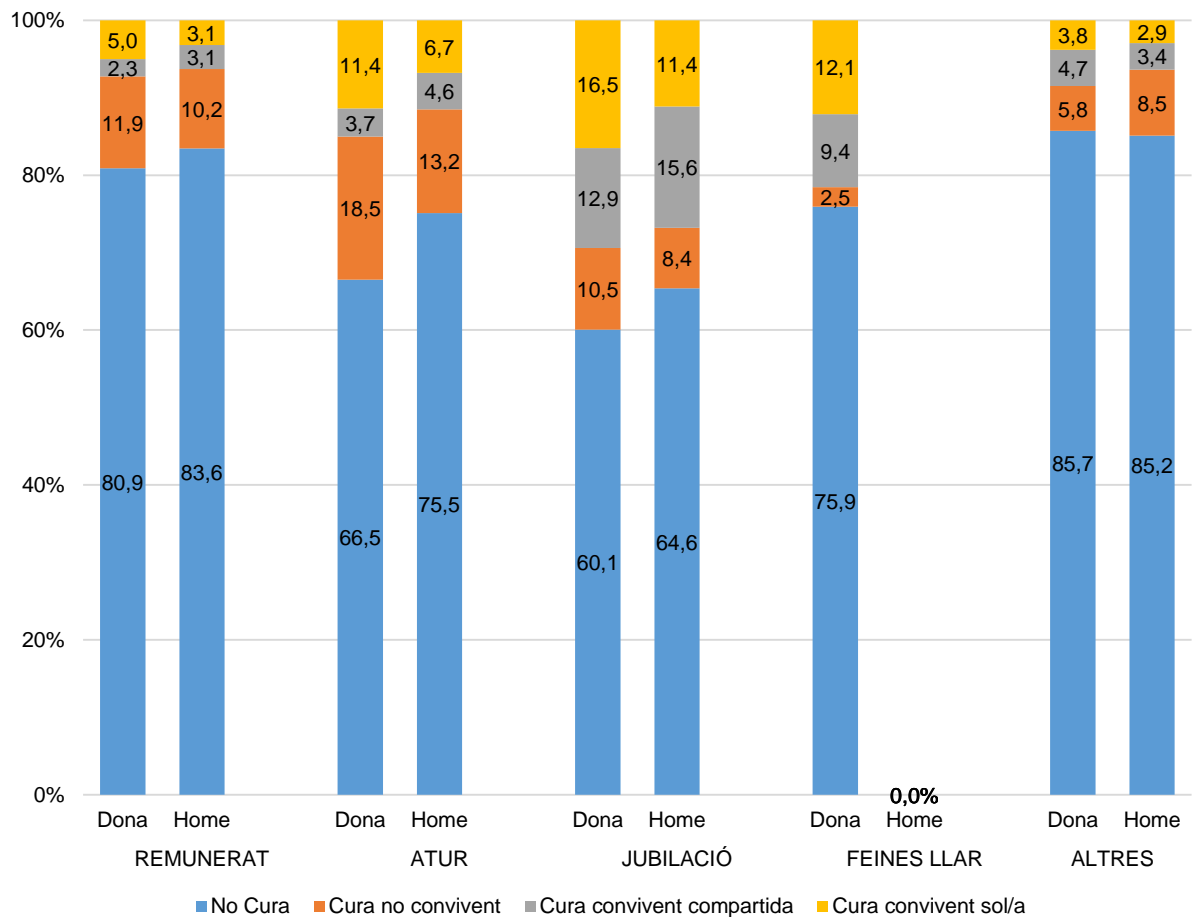


Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2016. Agència de Salut Pública de Barcelona

Segons la situació laboral, es pot veure a la figura 5 com són les persones que es troben a la jubilació les que es dediquen més al treball de cures (el 39,9% de les dones i el 35,4% dels homes). No obstant això, les persones amb un treball remunerat, i en major proporció les que es troben en situació d'atur, també es dediquen al treball de cures. El grup de persones a l'atur és el que es dedica en major proporció al treball de cures de persones fora del domicili (el

18,5% de les dones i el 13,2% dels homes). Independentment de la situació laboral, a tots els grups s'observen diferències de gènere en major o menor proporció. Així, en tots els grups les dones tendeixen a dedicar-se més al treball de cures i a fer-ho a la pròpia llar en solitari. Cal destacar que a la mostra de l'enquesta no hi ha homes que declarin dedicar-se en exclusiva al treball domèstic.

Figura 5. Distribució de la població de Barcelona per situació laboral segons tinguin o no cura de persones amb necessitats especials d'atenció, tipus de convivència i sexe

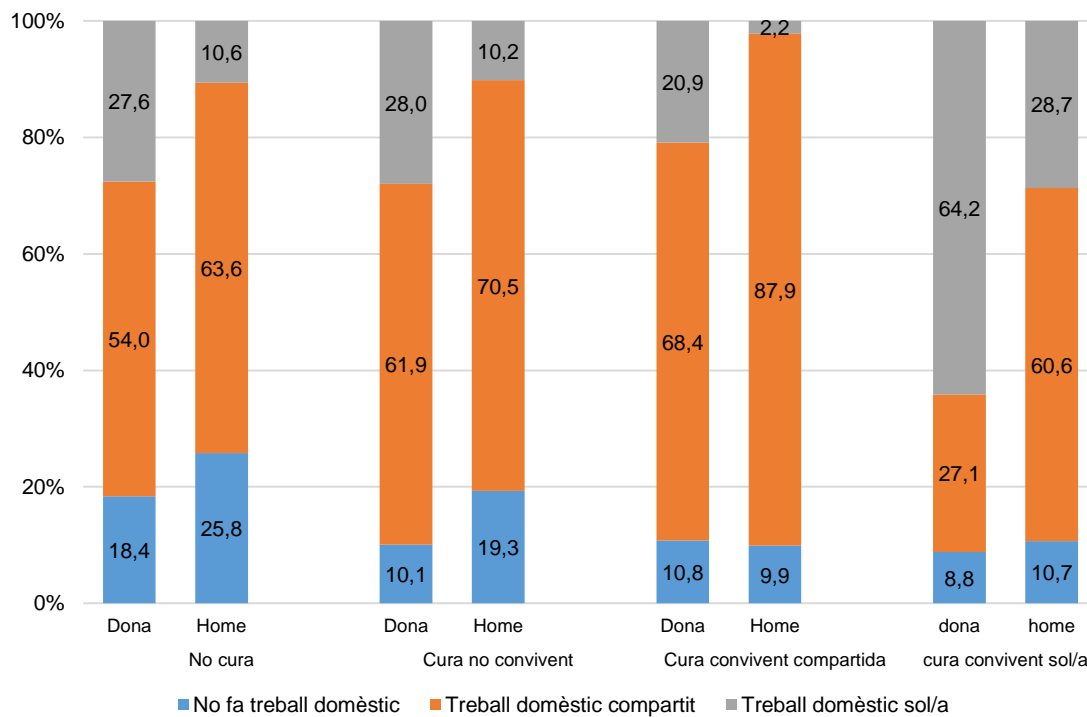


Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2016. Agència de Salut Pública de Barcelona

En aquest sentit, la figura 6 mostra la relació entre el treball de cures i la resta del treball domèstic. Com es pot veure, les dones continuen sent les principals responsables del treball

domèstic. Així, cal destacar que un de cada dos homes de Barcelona no fan treball domèstic, a excepció dels homes que es dediquen al treball de cures de persones convivents en solitari, on la xifra baixa a un de cada tres. A més, la gran majoria dels homes que sí dediquen una part del seu temps al treball domèstic comparteixen aquesta feina.

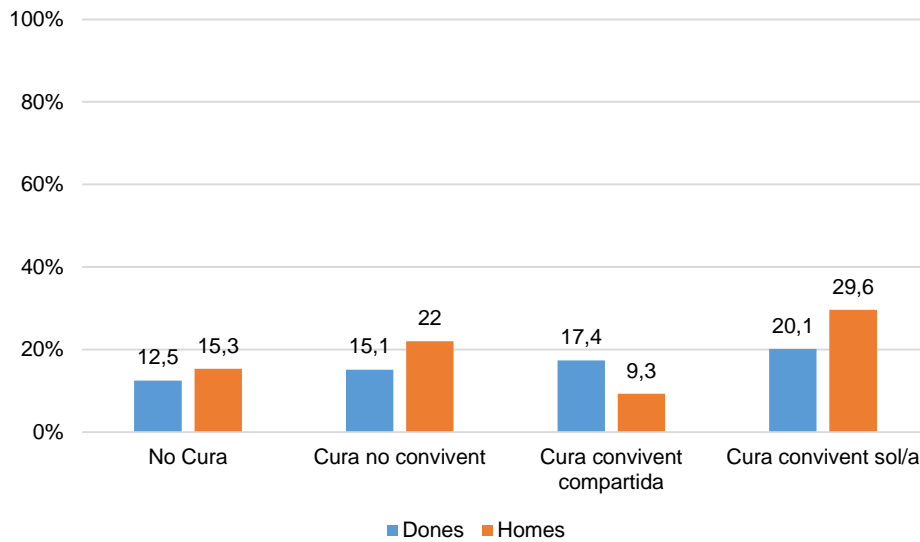
Figura 6. Distribució de la població de Barcelona segons dedicació al treball domèstic segons tinguin cura o no de persones amb necessitats especials d'atenció, tipus de convivència i dedicació, i sexe



Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2016. Agència de Salut Pública de Barcelona

A la figura 7 es pot veure com una major responsabilitat en el treball de cures es relaciona amb un menor suport social. En el cas de les persones que es dediquen en solitari al treball de cures a la seva pròpia llar, el baix suport es dona en el 20,1% de les dones i el 29,6% dels homes. Aquests gradients es trenquen només en el cas dels homes que comparteixen el treball de cures al domicili, els quals presenten el percentatge de baix suport social menor de tots els grups (9,3%).

Figura 7. Prevalències de baix suport social segons tinguin o no cura de persones amb necessitats especials d'atenció, tipus de convivència i sexe



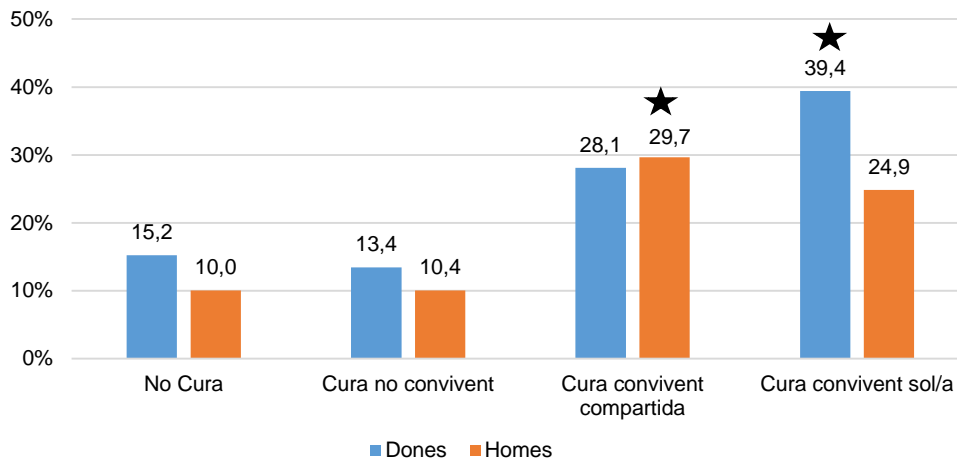
Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2016. Agència de Salut Pública de Barcelona

Estat de salut

Com es pot veure a la figura 8, la prevalença de mal estat de salut percebut és superior en dones que en homes per a tots els grups, tinguin o no responsabilitat del treball de cures. Les persones que s'encarreguen del treball de cures de convivents presenten amb major freqüència mal estat de salut percebut, percentatge que arriba al 39,4% en el cas de les dones que ho fan en solitari, més del doble del percentatge de les que no tenen responsabilitat de cures (15,2%).

No obstant, el treball de cures fora del domicili sembla no tenir el mateix efecte sobre el mal estat de salut percebut, ja que presenta xifres similars en les persones que no són cuidadores. En eliminar estadísticament l'efecte que poden tenir l'edat i el nivell educatiu sobre l'estat de salut percebut, els homes que fan treball de cures al propi domicili i les dones que ho fan en solitari continuen tenint un pitjor estat de salut percebut (marcat amb creu al gràfic).

Figura 8. Prevalències de mal estat de salut percebut segons tinguin o no cura de persones amb necessitats especials d'atenció, tipus de convivència i sexe

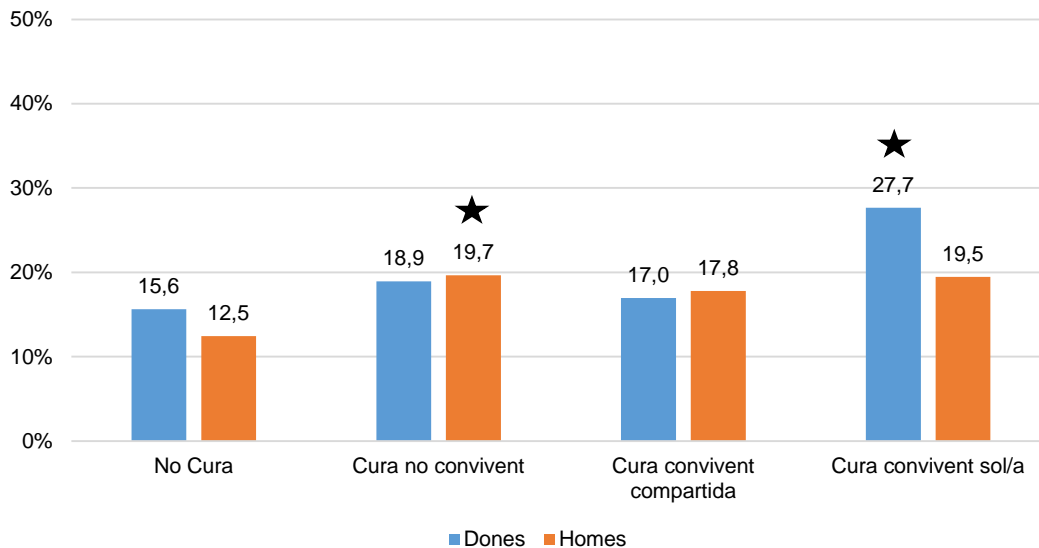


★ Estadísticament significatiu en ajustar-lo per edat i nivell educatiu

Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2016. Agència de Salut Pública de Barcelona

Respecte al patiment psicològic, en general també es poden veure percentatges més alts en les dones que en els homes (figura 9). Novament són les dones que cuiden en solitari al seu domicili les que presenten els percentatges més alts de risc de mala salut mental de tots els grups, el 27,7%. En aquest cas, les persones que cuiden fora del domicili sí sembla que veuen afectada la seva salut mental, fins al punt que en el cas dels homes és on el patiment psicològic presenta un percentatge més alt (19,7%). Si bé la cura sembla estar relacionada amb patiment psicològic en tots el grups de persones cuidadores, aquelles que comparteixen la cura semblen ser les menys afectades. Si es té estadísticament en compte l'efecte que l'edat i el nivell d'estudis pot tenir en el patiment psicològic, es pot veure com es continuen veient diferències, i els homes que fan treball de cures fora del seu domicili i les dones que ho fan en solitari continuen tenint més patiment psicològic (marcat amb creu al gràfic).

Figura 9. Prevalències de patiment psicològic segons tinguin o no cura de persones amb necessitats especials d'atenció, tipus de convivència i sexe

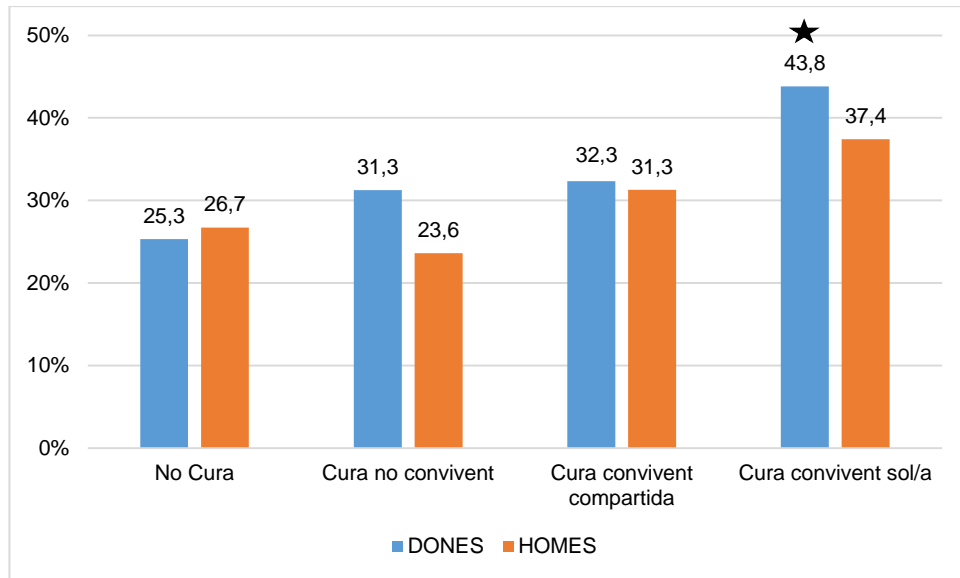


★ Estadísticament significatiu en ajustar-lo per edat i nivell educatiu

Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2016. Agència de Salut Pública de Barcelona

El descans diari és un determinant bàsic de la salut. La manca o els trastorns de la son s'associen a problemes com sobrepès (Gangwisch *et al.* 2005), diabetis (Shan *et al.* 2015), accidents (Uehli *et al.* 2014) o problemes cardiovasculars (Cappuccio *et al.* 2011). Es considera que una persona adulta necessita aproximadament entre 7 i 9 hores diàries de descans nocturn per recuperar-se i reposar tant físicament com emocionalment. A la figura 10 es pot veure que una de cada quatre persones que no cuiden dormen menys de 6 hores. En les dones aquestes xifres de manca de descans augmenten gradualment amb la responsabilitat de cura, i arriben al 45,3% entre les dones que cuiden en solitari. En el cas dels homes, són els que comparteixen la cura els que presenten el percentatge de son insuficient més alt, el 38,3%. Si es té estadísticament en compte l'efecte que l'edat i el nivell d'estudis pot tenir en el descans, només es continuen veient diferències en el cas de les dones que cuiden en solitari a la seva llar, les quals continuen descansant menys hores (marcat amb creu al gràfic).

Figura 10. Percentatges de persones que dormen menys de 6 hores al dia segons tinguin o no cura de persones amb necessitats especials d'atenció, tipus de convivència i sexe



★ Estadísticament significatiu en ajustar-lo per edat i nivell educatiu

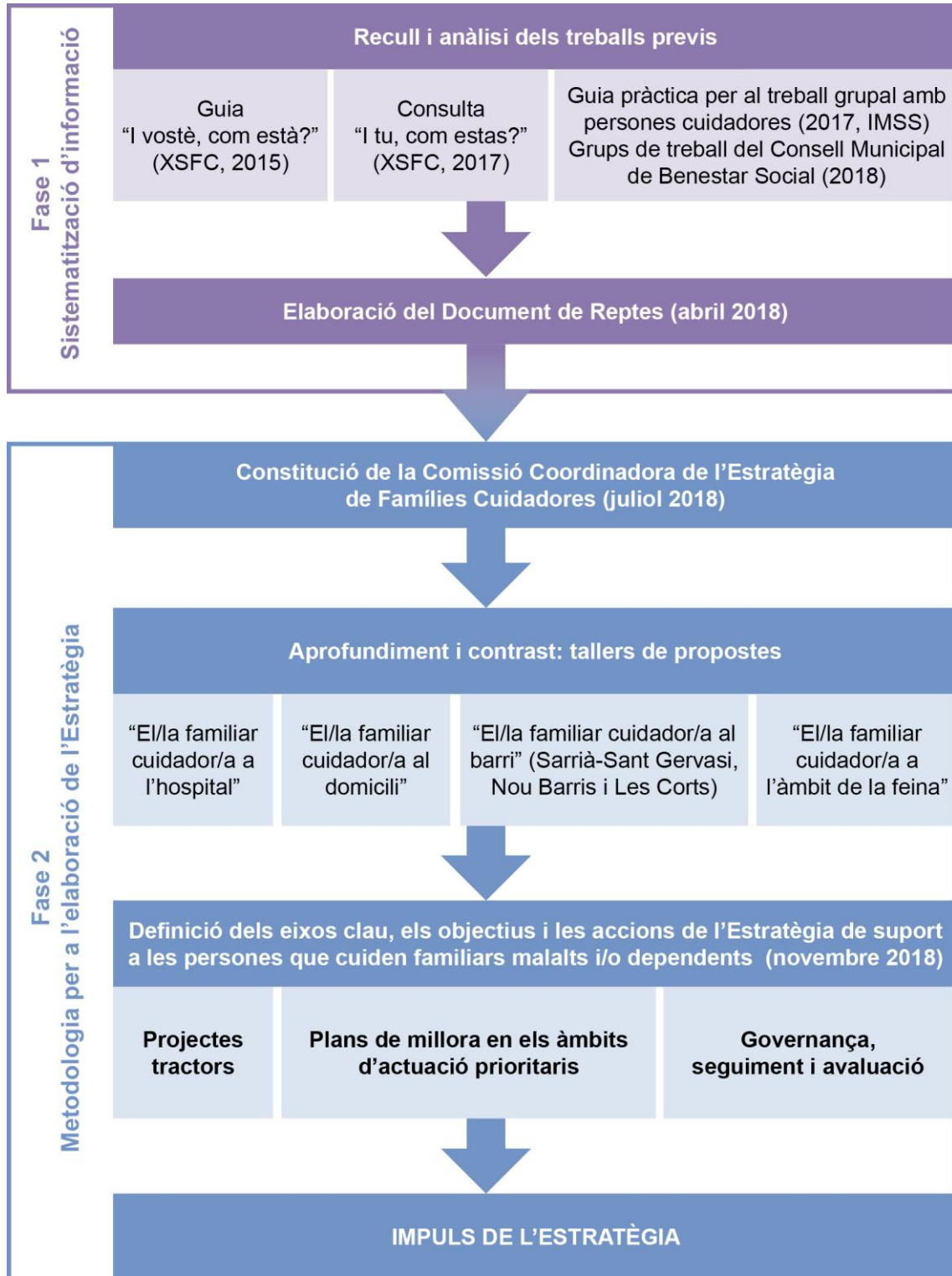
Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2016. Agència de Salut Pública de Barcelona

3. PROCÉS PARTICIPATIU DE RECOLLIDA DE PROPOSTES I ELABORACIÓ DE L'ESTRATÈGIA

Abordar les cures implica posar al centre de la reflexió el benestar de les persones. Per això hem fet un llarg recorregut en el qual ha participat una pluralitat de sectors relacionats amb la cura a les persones malaltes i/o dependents. A través d'aquest procés hem recollit necessitats i hem articulat propostes per millorar els reptes que s'han identificat.

Aquest procés queda resumit a la figura 11.

Figura 11. Esquema de les fases del procés d'elaboració de l'Estratègia de suport a les persones que cuiden familiars malalts i/o dependents a la ciutat de Barcelona 2019-2024



3.1. Primera fase: recull i anàlisi dels treballs previs

És la primera vegada que des de l'Ajuntament de Barcelona s'estableix una estratègia per abordar la situació de les persones cuidadores. Aquest procés d'elaboració, que formalment s'endega l'any 2018, no parteix de zero.

Així, l'Estratègia incorpora els continguts sorgits dels diferents processos previs de reflexió i participació impulsats per la Xarxa pel suport a les famílies cuidadores (XSFC), dels quals els més rellevants són la guia "I vostè, com està?" i la consulta "I tu, com estàs?". Altres processos que es tenen en compte són la Guia pràctica per al treball grupal amb persones cuidadores (IMSS) i la sessió celebrada amb els grups de treball del Consell Municipal de Benestar Social d'Envel·liment, de Famílies i de Salut.

Orientacions per als/a les professionals dels serveis socials i de salut: "I vostè, com està?" (2015)

El tracte i l'atenció que les persones cuidadores reben per part dels i de les professionals dels serveis socials i de la salut és una dimensió molt important en el suport d'aquestes persones.

Per aquesta raó, l'any 2015 la XSFC va impulsar una anàlisi entre professionals del treball social, la psicologia, la infermeria, la medicina i la gestió de serveis de suport, així com persones cuidadores, per aprofundir en la importància que les actituds i els missatges tenen quan aquests/es professionals es relacionen amb les persones cuidadores.

Fruit d'aquesta anàlisi es va elaborar la guia "I vostè, com està?" (2015), que es va presentar en una jornada que va servir per recollir les aportacions de 382 persones, que van orientar futures accions.

Aquest document és vigent entre els/les professionals de serveis socials i de la salut com a eina orientativa en el moment d'atenció a la persona cuidadora.

La consulta a les persones cuidadores de la ciutat: "I tu, com estàs?" (2017)

Aquest segon procés de consulta va endegar-se l'any 2017 amb el propòsit de conèixer de primera mà les experiències i les dificultats que experimenten les persones cuidadores en la seva vida professional, familiar i social, així com identificar les necessitats que han d'afrontar en la seva tasca quotidiana.

Amb la col·laboració de diferents entitats i organitzacions de l'àmbit de salut i social (centres de serveis socials, centres d'atenció primària de salut, farmàcies...), es van realitzar diverses trobades amb persones cuidadores que van servir per aprofundir en la seva realitat i per conèixer les seves necessitats. Aquestes trobades es van complementar amb la difusió d'un qüestionari *on-line* obert a tota la ciutadania, que van respondre més de 400 persones.

A més d'aquests dos grans processos, també es van recollir els resultats dels següents processos de consulta:

Guia pràctica per al treball grupal amb persones cuidadores

Guia pràctica per al treball grupal amb persones cuidadores, elaborada en el marc del procés d'impuls de l'atenció grupal (IMSS, 2017).

Els continguts de la guia són el resultat de les aportacions i l'intercanvi entre professionals de centres de serveis socials amb un coneixement significatiu dels grups de suport adreçats a les persones cuidadores. La guia recull i sistematitza el coneixement adquirit en aquesta experiència. També es suggerent i motivadora per a aquells/es professionals que es plantegen endegar nous grups de suport i contribuir a que les persones que cuiden familiars malalts i/o dependents puguin sentir-se més acompanyades i amb més suport en aquesta tasca.

Consell Municipal de Benestar Social: grups de treball Envel·liment, Famílies i Salut (2018)

En el marc del Consell Municipal de Benestar Social (CMBS) es va realitzar una sessió de treball on van participar els grups de treball Envel·liment, Famílies i Salut.

El propòsit d'aquesta sessió era facilitar un primer intercanvi i recollir la reflexió i les visions dels membres dels grups de treball sobre els principals reptes que l'Estratègia haurà d'aprofundir i abordar. Aquests elements d'anàlisi s'han tingut en compte durant l'elaboració de l'Estratègia.

Amb la sistematització d'aquests processos es va elaborar el **Document de reptes per a una Estratègia de ciutat per al suport a les persones que cuiden familiars malalts i/o dependents (2018)**, que ha estat el punt de partida per a l'elaboració del procés col·laboratiu per continuar orientant i definint les accions de l'Estratègia.

Aquest document base assenyala els següents **12 reptes** prioritaris, que han marcat la base per a tots els processos d'aprofundiment i contrast:

1. Facilitar que les persones cuidadores s'identifiquin i es reconeixin en aquest rol.
2. Incorporar el reconeixement, l'atenció i l'orientació a la persona que cuida en els processos i circuits d'atenció dels serveis socials i de salut.
3. Apropar la informació, orientació i formació que les persones cuidadores necessiten.
4. Reforçar el suport emocional a les persones cuidadores, fomentant els grups de suport i facilitant la seva continuïtat en el temps.
5. Ampliar i millorar els recursos de suport pràctic i de respir.
6. Revisar el funcionament dels serveis d'atenció a la dependència (teleassistència, atenció domiciliària) des de la perspectiva de la persona cuidadora.
7. Facilitar la participació de les persones cuidadores en activitats físiques, culturals i de lleure.
8. Promoure les mesures de flexibilitat i conciliació, tant des del marc legal com des de la negociació col·lectiva i la responsabilitat social de les organitzacions.
9. Reforçar els marcs de treball intersectorial i interinstitucional.
10. Dotar la ciutat d'una base d'informació i coneixement sobre l'abast i l'impacte d'aquesta realitat.
11. Comunicar la tasca i la contribució que les persones cuidadores aporten a la societat i les dificultats que han d'afrontar en la seva vida quotidiana: donar visibilitat al col·lectiu.
12. Contribuir i treballar per l'avenç del sistema d'atenció a la dependència.

3.2. Segona fase: metodologia per a l'elaboració de l'Estratègia

Aquesta fase es va desenvolupar al llarg de dos moments diferents durant l'any 2018.

3.2.1. Constitució de la Comissió Coordinadora (juliol 2018)

Per a l'elaboració de l'Estratègia de suport a les persones que cuiden familiars malalts i/o dependents, es constitueix la Comissió Coordinadora de l'Estratègia, l'òrgan interinstitucional que assumeix la coordinació i l'impuls del procés per a la seva elaboració. Formen part d'aquesta comissió: la Xarxa pel suport a les famílies cuidadores, l'Agència de Salut Pública de Barcelona, l'Ajuntament de Barcelona (Departament de Salut, Institut Municipal de Serveis

Socials, Institut Municipal de Persones amb Discapacitat i Departament d'Economia Social i de les Cures) i el Consorci Sanitari de Barcelona.

En el marc d'aquesta comissió, d'acord amb el procés de sistematització de les consultes i processos explicats anteriorment i recollits en el Document de reptes, es defineixen els següents **objectius marc** d'actuació:

- Dotar la ciutat d'un marc de referència comú des d'una anàlisi compartida sobre els reptes que cal abordar i la forma de fer-ho.
- Reforçar la implicació i articulació de les diferents organitzacions, amb capacitat efectiva d'acció i incidència, de les quals dependrà l'execució de l'Estratègia i el desenvolupament dels projectes clau.
- Aprofitar i recollir la reflexió i propostes de la ciutadania i dels/de les professionals, dissenyant i dinamitzant diferents marcs i canals de participació amb persones que poden aportar coneixement, perspectives i experiència a aquesta reflexió.

El procés d'elaboració de l'Estratègia es basa en una metodologia participativa. Per això aquests objectius es configuren com un primer punt de partida per obrir processos de diàleg i treball entre representants de l'administració, de persones cuidadores, d'entitats i professionals de diferents àmbits.

3.2.2. Aprofundiment i contrast: tallers de propostes (setembre - novembre 2018)

Durant els mesos de setembre a novembre del 2018 es va realitzar el procés de recollida per a l'aprofundiment i el contrast dels reptes prèviament identificats.

Per això es van realitzar entrevistes en profunditat amb persones expertes de diferents sectors professionals i amb diversos graus de responsabilitat i sessions de treball i tallers de propostes.

Els tallers de propostes es van plantejar amb l'objectiu d'aprofundir en la realitat dels/de les familiars cuidadors/es des dels diferents àmbits de la seva vida quotidiana: el propi domicili, els entorns socio-sanitaris, el barri (serveis i suports des de la proximitat) i la feina.

Aquests tallers es van realitzar amb la participació activa de diferents agents. En la seva realització van contribuir persones cuidadores; representants d'associacions i d'entitats de persones malaltes; de centres d'atenció primària de salut; de centres de serveis socials; del Servei d'Atenció a la Dependència; de centres hospitalaris d'aguts i d'atenció intermèdia, cures

intensives i pal·liatives; d'entitats de voluntariat en l'àmbit hospitalari i en el domicili; de grups de suport i d'ajuda mútua; d'entitats i serveis de professionals de suport a la llar, i de biblioteques públiques i associacions de veïns i veïnes de Barcelona. En total, més de 170 persones.

Els tallers realitzats van ser els següents:

Tallers	Principals temes tractats
“El/la familiar cuidador/a al domicili”	<ul style="list-style-type: none">• Serveis d'ajut i suport a la llar• Serveis de salut i socials al domicili• Equipaments i modificacions a la llar per facilitar l'autonomia• La tecnologia com a suport• Els serveis d'acompanyament i de suport emocional
“El/la familiar cuidador/a a l'hospital (i altres entorns / serveis sanitaris)”	<ul style="list-style-type: none">• Identificació i implicació en el procés d'atenció de les persones cuidadores• El rol del voluntariat hospitalari
“El/la familiar cuidador/a al barri” (amb la col·laboració i l'impuls dels consells de salut dels districtes de Nou Barris, Les Corts i Sarrià Sant Gervasi)	<ul style="list-style-type: none">• Suports pràctics des dels serveis de proximitat (comerç, serveis, etc.)• Suport emocional mitjançant grups de suport, d'ajuda mútua o altres formes de relació informal• L'accés al lleure, a l'activitat física...

D'altra banda, es va organitzar també la sessió monogràfica “El/la familiar cuidador/a en l'àmbit de la feina”, en el marc del Consell Assessor de Salut Laboral de Barcelona (CASL). Es van tractar principalment els següents temes: polítiques específiques de conciliació per a familiars cuidadors/res; sensibilització a les empreses i altres organismes empleadors sobre la situació de les persones que compaginen un treball remunerat amb les cures a familiars malalts i/o dependents; reconeixement per part de les empreses i aplicació de diferents mesures de conciliació.

4. ESTRATÈGIA DE SUPORT A LES PERSONES QUE CUIDEN FAMILIARS MALALTS I/O DEPENDENTS A LA CIUTAT DE BARCELONA 2019-2024

Un cop realitzats els processos participatius i d'acord al marc conceptual, es defineixen els principis orientadors, la visió, els objectius i la proposta d'accions per al seu desenvolupament.

4.1. Marc conceptual: el treball de cures i la salut de les persones cuidadores de familiars a Barcelona (ASPB)

Benestar i salut de les persones cuidadores de familiars a Barcelona

Abordar les cures implica posar al centre de la reflexió el benestar de les persones (Fraser 1994; Rubery 2015). Totes les persones, en tots els moments del cicle vital, necessiten cures, la dependència és inherent a la condició humana. Ara bé, no en totes les circumstàncies les persones necessiten els mateixos tipus de cures, de vegades precisen atenció intensiva o especialitzada, ja sigui perquè es troben al final del cicle vital, pateixen malalties o perquè presenten algun tipus de diversitat funcional.

Des del feminisme es reivindica la importància de les cures com a font clau per a la sostenibilitat de la vida, com un fil vertebrador de la vida social i econòmica. Aquesta consideració de les cures com un element central del benestar i essencial en el funcionament de les societats fa emergir la necessitat d'una reorganització social del treball de cures en el moment de l'anomenada crisi de cures, que posa de manifest la incapacitat del sistema econòmic i social actual de garantir, tant les necessitat de rebre atenció de cura, com de cuidar-se o cuidar (Ezquerria, 2011).

L'organització social i política del treball de cures determina les condicions en què aquest treball de cures es genera i la seva distribució social. Actualment, aquesta organització es resol en termes inequitatius, bé en l'àmbit privat familiar o en sectors laborals precaritzats (Pérez Orozco, Artiaga Leiras 2014). A més, la falta de rellevància social envers les cures ha generat una tensió de drets: d'una banda, el dret a tenir accés a cures dignes, i de l'altra, el dret que aquestes cures es realitzin en condicions dignes, és a dir, amb una capacitat real de decisió d'assumir-les, sense sobrecàrregues i amb una distribució socialment justa (Esquivel 2013). Així, en l'actual organització social, el treball de cures genera múltiples i profundes desigualtats socials. El nexa cures-desigualtat es crea com a conseqüència directa que no existeix un dret a

la cura ni corresponsabilitat social. El dret a la cura implica un “deure de cuidar” per a tota la societat. Per això, l'avenç cap a aquest dret ha d'anar de la mà de l'establiment d'una corresponsabilitat integral entorn de les cures (Pérez Orozco & Artiaga Leiras 2014). L'organització social i política està intrínsecament relacionada amb els mecanismes o eixos de desigualtat social com el gènere, la classe social, l'ètnia o l'estatus migratori. El treball de cures es considera socialment i políticament una responsabilitat de les dones, de persones de classe social desfavorida i/o migrades. Aquesta distribució desigual es veu reforçada per una altra característica de les cures que és la manca de reconeixement, tant en l'àmbit social com de drets (Weir, 2005). La invisibilització del treball de cures permet la utilització de les persones cuidadores com un element d'ajust del sistema econòmic, i només surten a debat públic quan en falten (Pérez Orozco 2009).

El treball de cures de familiars al que fa referència aquest marc és el desenvolupat, sense que hi hagi una retribució econòmica, per part de familiars (o altres persones pròximes com amistats o veïnat) a persones que requereixen una dedicació especial per problemes de salut, derivats d'una edat avançada o d'estar en una situació de dependència o limitació funcional. Aquest treball de cures de familiars pot ser una experiència amb efectes positius en el benestar de les persones que cuiden (Roth, Fredman i Haley 2015). No obstant això, les condicions de sobrecàrrega en les quals es desenvolupa el treball de cures de familiars habitualment en el nostre context fan que el cost que assumeixen les persones cuidadores sigui elevat en termes de salut i benestar (García 2012). Existeix abundant literatura científica que documenta els efectes adversos del treball de cures sobre la salut d'aquestes cuidadores (Pinquart, Sörensen 2003; Schulz, Sherwood 2008). La combinació d'estrès mantingut i les demandes de cures físiques poden conduir a problemes de salut físics i pitjors valoracions en salut auto percebuda (Pérez *et al.* 2015; Salvador-Piedrafita, Malmusi, Borrell 2017). L'impacte en l'esfera psicològica sol ser un dels més evidents; així, les persones cuidadores presenten amb freqüència quadres de depressió, ansietat, estrès i més malestar (Roca Roger *et al.* 2000). Si entenem la salut i el benestar com conceptes que també incorporen una dimensió social es poden afegir els efectes en l'àmbit econòmic. Hi ha una relació entre el treball de cures i una menor participació al mercat laboral (Glendinning *et al.* 2009; Nguyen, Connelly 2014), amb les seves implicacions econòmiques i de drets. A la manca d'entrada de recursos econòmics s'hi afegeix el fet que assumir el treball de cures representa un increment de despeses com el transport, l'habilitació de l'habitatge, etc. (García Calvente, del Río Lozano 2012). A més, les relacions socials i familiars també poden veure's afectades per la manera en què cuidar afecta l'ús del temps (García 2012). L'alta dedicació al treball de cures pot dificultar la vida social i d'oci de les persones cuidadores, així com limitar el temps per dedicar-se a si mateixes i a la pròpia salut,

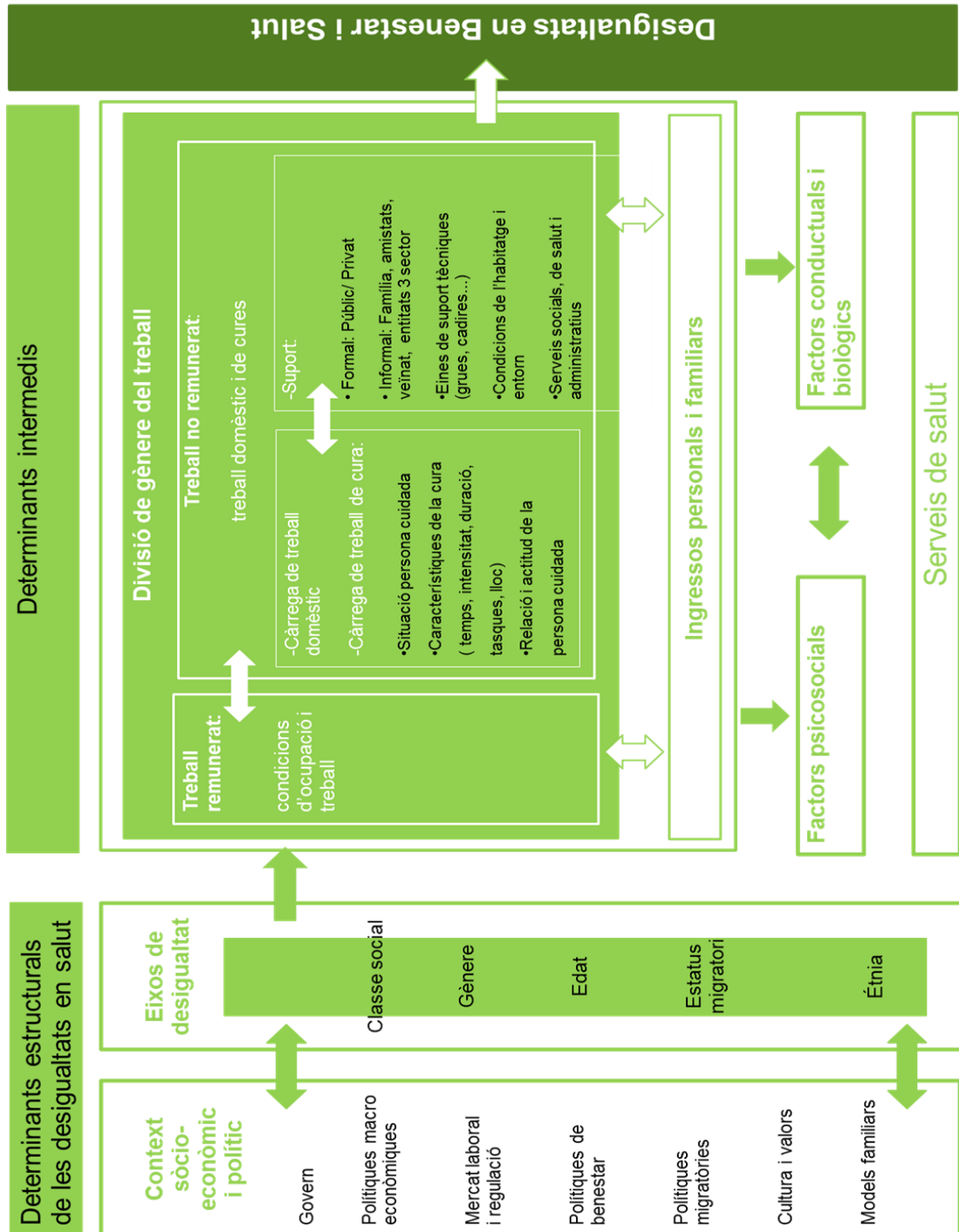
quedant-se relegades en un segon pla en prioritzar les necessitats de la persona cuidada (Casado, López 2001).

Així, les condicions en què es desenvolupa el treball de cures de familiars determinen la salut de les persones cuidadores i, a causa de la seva desigual distribució social, el treball de cures pot actuar com un dels mecanismes de les desigualtats en salut. Els determinants del benestar i la salut de qui cuida familiars inclouen, per tant, no solament característiques individuals com la capacitat per gestionar la càrrega de treball o les emocions, sinó sobretot factors socials, culturals, econòmics i polítics.

A la figura 12 es presenta un marc conceptual per explicar l'impacte del treball informal de cures en la salut de les persones cuidadores de familiars i la generació de desigualtats en salut en l'àmbit poblacional.

Els primers marcs teòrics sobre l'impacte del treball de cures en la salut de les persones cuidadores van ser models generals d'estrès centrats en la problemàtica de les cuidadores de persones amb deterioració cognitiva (Lazarus and Folkman 1984; Pearlin *et al.* 1990). Partint del model de Pearlin (Pearlin *et al.* 1990), Sala-Mozos (2009) va ampliar el marc a les cuidadores de persones amb altres situacions de dependència, a més de valorar l'impacte des de la perspectiva del benestar i la qualitat de vida vista amb una visió integral i no únicament de l'estrès. El marc que es presenta en aquest document adapta i integra aquesta proposta al marc conceptual dels determinants de les desigualtats socials en salut proposat per la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

Figura 12. Marc conceptual de les desigualtats en la salut relacionades amb el treball de cures de familiars. Adaptat dels models proposats per Sala-Mozos (2009) i la Comisi3n para Reducir las Desigualdades sociales en Salud en Espa1a, 2012.



Determinants estructurals de les desigualtats en salut

Amb l'objectiu de cobrir les seves necessitats de cures, cada societat ha establert una manera determinada de repartir els treballs i els recursos disponibles. És a dir, s'ha constituït un sistema o conjunt de normes socials, que la major part de les vegades no és explícit, mitjançant el qual s'organitza la provisió de cures i es determina qui té cura de qui, on, com i a canvi de què.

Context socioeconòmic i polític

L'atenció a la cura de les persones no s'ha considerat un element central de les polítiques públiques ni dels debats polítics. Aquesta negligència mostra que la provisió de cures no és, ni ha estat, una prioritat dels estats. No obstant això, el treball de cures travessa el conjunt de polítiques públiques; així, els tipus de govern o les polítiques macroeconòmiques acaben afectant l'organització del treball de cures. Aquest seria el cas de les retallades de pressupost a l'Estat espanyol, resposta a la crisi econòmica del Govern central l'any 2012, que han acabat afectant greument altres polítiques més directament relacionades amb el treball de cures com l'actual llei de dependència espanyola, Llei 39/2006.

Altres polítiques, com les que regulen el mercat de treball, també poden afectar el treball de cures regulant l'organització dels temps de cura i els ritmes de treball o la conciliació laboral (Kümmerling and Lehndorff 2014; Mutari and Figart 2001).

La consideració del treball de cures com un element de la política pública pot contribuir a treure'l de l'àmbit familiar i desnaturalitzar-lo com quelcom propi de les dones i de les llars (Esquivel 2011). Segons el grau de desenvolupament de les polítiques del benestar, els països donen major o menor suport al treball de cures, ja sigui amb serveis formals, amb prestacions o bé amb polítiques de conciliació de vida laboral i familiar (Di Novi, Jacobs, and Migheli 2013).

Encara que inicialment l'anàlisi dels estats del benestar no es va centrar en els models de família (Esping-Andersen 1990), hi ha una compatibilitat institucional d'ambdues polítiques (Kornrich and Eger 2016). Des de la perspectiva del treball de cures es valoren i s'agrupen els països segons com es reparteixen les responsabilitats de treball de cures entre l'Estat, els rols de gènere en la família (persona cuidadora principal i persona sustentadora econòmica principal), el mercat i el Tercer Sector.

Alguns aspectes contextuais a considerar són els factors culturals i històrics que caracteritzen el rol de les famílies i els diferents models familiars en el treball de cures als diversos països.

Des d'aquest punt de vista a Europa hi ha dos models geogràficament polaritzats: al nord, els països amb llaços familiars febles, i al sud, els països amb llaços familiars forts (Bettio, Plantenga 2004). Aquests llaços determinen les expectatives socials, la capacitat d'elecció per assumir la responsabilitat de les cures i també, molt sovint, el grau de satisfacció en complir amb aquestes normes socials (Di Novi, Jacobs, Migheli 2013).

En el nostre context, la distribució de la responsabilitat del treball de cures té una gran relació amb les polítiques migratòries. L'organització social del treball de cures està adquirint una dimensió global amb la migració internacional (Benería 2008). Un alt percentatge de la població migrant (sobretot dones) troba feina per les oportunitats laborals que obre la necessitat de cures, fonamentalment en cures a l'entorn de la llar (Gil Araujo and González-Fernández 2014). Aquest fenomen migratori al voltant del treball de cures suposa una resposta privada que troben les famílies, enlloc d'existir una resposta col·lectiva (Pérez Orozco, Artiaga Leiras 2014). Els impactes d'aquesta situació són ambivalents i desiguals. D'una banda, no totes les famílies amb necessitat de cures tenen aquesta possibilitat d'externalitzar el treball de cures, ja que suposa una despesa important, i d'altra banda, la migració de les dones desencadena una reorganització de les cures a la llar d'origen, donant així lloc a les denominades "cadena global de cures" (Hochschild 2000). D'aquesta manera les desigualtats en el treball de cures es reformulen i adquireixen noves dimensions globals (Espino 2012).

Eixos de desigualtat

L'organització social de les cures es caracteritza per la desigualtat, i això es relaciona amb una feble responsabilitat social. Les cures se solen establir al voltant de fluxos asimètrics en què operen els eixos de poder o desigualtat. Així, es donen de dones a homes, de les classes desfavorides a les classes més privilegiades, de població migrant a població autòctona, d'uns països a uns altres (Pérez Orozco and Artiaga Leiras 2014).

L'organització social de les cures es fonamenta sobre uns valors aparentment essencials i universals, però que en realitat estan arrelats al sistema heteropatriarcal, on les cures se suposen una responsabilitat de les dones, com si fos una activitat que per naturalesa han de saber fer. A més de determinar els rols de dones i homes, aquest sistema estableix unes relacions jeràrquiques i dona als rols tradicionalment masculins més importància, reconeixement i valor social i, per tant, infravalora, tant socialment com econòmicament, totes les activitats de cures.

En paral·lel, entre les persones econòmicament desfavorides el treball de cures també és responsabilitat de les dones, i els costos de proveir-lo (d'oportunitat, de temps, d'ingressos) s'incrementen substancialment, cosa que alhora fa augmentar aprofundeix les desigualtats de classe existents (Espino 2012). El nivell educatiu influeix en el coneixement i ús dels recursos disponibles. Les persones cuidadores solen tenir poc coneixement sobre els recursos socials existents, ja que en general no hi ha gaire informació sobre quins serveis i beneficis estan disponibles (García-Calvente, Mateo-Rodríguez, Maroto-Navarro 2004). Aquesta manca d'informació es considera un dels problemes més importants per part de les persones cuidadores a nivell europeu (Del Pozo Rubio, Escribano Sotos, Moya Martínez 2011).

Determinants intermedis

Divisió de gènere del treball

La divisió de gènere del treball identifica socialment les dones amb l'àmbit de la reproducció (treball domèstic i familiar no remunerat) i els homes amb l'àmbit productiu (treball remunerat i sustentador econòmic principal de la llar). Aquesta divisió és transgredida parcialment en la mesura en què les dones s'incorporen a l'àmbit laboral del treball remunerat. Tot i això, la incorporació laboral de les dones es dona en condicions de desavantatge en comparació amb els homes. El mercat laboral opera amb una distribució sexista dels tipus de feina i de l'organització del treball, de manera que no només es dona una segregació de gènere vertical, sinó també horitzontal, cosa que implica que el sector dels serveis domèstics i personals en la llar sigui extremadament feminitzat i desvalorat. A més, la incorporació de dones al mercat laboral no s'ha vist acompanyada d'una incorporació dels homes al treball de cures al mateix ritme, cosa que es tradueix en un augment de la càrrega global de treball de les dones (s'incorporen al mercat laboral i alhora continuen sent responsables del treball domèstic i de cura) amb un impacte negatiu en la salut (Artazcoz, Cortès, Escribà-Agüir 2016).

Treball remunerat: condicions d'ocupació i treball

Les cures i el treball remunerat es veuen mútuament influïdes. Així, la dedicació al treball de cures pot restar temps i oportunitats en el mercat laboral i viceversa. Les responsabilitats del treball de cures fan que amb freqüència les cuidadores bé es trobin prèviament fora del mercat laboral o bé acabin sortint, redueixin la jornada o busquin treballs amb dedicació parcial, que solen tenir pitjors condicions d'ocupació i de treball (Fagan *et al.* 2014). Habitualment són les

dones qui es troben en aquesta situació i per tant les que pateixen la precarietat, la pobresa i la manca de drets que s'hi associen. Aquelles que no veuen disminuïda la seva dedicació al mercat laboral pateixen les conseqüències en la salut de les conegudes com dobles o triples jornades (Artazcoz *et al.* 2014).

Treball no remunerat: treball domèstic i de cures

El treball de cures implica satisfer les necessitats de la persona cuidada, que poden ser tant físiques, com emocionals o fins i tot de gestió, depenent de la situació de la persona que requereix les cures. Les cures seran diferents segons si la necessitat es deu a una diversitat funcional, cognitiva o mental, segons el seu origen (malaltia, accident, envelliment) o segons el grau de dependència.

Les diferències entre homes i dones en l'organització del treball de cures podrien explicar-se en termes, no només de la major proporció de dones que se n'encarreguen, sinó també dels tipus de tasques i el temps de dedicació, que pertorben la vida quotidiana de les dones molt més que la dels homes i afecten més la seva salut (García Calvente, del Río Lozano, Marcos Marcos 2011). En aquest sentit, per exemple, es pot dir que les dones s'ocupen més sovint de les necessitats psicològiques i físiques o de la higiene personal, a diferència dels homes, que realitzen amb més freqüència activitats a l'àmbit públic –com ara gestions– que són més fàcils de compaginar amb altres tasques (Larrañaga *et al.*, 2008). El temps dedicat al treball de cures s'ha descrit com “interminable” (Durán Heras 2012). Aquesta expressió es refereix no només a la intensitat de la feina del dia a dia, sinó també als llargs períodes de temps que la cura implica, generalment bastants anys. A més de ser el grup més nombrós, les persones que conviuen amb qui cuiden són les que més veuen afectat el seu benestar i la seva salut (Masanet, La Parra 2011). Les cuidadores que conviuen amb les persones que cuiden poden estar especialment exposades a una sobrecàrrega de treball a causa de la falta de descans en el seu paper de cuidadores i actuar moltes vegades com a úniques responsables del treball de cures (Jacobs *et al.* 2014).

L'actitud de la persona cuidada, així com la relació entre la persona cuidada i la cuidadora, pot influir en la càrrega de treball. Molt sovint les normes socials que basen la cura en les obligacions familiars ignoren les estructures de poder, les friccions o violències que operen dins les famílies (García-Calvente, del Río Lozano, Marcos Marcos 2011).

Tot aquest treball de cures es pot veure modulad, en part, pel grau de suport que rebin les cuidadores. El suport al treball de cures pot ser divers: o bé formal, ja siguin serveis o

prestacions públiques o privades, o bé informal, és a dir, procedent de familiars, amistats, veïnatge, o fins i tot d'organitzacions no governamentals (ONG) o voluntariat. Les desigualtats en la salut entre les cuidadores i qui no cuida són menors en aquells països amb major desenvolupament de polítiques de suport formal al treball de cures (Verbakel 2014). Habitualment, el suport formal públic ve condicionat pel grau de dependència, els recursos econòmics i la disponibilitat de cuidadores familiars, mentre que el suport formal privat depèn bàsicament dels recursos econòmics (Broese van Groenou and De Boer 2016; Vlachantoni *et al.* 2015). A més, els homes que s'enfronten a una situació de treball de cures d'alta exigència busquen amb més freqüència ajuda externa, reduint així els nivells d'estrès (Del Pozo Rubio, Escribano Sotos, and Moya Martínez 2011). El repartiment del treball de cures no només pot influir en la sobrecàrrega física del treball de cures, sinó que també ajuda psicològicament pel fet de compartir els neguits i dubtes del dia a dia (Salvador-Piedrafita *et al.* 2016). No obstant això, la falta d'informació o les traves burocràtiques amb complicats, lents i prolongats processos pot dificultar o impedir l'accés als serveis formals de suport, fins i tot pot arribar a crear un estat d'ansietat i estrès afegit al treball de cures (Salvador-Piedrafita *et al.* 2016).

Les eines de suport tècniques –com grues, cadires o altres materials especialitzats– poden facilitar el desenvolupament del treball i disminuir així les conseqüències en el benestar i salut de les cuidadores, especialment les de caire muscular o esquelètic. Moltes vegades, per a un bon funcionament aquestes eines requereixen remodelacions dels habitatges, amb les despeses que això pot comportar. A més, el treball de cures no només es determina per les condicions dels habitatges, sinó també per les dels edificis o de l'entorn. Així, els equipaments –com rampes, ascensors o l'accessibilitat– i altres condicions de l'entorn –com zones verdes– poden condicionar el benestar i la salut, tant de les cuidadores, com de les persones cuidades, especialment en el cas de la salut mental, ja que aquests recursos poden disminuir l'aïllament.

Els estudis que valoren l'impacte del treball de cures en el benestar de les cuidadores se centren generalment en tipus concrets de suport, com ara els serveis de respir (Mason *et al.* 2007; Shaw *et al.* 2009) o en certs problemes de salut origen de la situació de dependència, com la demència (Victor 2009). L'heterogeneïtat dels objectius i el contingut d'aquests estudis fa difícil definir quines intervencions són les millors per a les persones cuidadores (Lopez-Hartmann *et al.* 2012). A més, les necessitats i prioritats de les persones cuidadores són diverses i canvien amb el temps.

L'organització i la gestió dels serveis socials, de salut i administratius poden actuar també com agents moderadors del treball de cures. Així, el fet de tenir en compte les característiques i necessitats de les persones cuidadores pot facilitar o no el treball de cures. La falta d'informació, la complexitat dels processos burocràtics o, simplement els horaris d'atenció

d'alguns serveis, poden dificultar o impedir l'accés i el seu ús adequat. Cal destacar que els serveis sanitaris dirigits a les persones cuidades poques vegades tenen en compte les cuidadores. Així, per exemple, als hospitals no es té en compte les condicions en què es troben les cuidadores durant els ingressos: descans, higiene, alimentació o transport. Aquestes situacions, que depenen dels processos de cura, poden ser més o menys freqüents, i poden tenir repercussions negatives tant en la salut com en l'economia de les cuidadores.

Altres determinants intermedis

Els recursos materials, siguin ingressos personals o familiars, també poden influir en la salut de les persones cuidadores, de manera que poden modular la sobrecàrrega de treball. Entre els grups socials de més ingressos, les tensions dins les llars generades pel treball de cures i la seva distribució es resolen moltes vegades contractant serveis de cura fora o fins i tot dins de la llar en la forma de treballadores domèstiques remunerades (Bettio and Plantenga 2004). Moltes vegades l'accés a serveis públics també pot estar determinat pels ingressos, ja que amb freqüència es requereix que la família aporti un copagament. D'altra banda, el fet d'haver de deixar el treball remunerat per dedicar-se al treball de cures pot augmentar l'estrès psicològic a les persones cuidadores, tant per l'empitjorament de la situació econòmica familiar, com per la pèrdua dels beneficis no econòmics que pot suposar.

Els factors psicosocials fan referència a la falta de control, poc suport social i situacions d'estrès (esdeveniments vitals estressants). El suport social es considera un important modulador del efectes del treball de cures en el benestar de les cuidadores (Llácer *et al.* 2002). El treball de cures, segons la seva durada i intensitat, pot associar-se a l'aïllament social. De fet, una de les preocupacions d'algunes autores respecte a l'anomenada Llei de dependència de l'Estat espanyol va ser que el pagament pel treball de cures per part de la família a la llar (que dintre dels diferents suports hauria de ser una mesura extraordinària segons la llei i s'ha convertit en el tipus de suport més freqüent) podria portar a un reforç d'aquest rol de dona cuidadora que l'exclou socialment (Durán Heras, 2012).

Finalment, el marc conceptual incorpora els serveis sanitaris. Encara que en si mateixos contribueixen molt poc a la generació de les desigualtats en salut, un menor accés als serveis de salut i menor qualitat dels mateixos per als grups socials menys afavorits pot repercutir en unes pitjors conseqüències dels problemes que incideixen en la salut i el benestar (Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España 2012). En aquest sentit, és ben conegut que les persones cuidadores tendeixen a l'abandonament de la seva pròpia cura i

posen per davant el benestar i salut de la persona cuidada (Zarit, Reeve, Bach Peterson 1980). A més, és molt probable que en els processos d'atenció sanitària i social, els professionals fixin la seva atenció i actuació en la persona malalta, i no en la persona propera que n'assumeix la cura. És un signe més de la invisibilitat d'aquesta tasca, que sol fer-se visible quan és la pròpia persona cuidadora la que presenta signes d'afectació de la seva pròpia salut (Xarxa pel suport a les famílies cuidadores, 2015).

4.2. Principis orientadors

Els principis orientadors comuns per al disseny i la prioritització d'actuacions són els següents:

- **Atenció prioritària als col·lectius en situació de vulnerabilitat**, contemplant les diferents variables, com són les circumstàncies personals (per exemple, l'edat, el gènere, el propi estat de salut o la situació laboral), les característiques de la persona de qui tenen cura –que pot tenir problemes greus de salut mental, demències, mostrar conductes difícils vers la persona cuidadora, o ser una persona malalta de “llarga durada”– i els motius que condicionen les necessitats de suport, el tipus i la disponibilitat de suport que han de proveir, la intensitat de l'atenció (més de 40 o de 50 hores setmanals dedicades a l'atenció a la persona malalta) i el moment del procés.
Dintre d'aquest procés hi ha alguns moments als quals s'ha de prestar una atenció especial, com ara l'inici, en què la persona es converteix en cuidadora; les transicions, com són els ingressos hospitalaris o en residències, i els processos d'acompanyament a la mort i el dol.
- **Una atenció especial a la ciutadania de barris més desafavorits i més afectats per les desigualtats socials en salut.** En l'informe de l'ASPB ja s'assenyala la complexitat de factors que intervenen en aquestes desigualtats: les relacions socials, el transport, el tipus de feina, la classe social, l'origen i la cultura del veïnatge, etc...
- **Aplicar la perspectiva de gènere de manera transversal a totes les actuacions**, reduint les desigualtats que actualment caracteritzen tant la provisió com la recepció de les cures.
- **Afavorir que les persones que vulguin cuidar els seus familiars malalts i/o dependents puguin decidir lliurement aquest rol.**
- **Impulsar la corresponsabilitat de tots els membres de la família en el procés de la cura i el reconeixement del rol de cada membre.**

- **El reconeixement de la diversitat i la lluita contra les discriminacions**, especialment vers el col·lectiu LGTBI i les condicions de precarietat que sovint pateixen les dones migrades que proporcionen la cura de manera remunerada.
- Tenir en compte la diversitat de models familiars que conviuen a la ciutat (famílies monoparentals...).

4.3. Visió

La visió identifica allò que esperem aconseguir en els propers anys:

Les persones cuidadores han de tenir la llibertat de decidir si volen cuidar. En cas de prendre aquesta decisió, de manera lliure i conscient, han de poder seguir participant de manera plena en la societat, mantenint el seu benestar emocional i la seva salut física i gaudint dels suports necessaris.

Això és especialment necessari en els casos que comporten una major vulnerabilitat.

Les persones cuidadores han d'accedir a la informació i als coneixements necessaris per exercir el seu rol present i futur, i estar incloses als recursos socials, sanitaris i comunitaris del seu territori. Perquè això sigui possible, han de sentir que tenen el reconeixement de la importància de la tasca que porten a terme.

Així mateix, han de poder seguir participant de manera activa en la vida laboral i social, i comptar amb el temps, la motivació, els espais i els suports necessaris per cuidar-se a elles mateixes.

4.4. Eixos estratègics

El procés conjunt descrit fins ara ha permès definir les futures línies d'acció de l'Estratègia i els cinc eixos estratègics que han de vertebrar les diverses accions que es portin a terme.

Aquests eixos estratègics clau són: Reconèixer, Acompanyar, Informar/formar, Suports pràctics i Espai propi. L'acrònim d'aquests cinc eixos és RAISE.

Línies estratègiques (RAISE)

R	Reconèixer
A	Acompanyar
I	Informar / Formar
S	Suports pràctics
E	Espai propi

A continuació es descriu la justificació de cada eix estratègic i els objectius per al seu desplegament.

Eix 1. Reconèixer

Consisteix a identificar els/les familiars cuidadors/res i facilitar que es reconeixin en aquest rol. Implicar-los en el procés d'atenció des del primer moment, i valorar la seva contribució i les dificultats que han d'afrontar.

Justificació

Un nombre molt important de les persones, majoritàriament dones, que assumeixen responsabilitats de cura de familiars malalts i/o dependents no es reconeixen conscientment en aquest rol de cuidadores.

Sovint és un rol que es va adquirint progressivament, en la mesura que el procés d'envelliment o de malaltia requereix més necessitats de suport i dedicació a la cura.

A més, les dificultats per reconèixer la necessitat d'ajuda o demanar i acceptar el suport d'altres persones forma part de la pròpia condició de cuidador/a. Una de les resistències a l'hora de reconèixer-se en el rol de cuidador/a és l'estigma que encara té associat.

Per tant, reconèixer-se en aquest rol és un primer pas que obre la porta a la demanda d'informació, orientació i suport. De fet, com més aviat la persona cuidadora accedeixi i accepti el suport dels recursos informals (família, amistats i veïnat) o dels programes i serveis especialitzats, abans podrà cuidar amb menys risc per a la seva salut física i mental.

En definitiva, cal que el reconeixement a qui cuida es consolidi com a part intrínseca de la pràctica i la cultura dels/de les professionals que, des dels serveis socials o de salut, es relacionen amb aquestes persones, com a part de l'equip d'atenció i com a persones que necessiten suport. Especialment és necessari en els casos de major vulnerabilitat.

Un nombre elevat de persones cuidadores "escapa" del circuit d'atenció i suport. Aquests serveis funcionen "a demanda", de manera que les persones que no fan aquesta demanda d'atenció als serveis socials o de salut poden quedar ocultes, tot i tenir una situació molt fràgil (persones grans o massa joves, amb problemes de salut...).

Per tot això, els/les professionals de salut i dels serveis socials que es relacionen amb persones malaltes o dependents tenen un rol molt important a identificar aquestes persones i adreçar-les als recursos i serveis adients. Igualment, es considera clau implicar el conjunt de la comunitat en la detecció.

Objectius

1. Ajudar que els/les familiars cuidadors/res es reconeguin en aquest rol i entenguin les implicacions que comporta.
2. Identificar els/les familiars cuidadors/res en els processos i circuits dels serveis socials i de salut com a persones que també requereixen atenció.
3. Incloure la família que cuida com a part de l'equip d'atenció i implicar-la en el procés d'atenció (reconèixer la seva expertesa, implicar-la en les decisions).
4. Millorar la capacitat de detecció dels (de les familiars cuidadors/res que tenen una situació de major fragilitat i invisibilitat (joves, grans, amb problemes de salut mental, de minories culturals).
5. Donar a conèixer la tasca i la contribució de les famílies cuidadores a la societat i també les dificultats que han d'afrontar en la seva vida quotidiana.

Eix 2. Acompanyar

Facilitar orientació i suport emocional des de la proximitat, així com identificar i prevenir situacions de sobrecàrrega en les persones cuidadores.

Justificació

Ser cuidador/a és una tasca molt exigent físicament i emocionalment. Cuidar algú comporta sentiments molt complexos: culpabilitat, tristesa, angoixa... L'alt cost emocional que comporta aquest rol fa que sigui també un col·lectiu molt vulnerable a problemes d'estrès, depressió o ansietat.

A més, freqüentment es deterioren les relacions familiars i les amistats properes, com a conseqüència de la incomprensió per part de l'entorn.

En conseqüència, perdre les relacions amb les amistats i la família no només suposa deixar de tenir una oportunitat de suport pràctic, sinó també de rebre suport emocional d'altres persones.

D'altra banda, les persones cuidadores no consideren la seva salut emocional i mental com a prioritària, de manera que demanen ajuda en situacions pròximes a la saturació o claudicació.

Els/les professionals i/o els serveis de suport també poden exercir un important paper en l'acompanyament emocional d'aquestes persones, tot facilitant-los espais d'escolta, consell i derivació als serveis més adequats.

Cal incorporar la perspectiva emocional i de salut mental per a la persona cuidadora al llarg de tot el circuit existent. A la ciutat hi ha una oferta diversa d'intervencions grupals adreçades a cuidadores promogudes per diferents organitzacions: els centres de serveis socials, els centres d'atenció primària, les entitats o les associacions de malalts, i serveis o equipaments residencials, entre altres. És important destacar l'eficàcia d'aquests recursos.

Alhora, cal superar algunes febleses existents, com ara: la inestabilitat de l'oferta (encara molt associada a la voluntat o motivació dels professionals promotors), les limitacions en la difusió sobre la seva organització i funcionalment, i la manca de continuïtat dels grups de suport organitzats des dels serveis professionals (de salut i socials).

Les persones cuidadores consultades destaquen la importància de tenir una persona de referència que orienti i acompanyi individualment durant el procés de cura, especialment en els moments de més vulnerabilitat.

El voluntariat i les associacions de pacients fan un treball en aquest àmbit que es valora molt positivament per la possibilitat de crear relacions entre iguals i de proximitat. Tanmateix, es destaca la necessitat d'enfortir els projectes de voluntariat i la xarxa entre serveis i voluntariat.

Finalment, les persones cuidadores i els/les professionals també destaquen positivament l'ús de tecnologies per millorar la connexió i comunicació entre persones cuidadores (per exemple, grups de Whatsapp i programes com Vincles, entre altres).

Objectius

1. Facilitar, des dels diferents serveis que es relacionen amb les persones cuidadores, persones referents i espais d'escolta i orientació propers i accessibles.
2. Facilitar la planificació de l'itinerari de cura: informar sobre les necessitats previsibles (mitjà termini) i facilitar l'organització dels suports i les respostes.
3. Promoure marcs de relació entre persones cuidadores, especialment dels grups de suport.
4. Sensibilitzar els professionals que es relacionen amb familiars cuidadors/res sobre la importància del suport emocional i facilitar-los orientacions pràctiques per fer-ho.
5. Reforçar l'accés al suport psicològic per a persones cuidadores, especialment en els moments de transició o de més vulnerabilitat.
6. Potenciar i reforçar el voluntariat en aquest àmbit.

Eix 3. Informar

Apropar als/a les familiars cuidadors/res la informació i els coneixements que necessiten per cuidar amb confiança i amb menys riscos per a la seva salut.

Justificació

Les persones que cuiden han de resoldre problemes i situacions noves (com per exemple el control de les visites, el seguiment i l'administració de la medicació, les cures, l'alimentació o els canvis en les actituds i els comportaments de la persona que cuiden). Per això, és imprescindible que disposin d'informació i accés a la formació de qualitat i dirigida cap a les seves necessitats.

Aquesta informació pot fer més fàcil la vida de la persona cuidadora, donant-li confiança i reduint el risc per a la seva salut, i fins i tot ajudant-la a orientar-se "en la burocràcia" i entre els serveis.

En contraposició, moltes famílies i professionals desconeixen l'existència dels serveis i entitats que els podrien ajudar. Per això, un cop més és clau el paper dels/de les professionals relacionats/ades. Molta de la informació que reben les famílies ha de ser filtrada, organitzada i presentada per aquests/tes professionals.

Aquesta informació és important al llarg de tot el procés, però especialment a l'inici del rol de cuidar i en els moments de transicions.

En funció de les necessitats de la persona que es cuida, les habilitats que cal tenir poden ser molt diverses: de caràcter pràctic –mobilitzacions, utilització d'equipaments, etc.–, orientacions per relacionar-se amb la persona que es cuida, etc.

Els continguts que les persones cuidadores consideren especialment d'interès inclouen informació sobre què aporta cada servei, salut i cura, recursos i eines de suport emocional, relacions personals (mediació de conflicte, consells sobre temes com la relació amb la parella...), assessorament legal (voluntats anticipades, incapacitacions, drets laborals...), adaptació i equipament de la llar per a la cura (informació sobre els equipaments o les adaptacions a la llar, consells fàcils per a les diferents habitacions, ajuts públics per a la compra, bancs d'equipaments...), tecnologia per a la cura (com comerç o cites prèvies *on-line*, gestió de les visites mèdiques, aplicatius que faciliten la cura...), conciliació laboral, i informació específica per a col·lectius determinats.

Objectius

1. Generar continguts informatius i formatius (xerrades, cursos, tallers...) que responguin als interessos i necessitats expressades pels/per les familiars cuidadors/res.
2. Generar i difondre informació adreçada específicament a donar resposta als col·lectius especialment vulnerables o invisibles: cuidadors/res joves, persones grans, familiars cuidadors/res provinents de cultures minoritàries...
3. Proporcionar informació en els moments clau del procés de cura: l'inici (diagnosi), les transicions (canvis) i el final (dol).
4. Adaptar i diversificar els continguts i suports d'aquesta informació per garantir que respongui a l'heterogeneïtat del col·lectiu de persones cuidadores (atenció a la diversitat cultural i idiomàtica, ús de les tecnologies...).
5. Facilitar oportunitats de formació accessibles i adequades a les diferents necessitats.

Eix 4. Suports pràctics

Facilitar la vida quotidiana de les persones cuidadores en tots els àmbits.

Justificació

És important millorar l'accés a recursos i serveis que facilitin la vida quotidiana de les persones cuidadores. En aquest sentit, la qualitat dels serveis que es presten en el domicili i el servei de teleassistència són aspectes clau. De fet, la teleassistència és un dels serveis més ben valorats qualitativament per les persones cuidadores.

Pel contrari, els dèficits dels serveis d'atenció domiciliària (com l'excés de rotacions i els canvis freqüents) repercuteixen de forma molt negativa en les persones cuidadores.

És important garantir l'accés als serveis, independentment del nivell econòmic. Els costos associats a la cura són molt elevats, i sovint van acompanyats d'una disminució dels ingressos per la reducció d'hores a la feina o, fins i tot, per l'atur forçat a què es veuen abocades moltes persones cuidadores. En tot cas, els serveis han de ser fiables i de qualitat, i oferir tranquil·litat i confiança.

Per últim, les tecnologies poden ser de gran utilitat, alhora que tenen un cost relativament reduït. Poden facilitar, per exemple, el seguiment d'una persona que es desorienta, el control de la medicació o la comunicació a distància.

Objectius

1. Adaptar els serveis d'atenció a la dependència a les necessitats de les persones cuidadores: fer-los més flexibles, accessibles i confiables.
2. Adaptar les condicions d'alguns serveis per tal de reduir costos econòmics de les famílies amb persones dependents i malaltes.
3. Fomentar iniciatives comunitàries per tal d'implicar agents diferents (botigues de barri, farmàcies, etc.) en el suport a persones cuidadores.
4. Potenciar els projectes que apropen els serveis a domicili per a persones amb mobilitat reduïda o afectades per barreres arquitectòniques.

Eix 5. Espai propi

Preservar i potenciar els espais propis de les persones cuidadores, tot facilitant la seva vida laboral i acadèmica i la seva participació en les activitats socials i de lleure.

Justificació

Cuidar pot ser una feina a temps complet i és important garantir que les persones cuidadores, puguin gaudir de forma regular d'un temps propi.

De fet, sovint la persona cuidadora experimenta un procés progressiu d'anul·lació personal. La participació en espais socials passa a un segon pla i es restringeix el temps lliure i les relacions amb l'entorn.

Les mesures actuals de conciliació de la vida familiar i laboral no sempre faciliten que la persona cuidadora pugui mantenir la feina.

D'altra banda, les persones cuidadores sovint poden tenir dificultats per portar una vida saludable (descans, dieta, exercici), el que fa freqüent que tinguin diversos problemes físics.

Per això, cal facilitar oportunitats de relació i socialització més enllà dels grups de suport especialitzats, i vincular i sumar diversos serveis cívics diferents (biblioteques, centres cívics, etc.).

Generar activitats de tipologies diferents permet que cada persona cuidadora pugui triar en funció de les seves preferències, com ara tenir la possibilitat de realitzar activitats compartides o individualment. Aquestes activitats han de ser accessibles.

Objectius

1. Motivar la participació de les persones cuidadores en activitats físiques, culturals i de lleure.
2. Facilitar un tracte preferent als/a les familiars cuidadors/res en aquells serveis que necessitin per cuidar-se (serveis complementaris, accés preferent, descomptes, etc.).
3. Promoure mesures de flexibilitat horària i conciliació, tant des del marc legal com des de la negociació col·lectiva i la responsabilitat social de les organitzacions.
4. Introduir mesures als serveis de salut i socials per facilitar que les persones cuidadores puguin mantenir les seves responsabilitats laborals.
5. Sensibilitzar les empreses, les institucions i els centres educatius sobre les necessitats i els reptes que han d'afrontar les persones que han de compatibilitzar la feina amb la cura d'una persona malalta o dependent i sobre com poden donar-li suport.

5. EXECUCIÓ DE L'ESTRATÈGIA

Per poder impulsar els eixos estratègics i aconseguir els objectius, es proposen dues línies d'intervenció: els projectes tractor i els plans de millora (RAISE) en els àmbits d'actuació prioritaris: atenció primària social i sanitària, hospitals i altres entorns sanitaris, i barris i serveis de proximitat.

5.1. Projectes tractor

Són projectes complexos, amb capacitat d'arrossegar i facilitar avenços d'acord als diferents eixos estratègics definits.

Es proposen 10 projectes tractor diferents que impacten de manera multidimensional en els cinc eixos o línies estratègiques clau prèviament exposades.

1. Targeta per a la persona cuidadora

El carnet que identifica les persones que cuiden familiars malalts i/o dependents i que mereixen el nostre reconeixement. Facilita l'accés a informació sobre recursos del territori, formació específica i accés en condicions preferents a serveis públics i privats, que s'associen al programa.

2. Espai BARCELONA CUIDA

Espai per informar, orientar i acompanyar les persones cuidadores, les receptores de les cures i els/les professionals del sector.

3. RADAR +

Projecte de detecció i seguiment proactiu de persones cuidadores en situació de més fragilitat. Són persones que no busquen suport per si mateixes i que fàcilment "escapen" del circuit d'atenció.

4. Xarxa de guies per a l'acompanyament en els itineraris de cura

Xarxa de guies formada per voluntaris/àries i professionals que acompanyen les famílies cuidadores, els faciliten un espai d'escolta i suport emocional i els ajuden a orientar-se en aquest procés. Formen part de diferents serveis i organitzacions, però comparteixen una forma de fer i d'atendre i l'accés a recursos comuns de formació i informació.

5. Telèfon de la xarxa per a l'acompanyament en els itineraris de cura

Telèfon de suport per a l'acompanyament en els itineraris de cura. Atenció telefònica àmplia al servei de les famílies cuidadores que facilita suport (contenció) emocional, informació i orientació sobre recursos, atenció o derivació a altres serveis. Dona resposta puntual a les famílies cuidadores, especialment en moments de més angoixa o necessitat.

6. Informació des de la proximitat

Xarxa de centres i equipaments comunitaris que col·labora en la distribució de material i informació d'interès per a les persones cuidadores.

7. Xarxa Barcelona de grups de suport

Oferta estable, diversa i de proximitat de grups de suport amb vocació de continuïtat i vinculats al teixit comunitari i/o associatiu.

8. Desplegament dels serveis d'atenció a domicili (SAD i teleassistència) com a suport per a les persones cuidadores

Valorar i revisar el funcionament dels serveis d'ajut a la llar (SAD i teleassistència) des de la perspectiva del suport –emocional, pràctic i de respir– que han d'oferir a les famílies.

9. Catàleg d'activitats de lleure

Oferta d'activitats culturals, activitat física i lleure de proximitat especialment adreçada a persones cuidadores (en col·laboració amb centres cívics, biblioteques i altres entitats).

10. Implementació dels plans de millora a les empreses per al suport a les persones que cuiden

Guia d'orientacions pràctiques per implementar l'Estratègia.

	Reconèixer	Acompanyar	Informar / formar	Suports pràctics	Espai propi
Targeta per a la persona cuidadora	●	●	●	●	●
Espai BARCELONA CUIDA		●	●	●	
Radar +	●	●	●		●
Xarxa de guies per a l'acompanyament en els itineraris de cura	●	●	●	●	●
Telèfon de la xarxa per a l'acompanyament en els itineraris de cura	●	●	●	●	
Informació des de la proximitat	●		●		
Xarxa Barcelona de grups de suport	●	●	●		●
Desplegament dels serveis d'atenció a domicili (SAD i teleassistència) com a suport per a les persones cuidadores		●		●	●
Catàleg d'activitats de lleure	●				●
Implementació dels plans de millora a les empreses per al suport a les persones que cuiden	●	●	●		●

5.2. Plans de millora (RAISE) en els àmbits d'actuació prioritaris: atenció primària social i sanitària, hospitals i altres entorns sanitaris, i barris i serveis de proximitat

Són l'eina per concretar les orientacions de l'Estratègia en els àmbits prioritaris: serveis d'atenció primària, socials i de salut, àmbit hospitalari i altres entorns sanitaris, i barris i serveis de proximitat.

El seu propòsit és valorar la situació actual i identificar aquelles mesures amb les quals es contribuirà a assolir els objectius que depenen bàsicament de la pròpia capacitat d'acció.

Aquestes mesures no necessàriament han de ser noves accions o propostes de millora. Els Plans de millora RAISE recolliran també tot allò que ja s'està fent (actuacions, maneres de fer) que l'equip considera important per assolir els objectius de l'Estratègia. Actuacions que depenen de la pròpia capacitat d'acció de cada servei, ja que són el resultat d'un procés d'anàlisi, identificació i concreció que fa cada organització (centres de serveis socials, hospitals i districtes), per tal de potenciar i millorar les accions de suport als/a les familiars cuidadors/res.

Els Plans de millora RAISE permeten als serveis que els duen a terme:

- Sensibilitzar sobre la realitat de les persones cuidadores i donar a conèixer l'Estratègia. Aquests plans han de ser el resultat d'un procés de treball dels equips (hospitals, CAP, CSS) o de les entitats del territori i dels districtes. Aquest procés podrà ser més o menys ambiciós i s'adaptarà a les necessitats i la dinàmica de treball de cada centre. En tot cas, és una oportunitat per recordar els elements clau de l'Estratègia.
- Concretar i explicitar de quina forma cada Districte/CAP/CSS/hospital, es proposa avançar en l'Estratègia.
- Identificar i recollir iniciatives i propostes innovadores que els equips considerin que podrien contribuir als objectius de l'Estratègia.

Per a cada un dels cinc eixos estratègics, els plans de millora que es proposen en els àmbits d'actuació prioritaris són els següents.

Eix 1. Reconèixer

Des dels serveis d'atenció primària

- Revisar els protocols de treball i els sistemes de gestió de la informació per facilitar, activament, la identificació de les persones (sistemes de registre de la informació dels serveis) i vincular-les, si cal, amb els recursos de suport.
- Impulsar programes específics d'atenció a les persones cuidadores vinculats al servei (grups de suport, tallers de formació, etc.).
- Programar sistemàticament atenció a les persones cuidadores en els moments d'especial vulnerabilitat.
- Revisar els mecanismes (indicadors, protocols, etc.) per millorar la identificació de les situacions de risc o incapacitat de les persones cuidadores, els factors de risc de sobrecàrrega, claudicació i abús, i l'abordatge d'aquestes situacions.
- Establir sistemes de seguiment proactius periòdics a totes les persones cuidadores (per exemple, trucades periòdiques, trobades o sessions bimensuals amb usuaris del SAD) especialment intenses per a les que estan en una situació de més vulnerabilitat.
- Enfortir la relació entre els serveis d'atenció primària –de salut i socials– i treballar especialment els processos de derivació del CAP al Centre de Serveis Socials.
- Articular en els serveis la figura d'un professional de referència que pugui donar ajuda a la persona cuidadora a l'hora de gestionar situacions i moments de més dificultat.

Des de l'àmbit hospitalari i altres entorns sanitaris

- Establir un protocol d'acollida a la família: assignar un/a referent, donar a conèixer les diferents persones que integren l'equip d'atenció, els serveis disponibles, etc.
- Facilitar sistemàticament l'atenció a les persones cuidadores en els moments d'especial vulnerabilitat

Des dels barris i els serveis de proximitat

- Impulsar una oferta específica d'activitats obertes, puntuals, atractives per als/a les cuidadors/res que facilitin la seva vinculació a propostes més estables i continuades (tallers, accions lúdiques, "càpsules" informatives, cafès conversa...).
- Incorporar els/les familiars cuidadors/res com un objectiu prioritari en els programes de prevenció i abordatge de la solitud i l'aïllament de caràcter comunitari.
- Implicar les entitats, serveis i comerços del barri en la detecció de persones cuidadores que no arriben als serveis de suport.
- Facilitar l'organització d'activitats o campanyes de sensibilització sobre aquesta realitat.
- Promoure i facilitar les experiències d'aprenentatge i servei entorn a la cura.

Eix 2. Acompanyar

Des dels serveis d'atenció primària

- Implementar programes o iniciatives per posar en contacte les noves persones cuidadores amb familiars cuidadors que ja tenen experiència en aquest rol (per exemple, amb el Programa Cuidador Expert).
- Impulsar intervencions grupals amb les persones cuidadores usuàries del servei o del territori de referència.
- Incorporar la formació en suport emocional i atenció a les persones cuidadores com un aspecte bàsic de la formació continuada dels/de les professionals del servei: recepció, treballadores familiars, etc.
- Difondre a tots/es els/les professionals les orientacions elaborades per la XSFC (per exemple, la difusió de les orientacions "I vostè, com està?").
- Reforçar o prioritzar l'accés de les persones cuidadores al suport psicològic, especialment en els moments de transició o de més vulnerabilitat (per exemple, en el dol, l'acceptació d'un diagnòstic o la presa de decisions difícils com l'ingrés en una residència).

Des de l'àmbit hospitalari i altres entorns sanitaris

- Potenciar i facilitar la presència de les entitats i de voluntariat en els hospitals per facilitar moments de respir i de suport pràctic i emocional als familiars cuidadors.

- Donar eines i formació en comunicació als/a les professionals per tal de millorar la manera d'interactuar amb les persones cuidadores, detectar amb més facilitat familiars cuidadors i informar millor sobre serveis i recursos.
- Reforçar o prioritzar l'accés a suport psicològic per a persones cuidadores en moments d'especial dificultat: ingrés i institucionalització del pacient.
- Facilitar espais i moments de respir (afavorir i donar a conèixer el voluntariat en aquest entorn, etc.), especialment per a col·lectius de cuidadors/res especialment vulnerables (persones grans, llargues estades, persones desplaçades).

Des dels barris i els serveis de proximitat

- Contribuir a mantenir actualitzada i visible la difusió dels serveis que poden ser d'interès (taulell d'anuncis,...).
- Generar activitats divulgatives/formatives per donar a conèixer els serveis que poden facilitar la vida a les persones cuidadores (per exemple, compra a través d'internet, apps). Alguna d'aquestes activitats, podria ser la incorporació d'aquesta formació en els centre cívics.

Eix 3. Informar

Des dels serveis d'atenció primària

- Preparar "pacs" d'informació sobre aquells aspectes més rellevants del servei i els recursos.
- Contribuir a mantenir actualitzada i visible la difusió dels serveis de la xarxa i del territori que poden ser d'interès (sistemes d'informació de pantalles,...).
- Generar continguts formatius (xerrades, cursos, tallers) que responguin als interessos i necessitats expressades pels familiars cuidadors.

Des de l'àmbit hospitalari i altres entorns sanitaris

- Donar informació sobre els aspectes més rellevants per a les persones cuidadores, singularment a l'ingrés, a l'alta o en un procés de malaltia i/o dol.
- Facilitar l'aprenentatge de les habilitats que les persones cuidadores necessitaran després de l'alta (mobilitzacions, cures, etc.).

Des dels barris i els serveis de proximitat

- Implicar-se en la detecció i activació de punts d'informació des de la proximitat.
- Contribuir a la publicació en suport físic (tríptics, fullets, cartells...) d'informació dels serveis i recursos que hi ha al districte.
- Facilitar la difusió de continguts relacionats amb les persones cuidadores en els mitjans d'informació del barri.

Eix 4. Suports pràctics

Des dels serveis d'atenció primària

- Incrementar el servei d'atenció a domicili dels serveis sanitaris per a les persones cuidadores amb dificultats per atendre la seva pròpia salut (visites d'infermeria per assessorar i supervisar l'evolució de la persona cuidadora, gestió de les analítiques a domicili, flexibilitat en les visites...)
- Flexibilitzar l'horari de visites: tenir una especial atenció respecte als horaris de visita, especialment amb determinats col·lectius.
- Analitzar la possibilitat d'incorporar el voluntariat en la realització de noves funcions de suport.

Des de l'àmbit hospitalari i altres entorns sanitaris

- Condicionar espais físics per acollir les persones cuidadores: mesures per millorar la comoditat i la vida quotidiana de les persones cuidadores mitjançant sales condicionades per quedar-se a dormir o descansar, dutxes, *office*...
- Analitzar i implementar mesures per disminuir els costos associats a aquest acompanyament a familiars (televisió gratuïta, descomptes a les cafeteries, descomptes als pàrquings, etc.).
- Flexibilitzar l'horari de visites.
- Facilitar el préstec gratuït d'eines de comunicació i entreteniment.
- Incorporar el voluntariat en la realització de noves funcions de suport.

Des dels barris i els serveis de proximitat

- Revisar i innovar en els programes i serveis comunitaris per facilitar "respirs" a les persones cuidadores, com ara fer servir bancs de temps.

- Potenciar iniciatives d'economia social i solidària per crear nous serveis de suport pràctic per a les persones cuidadores: repartiment i serveis a domicili, bancs de recursos compartits, etc.
- Estendre mesures de suport (com ara voluntariat) per facilitar que les persones amb problemes de mobilitat (i les persones que les cuiden) puguin sortir de casa i participar de la vida del barri
- Sensibilitzar els comerços del barri sobre les dificultats que han d'afrontar les persones cuidadores.

Eix 5. Espai propi

Des dels serveis d'atenció primària

- Implementar la recomanació/prescripció social per a persones cuidadores en els CAP: orientar i vincular les persones que cuiden amb als serveis del territori que poden ser un "recurs" complementari per afrontar algunes dificultats i malestars (grups de suport, activitats de lleure, etc.).
- Contribuir a que les persones cuidadores usuàries del servei prenguin consciència de la necessitat de cuidar-se, de demanar suports i d'acceptar-ne.
- Implementar formes d'atenció dels serveis que faciliten la conciliació de la cura amb la vida laboral (flexibilitat en els horaris d'atenció, formes de comunicació no presencial – per correu electrònic, etc.).

Des de l'àmbit hospitalari i altres entorns sanitaris

- Contribuir que les persones cuidadores usuàries del servei prenguin consciència de la necessitat de cuidar-se, de demanar i acceptar suports.
- Implementar formes d'atenció dels serveis que faciliten la conciliació de la cura amb la vida laboral (flexibilitat en els horaris d'atenció, comunicació per telèfon, etc.).

Des dels barris i els serveis de proximitat

- Adaptar les condicions d'accés dels serveis esportius i de lleure a les possibilitats i necessitats de les persones cuidadores.
- Generar una oferta d'activitats culturals, esportives i socials que els faciliti la relació amb altres persones que comparteixen la seva mateixa situació.

- Facilitar formació als/a les professionals dels serveis de proximitat sobre les característiques i necessitats del col·lectiu de persones cuidadores per tal d'implicar-los en la creació o adaptació d'activitats.

5.3. Governança, seguiment i avaluació

L'Estratègia de suport a les persones que cuiden familiars malalts i/o dependents contempla un calendari que va des l'any 2019 al 2024. En la seva execució es tindrà en compte la metodologia participativa i el compromís de continuar treballant conjuntament per a l'execució dels projectes plantejats.

El procés d'elaboració i impuls de l'Estratègia es configura com una gran oportunitat per facilitar una major visibilitat de la situació de les persones cuidadores en l'agenda pública, construir una mateixa visió entre diferents sectors i serveis i establir marcs de diàleg i intercanvi entre tots ells.

En aquest sentit, l'execució de l'Estratègia requerirà d'un treball des de l'horitzontalitat per recollir els diferents aspectes que influeixen en l'àmbit del suport a les persones que cuiden familiars malalts i/o dependents. Per això, considerem que els aspectes transversals que impregnen el desenvolupament de l'Estratègia són:

- Realitzar un pla de comunicació per donar valor a la cura de les persones malaltes i/o dependents, tot visibilitzant la seva importància social, política i econòmica.
- Impulsar la informació, la formació i la recerca sobre la cura i les desigualtats que s'hi poden associar.
- Seguir promovent la investigació i l'avaluació de les polítiques desenvolupades al voltant de la cura i el seu impacte en la salut.
- Ampliar l'anàlisi de l'estat de salut a tots els agents implicats en el treball de cures, tant els/les cuidadors/res familiars com les persones que s'hi dediquen de forma remunerada.

Pel que fa al seguiment, es preveu mantenir la Comissió Coordinadora de l'Estratègia, formada per la Xarxa pel suport a les famílies cuidadores, l'Agència de Salut Pública de Barcelona, l'Ajuntament de Barcelona (Departament de Salut, Institut Municipal de Serveis Socials, Institut Municipal de Persones amb Discapacitat i Departament d'Economia Social i de les Cures) i el Consorci Sanitari de Barcelona. En aquesta comissió està prevista la incorporació de la Regidoria de Feminismes i LGTBI.

Aquesta Comissió farà el seguiment del desenvolupament de l'Estratègia a partir de l'assoliment dels objectius previstos i la detecció de noves necessitats, mitjançant un sistema d'indicadors que haurà definit prèviament.

5.4. Vigència i temporalització 2019-2024

La vigència de l'Estratègia és de sis anys (2019-2024) a fi de poder disposar d'un marc temporal suficient per a la seva implementació. Així, s'ha establert una pauta temporal d'implementació per als projectes tractor, els plans de millora RAISE i els projectes transversals que es classifica en tres franges:

- **En curs:** accions que ja s'estan portant a terme
- **A curt termini:** accions que s'han de dur a terme en el període 2019-2021
- **A mitjà termini:** accions que s'han de dur a terme en el període 2022-2024

Projectes tractor	Termini d'execució	Responsabilitat
1. Targeta per a la persona cuidadora	A curt termini	Salut / Consorci Sanitari de Barcelona (CSB) / Transversal (IMPD, Cultura, districtes, Esports)
2. Espai BARCELONA CUIDA	En curs	Salut / Feminismes i LGTBI / Economia de les Cures
3. Radar +	A mitjà termini	Serveis Socials / Salut
4. Xarxa de guies per a l'acompanyament en els itineraris de cura	A curt termini	Salut / Districtes / Entitats
5. Telèfon de la xarxa per a l'acompanyament en els itineraris de cura	En curs	Salut
6. Informació des de la proximitat	En curs	Salut / Districtes / CSB / Entitats / Transversal
7. Xarxa Barcelona de grups de suport	En curs	Serveis Socials / CSB / IMPD / Salut
8. Desplegament dels serveis d'atenció a domicili (SAD i teleassistència) com a suport per a la persona cuidadora	En curs	Serveis Socials / Salut
9. Catàleg d'activitats de lleure	A mitjà termini	Cultura / Esports / Districtes / Entitats / Salut
10. Implementació dels plans de millora a les empreses per al suport a les persones que cuiden	A curt termini	Barcelona Activa / CASL / Salut

Plans de millora RAISE	Termini d'execució	Responsabilitat
En els serveis d'atenció primària de salut	En curs	CSB
En els centres de serveis socials	En curs	IMSS
En els hospitals i altres entorns sanitaris	A curt termini	CSB
En els barris i els serveis de proximitat	A curt termini	Districtes / Salut

Governança, seguiment i avaluació	Responsabilitat
Seguiment i avaluació	ASPB / Salut
Investigació	ASPB
Impuls de la Comissió Coordinadora de l'Estratègia	Salut
Pla de comunicació	Salut / Comunicació

6. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Artazcoz, Lucía *et al.* 2014. Combining Employment and Family in Europe: The Role of Family Policies in Health. *European Journal of Public Health* 24: 649-55.

Artazcoz, Lucía; Cortès, Imma; Escribà-Agüir, Vicenta. 2016. Gender, Work and Health: A Step Forward in Women's Occupational Health. A: *Handbook on Gender and Health*, ed. Jasmine Gideon. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing.

Benería, L. 2008. The Crisis of Care, International Migration, and Public Policy. *Feminist Economics* 14(3): 1-21.

Bettio, Francesca; Plantenga, Janneke. 2004. Comparing Care Regimes in Europe. *Feminist Economics* 10(1): 85-113.

Broese van Groenou, Marjolein I; de Boer, Alice. 2016. Providing Informal Care in a Changing Society. *European Journal of Ageing* 13(3): 271-79.

Cappuccio, Francesco P. *et al.* 2011. Sleep Duration Predicts Cardiovascular Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Studies. *European Heart Journal* 32(12): 1484-92.

Casado, D; López, G. 2001. Vejez, Dependencia y Cuidados de Larga Duración en España. Barcelona: Fundación La Caixa. *Estudios sociales*.

Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. 2012. Propuesta de Políticas e Intervenciones para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. *Gaceta Sanitaria* 26(2): 182-89.

Durán Heras, María Angeles. 2012. *El Trabajo No Remunerado en la Economía Global*. Bilbao: Fundación BBVA.

Esping-Andersen, Gøsta. 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press.

Espino, Alma. 2012. Perspectivas Teóricas Sobre Género, Trabajo y Situación del Mercado Laboral Latinoamericano. A: *La Economía Feminista desde América Latina: Una Hoja de Ruta sobre los Debates Actuales en la Región*, ed. Valeria Esquivel. Santo Domingo, República Dominicana: ONU Mujeres, 190-246.

Esquivel, Valeria. 2011. *La Economía del Cuidado en América Latina: Poniendo a los Cuidados en el Centro de la Agenda*. El Salvador.

Ezquerria, Sandra. 2011. Crisis de los Cuidados y Crisis Sistémica: la Reproducción como Pilar de la Economía Llamada Real.

Fagan, Colette *et al.* 2014. *In Search of Good Quality Part-Time Employment*. Geneva: International Labour Organization.

Fraser, Nancy. 1994. After The Family Wage: Gender Equity and the Welfare State. *Political Theory* 22(4): 591-618.

Gangwisch, James E.; Malaspina, Dolores; Boden-Albala, Bernadette; Heymsfield, Steven B. 2005. Inadequate Sleep as a Risk Factor for Obesity: Analyses of the NHANES I. *Sleep* 28(10): 1289-96.

García, J R. 2012. *Los Tiempos del Cuidado: El Impacto de la Dependencia de los Mayores en la Vida Cotidiana de sus Cuidadores*. Imserso.

García-Calvente, María del Mar; Mateo-Rodríguez, Inmaculada; Maroto-Navarro, Gracia. 2004. El Impacto de Cuidar en la Salud y la Calidad de Vida de las Mujeres. *Gaceta Sanitaria* 18: 83-92.

García-Calvente, María del Mar; Lozano, María del Río. 2012. El Papel del Cuidado Informal en la Atención a la Dependencia: ¿Cuidamos a quienes Cuidan? *Actas de la dependencia* (6): 99-117.

García-Calvente, María del Mar; Lozano, María del Río; Marcos Marcos, Jorge. 2011. Desigualdades de Género en el Deterioro de la Salud como Consecuencia del Cuidado Informal en España. *Gaceta Sanitaria* 25 (Suppl. 2): 100-107.

Gil Araujo, Sandra; González-Fernández, Tania. 2014. International Migration, Public Policies and Domestic Work Latin American Migrant Women in the Spanish Domestic Work Sector. *Women's Studies: International Forum* 46: 13-23.

Glendinning, C *et al.* 2009. Care Provision within Families and its Socio-Economic Impact on Care Providers. *Social Policy Research Unit, University of York* (May).

Hochschild, A. 2000. Global Care Chains and Emotion Surplus Value. A: W. Hutton, A. Giddens (Red.). *On the Edge: Living with Global Capitalism*.

Jacobs, Marianne T; Broese van Groenou, Marjolein I; de Boer, Alice; Deeg, Dorly J H. 2014. Individual Determinants of Task Division in Older Adults' Mixed Care Networks. *Health & Social Care in the Community* 22(1): 57-66.

Kornrich, Sabino; Eger, Maureen A. 2016. Family Life in Context: Men and Women's Perceptions of Fairness and Satisfaction Across Thirty Countries. *Social Politics* 23: 40-69.

- Kümmerling, Angelika; Lehndorff, Steffen. 2014. *The Use of Working Time-Related Crisis Response Measures during the Great Recession*. Geneva: International Labour Office.
- Larrañaga, Isabel *et al.* 2008. Impacto del Cuidado Informal en la Salud y la Calidad de Vida de las Personas Cuidadoras: Análisis de las Desigualdades de Género. *Gaceta Sanitaria* 22(5): 443-50.
- Lazarus, RS; Folkman, S. 1984. *Stress: Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Llácer, A. *et al.* 2002. Correlates of Wellbeing of Spousal and Children Carers of Disabled People over 65 in Spain. *European Journal of Public Health* 12(1): 3-9.
- Lopez-Hartmann, Maja; Wens, Johan; Verhoeven, Veronique; Remmen, Roy. 2012. The Effect of Caregiver Support Interventions for Informal Caregivers of Community-Dwelling Frail Elderly: a Systematic Review. *International Journal of Integrated Care* 12: e133.
- Masanet, Erika; La Parra, Daniel. 2011. Relación entre el Número de Horas de Cuidado Informal y el Estado de Salud Mental de las Personas Cuidadoras. *Revista Española de Salud Pública* 85(3): 257-66.
- Mason, Anne *et al.* 2007. A Systematic Review of the Effectiveness and Cost-Effectiveness of Different Models of Community-Based Respite Care for Frail Older People and Their Carers. *Health technology assessment (Winchester, England)* 11(15): 1-157, iii.
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. 2015. *Avanzando hacia la Equidad. Propuesta de Políticas e Intervenciones para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Mutari, Ellen; Figart, Deborah M. 2001. Europe at a Crossroads: Harmonization, Liberalization, and the Gender of Work Time. *Social Politics* 8: 36-64.
- Nguyen, Ha Trong; Connelly, Luke Brian. 2014. The Effect of Unpaid Caregiving Intensity on Labour Force Participation: Results from a Multinomial Endogenous Treatment Model. *Social Science & Medicine (1982)* 100: 115-22.
- Di Novi, Cinzia; Jacobs, Rowena; Migheli, Matteo. 2013. The Quality of Life of Female Informal Caregivers: From Scandinavia to the Mediterranean Sea. *European Journal of Population* 84: 309-33.
- Pearlin, L. I.; Mullan, J. T.; Semple, S. J.; Skaff, M. M. 1990. Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures. *The Gerontologist* 30(5): 583-94.

- Pérez, Anna *et al.* 2015. Efficacy of Memory Training in Healthy Community-Dwelling Older People: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *BMC Geriatrics* 15(1): 113.
- Pérez Orozco, Amaia. 2009. *5 Miradas Globales a la Organización Social de los Cuidados en Tiempos de Crisis I: ¿Qué Está Ocurriendo?* Santo Domingo: Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación de las Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer (INSTRAW).
- Pérez Orozco, Amaia; Artiaga Leiras, Alba. 2014. *¿Por qué nos Preocupamos de los Cuidados? Colección de Ensayos en Español sobre Economía de los Cuidados.* New York, NY: UN Women Training Centre.
- Pinquart, Martin; Sörensen, Silvia. 2003. Differences between Caregivers and Noncaregivers in Psychological Health and Physical Health: A Meta-Analysis. *Psychology and aging* 18(2): 250-67.
- Del Pozo Rubio, Raúl; Escribano Sotos, Francisco; Moya Martínez, Pablo. 2011. El Papel del Apoyo Informal en las Prestaciones del Plan Individualizado de Atención: Una Elección Condicionada para las Personas Dependientes. *Gaceta Sanitaria* 25: 93-99.
- Roca Roger, M. *et al.* 2000. Impacto del Hecho de Cuidar en la Salud de los Cuidadores Familiares. *Atención Primaria* 26(4): 217-23.
- Roth, DL; Fredman, L; Haley, WE. 2015. Informal Caregiving and its Impact on Health: A Reappraisal from Population-Based Studies. *The Gerontologist*.
- Rubery, Jill. 2015. Regulating for Gender Equality: A Policy Framework to Support the Universal Caregiver Vision. *Social Politics* 22(4): 513-38.
- Sala-Mozos, E. 2009. *La Calidad de Vida de las Cuidadoras Informales: Bases para un Sistema de Valoración. Informe I: Contexto, Objetivos y Metodología.*
- Salvador-Piedrafita, M; Malmusi, D; Borrell, C. 2017. Time Trends in Health Inequalities due to Care in the Context of the Spanish Dependency Law. *Gaceta sanitaria*.
- Salvador-Piedrafita, Maria *et al.* 2016. Views of Informal Caregivers and Healthcare Professionals on the Effects of the Dependency Law on Caregivers' Quality of Life: Concept Mapping. *Int J Health Services*.
- Schulz, Richard; Sherwood, Paula R. 2008. Physical and Mental Health Effects of Family Caregiving. *The American journal of nursing* 108(9 Suppl): 23-7; quiz 27.
- Shan, Zhilei *et al.* 2015. Sleep Duration and Risk of Type 2 Diabetes: A Meta-Analysis of Prospective Studies. *Diabetes Care* 38(3): 529-37.

- Shaw, Christine *et al.* 2009. Systematic Review of Respite Care in the Frail Elderly. *Health technology assessment (Winchester, England)* 13(20): 1-224, iii.
- Stoltz, P; Uden, G; Willman, A. 2004. Support for Family Carers Who Care for an Elderly Person at Home-a Systematic Literature Review. *Scandinavian journal of caring.*
- Uehli, Katrin *et al.* 2014. Sleep Problems and Work Injuries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sleep Medicine Reviews* 18(1): 61-73.
- Verbakel, Ellen. 2014. Informal Caregiving and Well-Being in Europe: What Can Ease the Negative Consequences for Caregivers? *Journal of European Social Policy* 24(5): 424-41.
- Victor, Elizabeth. 2009. *A Systematic Review of Interventions for Carers in the UK: Outcomes and Explanatory Evidence.* London: The Princess Royal Trust for Carers.
- Vlachantoni, A; Shaw, R. J.; Evandrou, M; Falkingham, J. 2015. The Determinants of Receiving Social Care in Later Life in England. *Ageing and Society* 35(2): 321-45.
- Weir, Allison. 2005. The Global Universal Caregiver: Imagining Women's Liberation in the New Millennium. *Constellations* 12(3): 308-30.
- Xarxa pel suport a les famílies cuidadores. 2015. *I Vostè, com Està?*
- Zarit, S. H.; Reever, K. E.; Bach-Peterson, J. 1980. Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. *The Gerontologist* 20(6): 649-55.

7. RELACIÓ DE PERSONES QUE FORMEN PART DE LA XARXA PEL SUPORT A LES FAMÍLIES CUIDADORES, COMISSIÓ COORDINADORA DE L'ESTRATÈGIA I PERSONES ENTREVISTADES

Xarxa pel Suport a les Famílies Cuidadores

Xabier Ballesteros Olazabal. Institut Municipal de Serveis Socials. Ajuntament de Barcelona

Carles Benet Rodríguez. Consorci Sanitari de Barcelona

Patricia Cabré. Associació Catalana d'Hemofília

Gisela Carrés. Fundació Esclerosi Múltiple

Cristina Conejo. Federació Salut Mental Catalunya

Irene Costa Molina. Associació de Familiars i Amics de Nens Oncològics de Catalunya
(AFANOC)

Ignasi Ferrer Junyent. Alzheimer Catalunya Fundació

Sílvia Gambín Creus. Departament de Salut. Ajuntament de Barcelona

Lídia García Chicano. Associació Aprenem Barcelona

Tatiana García Marco. Associació Catalana per al Parkinson de Barcelona

Paola Jubert Montaperto. Fundació Jubert Figueras

Isabel Llimargas Doña. Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona

Dolors Liria Zamora. Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya

Cristina Mariano Rodríguez. Oncolliga, Fundació Lliga Catalana d'Ajuda Oncològica

Guillem Martín. Fundació Uszheimer

Sandra Mulero Atienza. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya

Maribel Pasarín Rúa. Agència de Salut Pública de Barcelona

Sandra Poudevida Jürschik. Fundació Pasqual Maragall

Natalia Ragner Escuder. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

Gemma Rocés Bellmunt. Creu Roja Barcelona

Maria Jesús San Pío. Federació Salut Mental Catalunya

Reyes Sánchez Cañizares. Fundació Hospitalitat Mare de Déu de Lourdes

Montse Sánchez González. Associació de Familiars d'Alzheimer de Barcelona

Anna Varderi Casas. Fundació d'Oncologia Infantil Enriqueta Villavecchia

Comissió Coordinadora de l'Estratègia

Carles Benet Rodríguez. Consorci Sanitari de Barcelona

Patricia Cabré. Associació Catalana d'Hemofília

Sílvia Gambín Creus. Departament de Salut. Ajuntament de Barcelona

Beatriz García Idoate. Gerència de Política Econòmica i Desenvolupament Local. Ajuntament de Barcelona

Paola Jubert Montaperto. Fundació Jubert Figueras

Isabel Llimargas Doña. Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona

Davide Malmusi. Direcció de Salut. Ajuntament de Barcelona

Anna de Palau Rovira. Institut Municipal de Serveis Socials. Ajuntament de Barcelona

Maribel Pasarín Rua. Agència de Salut Pública de Barcelona

Maria Salvador Piedrafita. Agència de Salut Pública de Barcelona

Pilar Solanes i Salse. Departament de Salut. Ajuntament de Barcelona

Assumpta Soler i Farràs. Institut Municipal de Persones amb Discapacitat. Ajuntament de Barcelona

Marta Tarragona Gorgorió. Estratègies de Qualitat Urbana

Ester Vidal Pujol-Xicoy. Gerència de Política Econòmica i Desenvolupament Local. Ajuntament de Barcelona

Persones entrevistades

Rosa Alemany Vidal. Departament de Promoció i Suport, Institut Municipal de Persones amb Discapacitat. Ajuntament de Barcelona

M. Àngels Ayra Viladevall. Associació Catalana contra el Càncer

Irene Costa Molina. Associació de Familiars i Amics de Nens Oncològics de Catalunya (AFANOC)

Margarita Esteve Ortega. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Belén García. Anem per feina

Isabel Llimargas Doña. Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona

Pedro Moreno. Anem per feina

María Dolores Navarro Rubio. Hospital Sant Joan de Déu

Tere Pérez. Centre de Cultura Contemporània de Barcelona (CCCB)

Clara Santamaria Jordana. Institut Municipal de Persones amb Discapacitat. Ajuntament de Barcelona

Gemma Tarafa Orpinell. Comissionat de Salut i de Diversitat Funcional. Ajuntament de Barcelona

Eva Terrén Arroyo. Institut Municipal de Persones amb Discapacitat. Ajuntament de Barcelona

Lluís Torrens. Àrea de Drets Socials. Ajuntament de Barcelona

També cal fer esment de totes les persones que han participat en l'elaboració de l'Estratègia mitjançant diversos tallers, enquestes, entrevistes, consultes a professionals de diferents àmbits i trobades amb persones cuidadores organitzades per diferents entitats de Barcelona.