

# 1. L'economia social i les cures: una aproximació als sectors sanitari, sociosanitari i residencial al Vallès

Autoria | Consell Comarcal del Vallès Occidental  
| Consell Comarcal del Vallès Oriental

## Resum

Aquest capítol té com a objectiu analitzar el paper que tenen els agents de l'economia social, a l'àmbit del Vallès, concretament els que duen a terme activitats del sector de les cures vinculades amb els serveis sanitaris, sociosanitaris i residencials i que s'adrecen prioritàriament a persones amb discapacitat, en situació de dependència o amb malalties, i col·lectius en risc d'exclusió social. Més concretament, el treball

presenta la primera fase de l'estudi, on se situen les bases conceptuals i metodològiques, i els primers resultats de l'anàlisi de les dades del cens d'entitats, configurat a partir de diferents registres administratius, directoris i bases de dades. En una segona fase aprofundirà en les característiques de les organitzacions i la seva activitat en el sector de les cures a partir de l'anàlisi de dades quantitatives i qualitatives.

## 1. Introducció

Les cures contribueixen al sosteniment de la vida en la mesura que depenem d'aquestes activitats per a la nostra supervivència. La condició de vulnerabilitat i d'interdependència dels éssers humans comporta atendre les necessi-

tats físiques, psicològiques i emocionals més bàsiques que fan possible la reproducció biològica i social. Aquestes tasques, assignades generalment a la dona, han estat històricament invisibilitzades, no remunerades i socialment in-

fravalorades. Tanmateix, en els darrers anys les cures han passat a ocupar un lloc destacat en el debat acadèmic i en l'agenda política juntament amb l'anomenada *economia de les cures*. Es tracta d'un concepte relativament nou que va introduir l'economia feminista al començament dels anys noranta del segle passat i que es va difondre ràpidament dins del moviment feminista.<sup>1</sup>

A Catalunya i a l'Estat espanyol l'economia de les cures s'ha estès en les dues darreres dècades com a conseqüència de la crisi de 2008 i, més recentment, per l'impacte de la pandèmia de la covid-19 (Benería, 2022). Des de llavors, ha guanyat rellevància en els debats econòmics i feministes, especialment en el context de creixent participació de les dones en el mercat laboral, envelliment demogràfic i transformació de les estructures familiars, factors que han posat en qüestió el model de cures. Aquest enfocament pivota sobre el reconeixement del valor econòmic i social del treball de cures —remunerat i no remunerat— i promou, alhora, polítiques i pràctiques per assolir la igualtat de gènere en l'àmbit laboral i social.

Des de l'economia social s'ha posat en relleu la necessitat de visibilitzar les cures com un element cabdal no només en el desenvolupament econòmic i social, sinó també per lluitar contra les desigualtats de gènere. En aquesta línia, cal preguntar-se quin és el paper de l'economia social com a agent de provisió de serveis i recursos de cures. De manera més concreta, plantegem abordar la situació de les entitats i organitzacions que formen part de l'ecosistema de l'economia social i que treballen en el sector de les cures, així com aprofundir en les seves demandes, necessitats i reptes de futur. Per dur a terme aquest objectiu apostem

per una metodologia que combina, en dues fases successives, l'anàlisi de dades procedents de diferents fonts primàries (enquesta i entrevistes en profunditat a agents clau) i secundàries (registres administratius, directoris i bases de dades).

Aquest capítol s'estructura en quatre apartats, a banda d'aquesta introducció. El primer aborda els antecedents teòrics i conceptuals de les cures en l'actual context de transformacions sociodemogràfiques que afecten les societats avançades i que l'han situat al centre de l'agenda política a escala estatal i europea (amb el PERTE de l'Economia Social i les Cures en el marc l'Estratègia Europea de Cures) i internacional (amb les fites de l'Agenda 2030). El segon apartat desenvolupa el marc conceptual i la metodologia de la primera fase del treball. En un primer moment es defineixen quines organitzacions de l'economia social s'inclouen en l'anàlisi, així com les activitats econòmiques i els serveis vinculats amb el sector de les cures. A continuació, s'aprofundeix en les fonts de dades utilitzades i el procediment seguit per a la configuració d'un cens d'entitats, una clau per al mesurament de l'economia social en aquest àmbit. Aquest apartat també inclou la identificació territorial i sociodemogràfica de l'àmbit d'estudi, el Vallès. El tercer apartat presenta els resultats d'una primera anàlisi de les dades del cens d'entitats i ofereix una panoràmica de la dimensió territorial de l'economia social del sector de les cures en l'àmbit del Vallès. Finalment, el capítol es tanca amb les conclusions, on, a banda de destacar els principals resultats obtinguts, també s'apunten les properes passes que cal seguir en la segona fase del treball.

<sup>1</sup> Tot i que el concepte té unes arrels més profundes que es remunten als anys setanta, quan referents feministes com la uruguiana Silvia Federici van començar a teoritzar al respecte (Carmona Gallego, 2019).

## 2. Antecedents i estat de la qüestió

Definir les cures no és una tasca fàcil, essent com és un concepte polièdric, travessat per conflictes ideològics i estretament lligat a les desigualtats socials. Oferir-ne una definició simple i única ens pot abocar al risc de caracteritzar-lo massa o de forma excloent. Per això creiem convenient començar recordant que les cures han acompanyat la humanitat al llarg de la història, en el sentit que tots els éssers humans depenem d'aquestes activitats essencials per a la nostra supervivència. Es tracta d'una dependència arrelada en la condició d'éssers vulnerables i que comporta atendre les necessitats físiques, psicològiques i emocionals més bàsiques que fan possible la reproducció biològica i social.

L'Organització Internacional del Treball en un informe recent (OIT, 2019) distingeix dos tipus d'activitats de cura. D'una banda, les activitats de cura directa, presencial i relacional, a les quals fa referència com a cura de «criança» o «relacional» (per exemple, nodrir un nadó, atendre un familiar malalt o dependent, etc.). De l'altra, les activitats de cura indirecta que no comporten atencions personals presencials, com netejar, cuinar, rentar la roba o altres tasques de manteniment de la llar, les quals s'acostuma a anomenar *treball domèstic i cures no relacionals*. A la pràctica, aquestes activitats són difícilment dissociables, sigui en el si de les llars o en les institucions que presten serveis de cura.

El treball de cura sempre té lloc en el marc d'una relació entre un cuidador o cuidadora i un receptor de cures. Aquesta relació té una dimensió amb una càrrega subjectiva i moral que comporta una varietat d'emocions, sentiments, afectes (o desafectes), amors (o desamors), etc. Però també té una dimensió de recursos o un component financer, sigui en l'àmbit privat de les llars, al mercat o quan és ofert com a servei públic. També en aquesta línia, el treball de cura pot ser remunerat o no remunerat. El primer consisteix a atendre persones o fer tasques domèstiques sense perce-

bre una compensació monetària a canvi. El gruix del treball de cures no remunerat té lloc generalment a la llar i acostuma a ser realitzat per dones. Per contra, el treball de cures remunerat és dut a terme a canvi d'una remuneració o per obtenir un benefici o guany i es desenvolupa tant en llars particulars com en hospitals, residències de gent gran, escoles o altres establiments socio-sanitaris. Això comporta una relació laboral entre les persones que treballen en aquests espais i els ocupadors, que poden ser un particular, un organisme públic, una empresa privada o una entitat de l'economia social, amb o sense ànim de lucre.

Els darrers anys les cures han guanyat protagonisme en l'agenda política i mediàtica, particularment en les economies avançades. Tot i així, la preocupació al voltant d'aquest concepte té un recorregut molt llarg, com han constatat Carrasco, Borderías i Torns (2019) en la seva anàlisi dels debats, elaboracions teòriques i estudis produïts des de les ciències socials. En aquesta línia, la perspectiva històrica ha mostrat que el treball de cures, tal com l'entendem avui dia, és fruit del procés de transició al capitalisme, que va desplaçar el treball de subsistència a l'esfera privada —amb la família com a centre del treball reproductiu i sustentat sobre les espatlles de les dones— i va redefinir alhora les relacions de gènere i els rols associats a la feminitat.

En l'àmbit de les ciències socials, els debats sobre el treball de cures sorgeixen en les dècades dels anys seixanta i vuitanta del segle XX, lligats a la qüestió del treball domèstic, primer en el si del moviment feminista i més tard a l'acadèmia. L'aspecte més rellevant d'aquestes contribucions serà la introducció del concepte de *reproducció social*, on convergeixen les estructures familiars i la força de treball, l'estat i les organitzacions socials i polítiques. En aquest marc, el treball domèstic esdevé clau en la producció de béns materials per al manteniment físic de les persones, així com la cura directa d'infants i persones adultes que consti-

tueixen la força de treball, incloent-hi les relacions emocionals i socials. Dins de la literatura més sociològica, l'accepció de cures va assolir un major reconeixement de la mà d'autores anglosaxones. Van plantejar una aproximació (sota el terme *care*) que posa l'accent en la dimensió emocional d'aquestes tasques, considerades eminentment femenines i no assimilables al treball productiu, habitualment masculí. Tanmateix, seguint Carrasco, Borderías i Torns (2019), en la consolidació del concepte va ser decisiu l'aprofundiment en el paper de l'estat i, en particular, la relació entre les polítiques de benestar i l'organització social de les cures (*social care*).

Aquestes temàtiques han delimitat els debats, els treballs teòrics i les recerques aplicades des dels anys noranta, i continuen encara vigents. Així, en el camp de la sociologia, l'interès s'ha situat sobretot en les polítiques de benestar i l'organització social del treball de cures, mentre que en el de l'economia, la mirada s'ha dirigit cap al concepte de reproducció social i la seva mesura. L'estat de la qüestió de la literatura més recent va més enllà de l'objectiu d'aquest capítol. En tot cas, cal posar en relleu l'existència d'un repertori de conceptes i termes relacionats amb les cures, depenent de les disciplines i corrents teòrics. Alguns semblen estar avui més en voga que d'altres, com ara el terme *cura*, més ampli i que ha desplaçat el de *treball de cura*; o l'expressió *economia de les cures*, que, des de l'economia feminista, posa l'accent en la seva naturalesa econòmica.

## — 2.1. Les cures en el context de transformacions sociodemogràfiques

Com dèiem a l'inici, la preocupació per les cures ha traspassat les fronteres acadèmiques i avui dia ocupa un lloc central en l'agenda política. Aquest fet s'ha produït en un escenari caracteritzat per l'augment de la longevitat i l'envelliment de la població, la incorporació massiva de les dones al mercat de treball, els canvis en les pautes reproductives i la diversificació dels mo-

dels familiars. En aquest sentit, un dels principals reptes als quals s'enfronten les nostres societats és la longevitat de la població, procés on intervenen múltiples factors, com ara la reducció de la taxa de mortalitat, l'augment de l'esperança de vida i l'arribada a edats avançades de grans cohorts de població de la generació del *baby boom*. Aquestes tendències han suposat un increment progressiu de l'edat mitjana de la població i un canvi en les estructures demogràfiques, amb una presència creixent de població amb edats més avançades (Pérez Díaz i Abellán, 2018).

L'envelliment demogràfic també es troba condicionat per la baixa fecunditat que observem des dels anys noranta i que, en el cas de Catalunya i l'Estat espanyol, aniria estretament lligada al retard de l'emancipació econòmica i residencial dels adults joves, a la tendència a endarrerir la convivència en parella i la decisió de tenir descendència i a la menor propensió a tenir més d'un fill (Castro-Martín *et al.*, 2021). Els efectes de la longevitat, combinats amb els canvis reproductius i en els models familiars —en concret, l'increment de les llars unipersonals i el descens de llars amb famílies extenses—, afectarien, alhora, les relacions entre generacions. D'aquesta manera, la reducció dels membres familiars comporta una menor disposició i disponibilitat de les famílies per cuidar, cosa que xoca amb les necessitats més grans de cura, a les quals s'afegeix una insuficiència dels recursos. Aquest fet estaria produint, com apunta Martínez Buján (2022), una creixent institucionalització educativa d'infants a edats primerenques i la privatització de les cures d'adults grans a través de la contractació de treballadores de la llar —sobretot dones migrades— amb unes tasques cada vegada més orientades a l'atenció a la vellesa.

Tot plegat hauria donat lloc al que la literatura feminista anomena «crisi de les cures» i que hem anat enumerant en els paràgrafs anteriors, crisi que fa referència, justament, a la tensió generada entre la demanda creixent de cures, la menor disponibilitat de les famílies —en concret, de les dones— per garantir-les,

la feblesa dels lligams comunitaris i la insuficiència dels recursos de l'estat de benestar (Ezquerria i Heguia Huerta, 2020). En suma, la crisi de les cures posa damunt la taula la necessitat d'ampliar l'àmbit de les llars com a proveïdores de benestar i cures aposant per una major implicació de les institucions i dels agents socials. És en aquest punt on resulta rellevant destacar les polítiques públiques en la matèria, com veurem més endavant.

## 2.2. L'economia de les cures en el context de l'economia social

Les tasques de cura i atenció a les persones i al treball reproductiu no només han estat assumides de forma interna. Tradicionalment, el que es vinculava amb la cura dels altres, que avui entenem per serveis socials, es duia a terme per institucions majoritàriament vinculades a l'església o associacions i fundacions que treballaven des d'una òptica caritativa i assistencialista envers les persones o col·lectius més necessitats.

Les primeres institucions documentades sorgeixen a l'edat mitjana, època en què la pobresa va començar a catalogar-se per tal d'oferir respostes diferenciades. A Catalunya i les seves regions veïnes, l'impuls principal provenia de la caritat cristiana, tant directament, mitjançant organitzacions en el si de l'Església, com indirectament, promovent accions caritatives dels reis, nobles o altres institucions. Aquesta tradició ha anat modulant-se i variant a mesura que els temps i les maneres de fer han anat evolucionant. La institucionalització de les cures ha anat molt vinculada al reconeixement dels serveis socials i d'atenció com un afer polític i, com a tal, el tractament de les cures s'ha desenvolupat com a política social en el moment que se'ls ha concebut des d'una altra òptica.

Els canvis en l'estructura demogràfica i social han comportat una major demanda de necessitat de cures per part, sobretot, d'aquesta població que cada cop es va envellint més. Durant la dècada dels anys vuitanta es defi-

neixen i s'institucionalitzen els serveis socials mitjançant la Llei de Serveis Socials de Catalunya de 1985, avançant en la responsabilització pública de les administracions en els serveis socials. I cap a la dècada dels anys noranta, pren força al nostre país l'impuls polític de potenciar polítiques de suport a les famílies o polítiques de suport a la provisió de les cures. A l'Estat espanyol i a Catalunya es posen en valor noves polítiques orientades a donar suport a la criança, donar resposta a les necessitats d'un envelliment demogràfic a l'alçada i a una major ocupabilitat de les dones al mercat de treball remunerat (Ezquerria i Eguia Huerta, 2020).

Entrats ja al segle XXI, la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, contribueix a col·locar en l'agenda política i mediàtica el sistema de serveis socials. A Catalunya es concreta mitjançant la Llei 12/2007 de Serveis Socials, que configura un model propi de serveis socials: l'aprovació d'aquestes dues lleis suposa un canvi rellevant en la provisió de serveis de cura. Alhora, aquest nou marc legislatiu dona un impuls notable a la institucionalització de la cura com a dret universal i subjectiu, i això fa que, a inicis de l'actual segle, vegem com augmenta el nombre de persones que s'incorporen a la xarxa d'atenció social, el nombre de prestacions concedides i el nombre d'entitats i empreses que s'incorporen a aquest àmbit, ja que ambdues lleis preveuen la participació dels sectors privat, social i mercantil en la xarxa pública d'atenció a la dependència i les cures.

Com hem vist, el treball de cures esdevé un element d'importància clau per al futur del món laboral i el model social en què vivim: el creixement demogràfic, els canvis en els perfils de la població, els nous models de famílies o les deficiències en l'àmbit de les polítiques públiques són elements que posen en valor el repte de donar resposta a certes necessitats creixents que cal que siguin ateses des de l'àmbit de les cures.

### 2.2.1. Els serveis de provisió de les cures i la seva tipologia

En aquest context de l'economia de les cures, les organitzacions de l'àmbit social exerceixen diversos papers:

- I. Provisió de serveis de cura: moltes organitzacions d'economia social es dediquen a proporcionar serveis de cura de qualitat, com ara llars d'infants, centres de dia per a persones grans, serveis d'atenció domiciliària i programes de suport per a persones amb discapacitat. Aquests serveis solen ser més accessibles i sensibles a les necessitats de les persones que els serveis privats o públics convencionals.
- II. Generació d'ocupació: L'economia social pot generar ocupació significativa en el sector de les cures. En oferir serveis de cura, aquestes organitzacions creen llocs de treball per a persones cuidadores i professionals del sector, de manera que contribueixen a l'ocupació local i a l'estabilitat econòmica de les comunitats.
- III. Promoció de pràctiques laborals justes: les organitzacions d'economia social sovint adopten pràctiques laborals justes, com ara salaris dignes, horaris flexibles i condicions laborals saludables per a les persones treballadores del sector de les cures. Això contrasta amb molts ocupadors privats que poden explotar els treballadors que tenen cura de les persones, especialment les dones, mitjançant salaris baixos o condicions laborals precàries.
- IV. Innovació i participació comunitària: l'economia social fomenta la innovació i la participació comunitària en el disseny i la prestació de serveis de cura. En centrar-se en les necessitats locals i en la participació de les persones afectades, aquestes organitzacions poden desenvolupar solucions creatives i efectives per als reptes relacionats amb la cura en les seves comunitats.

Parlem, doncs, d'un sector que comprèn un seguit de prestacions que es desenvolupen en entorns o àmbits diversos: des de serveis de salut, passant per serveis socials de cura de persones de més edat o persones amb discapacitat, fins a serveis de cura d'infants. Aquests serveis (sanitat, atenció a població dependent, llars d'infants públiques, etc.) són prestats pel sector públic i també pel sector privat. I aquesta prestació privada, en ocasions, s'estableix de manera informal.

A Catalunya i a l'Estat espanyol s'evidencia que cada cop més les cures esdevenen un factor fonamental per al funcionament de les nostres vides; de forma generalitzada, la pandèmia va posar en valor la importància d'aquests treballs de cures, com un factor fonamental per al funcionament de l'economia i de les nostres vides, tan bàsic com les escoles o els hospitals. En aquest sentit, l'àmbit normatiu establert amb la Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials planteja un canvi en el marc de les cures de les persones molt important en què destaquen especialment els punts següents:

- I. D'una banda, el reconeixement del dret a l'atenció a la dependència: amb l'objectiu de garantir la seva autonomia i qualitat de vida, la llei reconeix el dret de les persones en situació de dependència a rebre atenció i suport per part dels serveis socials d'atenció domiciliària
- II. Reconeixement del paper dels cuidadors informals: es posa en valor el paper essencial dels cuidadors informals, com ara familiars o altres persones properes, i preveu mesures de suport i reconeixement per a aquest col·lectiu.
- III. Programa d'atenció a la dependència: s'estableix la creació d'un programa d'atenció a la dependència que inclou una oferta de serveis específics per a les persones en situació de dependència, com ara centres de dia, residències i serveis de rehabilitació, entre d'altres.
- IV. Promoció de la vida independent: la llei promou la vida independent de les persones en situació de dependència mit-

jançant la implementació de serveis i recursos que els permetin viure de forma autònoma i integrada a la comunitat.

Com apuntàvem en paràgrafs anteriors, estem en un procés de defamiliarització de la cura de les persones grans, venint com venim d'un model en el qual la família extensa cobria l'objectiu de cura de les persones. Actualment els models de família són múltiples i aquest fet ha generat la incorporació d'altres agents a les famílies per donar resposta a aquesta necessitat. Alhora, el fet que el treball productiu sigui el que de forma predominant desenvolupen tant homes com dones fa que en bona mesura les activitats i les feines associades al treball reproductiu s'externalitzin, ja sigui a empreses, entitats o persones que de forma autònoma desenvolupin aquestes tasques.

Per tant, posar en valor i eixamplar el sistema de cures també és una oportunitat per a la inversió i la creació de llocs de treball en els sectors públic i privat. I en aquest àmbit, l'economia social ha estat un espai on s'ha fet valer la necessitat de potenciar aquest sistema de cures i de donar valor a moltes d'aquestes tasques: «La cura com a valor ètic i polític real no és tan sols un conjunt de serveis, és una disposició de les persones en la seva relació mútua, un manera d'actuar de les institucions respecte a les persones que serveixen» (Camps, 2022).

Aquestes lleis denoten una visió de les cures de les persones diferent i centrada en el fet que l'accés a aquestes sigui un dret subjectiu i universal per a totes les persones que ho demanin. Com a dret universal, qualsevol persona l'ha de tenir. Tot i aquest marc normatiu establert i per diferents situacions (gestió de les crisis econòmiques posteriors a 2008, diferències clares entre les necessitats i els recursos assignats, etc.), el model de cures a les persones no s'ha vist modificat en excés. No sempre les famílies s'han vist alliberades de les tasques de cura o aquestes no s'han assumit de la mateixa manera. D'una banda, hi ha un creixement de demandes en el món laboral de persones cuida-

dores; però alhora aquesta demanda es fa amb un nivell de precarietat elevat, ja que és un tipus de tasca que, tot i imprescindible, no té el reconeixement ni la valoració que li pertoca.

### 2.2.2. Cures i el mercat de treball català

D'acord amb l'Observatori del Treball i Model Productiu, el sector del treball de la cura de la llar suposa el 0,7 % del VAB català i ocupa unes 80.000 persones en el segon trimestre de 2022 a Catalunya.<sup>2</sup> Representa un 2,3 % de l'ocupació total: aquest percentatge és elevat si es compara amb la mitjana dels països de la UE-27, on el percentatge se situa en el 0,9 %. Cal destacar que prop del 30 % de les persones ocupades en la cura de la llar treballen en condicions d'informalitat, és a dir, sense constar d'alta en els registres de la Seguretat Social (al voltant de 24.000 persones); aquesta proporció superava el 50 % abans del canvi normatiu de 2012, que va establir l'obligatorietat de cotitzar per a tot el personal de la llar amb independència del nombre d'hores treballades. Les condicions laborals dels col·lectius de persones dedicades a les cures a les persones, en general, són dolentes, alhora que aquestes persones assumeixen una gran responsabilitat com a cuidadores.

En aquest context, el 93,9 % de les persones vinculades al treball de la llar són dones, percentatge que va a l'alça en els darrers anys. Cal destacar també una altra diferència notable quant a sexes: no només destaca el percentatge de dones que treballen al sector, sinó també la quantitat d'hores treballades. Els homes que es dediquen a tasques de cura ho fan en jornades laborals completes (40 h / setmana), mentre que les dones ho fan treballant un nombre d'hores limitat a la setmana: tres de cada deu dones ho fan duent a terme jornades que no arriben a les 20 hores per setmana.

Alhora, el sector de les cures i la llar és un àmbit amb un clar predomini de la mà d'obra d'origen estranger, atès que la meitat de les persones que hi treballen són estrangeres

<sup>2</sup> Observatori del Treball i Model Productiu: «El treball de la llar i les cures a Catalunya. Any 2023».

en una proporció molt elevada en comparació amb el pes que té el col·lectiu forà en el total de l'ocupació (entorn del 16 % de l'afiliació). Sobretot destaca la presència de persones treballadores procedents de l'Amèrica del Sud. Per tant, parlem d'un sector on la dona migrada té un paper preponderant i assumeix el rol de cuidadora per donar resposta a les necessitats d'una societat on cada cop les tasques de cura i reproductives s'externalitzen més i on, des del sector públic, potser no s'ofereixen prou respostes a les necessitats creixents de la societat.

A aquestes dades de participació laboral femenina, hi afegirem dades relatives a les transformacions viscudes a les llars i famílies del nostre país. Durant les darreres dècades, i especialment a partir del segle actual, segons l'Institut d'Estadística de Catalunya, hem assistit a un creixement del nombre de llars, amb unes estructures canviant d'aquestes, que es visualitza en l'increment de llars unipersonals (un 11 % a Catalunya, això suposa que actualment 1 de cada 4 llars del país són unipersonals) i en l'increment de les famílies monoparentals, majoritàriament encapçalades per dones. Alhora, creix el percentatge de famílies monoparentals o famílies reconstituïdes i perden pes les famílies extenses. El nombre de fills per dona es tradueix en la disminució de la grandària de les famílies i l'envelliment de la població.

### — 2.3. L'àmbit de les cures en el marc de l'Estratègia Europea i l'Agenda 2030

En l'àmbit europeu, l'European Care Strategy (Estratègia Europea de Cures), destaca la importància dels agents socials, especialment provinents de l'economia social, en la prestació de serveis assistencials d'alta qualitat a causa del seu enfocament centrat en les persones i la reinversió de beneficis en la comunitat. L'estratègia vol ajudar a materialitzar els principis sobre l'accés a cures assequibles i de bona qualitat establerts en el pilar europeu de drets socials. També tracta de generar un escenari favorable

per assolir els objectius de desenvolupament de l'Agenda 2030, concretament salut i benestar (ODS3), però també contribuir a la fi de la pobresa (ODS1), a la igualtat de gènere (ODS5), incorporant-hi la perspectiva de gènere, el treball decent i el creixement econòmic (ODS8), i a la reducció de les desigualtats (ODS10) impulsant la millora de les condicions laborals de les persones treballadores del sector de les cures i la seva inclusió, visibilització i qualitat de vida.

D'aquesta manera, l'Estratègia Europea marca un camí perquè els marcs polítics i jurídics creïn un entorn favorable per optimitzar la contribució de l'economia social als serveis assistencials. En aquesta estratègia, la contractació pública socialment responsable és una eina per potenciar el desenvolupament de normes de major qualitat en el sector de les cures i millorar les condicions laborals de les persones treballadores d'aquest sector, tenint en compte especialment aquelles en situacions de baixa qualificació o condicions irregulars o precàries.

Un element clau en aquesta estratègia és la necessitat d'avançar en la recollida i anàlisi de dades, col·laborar amb les organitzacions internacionals i desenvolupar indicadors per rastrejar dades sobre educació i cures de la primera infància. Malgrat els avenços fets en la creació d'indicadors comuns, les dades estadístiques continuen sent limitades.

El paper dels estats membres, de les organitzacions de la societat civil i dels agents de l'economia social és clau per al desenvolupament i la implementació de l'Estratègia Europea de Cures, i cal crear les condicions que permetin als proveïdors de cures exercir un paper actiu en la prestació de serveis assistencials de qualitat, millorar les condicions de treball i donar suport a les inversions en serveis assistencials.

A l'Estat espanyol, el desenvolupament de l'Estratègia Europea s'ha materialitzat a través del Pla de Recuperació, Transformació i Resiliència d'Economia Social, que neix amb l'objectiu principal d'impulsar la transformació de les cadenes de valor estratègiques del sector de les cures i l'economia social, tot potenciant aquest sector amb l'objectiu de millorar-lo en termes laborals, reduint-ne la precarietat i rei-



vindicar el potencial transformador d'aquest sector.

La palanca VIII del Pla Nova Economia de les Cures i Polítiques d'Ocupació destaca pel seu component número 22, denominat «Pla de xoc per a l'economia de les cures i reforç de les polítiques d'inclusió», on s'emfatitza la necessitat de reforçar l'economia de les cures, especialment després de la pandèmia, per assegurar que «ningú quedi enrere». El pla proposa la desinstitucionalització de les cures de llarga durada i l'atenció centrada en la persona millorant el sistema de prestacions, donant suport a la inclusió social i laboral de les persones vulnerables i posant en valor el paper de l'economia social per prestar serveis d'aquest tipus, especialment en l'esfera local.

En aquest sentit, el PERTE d'Economia Social i de les Cures ha de servir per promoure

serveis avançats i accessibles centrats en les persones. Amb el seu desenvolupament s'impulsaran innovacions tecnològiques per a la cura a la llar i la creació de cooperatives d'habitatge col·laboratiu. El pla també inclou el component 23, denominat «Noves polítiques públiques per a un mercat de treball dinàmic, resiliència i inclusiu», on s'aborda la necessària modernització dels serveis socials, la professionalització del sector de les cures i la digitalització per millorar l'eficiència i la qualitat dels serveis.

En resum, aquestes estratègies i plans destaquen la importància de l'economia social i la necessitat d'un enfocament centrat en les persones per millorar els serveis de cures, promoure la inclusió social i laboral, i respondre als desafiaments demogràfics i socials, tant els derivats de la crisi sanitària de la covid-19 com els futurs.

## 3. Marc conceptual i enfocament metodològic

### 3.1. Delimitació de l'economia social i de les cures

Hi ha dues maneres de definir i delimitar què és l'economia social. L'una, anomenada aproximació *formal*, és fer-ho en funció de la forma jurídica i organitzativa que adopten les iniciatives, entitats o empreses que són pròpies de l'economia social d'acord amb el marc legislatiu. L'altra, l'aproximació *substantiva*, és situar el focus sobre els principis que, de manera efectiva, regeixen les activitats econòmiques i empresarials que porten a terme aquestes entitats. Utilitzar una aproximació o una altra dibuixa dos perímetres de l'economia social diferents (García Jané i Sánchez Griñó, 2017; XES, 2021). En aquest treball ens decantem per l'aproximació formal, que descansa sobre l'article 5 de la Llei 5/2011, de 29 de març, d'Economia social, on s'estableix que «Formen part de

l'economia social les cooperatives, les mutualitats, les fundacions i les associacions que duguin a terme activitat econòmica, les societats laborals, les empreses d'inserció, els centres especials de treball, les confraries de pescadors, les societats agràries de transformació i les entitats singulars creades per normes específiques que es regeixen pels principis establerts en l'article anterior».

Des d'aquest punt de partida, la nostra anàlisi inclou les entitats i empreses amb les formes jurídiques de cooperatives, fundacions i associacions, mutualitats de previsió social, societats laborals, empreses d'inserció i centres especials de treball. Per tant, hem optat per excloure les societats agràries de transformació, les confraries i altres entitats singulars atès que són formes organitzatives amb una presència residual en el sector de les cures. En el cas de les empreses d'inserció, cal precisar que aques-

tes entitats poden estar constituïdes com a societats mercantils, societats laborals o cooperatives. De la mateixa manera, els centres especials de treball poden ser impulsats per administracions públiques o organitzacions privades que, alhora, poden operar com a empreses mercantils, cooperatives, societats laborals, associacions o fundacions. Per últim, també hem inclòs les entitats constituïdes amb formes jurídiques de l'economia social dependents d'organitzacions religioses.<sup>3</sup>

Com s'ha comentat abans, actualment ens trobem davant d'un repertori conceptual i terminològic al voltant de les cures molt diversos. Dependent de les disciplines i corrents teòrics es fa referència a les «cures», en un sentit ampli, al «treball de cura», que té unes arrels més sociològiques, o a l'expressió «economia de les cures», que posa l'accent en la seva dimensió econòmica. Més enllà del debat acadèmic, l'OIT (2019), en la seva definició de la força de treball de les cures, identifica tant el treballadors, a partir dels grups ocupacionals de la *Classificació internacional uniforme d'ocupacions* (CIUO), com el sectors econòmics, sobre la base de la *Classificació industrial internacional uniforme* (CIIU). En aquesta línia, el sector de les cures abastaria les divisions d'Ensenyament (85), Activitats de l'atenció de la salut i l'atenció social (86), Activitats d'atenció en institucions (87), Activitats d'assistència social sense allotjament (88) i Activitats de les llars com a ocupadors de personal domèstic (97).

D'altra banda, la Confederació Empresarial Espanyola de l'Economia Social, en el seu informe sobre els serveis de l'economia de les cures (CEPES, 2022), que té un enfocament ampli —més proper al concepte de «cadena de valor»—, categoritza les activitats de cures a partir de dues variables complementàries. D'una banda, els serveis oferts, és a dir, quin tipus d'activitats o serveis inclourien aquestes tasques (serveis d'alimentació, residencials,

d'atenció domiciliària, educatius i de lleure adreçats a la infància, sanitaris, sociosanitaris i de treball social). De l'altra, els destinataris a qui s'adrecen les tasques (col·lectius de gent gran, infants i adolescents, persones en situació de dependència o que pateixen malalties, etc.). La combinació d'ambdues variables els permet definir una taxonomia detallada d'activitats, serveis i recursos. Tenint en compte aquestes referències, el nostre treball se centra exclusivament en les activitats del sector de les cures incloses dins de les divisions 86, 87 i 88 de la *Classificació Catalana d'Activitats Econòmiques* (CCAÉ) de 2009, que es corresponen amb les activitats sanitàries i de serveis socials amb o sense allotjament. Des de la perspectiva de la prestació de serveis, aquestes divisions comprenen tasques associades als serveis sanitaris, sociosanitaris i residencials destinats prioritàriament als col·lectius de persones grans, en situació de dependència o amb malalties o discapacitats, entre d'altres.

### 3.2. Dades i metodologia

La metodologia seguida en aquesta primera fase del treball ha consistit en la revisió sistemàtica de les fonts d'informació disponibles per configurar un cens d'entitats que permeti mesurar l'economia social en el sector de les cures al territori. D'entrada, hem descartat l'ús de bases de dades empresarials derivades del Registre Mercantil, com ara el *Sistema de Anàlisis de Balances Ibèriques* (SABI) d'Informa D&B o d'altres fitxers, com *Camerdata*, de les cambres de Comerç. El motiu principal n'és que aquests tipus de fonts ofereixen una baixa cobertura que afecta aquelles entitats que no són societats mercantils, especialment cooperatives, fundacions i associacions, les quals no estan obligades a presentar els comptes anuals.<sup>4</sup> De la mateixa manera, s'ha descartat l'ús de fonts

<sup>3</sup> Aquesta decisió ha estat motivada per la dificultat d'identificar aquesta tipologia a partir de la informació disponible en els diferents registres administratius, directoris i bases de dades que nodreixen el cens d'entitats.

<sup>4</sup> La legislació estatal estableix que les societats mercantils (societats anònimes, societats de responsabilitat limitada, societats col·lectives, societats comanditàries simples i societats comanditàries per accions) estan obligades a presentar els comptes anuals (compte de pèrdues i guanys, balanç de situació, estat de canvis en el patrimoni net, estat de fluxos d'efectiu i la memòria) per dipositar-los en el Registre Mercan-

de dades provinents d'entitats del mateix sector, com ara el *Mapa d'entitats* de la Taula del Tercer Sector de Catalunya, el *Balanç social* o la iniciativa *Pam a Pam* de la Xarxa d'Economia Social. Aquestes eines de mesura, tot i proporcionar informació rellevant per a l'anàlisi de la situació de l'economia social al territori, també tenen limitacions pel que fa a la cobertura i comparabilitat de les dades.

Les fonts d'informació utilitzades per a la creació del cens provenen d'altres registres administratius, directoris i bases de dades, principalment d'origen públic, en accés obert i amb caràcter censal.<sup>5</sup> En concret, del Departament d'Empresa i Treball de la Generalitat de Catalunya s'han obtingut dades del registre de cooperatives, del registre de societats laborals actives, del directori d'empreses d'inserció i del directori de centres especials de treball. La informació sobre mutualitats procedeix del registre de mutualitats de previsió social del Departament d'Economia i Hisenda. En el cas de les associacions i fundacions, s'ha descartat el registre d'entitats de Catalunya del Departament de Justícia, Drets i Memòria. Aquesta font, que inclou informació sobre associacions i fundacions privades, entre altres organitzacions, presenta limitacions pel que fa la qualitat de les dades en variables rellevants, com la identificació de l'entitat o l'activitat econòmica. Per aquest motiu, alternativament hem optat pel registre d'entitats, serveis i establiments socials (RESES) del Departament de Drets Socials, on s'inclouen entitats públiques i privades, d'iniciativa social i mercantil, que presten serveis i recursos de serveis socials.<sup>6</sup> Per a aquest treball s'han obtingut exclusivament les dades d'entitats d'iniciativa social que es cor-

responen amb les formes jurídiques d'associacions i fundacions, així com de cooperatives i societats laborals no incloses en els altres registres i directoris.

La informació que conté cada registre i directori és diferent i no sempre equivalent, la qual cosa en condiciona l'explotació en el procés de creació del cens d'entitats així com en l'anàlisi de les dades. Aquesta circumstància fa referència, sobretot, a l'activitat o els serveis desenvolupats per l'entitat, cosa que dificulta la identificació d'aquelles que pertanyen al sector de les cures. A tall d'exemple, els registres sobre cooperatives i societats laborals descriuen l'activitat a partir de la CCAE desagregada a quatre dígitos, mentre que en els directoris d'empreses d'inserció o centres especials de treball aquesta descripció és textual, amb menys o més detall i no sempre equiparable a la CCAE. En el cas del registre de mutualitats, l'activitat no està definida, igual que en el del registre d'entitats de serveis socials, on només s'identifiquen els serveis i recursos, classificats d'acord amb l'esquema de la Cartera de serveis socials. Juntament amb això, als registres administratius i directoris hi ha dades incompletes o hi trobem manca de consistència per les diferències en el procés de recollida i tractament de la informació en les fonts d'origen.<sup>7</sup> Un últim aspecte rellevant, a banda d'aquest últim, és la duplicitat d'entitats entre les diferents fonts de dades, en particular amb els directoris d'empreses d'inserció i centres especials de treball, ja que aquestes entitats poden adoptar múltiples formes jurídiques.

Tenint en compte aquestes limitacions, l'estratègia per identificar les entitats de l'economia social en el sector de les cures vinculades amb activitats i serveis sanitaris, sociosanitaris i

til. En canvi, la resta de formes jurídiques (cooperatives, fundacions, associacions, etc.) estan exemptes d'aquesta obligació, la qual cosa té efectes sobre la cobertura de la font.

- 5 Les dates de referència i d'actualització de les dades varien en funció del registre o directori. Les de cooperatives i societats laborals s'actualitzen mensualment; les últimes dades corresponen al maig de 2024. La resta s'actualitzen anualment i tenen diferents dates de referència.
- 6 La prestació dels serveis socials requereix la inscripció al RESES. Les entitats poden ser públiques o privades. Les primeres són aquelles que pertanyen a les administracions públiques locals (ajuntaments, consells comarcals i diputacions provincials) i autonòmiques i a l'Administració central. Les segones poden ser, al seu torn, d'iniciativa social o d'iniciativa mercantil. Les entitats d'iniciativa social són fundacions, associacions, cooperatives, organitzacions de voluntariat i altres entitats i institucions sense ànim de lucre. Les d'iniciativa mercantil són persones jurídiques i altres entitats privades amb ànim de lucre i qualsevol forma de societat reconeguda per la legislació mercantil que ofereixen serveis socials.
- 7 En el cas del RESES, per exemple, no consta l'entitat titular corresponent a 288 serveis i recursos de serveis socials. A més a més, per preservar la confidencialitat de les dades, el conjunt de dades disponible en accés obert no inclou les entitats que presten serveis adreçats a dones víctimes de violència de gènere i a la infància i adolescència, fet que limita la cobertura de la font.

residencials s'ha basat, en el cas de les cooperatives i societats laborals, en els codi de la CCAE. Els centres especials de treball i les empreses d'inserció han estat classificats dins del sector de les cures tenint en consideració tant la finalitat d'aquests tipus d'entitats com els col·lectius destinataris (en concret, persones amb discapacitat, amb malalties i en situació o risc d'exclusió social) i els serveis que se'ls presten (a més a més, l'activitat que desenvolupen les entitats no està relacionada, en molts casos, amb les activitats econòmiques que s'associen al treball de cures). De la mateixa manera, les associacions i fundacions que formen part del RESES també han estat classificades dins del sector de les cures, igual que les mutualitats de previsió social que presten serveis d'assistència sanitària.

Tota la informació procedent de les diferents fonts de dades ha estat sistematitzada i estandarditzada a fi de preparar i delimitar el cens d'entitats de l'economia social en el sector de les cures vinculades a activitats sanitàries i sociosanitàries i per a l'àmbit territorial del nostre interès, el Vallès. Aquest cens consta d'una sèrie de variables bàsiques: nom de l'entitat, codi d'identificació (NIF, CIF o d'altres), tipologia d'entitat principal, forma jurídica, classificació d'activitat econòmica, el municipi i la comarca on figura inscrita l'entitat o bé on té el domicili fiscal.

### ■ 3.3. Àmbit d'estudi: població i envelliment demogràfic del Vallès Occidental i Vallès Oriental

Conèixer el context social i demogràfic de l'àmbit del Vallès, en el seu sentit més ampli, ajuda a contextualitzar millor la realitat de l'ES i l'àmbit de les cures a les dues comarques. En aquest apartat exposem de forma breu els elements principals que defineixen l'estructura demogràfica i de caracterització territorial d'ambdues comarques; això ens pot ajudar a entendre millor quin és el teixit d'ESS que tenim a les dues comarques i quina implementació té l'àmbit de l'economia de les cures.

L'estructura de la població catalana i vallsana ha variat de forma significativa, amb una clara tendència a l'envelliment demogràfic i un índex d'envelliment a l'alça. L'envelliment de la població, que és un fenomen creixent en la nostra societat occidental, s'evidencia no només per l'allargament de l'esperança de vida, sinó també pel creixent pes de la població més gran de vuitanta-cinc anys en l'estructura per edats de les nostres comarques. Es pot observar un increment de les xifres absolutes que dobla les dades registrades fa vint anys, a inicis de la dècada del 2000. La població de més de seixanta-cinc anys també va prenent força a l'àmbit estudiat, sobretot a partir de la segona dècada del 2000.

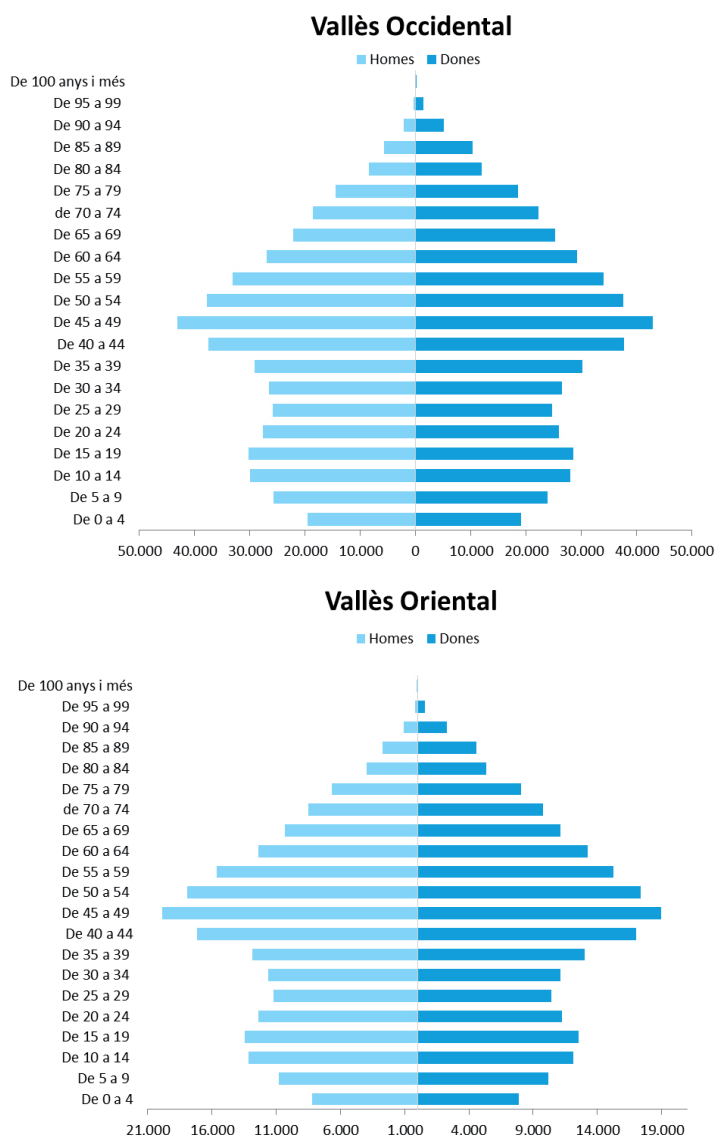
El Vallès Occidental i el Vallès Oriental són dues comarques situades a la demarcació de Barcelona, a la segona corona metropolitana, i conformen, les dues, la zona del Vallès, que es caracteritza per una combinació de paisatges naturals, zones urbanitzades i una forta activitat econòmica. Ambdues comarques es caracteritzen per incloure en el seu territori una extensa xarxa d'infraestructures tant de transport terrestre —destaca la xarxa de comunicacions a través de les autopistes (AP-7, C-58, C-16)— com ferroviària (Renfe i FGC en el cas del Vallès Occidental), que connecten les comarques amb Barcelona i altres regions. Alhora, ambdues comarques presenten una dotació de serveis sanitaris, educatius i culturals molt bona.

El Vallès concentra un volum de població d'1.371.175 persones. A grans trets, podem dir que el 17 % de la població de Catalunya (7.901.963 habitants) viu en aquest àmbit metropolità. El Vallès Occidental té una població de 949.026 habitants, pràcticament el doble que el Vallès Oriental, que suma un total de 422.085 persones. Pel que fa a la xifra de municipis que conformen cada comarca, el Vallès Occidental està compost per 23 municipis que varien en grandària i població, des de ciutats grans com Terrassa i Sabadell (amb una població superior als 200.000 habitants cadascuna) fins a localitats més petites com Gallifa i Rellinars (ambdues amb menys de 1.000 habitants). El Vallès Oriental està conformat per 39

municipis amb només dues ciutats grans que superen els 60.000 habitants, Granollers i Mollet del Vallès. En canvi, en aquesta comarca, pràcticament una tercera part del total són municipis amb una població de menys de 10.000 habitants.

L'evolució poblacional de l'àmbit dibuixa una dinàmica ascendent i pràcticament similar als dos Vallès. Respecte a l'evolució de les xifres, cal destacar que des de 2010 els dos Vallès han sumat un guany de població de gairebé 90.000 persones, amb un increment de més de 26.000 habitants més al Vallès Oriental i

63.255 habitants al Vallès Occidental, amb una taxa de creixement anual acumulativa que se situa al voltant del 0,70 % en ambdues comarques durant aquest període. Aquest percentatge fa del Vallès una zona que concentra en els darrers anys bona part del creixement migratori metropolità. Gran part d'aquest creixement demogràfic s'explica per les aportacions migratòries externes, tant d'origen estranger com metropolità. Alhora, aquest increment demogràfic fa que l'estructura de la població presenti un perfil piramidal on la població adulta guanya pes dins del conjunt total.



Gràfic 1. Piràmide de població del Vallès Occidental i del Vallès Oriental, 2023.  
 Font. Elaboració pròpia. Dades Idescat. Cens de Població i Habitatge 2023.

Si donem un cop d'ull a l'estructura per edats de la població d'ambdues comarques veiem, d'una banda, la tendència (generalitzada a totes les societats occidentals actuals) a l'envelliment de la població, amb un increment del gruix d'edats situades entre els 35 i els 64

anys, especialment. La mitjana d'edat d'ambdues comarques se situa al voltant dels 42 anys, concretament 42,2 anys al Vallès Occidental i 42,7 al Vallès Oriental, lleugerament més favorable que la mitjana catalana, per damunt dels 43 anys.

	Vallès Occidental	Vallès Oriental	Catalunya
Taxa bruta de natalitat (nombre de persones nascudes per 1.000 habitants)	7,37	6,83	7,2
Taxa bruta de mortalitat (nombre de persones mortes per 1.000 habitants)	7,79	7,9	9,03
Índex d'envelliment	114,2	120,8	136,9
Índex de sobreenvelliment	15,2	15,3	16,8
Índex de dependència juvenil	23	21,9	21,3
Índex de dependència de la gent gran	26,3	26,4	29,1
Índex de dependència global	49,3	48,3	50,3
Edat mitjana de la població	42,2	42,7	43,39

Taula 1. Indicadors sociodemogràfics del Vallès Occidental, Vallès Oriental i Catalunya. Any 2023.  
Font: Indicadors d'estructura demogràfica, Idescat.

Alhora, l'índex d'envelliment (relació entre la població de 65 anys i més i la població de 0 a 15 anys) se situa per damunt del 100 en ambdues comarques (el valor 100 mostra que hi ha la mateixa població tant en el grup de joves com en el de grans). En el cas del Vallès Oriental, l'índex és lleugerament superior (120,8) al del Vallès Occidental (114,2). Pel que fa a l'índex de sobreenvelliment, és a dir, la relació entre la població més gran de 85 anys respecte a la més gran de 65 anys, en totes dues comarques la xifra se situa per damunt del 15, i malgrat l'increment generalitzat de la població d'edat avançada, aquest índex de sobreenvelliment encara se situa més d'un punt percentual per sota del conjunt català.

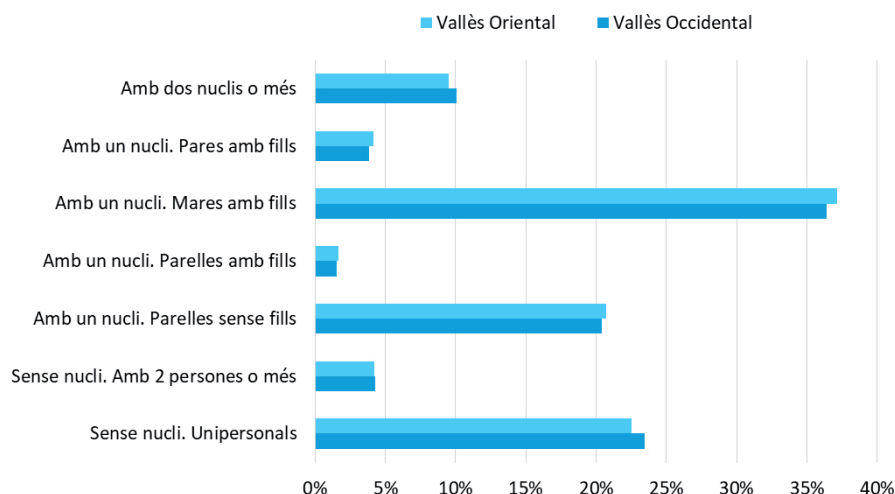
L'índex de dependència juvenil (quotient entre la població de menys de 15 anys per cada 100 habitants de 15 a 64 anys) mostra

com tant el Vallès Occidental com el Vallès Oriental registren una xifra lleugerament més elevada que la dada catalana. Ara bé, quan aquest indicador el vinculem a l'índex de dependència de la gent gran, que calcula la població de 65 anys i més per cada 100 habitants de 15 a 64, veiem que la xifra, tant al Vallès Occidental com al Vallès Oriental, se situa al voltant de 26, força per sota del valor català, situat per sobre de 29. L'índex de dependència global, és a dir, la població de més de 65 anys i la població de menys de 15 anys per cada 100 habitants de 15 a 64 anys (i que, per tant, mesura la càrrega que representa la població en edat potencialment inactiva per a la població que treballa o en edat de treballar), mostra unes xifres més favorables al Vallès Occidental (49,3) i al Vallès Oriental (48,3) que al conjunt català (50,3).

Als indicadors d'estructura demogràfica també cal afegir les dades referents a les transformacions viscudes a les llars i les famílies del Vallès Occidental i del Vallès Oriental. Ho hem anat comentant des de l'inici: especialment des de finals del segle XX i les primeres dècades del XXI, assistim a un increment del nombre de llars que es combina amb un creixement de les llars unipersonals o les llars formades per un nucli sense descendència. Alhora, el que podem assimilar a la família extensa (a la convivència de dues o més generacions en una mateixa llar) ha anat mostrant un descens més que notable: aquest model extens de família sovint també serveix per cobrir les tasques de cura i el treball reproductiu. Ho veiem, per exemple, analitzant els canvis de rol generacionals: en la mesura que les dones nascudes als anys quaranta-cinquanta s'incorporaven al mercat laboral, les generacions precedents (àvies principalment) van assumir les tasques de cura; la incorporació al món laboral de les generacions dels anys seixanta-setanta han fet visible la dificultat d'ocupar-se de les generacions precedents i de la descendència, amb la conseqüent necessitat de disposar de serveis externs que cobreixin l'atenció a aquests dos

grans col·lectius dependents: les persones grans (generació precedent) i la petita infància (generació descendent), canvis generacionals que se sumen també als canvis en els models i en l'estructura de les famílies.

Així, si analitzem les darreres dades censals (Cens 2021), constatem que les llars, tant al Vallès Occidental com al Vallès Oriental, mostren el major pes de llars encapçalades per mare amb fills/es; de fet, un de cada tres nuclis familiars de l'àmbit del Vallès respon a aquesta realitat. Els nuclis unipersonals suposen el segon gran tipus de nucli familiar: una de cada quatre llars de les dues comarques respon a aquesta realitat. I les llars conformades per un nucli de parella sense fills també suposen ja el 20 % del total de llars dels àmbits analitzats. A grans trets, podem dir que el model de nuclis i llars imperants actualment són l'augment de les llars unipersonals de persones amb més de 65 anys i la feminització de les llars monoparentals amb criatures. Aquests canvis socio-demogràfics propicien també canvis en l'organització social de les cures a l'àmbit del Vallès, de la mateixa manera que al conjunt de Catalunya o al conjunt de societats occidentals.



Gràfic 2. Estructura de les llars al Vallès Occidental i al Vallès Oriental.  
Font: Elaboració pròpia. Cens d'Habitatge 2021.

## 4. Aproximació a la dimensió de l'economia social en el sector de les cures al Vallès

En aquesta secció es duu a terme una anàlisi de les dades del cens d'entitats per tal de fer una primera aproximació a la dimensió territorial de l'economia social del sector de les cures vinculat a les activitats de serveis sanitaris, socio-sanitaris i residencials, destinades prioritàriament als col·lectius de persones grans, en situació de dependència i amb malalties o discapacitats, entre d'altres. La taula 3 presenta un resum de les dades del cens configurat a partir dels diferents registres administratius i directors. En total, es comptabilitzen 10.275 organitzacions i empreses a Catalunya, de les quals

4.682 són cooperatives (45,7 %) i 4.525, societats laborals (44,2 %). Les associacions i fundacions sumen 759 entitats (7,4 %); les entitats que operen com a centres especials de treball són 200 (2 %) i 81 les que ho fan com a empreses d'inserció (0,8 %). Per últim, hi ha actives 28 mutualitats de previsió social (0,3 %). Des de la perspectiva sectorial, a partir de la definició utilitzada aquí per delimitar les cures s'han identificat 1.262 entitats a Catalunya que realitzen activitats vinculades als serveis sanitaris, socio-sanitaris i residencials, de les quals 174 es trobarien localitzades en l'àmbit del Vallès.

Entitat	Catalunya			Vallès		
	Cures	Resta	Total	Cures	Resta	Total
Cooperativa (COOP)	190	4.492	4.682	36	667	703
Associacions i fundacions (AF)	759		759	90		90
Societats laborals (SL)	15	4.510	4.525	2	1.050	1.052
Centres especials de treball (CET)	200		200	33		33
Empreses d'inserció (EI)	81		81	9		9
Mutualitats (MUT)	16	12	28	4	3	7
<b>Total</b>	<b>1.261</b>	<b>9.014</b>	<b>10.275</b>	<b>174</b>	<b>1.720</b>	<b>1.894</b>

Taula 3. Entitats de l'economia social segons tipologia d'entitat i sector. Catalunya i Vallès.  
Font: elaboració pròpia.

A la taula 4 es presenta la distribució per comarques de les entitats del sector de les cures segons la tipologia d'entitats. Quant a les cooperatives, des del punt de vista legal es defineixen com a empreses formades per persones físiques o jurídiques que s'uneixen, sobre la base d'una gestió democràtica i propietat conjunta, per satisfer les necessitats i les aspiracions econòmiques, socials i culturals, no només del

membres de la pròpia organització sinó també de la comunitat. Per constituir una cooperativa només es requereix un mínim de tres socis o sòcies que han de desenvolupar l'activitat que correspongui segons la classe de cooperativa.

D'acord amb les dades del cens, actualment existeixen al Vallès 703 cooperatives, xifra que representa el 15 % del total català (taula 3). Des d'una perspectiva territorial, el Vallès



Occidental, amb 487 entitats, continua situant-se com la segona comarca amb més cooperatives (darrere del Barcelonès, que n'aplega 1.376), mentre que el Vallès Oriental, amb 203 entitats, se situa en una posició més llunyana en el rànquing comarcal (taula 4). Val a dir que, al Vallès, el cooperativisme té una implantació territorial relativament menor, per sota de la mitjana catalana i altres comarques com la Terra Alta, el Priorat, les Garrigues o la Noguera (Observatori del Vallès Occidental *et al.*, 2023).

Sectorialment, 36 cooperatives desenvolupen activitats pròpies del serveis sanitaris, sociosanitaris i residencials, la qual cosa suposa el 5,1 % del teixit cooperatiu del Vallès. D'aques-

tes, 19 es localitzen al Vallès Occidental i 17 al Vallès Oriental i es reparteixen per 15 municipis (tot i que concentrades a les grans ciutats i ciutats mitjanes). El detall de les activitats indica que el gruix de les entitats es dedica a tasques relacionades amb els serveis socials sense allotjament (20) i a activitats sanitàries (12), mentre que les cooperatives de serveis socials amb allotjament només sumen 4 entitats. Finalment, segons la classe, la major part són de treball associat (30), fet que s'explica bàsicament perquè, per emprendre un projecte cooperatiu d'autoocupació, només es requereix un mínim de dos socis i un capital mínim de 3.000 euros.

Comarca	COOP	SL	AF	CET	EI	MUT	Total	
	n	n	n	n	n	n	n	%
Alt Camp			2	2			4	0,3
Alt Empordà	4		11	2	2	1	20	1,6
Alt Penedès	2	2	9	3	2		18	1,4
Alt Urgell	1		5	2	2	1	11	0,9
Alta Ribagorça								0,0
Anoia	1		12	1	2		16	1,3
Aran			1	1			2	0,2
Bages	2	2	17	2	1	1	25	2,0
Baix Camp	4		18	4			26	2,1
Baix Ebre	1		11	4			16	1,3
Baix Empordà	3		10	1			14	1,1
Baix Llobregat	20		44	26	7		97	7,7
Baix Penedès	2		1	1			4	0,3
Barcelonès	61	3	315	76	24	7	486	38,5
Berguedà	1		5	2	1		9	0,7
Cerdanya			4	2	1		7	0,6
Conca de Barberà				1			1	0,1
Garraf	6		15		1		22	1,7

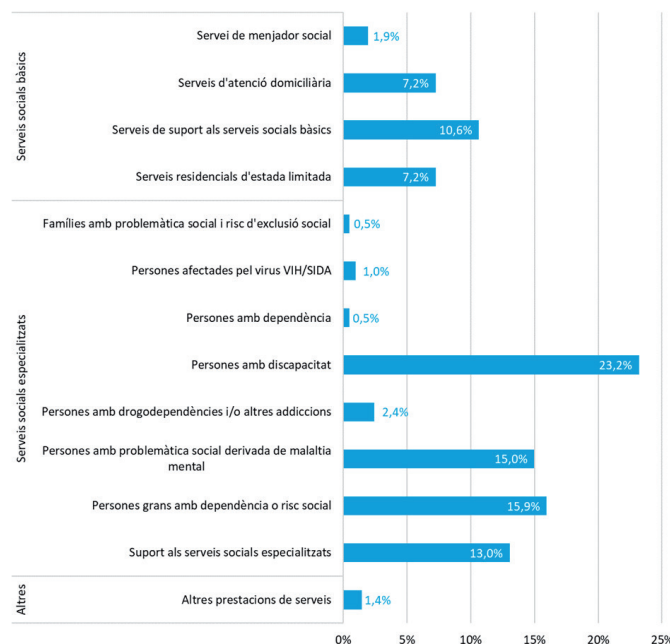
Comarca	COOP	SL	AF	CET	EI	MUT	Total	
	n	n	n	n	n	n	n	%
Garrigues			1	1			2	0,2
Garrotxa	4		6	1	3		14	1,1
Gironès	4		28	6	6	1	45	3,6
Lluçanès	1						1	0,1
Maresme	9	3	35	5	1	1	54	4,3
Moianès	1		3				4	0,3
Montsià	1		7				8	0,6
Noguera			3				3	0,2
Osona	3	1	17	6	4		31	2,5
Pallars Jussà	1						1	0,1
Pallars Sobirà	2		1				3	0,2
Pla de l'Estany	2		3				5	0,4
Pla d'Urgell	1		2	1			4	0,3
Priorat								0,0
Ribera d'Ebre			1	1	1		3	0,2
Ripollès	1		3	1	1		6	0,5
Segarra			5		1		6	0,5
Segrià	4		43	6	4		57	4,5
Selva	1	1	5	2	1		10	0,8
Solsonès			7	1	1		9	0,7
Tarragonès	8	1	14	4	4		31	2,5
Terra Alta	1		1				2	0,2
Urgell	2		4	2	2		10	0,8
Vallès Occidental	19	2	55	26	8	1	111	8,8
Vallès Oriental	17		35	7	1	3	63	5,0
<b>Catalunya</b>	<b>190</b>	<b>15</b>	<b>759</b>	<b>200</b>	<b>81</b>	<b>16</b>	<b>1.261</b>	<b>100,0</b>

Taula 4. Entitats de l'economia social del sector de les cures. Comarques de Catalunya.  
Font: elaboració pròpia.

Juntament amb les cooperatives, les societats laborals constitueixen un dels pilars de l'economia social a Catalunya i al Vallès. Des del punt de vista normatiu, una societat laboral consisteix en una empresa, constituïda com a societat anònima o de responsabilitat limitada, que és propietat, en la major part, dels seus treballadors, atès que hi han de participar amb almenys el 51 % del capital social i, a més a més, cap soci-treballador pot tenir més d'un terç del capital social. D'acord amb les dades del Cens, al Vallès existeixen 1.052 societats laborals, xifra que representa el 23,2 % del total de Catalunya. El Vallès Occidental, amb 754, és la segona comarca de Catalunya amb més societats laborals registrades (darrere del Barcelonès, que en concentra una de cada tres, 1.428 en total), mentre que el Vallès Oriental, amb 298 d'entitats, se situaria en quarta posició, per sota del Baix Llobregat i per sobre del Maresme. La distribució sectorial posa en relleu que aquesta forma jurídica és residual en el sector de les cures, ja que només s'han identificat 2 entitats al Vallès i 15 al conjunt de Catalunya. Tanmateix, les societats laborals són predominants en la indústria manufacturera, en les branques vin-

culades al metall, l'automoció i la indústria alimentària o tèxtil, el comerç, les activitats professionals i tècniques i la construcció (Observatori del Vallès Occidental *et al.*, 2023).

Quant a les associacions i fundacions, al Vallès s'han identificat fins a 90 organitzacions (55 al Vallès Occidental i 35 al Vallès Oriental) que desenvolupen activitats econòmiques vinculades als serveis sanitaris, sociosanitaris i residencials, la qual cosa representa prop del 12 % del total de Catalunya. Cal tenir en compte la quantificació d'aquesta tipologia, que a partir del nostre cens es veu afectada per les limitacions de la font d'origen (el RESES), que només inclou aquelles entitats que estan habilitades per prestar recursos i serveis socials a Catalunya. Per aquest motiu, la xifra d'associacions i fundacions podria estar infradimensionada en no incloure entitats fora de l'ecosistema dels serveis socials. Pel que fa a la seva activitat, les associacions i fundacions identificades al Vallès se centren en la prestació de serveis i recursos dels serveis socials especialitzats, adreçats a persones amb discapacitat (23,2 %), amb dependència o gran dependència (16,4 %) i amb malalties mentals (15 %).



Gràfic 3. Associacions i fundacions del sector de les cures segons la tipologia de serveis i recursos prestats.  
Font: elaboració pròpia.

Altres agents rellevants de l'economia social en el sector de les cures són les empreses d'inserció (EI) i els centres especials de treball (CET). Les EI segueixen la lògica empresarial mercantil però aplicant fórmules d'integració sociolaboral adreçades prioritàriament a grups en risc d'exclusió mitjançant l'impuls de les seves aptituds professionals per facilitar l'accés al mercat laboral ordinari. Així doncs, al mateix temps que s'assoleixen fites de caire social, aquestes entitats porten a terme una línia de negoci produint béns i serveis en qualsevol sector i mercat. De les 81 EI registrades a Catalunya, 9 es localitzen al Vallès (8 al Vallès Occidental i 1 al Vallès Oriental). Aquestes entitats, que operen sota diverses formes jurídiques, desenvolupen principalment activitats de gestió de residus, comerç i serveis a la llar (Observatori del Vallès Occidental *et al.*, 2023).

Per la seva banda, els centres especials de treball comparteixen els mateixos objectius que les empreses d'inserció, tot i que situen el focus de la seva actuació en les persones amb discapacitat (física, psíquica o sensorial). Així, els objectius principals d'aquests centres són

dur a terme un treball productiu i de serveis per proporcionar feina protegida amb una relació laboral de caràcter especial mitjançant un lloc de treball remunerat, i procurar la capacitat del treballador amb discapacitat i la seva inserció laboral al mercat ordinari. Dels 200 CET que hi ha actualment a Catalunya, 33 s'ubiquen al Vallès (26 al Vallès Occidental i 7 al Vallès Oriental) i operen sota diferents formes jurídiques, sigui com a societat mercantil (16), associació i fundació (11), cooperativa (5) o societat laboral (1). De la mateixa manera que les EI, aquestes entitats desenvolupen diverses activitats, principalment en el sector de serveis a les persones i a l'empresa (bugaderia, neteja, manteniment d'edificis, recepció i control d'accesos, jardineria, etc.).

Finalment, les mutualitats de previsió social són entitats de gran tradició a Catalunya i actualment mantenen una àmplia presència en el sector assegurador. De les 28 mutualitats actives a Catalunya, 16 es dediquen a la prestació de serveis d'assistència sanitària, vinculats a les cures, entre les quals 4 es localitzen a l'àmbit del Vallès.

## 5. Conclusions i properes passes

Un cop analitzats els primers resultats que hem anat exposant al llarg dels apartats anteriors, hem copsat dos aspectes rellevants que poden limitar la nostra anàlisi i que, per tant, els podem considerar un repte de futur.

Aquests aspectes són:

- a) La complexitat en definir i conceptualitzar no només l'economia social sinó, d'una manera més concreta, l'àmbit de les cures i l'atenció sociosanitària, un àmbit encara no prou estudiat i sovint no reconegut quant a l'impacte econòmic i/o social, tal com hem vist en els primers apartats d'aquest capítol.
- b) Al llarg d'aquesta anàlisi ens hem trobat amb limitacions de les fonts estadístiques, ja que en bona part ens trobem analitzant una realitat que sovint es desenvolupa no només de forma precaritzada (és a dir, no disposem de dades oficials suficients per analitzar-la), sinó que també ha

Conceptualitzar les cures i l'atenció sanitària en l'economia social suposa una oportunitat per crear sistemes més humans, equitatius i sostenibles, posant les necessitats de les persones al centre. I suposa també posar en valor una feina i unes tasques associades sovint desenvolupades per dones.

calgut establir i acordar l'estratègia metodològica per superar aquestes limitacions.

Davant d'aquestes dues limitacions s'ha optat per delimitar l'anàlisi, fruit d'una estratègia consensuada. Aquest enfocament podria ser totalment diferent si l'equip investigador que duu a terme la recerca fos un altre.

Els principals resultats obtinguts mostren que les cooperatives especialment i les societats laborals (SL) constitueixen un dels pilars no només de l'economia social al Vallès sinó especialment al conjunt de Catalunya, ja que tenen un paper preponderant en l'àmbit de les cures i de l'atenció sociosanitària. Les empreses d'inserció i els centres especials de treball també són agents rellevants en aquest àmbit, tant pel que fa als serveis duts a terme com a les persones que hi treballen, la tasca desenvolupada per les quals els suposa un factor de cura i atenció.

Quant a xifres, al capítol posem en relleu que, segons les dades de l'any 2023, a Catalunya es comptabilitzen 10.275 organitzacions i empreses, de les quals 4.682 són cooperatives (45,7 %) i 4.525, societats laborals (44,2 %). Les associacions i fundacions sumen 759 entitats (7,4 %); les entitats que operen com a centres especials de treball són 200 (2 %) i 81 les que ho fan com a empreses d'inserció (0,8 %). Finalment, hi ha actives 28 mutualitats de previsió social (0,3 %). Des de la perspectiva sectorial, a partir de la definició utilitzada aquí per delimitar les cures, s'han identificat 1.262 entitats a Catalunya que realitzen activitats vinculades als serveis sanitaris, sociosanitaris i residencials

El nostre àmbit d'estudi fa referència a les 174 entitats localitzades al Vallès. D'acord amb les dades del cens, actualment existeixen al Vallès 703 cooperatives, xifra que representa el 15 % del total català. Val a dir que, al Vallès, el cooperativisme té una implantació territorial relativament menor, per sota de la mitjana catalana i altres comarques com la Terra Alta, el Priorat, les Garrigues o la Noguera (CREIS, 2023).

Sectorialment, 36 cooperatives desenvolupen activitats pròpies dels serveis sanitaris, sociosanitaris i residencials, la qual cosa suposa el 5,1 % del teixit cooperatiu del Vallès. D'aques-

tes, 19 es localitzen al Vallès Occidental i 17 al Vallès Oriental i es reparteixen per 15 municipis.

Pel que fa a les associacions i fundacions, al Vallès s'han identificat fins a 90 organitzacions (55 al Vallès Occidental i 35 al Vallès Oriental) que desenvolupen activitats econòmiques vinculades als serveis sanitaris, sociosanitaris i residencials, fet que representa prop del 12 % del total de Catalunya.

De les 81 EI registrades a Catalunya, 9 es localitzen al Vallès, 8 al Vallès Occidental i 1 al Vallès Oriental.

Dels 200 CET que hi ha actualment a Catalunya, 33 s'ubiquen al Vallès (26 al Vallès Occidental i 7 al Vallès Oriental) i operen sota diferents formes jurídiques, sigui com a societat mercantil (16), associació i fundació (11), cooperativa (5) o societat laboral (1).

De les 28 mutualitats actives a Catalunya, 16 es dediquen a la prestació de serveis d'assistència sanitària vinculats a les cures, 4 de les quals es localitzen al Vallès.

## — Properes passes

En la segona fase d'aquest treball es preveu aprofundir en les característiques de les entitats del sector de les cures, així com en les activitats que desenvolupen en la prestació de serveis i recursos sanitaris, sociosanitaris i residencials.

Tenint en compte aquest objectiu, la proposta de futur preveu dur a terme una enquesta a una mostra d'entitats, empreses i organitzacions en l'àmbit del Vallès que formen part del cens creat en aquesta primera fase, seguint els criteris i les pautes de la proposta metodològica plantejada a la *Guia per mesurar l'economia social i solidària dels ens locals*.

Entre altres elements, es recollirà informació sobre indicadors i variables clau de l'organització (membres de l'entitat, persones sòcies, etc.), el seu funcionament (democràcia interna i participació) i marc econòmic i sociolaboral (ingressos, facturació, llocs de treball, qualitat de l'ocupació), així com sobre les activitats i serveis que presten (tipologia de serveis, col·lectius i persones beneficiàries...).

De manera complementària, es faran entrevistes en profunditat als agents més rellevants de l'economia social en el territori per obtenir informació qualitativa de la seva visió i percepcions sobre la situació del sector de les cures i el paper que té l'economia social en el context actual de transformacions demogràfiques, així com sobre les seves necessitats i demandes.

Tot plegat, amb l'objectiu d'aprofundir en el coneixement i l'anàlisi d'aquest teixit so-

cioeconòmic que posa en valor les tasques de cura i atenció socio sanitària i residencial i posa també en relleu un model d'economia social i solidària cabdal per al desenvolupament de la nostra societat actual i que té el repte de sumar en el marc del conjunt d'iniciatives existents per donar resposta a unes necessitats i demandes que van creixent en els darrers temps, necessitats que massa sovint han estat poc valorades o silenciades.

## 6. Bibliografia

- ADDATI, L.; CATTANEO, U.; ESQUIVEL, V.; VALARINO, I. 2019. *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*. Ginebra: OIT.
- BENERÍA, L. 2022. «Les cures i l'economia postpandèmica». *Barcelona Metròpolis*, 122: 4-11.
- CAMPS, V. 2022. «L'ètica de cuidar». *Barcelona Metròpolis*, 122: 12-17.
- CARMONA, D. 2019. «La resignificació de la noció de cuidado desde los feminismos de los años 60 y 70». *Enclaves del Pensamiento*, 25 (generjuny): 104-127.
- CARRASCO, C.; BORDERÍAS, C.; TORNS, T. 2019. *El trabajo de cuidados: historia, teoría y políticas*. Madrid: Los Libros de la Catarata.
- CASTRO-MARTÍN, T.; MARTÍN-GARCÍA, T.; SEIZ, M.; CORDERO, J. 2021. «El desafío de la muy baja fecundidad en España. ¿Qué políticas sociales serían deseables?». A: *Informe sobre la Democracia en España 2021*. Madrid: Fundación Alternativas.
- CEPES. 2022. *Los cuidados desde la Economía Social. Estudio sobre la presencia de la Economía Social en los grupos de servicios de la Economía de los Cuidados*.
- EZQUERRA, S.; EGUIA HUERTA, M. de. 2020. «¿Redistribución de los cuidados? El papel de la familia, el mercado y las políticas públicas en Catalunya». *Política y Sociedad*, 57, 3: 769-795. <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=1051>>
- GARCÍA JANÉ, J.; SÁNCHEZ GRIÑO, J. M. 2017. *Guia per mesurar l'economia social i solidària des dels ens locals*. Barcelona: Diputació de Barcelona.
- MARTÍNEZ BUJÁN, R. 2022. «Revolución reproductiva y crisis de cuidados». *Barcelona Metròpolis*, 122: 24-29.
- OBSERVATORI DEL VALLÈS OCCIDENTAL – CONSELL COMARCAL DEL VALLÈS OCCIDENTAL; OBSERVATORI – CENTRE D'ESTUDIS DEL VALLÈS ORIENTAL – CONSELL COMARCAL DEL VALLÈS ORIENTAL. 2023. «L'economia social i solidària al Vallès Occidental i al Vallès Oriental». A: *Anuari d'emprenedoria, economia i innovació social*. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona, p. 11-38.
- PÉREZ DÍAZ, J.; ABELLÁN GARCÍA, A. 2018. «Envejecimiento demográfico y vejez en España». *Panorama Social*, 28: 11-47.
- XARXA D'ECONOMIA SOLIDÀRIA DE CATALUNYA (XES). 2021. *Document de diagnòstic de l'ESS a Catalunya*. <[https://xes.cat/wp-content/uploads/2023/05/Diagnostic\\_ESS\\_XES2021.pdf](https://xes.cat/wp-content/uploads/2023/05/Diagnostic_ESS_XES2021.pdf)> [Consulta: 30/06/2024]