Taula d'entitats
del Tercer Sector Social
de Catalunya

Debats
Catalunya Social
Propostes des
del Tercer Sector

núm. 77
novembre de 2026

# De persones ateses a ciutadania de ple dret: la transformació del model d'atenció a Catalunya

Dossier
**Catalunya Social**
**Propostes des del Tercer Sector**

# *De persones ateses a ciutadania de ple dret: la transformació del model d'atenció a Catalunya*


***Autoria***

Aquest dossier ha estat elaborat conjuntament per la Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya i la Taula del Tercer Sector Social de Catalunya a través del seu Grup de Treball de Model d'Atenció a la Persona.

**Gemma Prat Vigué**

Psicòloga clínica, docent i investigadora amb una extensa trajectòria en l'àmbit de la salut mental a Catalunya. Doctora en Psicologia i llicenciada en Filosofia i Lletres per la UAB, llicenciada en Humanitats per la UOC i màster en Promoció i Educació per a la Salut per la UdL. Actualment exerceix com a professora agregada del Departament de Psiquiatria de la Facultat de Medicina de la UVic-UCC, després d'haver estat professora associada a la UB durant vint anys (2000-2020). En el vessant clínic i de gestió, és psicòloga especialista, cap clínic del Servei de Recuperació Comunitària de la Divisió de Salut Mental de la Fundació Althaia i directora adjunta de la Càtedra de Salut Mental de la UVic-UCC-Fundació Althaia, on també porta a terme recerca en diferents àmbits de la recuperació comunitària de salut mental.

## Itxaso Tellado Ruiz de Gauna

Llicenciada en Pedagogia per la Universitat de Barcelona, i doctora en Educació de Persones Adultes i Educació Superior per la Northern Illinois University. És coordinadora i professora del Grau d'Educació Social i directora acadèmica de la Càtedra de Serveis Socials de la Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya (UVic-UCC). La seva trajectòria professional i investigadora se centra en els processos d'inclusió i participació social, i l'acompanyament de persones i col·lectius en situacions de vulnerabilitat. Ha col·laborat en projectes de recerca aplicada, innovació social i transferència de coneixement vinculats a treball comunitari, les polítiques d'inclusió i els serveis socials, així com amb administracions públiques i entitats del tercer sector. Actualment, desenvolupa activitats de docència, recerca i assessorament orientades a la millora de les pràctiques professionals i dels sistemes d'atenció a les persones.

## Manu Vidal-Ribas

Educador social i Treballador social (Universitat Ramon Llull), Psicopedagog (Universitat Oberta de Catalunya) i MBA (ESADE Business School). Actualment és responsable de l'àrea social del Centre d'Estudis Sanitaris i Socials de la Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya (UVic-UCC) i director executiu de la seva Càtedra de Serveis Socials. Compta amb experiència tècnica en infància i adolescència en risc d'exclusió social, i serveis socials d'atenció primària de l'administració local. Des de fa anys treballa en direcció i coordinació de projectes estratègics pel desenvolupament dels serveis socials en suport a ens locals, entitats del tercer sector social i la Generalitat de Catalunya

# Índex de continguts


**1. Introducció ..... 5**

**2. Context i diagnosi del sistema d'atenció a les persones ..... 8**

2.1 Transformacions socials, demogràfiques i comunitàries ..... 8

2.2 El context polític i de polítiques públiques ..... 13

2.3 Un sistema social amb limitacions ..... 15

2.4 El paper del tercer sector social ..... 16

**3. Definició del model d'atenció a la persona ..... 19**

3.1 Fonamentació teòrica del model ..... 21

3.2 Eixos del model ..... 25

3.3 Garanties del model ..... 27

**4. Elements operatius del model ..... 30**

4.1 Governança i lideratge compartit ..... 30

4.2 Gestió del sistema ..... 34

4.3 Organització dels serveis i de les professionals ..... 37

4.4 Comunitat, entorns i recursos ..... 40

4.5 Avaluació, resultats i innovació ..... 44

**5. Reptes i transformació del sistema ..... 47**

5.1 Reptes estructurals ..... 47

5.2 Reptes culturals ..... 49

5.3 Reptes organitzatius ..... 50

5.4 Comparativa de models ..... 51

**6. Claus de futur i recomanacions ..... 53**

6.1 Recomanacions per a la generalitat de catalunya ..... 53

6.2 Recomanacions per als ens locals ..... 55

6.3 Recomanacions per al tercer sector social ..... 56

**7. Conclusions i idees clau ..... 58**

**8. Bibliografia ..... 62**

# 1. Introducció

Fa temps que a Catalunya es parla de l'Atenció Centrada en la Persona, però aquest concepte corre el risc de convertir-se en un simple tecnicisme si no es defineix clarament quins són els seus pilars fonamentals i, sobretot, com es porta a la pràctica de manera efectiva. La realitat demogràfica actual, el progressiu envelliment de la població i la creixent complexitat de les situacions de vulnerabilitat social evidencien diàriament que les respostes sectorials i excessivament burocratitzades ja no són suficients per atendre la ciutadania de manera digna. No es tracta únicament de gestionar prestacions o distribuir recursos, sinó de transformar profundament la mirada del sistema: la persona ha de deixar de ser tractada com una mera receptora passiva de serveis per ser reconeguda i acompanyada com a ciutadana activa de ple dret, propietària del seu projecte de vida i amb plena capacitat de decisió. Aquesta transició requereix posar negre sobre blanc què entenem exactament per "model d'atenció", evitant que la seva aplicació depengui exclusivament de la sensibilitat individual d'un professional o dels recursos específics d'un territori.

Ens trobem, doncs, en un moment polític i social de cruïlla que obre una oportunitat idònia per generar un canvi real en les polítiques i en la cartera de serveis socials. Aquest context esdevé especialment rellevant si hi incorporem la mirada local, ja que la transformació efectiva s'ha de produir necessàriament als barris, pobles i ciutats, on la provisió social comunitària i els serveis socials bàsics operen com la primera porta d'entrada al sistema de suport. És precisament en aquesta cruïlla on pren tot el sentit el valor afegit del Tercer Sector Social. Les entitats socials, que treballen cada dia a primera línia cobrint necessitats fonamentals de la ciutadania, tenen el coneixement pràctic, l'expertesa i la legitimitat per liderar aquest relat. Per aquest motiu, aquest dossier neix de la voluntat expressa de

la Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya d'estructurar i fer públic el model d'atenció que defensa el sector de manera unificada. El document es concep com una carta de presentació i una eina d'incidència política i de sensibilització perquè l'Administració, els mitjans de comunicació i la societat entenguin clarament per què s'exigeix un canvi estructural profund. En aquest paradigma, les entitats no només presten un suport assistencial essencial, sinó que aporten una visió crítica i compromesa que incorpora de manera inexcusable la perspectiva dels drets en el centre de l'atenció.

Amb aquesta premissa, el principal objectiu d'aquest document és esdevenir una eina clara i pràctica per tal de donar resposta a dues grans qüestions fonamentals: quin model volem i com el fem possible. D'una banda, el text pretén establir de manera entenedora les bases del que anomenem Atenció Centrada en la Persona i Basada en els Drets (ACP-BD), explicant com aquest model intersecta estretament amb el suport a la presa de decisions i els drets fonamentals (integrant iniciatives com el marc Quality Rights[1] de l'Organització Mundial de la Salut) i quin impacte directe té per a la millora de la qualitat de vida de la ciutadania. D'altra banda, el dossier busca identificar quines són les barreres i els reptes actuals del sistema de benestar, plantejant què implica l'aplicació real d'aquest model en tots els seus vessants: a escala macro (per a les Administracions i els sistemes de finançament), a escala meso (allò que suposa per a l'organització interna de les entitats i institucions) i a escala micro (l'impacte directe en el dia a dia dels equips de professionals de l'atenció directa).

Per donar forma a aquest relat coral, s'ha aplicat una metodologia de treball mixta, rigorosa i participativa que garanteix la representativitat de les propostes. En una primera fase, s'ha dut

1 Els Quality Rights són una iniciativa mundial impulsada per l'OMS que té com a objectiu millorar la qualitat de l'atenció als serveis de salut mental i socials, i garantir els drets humans de les persones amb discapacitat psicosocial.

a terme una revisió sistemàtica i una anàlisi documental exhaustiva que ha recollit tant els marcs teòrics internacionals com la literatura elaborada prèviament per la mateixa Taula del Tercer Sector i altres espais de referència de l'àmbit assistencial. A partir d'aquesta base teòrica, el gruix del document s'ha construït a través de la mirada directa de les entitats, organitzant espais de deliberació conjunta amb els membres del Grup de Treball de Model d'Atenció a la Persona . Això ha permès recollir de forma estructurada les respostes, inquietuds i experiències pràctiques de les organitzacions prestadores, assegurant que el posicionament final sigui un reflex fidel del model que les entitats apliquen als seus territoris i volen desplegar al costat de les institucions públiques.

Finalment, per tal de complir amb tots aquests propòsits de forma ordenada, el dossier s'estructura al llarg de sis grans blocs consecutius. En el capítol 2, s'ofereix una diagnosi del context demogràfic, social i institucional actual que fa urgent la transformació del sistema d'atenció. Tot seguit, el capítol 3 entra de ple en la definició, la fonamentació teòrica i els eixos estratègics de l'ACP-BD. Una vegada fixat el marc conceptual, el capítol 4 aterra el model detallant quins són els elements operatius indispensables per portar-lo a la pràctica d'una manera realista, des de la governança compartida i la necessitat d'un finançament flexible, fins a la coordinació intersectorial, la priorització de la vida a la comunitat i l'avaluació centrada en resultats. El capítol 5 fa una radiografia honesta dels reptes estructurals, culturals i organitzatius que cal superar col·lectivament per fer viable aquesta transició. A tall de tancament, el capítol 6 presenta una bateria de claus de futur i recomanacions concretes dirigides tant als poders públics com al mateix tercer sector, dissenyades precisament per fer d'aquest model de drets una realitat tangible, sostinguda i equitativa per a tota la ciutadania de Catalunya.

# 2. Context i diagnosi del sistema d'atenció a les persones

## 2.1. Transformacions socials, demogràfiques i comunitàries

Catalunya es troba immersa en un procés de transformació demogràfica, social i territorial que condiciona profundament la configuració actual i futura de les polítiques socials i dels sistemes d'atenció a les persones. L'augment de l'esperança de vida, la diversificació de les trajectòries vitals, els canvis en les estructures familiars, l'impacte persistent de les desigualtats socials i les noves expectatives de ciutadania plantegen reptes que superen els marcs tradicionals d'intervenció i exigeixen una revisió profunda de les formes d'organitzar les cures, els suports i l'acompanyament social.

### Envelliment de la població i increment de la dependència i la cronicitat

L'envelliment demogràfic constitueix una de les transformacions estructurals més rellevants de la societat catalana. Segons l'Informe sobre l'Estat dels Serveis Socials a Catalunya 2024 del Departament de Drets Socials i Inclusió, l'índex d'envelliment continua augmentant any rere any, fet que evidencia el creixement progressiu de la població major de 65 anys i, especialment, de les persones de més de 85 anys, el grup amb majors necessitats de suport i atenció.

Aquest procés va associat a un increment de les situacions de dependència, discapacitat i malalties cròniques, així com a una major demanda de serveis de suport domiciliari, assistència personal, atenció comunitària i recursos residencials. L'evolució

demogràfica descrita pel Centre d'Estudis Demogràfics assenyala que l'envelliment es mantindrà durant les properes dècades com a conseqüència de l'allargament de la vida i de la disminució relativa dels grups més joves de població.

Tanmateix, les necessitats associades a l'envelliment no poden entendre's únicament des d'una perspectiva assistencial o sanitària. L'augment de situacions de soledat no desitjada, aïllament social i fragilitat relacional planteja la necessitat de desplegar respostes integrals orientades al manteniment de l'autonomia, la participació social i la vida en comunitat.

En aquest context, la cura de llarga durada emergeix com una qüestió central de les polítiques públiques. Amb accions fixades fins 2030, l'Estratègia Europea de les Cures defensa precisament la necessitat d'impulsar sistemes de cures accessibles, assequibles, de qualitat i centrats en la persona, prioritzant els serveis domiciliaris i comunitaris davant de models excessivament institucionalitzats.

## Augment de la complexitat social i sanitària

Paral·lelament a les transformacions demogràfiques, es constata un increment significatiu de la complexitat de les situacions ateses pels serveis socials. Les trajectòries de vida de moltes persones combinen simultàniament factors vinculats a la salut, l'habitatge, l'ocupació, les relacions familiars, les dificultats econòmiques o la salut mental, generant processos d'exclusió que no poden ser abordats des de sistemes sectorials aïllats.

El Pla Estratègic de Serveis Socials de Catalunya 2021-2024[2] ja identificava aquesta complexificació de les necessitats socials

2 Actualment aquest pla està prorrogat i està en elaboració el III Pla Estratègic de Serveis Socials de Catalunya.

com un dels principals factors que justifiquen la transformació del sistema, remarcant la necessitat d'intervencions més integrades, preventives i comunitàries.

L'Informe sobre l'Estat dels Serveis Socials a Catalunya 2024 mostra un increment de les necessitats relacionades amb la dependència, les dificultats socioeducatives, la inserció sociolaboral, la pobresa residencial, el risc social en la infància i les situacions d'aïllament social, fet que reflecteix el caràcter multidimensional de les problemàtiques socials actuals.

Aquestes situacions evidencien que la persona no experimenta els seus problemes de manera fragmentada sinó integrada. En conseqüència, els sistemes d'atenció han de ser capaços de donar una resposta coordinada al conjunt de dimensions que configuren el benestar i la qualitat de vida.

## Impacte dels determinants socials: desigualtats econòmiques, habitatge, pobresa i migracions

Les desigualtats socials continuen sent un dels principals condicionants del benestar de la població catalana. L'Informe Social de Catalunya 2025 mostra la persistència de situacions de pobresa, vulnerabilitat econòmica i privacions materials que afecten amplis sectors de la població, especialment les llars amb menors ingressos, les famílies monoparentals, les persones d'origen estranger i les persones amb situacions de dependència o discapacitat. L'informe evidencia un augment de la pobresa, amb un 24.8% de població catalana en risc de pobresa o exclusió social[3] l'any 2025 (enfilant-se fins 36,5% per a la població menor d'edat).

3 Segons la taxa AROPE, que mesura el risc de pobresa o exclusió social tenint en compte ingressos, condicions de vida i accés a una ocupació suficient.

Existeix alhora la contradicció pel bon dinamisme econòmic i alhora la caiguda del poder adquisitiu general, més accentuada en les rendes baixes, per l'alt cost de l'alimentació i béns bàsics.

Els indicadors de risc de pobresa i exclusió social evidencien notables desigualtats territorials entre les diferents comarques i àrees bàsiques de serveis socials. Aquestes diferències condicionen clarament l'accés als recursos i les oportunitats de desenvolupament personal de la ciutadania. En aquesta línia, l'Informe Social de Catalunya 2025, elaborat pel Departament de Drets Socials i Inclusió, mostra que la taxa d'esforç econòmic[4] varia segons el territori i, de fet, sovint és més elevada en les zones amb rendes més baixes, tot i que el cost de la vida hi sigui menor. Aquesta situació es dona, especialment, a les comarques de Ponent i del sud de Catalunya.

L'habitatge constitueix actualment un dels principals factors d'exclusió social. L'augment dels costos residencials, la dificultat d'accés al mercat de lloguer, les situacions de sobrecàrrega econòmica associades a l'habitatge i l'increment de les situacions de sensellarisme afecten cada vegada més persones i famílies.

Alhora, Catalunya és una societat cada vegada més diversa des del punt de vista cultural i migratori. Segons l'Informe sobre l'Estat dels Serveis Socials, el fenomen migratori continua sent un dels principals motors del creixement demogràfic i contribueix decisivament a la configuració de la societat catalana contemporània.

La diversitat cultural constitueix una oportunitat d'enriquiment social, però també exigeix polítiques capaces de garantir la inclusió, la igualtat de drets i la cohesió comunitària.

4 La taxa d'esforç econòmic és la divisió entre el cost de la vida mitjà de les llars per municipi i la renda disponible de les llars per municipi.

## Expectatives de les persones respecte a l'autonomia i el projecte vital

Les transformacions socials no només afecten les necessitats de la població sinó també les seves expectatives. Les persones demanen, cada cop més, poder participar en les decisions que afecten la seva vida, mantenir el control sobre el seu projecte vital i rebre suports adaptats als seus desitjos, preferències i circumstàncies personals.

Aquesta tendència es fa evident en diversos àmbits sectorials. En són un exemple els informes sobre la situació de les persones amb discapacitat intel·lectual a Catalunya publicats per DINCAT (2022 i 2024). També ho constaten les dades del Departament de Salut sobre els Documents de Voluntats Anticipades: l'any 2025 se'n van registrar 52.560, fet que suposa un increment de gairebé el 52 % respecte a l'any anterior. La xifra anual més elevada des que es registren dades.

Aquest canvi cultural s'emmarca en una concepció de la ciutadania basada en els drets, l'autodeterminació i la participació activa. Diversos corrents internacionals vinculats als models de vida independent, l'atenció centrada en la persona i la Convenció Internacional sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat posen l'accent en la necessitat de substituir les lògiques paternalistes per models de suport que respectin la voluntat de les persones.

En aquest context, l'èxit de les polítiques socials no es mesura únicament a través de la cobertura de necessitats, sinó també per la capacitat de promoure autonomia, inclusió social, participació comunitària i qualitat de vida. S'espera que així sigui per a totes les persones, incloses les persones amb discapacitat i les persones amb necessitats de suport elevades.

## 2.2. El context polític i de polítiques públiques

### Les polítiques socials i sanitàries a Catalunya

Catalunya disposa d'una llarga trajectòria en el desenvolupament de polítiques socials basades en la universalitat, la proximitat i la garantia de drets. La Llei 12/2007 de serveis socials va consolidar el Sistema Català de Serveis Socials com el quart pilar de l'estat del benestar i va reconèixer el dret subjectiu d'accés als serveis socials.

Malgrat aquests avenços, les transformacions socials dels darrers anys han qüestionat la capacitat dels sistemes públics per respondre adequadament a les noves necessitats. Les fronteres tradicionals entre l'àmbit social i sanitari resulten insuficients davant de situacions caracteritzades per la interdependència de factors socials, emocionals, comunitaris i de salut.

Per aquest motiu, durant els darrers anys s'han impulsat iniciatives orientades a reforçar l'atenció integrada social i sanitària, especialment en l'atenció a les persones grans, les persones amb dependència, discapacitat o alta complexitat social. Una complexitat social davant laque les polítiques socials diverses (subsistència, cures, habitatge, etc.) resulten clarament insuficients.

### Del model sectorial fragmentat a la necessitat d'integració intersectorial (per donar resposta a trajectòries vitals complexes)

Els models tradicionals d'intervenció s'han desenvolupat sovint a partir de compartiments administratius diferenciats. Cada sistema disposa de procediments, criteris d'accés, instruments i fonts de finançament específiques.

Tanmateix, les necessitats de les persones no respecten aquestes divisions administratives. Una mateixa persona pot requerir simultàniament atenció sanitària, suport social, recursos d'habitatge, inserció laboral i acompanyament comunitari.

El Pla Estratègic de Serveis Socials 2021-2024 identificava la intersectorialitat com una de les principals palanques de transformació del sistema i planteja la necessitat de construir models d'intervenció holístics i integrats.

De la mateixa manera, l'Estratègia Europea de les Cures promou explícitament models centrats en la persona i articulats entre serveis socials, salut i comunitat.

## El rol creixent del món local en l'atenció i l'acompanyament a les persones

Els ens locals ocupen una posició estratègica dins del sistema de benestar. La seva proximitat a la ciutadania els converteix en agents privilegiats per detectar necessitats, generar xarxes de suport i coordinar recursos comunitaris.

Els serveis socials bàsics constitueixen la porta d'entrada principal al sistema i desenvolupen funcions essencials d'informació, orientació, diagnòstic, seguiment i acompanyament social.

La complexitat creixent de les realitats socials reforça la necessitat de consolidar els governs locals com a espais de coordinació territorial, acció comunitària i articulació de respostes integrals.

## 2.3. Un sistema social amb limitacions

Malgrat els avenços assolits durant les darreres dècades, múltiples anàlisis coincideixen a assenyalar l'existència de limitacions estructurals que dificulten la plena garantia dels drets socials.

Una primera limitació és la desigualtat territorial, que comporta diferències significatives en la disponibilitat de recursos, la cobertura dels serveis i les capacitats dels diferents territoris.

En segon lloc, el sistema continua arrossegant un problema d'infrafinançament estructural. Diversos informes sectorials recents, com l'Estudi sobre el finançament de les entitats del tercer sector d'acció social, elaborat per la Fundació Ferrer i Guàrdia, o el Pla Estratègic de Serveis Socials de Catalunya, alerten d'aquesta realitat: els recursos destinats als serveis socials són insuficients per fer front a l'evolució de les necessitats de la ciutadania.

Aquesta situació impacta directament sobre les condicions laborals de les professionals, la qualitat dels serveis i la capacitat d'innovació del sistema.

Una tercera limitació és la persistència de la fragmentació institucional. La coexistència de múltiples sistemes, nivells administratius i criteris d'intervenció genera duplicitats, discontinuïtats i dificultats de coordinació.

En quart lloc, en un món on la tecnologia impera les nostres vides, cal destacar les limitacions que paradoxalment existeixen en l'aplicació de les noves tecnologies, integració de sistemes d'informació i interoperabilitat de dades per tal d'oferir respostes més adequades i eficients a la ciutadania.

Finalment, múltiples actors denuncien el pes excessiu de les lògiques administratives i burocràtiques, que sovint consumeixen temps i recursos que podrien destinar-se a

l'acompanyament directe de les persones. Així és recull, per exemple, a les conclusions del 5è Congrés de Serveis Socials Bàsics i Especialitzats o al l'últim Anuari de l'Ocupació del Tercer Sector Social de Catalunya elaborat per La Confederació. El Pla Estratègic de Serveis Socials estableix explícitament com a objectiu augmentar el temps d'intervenció directa de les professionals i reduir la càrrega administrativa.

## 2.4. El paper del tercer sector social

### El tercer sector com a agent de proximitat, coneixement i innovació social, garant de drets

El tercer sector social constitueix un actor essencial del sistema de benestar català. Les entitats socials desenvolupen funcions que van més enllà de la provisió de serveis, actuant com a espais de participació ciutadana, defensa de drets, innovació social i cohesió comunitària.

El Baròmetre del Tercer Sector Social 2024 mostra que les entitats socials catalanes atenen més de dos milions de persones i generen un impacte econòmic equivalent a l'1,94% del PIB català, evidenciant la seva contribució estructural al benestar col·lectiu.

La seva proximitat als territoris i als col·lectius en situació de major vulnerabilitat els permet desenvolupar un coneixement privilegiat de les necessitats emergents i de les transformacions socials.

### Capacitat de detecció precoç de necessitats i acompanyament integral.

Les entitats del tercer sector sovint són les primeres a identificar noves formes de vulnerabilitat i exclusió. Aquesta capacitat

de detecció precoç esdevé especialment rellevant en contextos de canvi social accelerat.

A diferència de models orientats principalment a la gestió de prestacions, moltes organitzacions desenvolupen processos d'acompanyament continuat que integren dimensions socials, emocionals, relacionals i comunitàries.

Aquesta mirada integral constitueix una aportació fonamental per al desenvolupament d'un model d'atenció centrat en la persona, en la seva qualitat de vida i en el seu projecte vital.

## El rol de la Taula del Tercer Sector Social en la incidència política i la generació de propostes comunes

La Taula d'Entitats del Tercer Sector Social de Catalunya exerceix un paper clau com a espai de representació, articulació i incidència política del conjunt del sector.

La seva tasca ha estat especialment rellevant en la formulació de propostes relatives al reconeixement dels drets socials, la transformació dels models de cures, l'impuls d'un marc estable de concertació social i el desenvolupament de lleis i normativa orientades a garantir una major estabilitat i qualitat dels serveis d'atenció a les persones.

Des d'aquesta perspectiva, la Taula no només representa els interessos de les entitats socials sinó que contribueix activament a la construcció de polítiques públiques orientades a un model d'atenció més integrat, comunitari, centrat en la persona i basat en els drets.

Davant tot aquest context, resulta necessari defensar i impulsar un model d'atenció a la persona que posi aquesta al centre i reconegui els seus drets.

- **Envelliment i complexitat social:** L'augment de la dependència i els factors d'exclusió múltiple (pobresa, habitatge) exigeixen respostes globals, no sectorials.
- **Atenció integrada i personalitzada:** Cal superar la divisió intersectorial amb models comunitaris que respectin l'autonomia i el projecte de vida de cada persona.
- **Protagonisme del món local:** Els ajuntaments són una peça clau, per la seva proximitat, en la detecció de necessitats i l'articulació de recursos.
- **Limitacions del sistema:** L'atenció social pateix infrafinançament crònic, desigualtats territorials, mancances tecnològiques i un excés de burocràcia.
- **Impuls del Tercer Sector Social:** Les entitats socials són imprescindibles per a la detecció precoç, l'acompanyament integral, la innovació i la defensa dels drets socials.

# 3. Definició del Model d'Atenció a la Persona

La diagnosi i la complexitat de les situacions descrites en el capítol anterior fan palesa la necessitat d'una transformació profunda. Les transformacions demogràfiques i socials, sumades a les limitacions estructurals del sistema actual, requereixen plantejar-se un nou model d'atenció que s'adeqüi a aquestes circumstàncies.

D'acord amb l'Organització Mundial de la Salut (OMS), l'Atenció Centrada en la Persona (ACP) s'aconsegueix quan se situa la persona com a eix central del seu procés assistencial, revertint la lògica habitual del sistema, tradicionalment centrat en el diagnòstic, la necessitat o el procediment. Abans de res hi ha la persona, amb la seva història personal, els seus valors, preferències, capacitats, relacions, el seu projecte de vida i els seus drets.

Així doncs, tota intervenció s'ha de dissenyar i portar a terme amb la persona i, si ho desitja, amb el seu entorn significatiu, reconeixent-la com a subjecte actiu amb capacitat i dret per participar en les decisions que afecten la seva vida. L'objectiu últim no és només tractar allò que li passa a l'individu, sinó entendre què és important per a ell per tal d'ajudar-lo a construir o mantenir una vida amb sentit i dignitat, tot garantint una atenció segura i respectuosa, fins i tot en situacions de gran dependència o dificultats cognitives.

Aquesta mirada suposa evolucionar des dels models tradicionals (biomèdics, de beneficència o purament assistencials) cap a l'Atenció Centrada en la Persona i Basada en els Drets (ACP-BD). Això implica que l'atenció no s'ha de limitar a protegir, sinó que ha d'ajudar la persona a exercir els seus drets,

mantenir la seva autonomia i participar activament en la comunitat.

Aquest model es fonamenta en els aspectes següents:

- **La persona com a eix central:** Es prioritzen els drets de l'individu per sobre dels protocols burocràtics, respectant les seves voluntats i posant el focus en les seves capacitats, més enllà dels dèficits o vulnerabilitats.
- **Visió integral i interdisciplinària:** Requereix coordinar el coneixement basat en l'evidència, la feina dels equips professionals i tots els recursos de l'entorn comunitari (p.ex., habitatge, oci, treball, ens locals).
- **Base comunitària i holística:** Incorpora tant la perspectiva de la persona com la del seu entorn significatiu i la comunitat, promovent beneficis com poden ser la reducció de necessitat d'atenció, evitar la reaparició de situacions de vulnerabilitat, i garantir la permanència en el lloc de vida.

## Arguments ètics i científics

L'aposta per l'ACP-BD respon a sòlids arguments ètics, morals i científics. Des del punt de vista ètic, promou la igualtat, el respecte i l'autonomia, contribuint a reduir les desigualtats i la discriminació en l'accés a l'atenció. A nivell científic, l'evidència demostra que els sistemes orientats cap a aquest model són més efectius (milloren l'estat de salut, el suport social i el benestar percebut), resulten més eficients (redueixen l'ús de serveis i les estades hospitalàries) i augmenten la satisfacció tant de les persones ateses i el seu entorn com de les professionals. Per aquest motiu, l'atenció integrada de diferents nivells, sistemes i entitats proveïdores d'atenció és una reordenació necessària a fi d'implementar el model i que puguin actuar donant suport i acompanyant al projecte de vida de les persones i com a facilitadors dels drets individuals.

### Adaptació cultural i implantació del model

Cal tenir present que no existeix un model únic d'ACP i que la seva aplicació no és universal, s'ha d'adaptar socioculturalment per ser efectiva. Imposar models occidentals individualistes pot xocar amb col·lectius que prioritzen la família, la comunitat, o el vincle amb la terra, corrent el risc de no respondre a les necessitats diverses i de perpetuar normes dominants En aquest sentit, el model d'atenció a d'adaptar-se i tenir en consideració els valors, les creences, i la cultura de les persones.

Entre els diversos models existents, destaca el model de Göteborg, basat en la "petita ètica" del filòsof Paul Ricoeur: "aspirar a una vida bona, amb i per als altres, en institucions justes". Aquest enfocament concep la intervenció de la professional com un acompanyament del procés d'atenció i posa l'èmfasi en l'establiment de relacions d'alta confiança i credibilitat.

Finalment, en l'àmbit europeu s'ha observat que els països amb sistemes sanitaris propis del model Beveridge —aquells basats en la universalitat i l'equitat, com és el cas de l'Estat espanyol i Catalunya— presenten una major facilitat per adoptar el concepte d'ACP. Perquè aquesta integració sigui un èxit a Catalunya, però, cal un enfocament sistemàtic que traslladi el model des de les decisions polítiques generals (nivell macro) fins a les rutines i procediments diaris de les professionals que presten l'atenció (nivell micro).

## 3.1. Fonamentació teòrica del model

L'ACP és un model d'atenció humanitzat, ètic i de respecte als drets humans, el qual parteix de diferents marcs teòrics de referència i principis ètics. Neix a partir de la confluència de corrents psicològics, filosòfics i socials que han anat consolidant el

model al llarg de diferents dècades fins a considerar-se un dels models a implementar en l'atenció a persones, tant pels seus beneficis com per la seva equitat i respecte a la dignitat dels éssers humans per part de les diferents entitats que estableixen les recomanacions quant a atenció a les persones a nivell mundial.

S'espera que la implementació d'aquest model condueixi a uns millors resultats de salut, un major benestar psicològic, qualitat de vida i satisfacció per part de la persona atesa i de la professional. Així mateix, el model també comporta el respecte i el reconeixement de la identitat de les persones ateses, diferent de la professional que l'atén. En aquest darrer sentit, és crític a nivell epistemològic canviar el modus d'atenció a nivell competencial a fi d'augmentar la qualitat i la significació de les interaccions i relacions amb la persona atesa.

Els fonaments que sustenten aquesta visió son diversos:

a) **Psicologia humanística** de Carl Rogers (anys 50-60): Rogers va establir la teràpia centrada en el client, defensant que les persones són un agent actiu en el seu procés terapèutic i on les persones professionals són acompanyants del procés de recuperació d'aquest, abandonant el rol directiu o de judici respecte les accions de les persones.
b) **La fenomenologia** la qual se centra en l'experiència única i subjectiva de la persona sobre el món, més que no pas únicament en dades mèdiques objectives.
c) **La Psicologia Social** de Tom Kitwood (anys 90): Va generalitzar el model de Rogers en l'àmbit del deteriorament cognitiu. Va conceptualitzar la *personhood* (la identitat d'una persona es manté intacta malgrat el dany neurològic, de manera que el seu benestar depèn de les relacions humanes interactives).

d) **L'Ètica de la Cura** de Gillian i Toronto (anys 80-90): Aborda la vulnerabilitat i la interdependència humana com a elements socials, on cuidar és un acte moral que requereix responsabilitat, atenció a les necessitats reals de l'altre i respecte mutu.
e) **Model de Qualitat de Vida** de Schalock i Verdugo (anys 2000): Aporta vuit dimensions essencials per garantir la qualitat de vida, el benestar material i físic, el desenvolupament personal, l'autodeterminació, la inclusió social i els drets.

Addicionalment, estudiosos d'infermeria i salut, com McCormack i McCance (anys 2010-2020) van ampliar aquestes idees a la pràctica formal i multidisciplinària.

Aquests enfocaments teòrics forgen un marc bioètic en el qual s'equilibren i reordenen els principis tradicionals d'atenció. Per això, el model d'ACP es basa en el principi d'autodeterminació i autogovern. L'autonomia en la decisió és el puntal de l'ACP i es manté fins i tot quan s'han perdut certs graus de funcionalitat en els diferents àmbits de vida. Conèixer la història i el projecte vital de cada individu esdevé primordial per construir relacions de confiança. Dins d'aquest context, assoleix una gran rellevància la dignitat del risc: la voluntat de protegir mai pot anul·lar la llibertat de la persona per escollir, assumir riscos i, fins i tot, equivocar-se, tot promovent sempre una participació activa en la presa de decisions consensuades.

Podríem concloure que en les bases teòriques del model preval la flexibilitat i l'adaptació al funcionament de la persona, humanitzant l'atenció i orientat a promoure els projectes de vida amb sentit de cada persona atesa.

## Garantia de drets, no discriminació i participació activa

Les intervencions dins de l'ACP s'alinien amb el marc dels drets humans, ja amb la legislació internacional de drets, considerant la persona atesa com un ciutadà o ciutadana de ple dret.

Així doncs, el model va més enllà d'humanitzar l'atenció i es consolida com l'Atenció Centrada en la Persona i Basada en els Drets, per situar l'atenció en el marc jurídic i ètic dels drets humans fonamentals. Sota aquest enfocament, l'autodeterminació, el respecte a la dignitat i la llibertat d'elecció ja no són una opció assistencial o un estil de treball, sinó que esdevenen obligacions legals i ètiques irrenunciables que els serveis han de garantir.

Aquesta dimensió de drets exigeix accions crítiques com ara:

- Empoderar a la persona com a ciutadana de ple dret i que pot prendre decisions sobre la seva vida en tots els àmbits funcionals.
- Proporcionar suport necessari a la presa de decisions respectant-ne les preferències i voluntats malgrat possibles discapacitats psicosocials.
- Assumir riscos derivats d'aquestes decisions, especialment quan la persona ha estat informada i n'ha ponderat els danys.
- Preservar el dret a la intimitat i a la confidencialitat.

El model ACP-BD està plenament avalat per normatives com la Declaració Universal dels Drets Humans de la ONU (1948) i la Convenció sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat de les Nacions Unides (2006). A nivell estatal i català, s'ha traduït en fites legislatives recents (com la Llei 8/2021 a Espanya i el Decret llei 19/2021 a Catalunya), que eliminen la incapacitació

judicial tradicional per substituir-la per sistemes de suport a l'exercici de la capacitat jurídica.

Les administracions, les organitzacions i les entitats han d'assegurar l'adopció del model no només d'ACP, sinó de l'ACP-BD, proporcionant a les professionals d'atenció els requisits necessaris per tal que puguin exercir un rol de garants de drets i facilitadores dels suports per a què les persones puguin exercir els seus drets fonamentals.

Des d'aquesta perspectiva, l'exercici de la capacitat jurídica, la presa de decisions amb suport, l'accessibilitat universal, la vida independent i la inclusió en la comunitat han de constituir elements estructurals del model d'atenció.

Les persones destinatàries dels serveis han de participar de manera efectiva en el disseny, implementació, seguiment i avaluació de les polítiques, programes i serveis que les afecten, d'acord amb el principi de governança participativa i amb el lema internacional "*res sobre nosaltres sense nosaltres*".

## 3.2. Eixos del model

L'ACP-BD concep la persona com un tot indissociable i holístic. Per això, l'atenció no es dissenya de manera aïllada, sinó que s'aborda integralment tenint en compte quatre dimensions vitals: el benestar biofísic i funcional (capacitats físiques, cognitives i autonomia), el social (condicions materials i inclusió comunitària), el relacional i emocional (vincles, identitat i salut mental), i l'espiritual o existencial (valors, creences i sentit de la vida). Fer-ho realitat exigeix la coordinació entre organitzacions i professionals, compartint metodologies i valoracions conjuntes en tots els àmbits d'atenció.

El model, s'articula en quatre grans eixos interrelacionats:

1. **Eix de la persona (el nucli del model):** Cada individu és únic, amb la seva pròpia història, preferències, rutines i expectatives de futur. En aquest eix, la persona esdevé el subjecte actiu del seu procés d'atenció. Les intervencions han de ser flexibles i adaptar-se a les seves capacitats, oferint-li els suports necessaris perquè assoleixi el màxim nivell d'autonomia i exerceixi plenament els seus drets com a ciutadana. Això implica respectar escrupolosament el seu dret a prendre decisions, respectar els seus temps i consensuar l'assumpció de riscos amb les professionals i l'entorn significatiu.
2. **Eix professional i organitzatiu:** Per garantir un bon acompanyament, és fonamental comptar amb professionals o equips de referència estables que permetin construir vincles sòlids de confiança. Això requereix un horari d'atenció el més ampli possible i, sobretot, una clara simplificació dels registres administratius, alliberant així temps valuós per dedicar-lo a la interacció, el suport i l'acompanyament real a la persona.
3. **Eix de l'entorn i la comunitat:** El lloc on viu la persona (domicili, barri, municipi) és l'espai idoni per potenciar-ne l'autonomia, el suport social i la identitat. El model prioritza l'atenció a l'entorn comunitari, facilitant el dret de l'individu a decidir la seva forma de vida i a connectar-se amb els recursos i les entitats del veïnat. L'objectiu és crear entorns inclusius a través d'una xarxa de suport oberta i heterogènia. Perquè això sigui possible, l'accessibilitat universal (p.ex., física, cognitiva, sensorial, comunicativa i digital) esdevé un requisit indispensable; sense ella, no hi ha una veritable atenció centrada en la persona.
4. **Eix de la governança i del sistema:** Aquest eix defineix l'arquitectura estructural i la sostenibilitat del model d'atenció.

Es basa en la cooperació i la corresponsabilitat entre les administracions que financen, les entitats proveïdores, els ens locals i el Tercer Sector. Aquesta aliança estratègica ha de promoure la proximitat, la innovació i la viabilitat de l'atenció a tots els nivells. A més, aquest eix és l'encarregat de fer efectiva la integració dels diferents àmbits d'intervenció, impulsant sistemes d'informació compartits, plataformes digitals i indicadors d'avaluació integrats.

## 3.3. Garanties del model

Les garanties del model d'ACP-BD engloben aquells mecanismes jurídics, administratius, ètics i econòmics que asseguren que la qualitat de l'atenció no depengui exclusivament de la voluntat o la sensibilitat d'una professional concreta, sinó que estigui sostinguda per les diferents estructures que la proporcionen. A Catalunya, aquestes garanties són la clau per protegir de manera efectiva els drets de la persona i es despleguen a través de quatre grans eixos:

- **Garanties jurídiques i de drets:** Asseguren el marc d'actuació legal. Són un exemple el Document de Planificació de Decisions Anticipades (PDA)[5] o l'aplicació del Decret llei 19/2021, que adapta el Codi Civil de Catalunya per substituir el procediment de modificació judicial de la capacitat per un sistema de suports.
- **Garanties administratives i financeres:** Donen estabilitat i regulen el sistema, per exemple, a través del Decret 69/2020

5 La PDA és un procés deliberatiu i estructurat mitjançant el qual una persona expressa els seus valors, desitjos i preferències i, d'acord amb aquests i en col·laboració amb el seu entorn afectiu i el seu equip sanitari de referència, formula i planifica com voldria que fos l'atenció que ha de rebre, davant una situació de complexitat clínica o malaltia greu, o en situació de final de vida, especialment en aquelles circumstàncies en què no estigui en condicions de decidir

d'acreditació, concert social i gestió delegada en la Xarxa de Serveis Socials d'Atenció Pública.

- **Garanties organitzatives i laborals:** Creen les condicions òptimes de treball promovent un conveni únic de sector, l'estabilitat del vincle i la consolidació dels equips o professionals de referència.
- **Garanties de qualitat humana:** Incorporen eines de seguiment i millora contínua, com els quadres de comandament d'indicadors o la creació d'espais de reflexió ètica dins les entitats.

Per fer possibles aquestes garanties, és imprescindible que la persona sigui el subjecte actiu del seu procés d'atenció. Això demana construir relacions col·laboratives i horitzontals entre la persona atesa i les professionals, fonamentades en la presa de decisions compartides. Aquesta dinàmica és la que permet elaborar un pla d'atenció veritablement consensuat (entre la persona, el seu entorn i la professional), on s'asseguren la llibertat, l'equitat i els drets, tot gestionant adequadament els riscos i la seguretat.

La qualitat i l'ètica constitueixen, doncs, elements essencials i indissociables d'aquest model:

- **Avaluació de la qualitat:** Ha d'anar més enllà dels indicadors exclusivament quantitatius. Es valora la percepció i l'experiència de la persona atesa i el seu entorn a través d'indicadors PREMs, PROMs[6] i resultats objectivables de benestar.

6 Els PREMs (Patient-Reported Experience Measures) són mesures d'experiència reportada per la mateixa persona i mesuren la vivència subjectiva del procés d'atenció. Responen a la pregunta "com t'han tractat?".

Els PROMs (Patient-Reported Outcome Measures) són mesures de resultats reportades per la mateixa persona i mesuren l'impacte de l'atenció en el benestar de la persona. Responen a la pregunta "com et trobes?".

En ambdós casos existeixen diversos instruments per mesurar.

Paral·lelament, es recull l'avaluació de les professionals mitjançant auditories, supervisions i valoracions tant subjectives com objectives.

- **Pràctica ètica:** En situacions complexes, és necessari recórrer a la deliberació i tenir el suport dels comitès d'ètica assistencial. El respecte a la dignitat constitueix el principi ètic fonamental, i es tradueix a respectar l'autodeterminació (el dret a acceptar o rebutjar intervencions sense mesures coercitives o sobreprotectores), protegir la identitat de la persona i preservar-ne de manera estricta la privacitat, la confidencialitat i les pertinences. Aquest principi adquireix una rellevància especial en situacions de vulnerabilitat associades a la discapacitat psicosocial o a factors d'interseccionalitat.

Finalment, l'aplicació efectiva del model es fa possible gràcies a la participació de la persona no només en el seu procés d'atenció, sinó també en els espais de disseny de les intervencions i l'avaluació de la qualitat de les organitzacions. D'aquesta manera, pot assumir un paper actiu com a ciutadana i contribuir a la comunitat. Amb tot, el model reconeix igualment el dret a no participar. Si una persona, després d'haver estat degudament informada, decideix voluntàriament delegar les decisions o el seu pla d'atenció, aquesta elecció ha de ser respectada totalment, sense judicis ni coerció.

# 4. Elements operatius del model

Per a fer possible l'ACP-BD cal partir de la premissa que les entitats no només presten serveis sinó que han d'actuar com a garants de drets. Per a tal, cal realitzar des de canvis estructurals a canvis en procediments i documents que permetin implementar el nou model d'atenció. Així mateix, tal com s'ha descrit anteriorment, les organitzacions internacionals que marquen recomanacions sobre com s'ha de procedir en l'ACP-BD, descriuen que la millor manera és fomentar la integració de l'atenció (equips multidisciplinaris de referència, eines per facilitar el treball compartit amb evidència pel model, espais i comissions de reflexió i assessorament ètic) entre les entitats que presten servei en diferents àmbits (social, salut, treball, educació, etc.) i en un determinat territori. Així mateix, les entitats prestadores de servei han de ser flexibles i adaptar-se a les preferències i valors de les persones ateses, proporcionant una atenció que respecti la dignitat i faciliti els suports necessaris per a què les persones puguin exercir els drets fonamentals. Finalment, han d'existir sistemes d'avaluació i indicadors de la qualitat de l'atenció facilitada (PREMS, PROMs, ...).

## 4.1. Governança i lideratge compartit

La governança i el lideratge compartit esdevenen elements crítics per proporcionar el canvi estructural que permeti implementar el nou model d'atenció. Per tal d'implementar-lo, les entitats i organitzacions han de fer un gir cap a l'horitzontalitat en les seves visions i missions a través de quatre eixos:

- Distribució del poder més equitativa en la presa de decisions operativa de les entitats (governança participativa, alineada amb les carteres de serveis departamentals).

- Impuls de lideratges facilitadors entre els càrrecs directius i comandaments intermedis (formació en habilitats socials).
- Coparticipació de les persones ateses a fi que tinguin veu i vot en les intervencions atencionals (consells de participació vinculants, espais de reflexió ètica i comissions d'avaluació inverses).
- Empoderament de les persones i equips que proporcionen l'atenció.

## Governança compartida: Generalitat, món local i tercer sector social

Aquesta distribució horitzontal del poder i del lideratge només es pot materialitzar si hi ha un compromís ferm dels diferents actors estratègics en tots els nivells. És per això que, per a la implementació amb èxit de l'ACP-BD integrada, és indispensable establir una governança compartida entre:

- Els diferents departaments de la Generalitat de Catalunya, que planifica i proporciona un marc normatiu, concertació de serveis i proporciona sistemes d'informació compartits.
- El món local d'àmbit municipal i comarcal, que coneix el territori, és la porta d'accés a l'atenció primària i facilita la prescripció social.
- Les entitats i organitzacions proveïdores de serveis que despleguen els serveis concertats d'acord amb la normativa vigent.
- Les entitats del Tercer Sector Social que gestionen directament part dels serveis d'atenció, orientades a la defensa dels drets de col·lectius en situació de vulnerabilitat i promouen nous models operatius esdevenint sensors d'innovació.

Plegats han de governar adoptant mesures de co-responsabilitat i de cooperació horitzontal. D'aquesta manera, s'haurien de garantir que les polítiques públiques es tradueixin en recursos d'atenció que siguin tangibles, flexibles i adaptats als projectes de vida de la ciutadania d'un territori en concret.

Per tal d'assolir el canvi a una governança compartida es poden articular diferents instruments com són la creació d'espais mixtes (Generalitat, representants d'organitzacions proveïdores, coordinadors municipals, representants del tercer sector, etc.) entre serveis que presten atenció en diferents àmbits, per tal d'oferir una finestreta única d'atenció a la persona.

Una altra estratègia comprèn el co-disseny de programes d'intervenció i criteris de qualitat avalats per comissions mixtes entre entitats col·laboradores prestadores de servei i departaments del govern que proporcionen la concertació de serveis.

Per finalitzar, per a realitzar una plena governança compartida es requereix un sistema d'integració de dades dels diferents àmbits d'actuació i sistemes compartits d'informació sobre els plans d'atenció de les persones ateses que esdevinguin confidencials i protegits. A fi de garantir la governança compartida, caldrien canvis estructurals que permetin superar els obstacles burocràtics existents en cada àmbit funcional en el qual es presta atenció a les persones, garantir les figures professionals mitjançant l'equilibri salarial entre els diferents sectors que presten atenció i facilitar l'equitat territorial quant a l'accessibilitat als serveis d'atenció.

## Coordinació intersectorial

Per fer que aquestes aliances i canvis estructurals siguin operatius sobre el terreny, la coordinació intersectorial esdevé el mecanisme que possibilita la governança compartida. Consisteix en unificar les actuacions dels diferents ens

implicats per facilitar la continuïtat en l'atenció en els diferents àmbits de vida de les persones (social, salut, educació, cultura, justícia, comunitat,..).

Existeixen diversitat de procediments i eines d'intersecció que poden ser susceptibles de facilitar aquesta governança compartida, com són, l'accés per finestreta única (territori delimitat), la interoperabilitat de les dades, plans únics d'intervenció, comissions territorials (territori delimitat). L'assoliment d'aquesta coordinació intersectorial conduiria a una percepció de respecte i d'acompanyament i suport continuat a la persona atesa.

## El rol dels ens locals

Dins d'aquesta xarxa de coordinació, cal destacar el paper clau dels ens locals. Aquests constitueixen el lloc més proper on la ciutadania acudeix per rebre atenció, de manera que tenen un rol estratègic i insubstituïble per aplicar el model ACP-BD de forma integral en un territori concret d'acord amb els projectes de vida de les persones que romanen en aquest entorn determinat.

En moltes ocasions, els ens locals d'atenció són la porta d'entrada i poden constituir la finestreta única per l'atenció a les persones en el seu entorn comunitari, facilitant els suports perquè les persones puguin mantenir-se en aquest entorn. A més tenen la capacitat per modificar els entorns fent-los més accessibles i amigables, afavorint la no discriminació i l'equitat i, són gestors dels recursos comunitaris on es pot desenvolupar la vida social del municipi, fet que pot establir i facilitar les xarxes interconnectades i el voluntariat.

- Cal promoure una distribució equitativa del poder per empoderar les professionals i garantir veu i vot reals a les persones ateses.
- S'ha d'establir un treball conjunt i de co-disseny de programes entre la Generalitat, el món local, les entitats proveïdores i el Tercer Sector.
- És necessari unificar l'atenció social, de salut i d›educació mitjançant finestretes úniques i sistemes d›informació interoperables.
- Els ens municipals i comarcals són imprescindibles per articular l'accés als serveis, fer els entorns accessibles i gestionar les xarxes comunitàries de proximitat.

## 4.2 Gestió del sistema

Tota aquesta governança i coordinació requereix una profunda adaptació de les estructures administratives, els mecanismes de finançament i els sistemes d'informació, per adoptar la interoperabilitat i orientar-se a resultats de vida. Cal que una agència pública ordeni el conjunt del sistema, com fa el CatSalut en l'àmbit sanitari: que planifiqui, concerti, financi, avaluï i controli una xarxa plural de proveïdors acreditats, amb participació del tercer sector social i dels ens locals. Aquesta gestió es concreta en els elements següents:

- Sistemes d'informació compartits i disminució de la burocratització.
- Finançament flexible i pressupostos personalitzats, que permetin canvis en els mòduls establerts i fórmules d'acció concertada flexibles adreçades a intervencions que sustentin l'ACP-BD.

- Processos d'avaluació que recullin indicadors sobre la qualitat de vida i de l'atenció.

## Acció concertada: més estabilitat i menys incertesa

La provisió dels serveis s'ha d'articular de manera prioritària mitjançant l'acció concertada. És un instrument no contractual, diferenciat de la contractació pública i reservat a les entitats del tercer sector social inscrites al Cens Públic d'Entitats del Tercer Sector Social de Catalunya. El Tribunal de Justícia de la UE ha admès aquesta reserva (sentència ASADE, 2022), que es fonamenta en característiques objectives de les entitats: finalitat social, absència de distribució de resultats, reinversió dels excedents, transparència i rendibilitat social. La contractació pública és l'instrument subsegüent quan l'Administració decideix acudir al mercat.

Els acords han de tenir una durada mínima de cinc anys i una contraprestació que cobreixi el cost real, complet i eficient del servei, amb reserves raonables i excedents reinvertits en la missió social. L'acreditació ha de ser exigible a tots els proveïdors, també als públics: mateix servei públic, mateixos estàndards de qualitat.

## Equiparació salarial amb l'Administració pública

Les professionals del tercer sector social que presten serveis públics han de tenir unes condicions salarials i laborals equiparables a les del personal de l'Administració pública que exerceix funcions equivalents. És una condició indispensable de l'ACP-BD. La precarietat, l'alta temporalitat i la bretxa salarial provoquen rotació i trenquen els vincles amb els equips de referència

que el model necessita. L'equiparació afavoreix també l'equitat de gènere, en un sector molt feminitzat, i l'equitat entre els àmbits social i sanitari.

L'equiparació ha de ser progressiva, respectant la negociació col·lectiva, i l'ha de fer possible el finançament públic. Això implica tres coses:

- El cost de referència de l'acció concertada s'ha de vincular a l'evolució de les condicions laborals del sector públic.
- Els canvis salarials i de Seguretat Social han de permetre revisar els acords.
- Les millores finançades han d'arribar a les professionals.

L'Administració no pot exigir uns estàndards i fixar alhora una contraprestació que impedeixi complir-los. El conveni únic de sector pel sistema de serveis socials de responsabilitat pública és el marc idoni per consolidar aquestes millores.

- Cal transformar el sistema administratiu per reduir la burocràcia, adoptar sistemes d'informació compartits i permetre un finançament flexible orientat als resultats de vida de les persones.
- L'acció concertada, reservada al tercer sector social, ha de ser la via prioritària de provisió, amb acords estables i a cost real.
- Cal avançar cap a l'equiparació salarial amb l'Administració pública, finançada públicament, per evitar la precarietat, fidelitzar les professionals i afavorir equips estables de referència.

## 4.3. Organització dels serveis i de les professionals

Amb un sistema de gestió i finançament sòlid que ho permeti, el pas natural és l'organització directa dels serveis i de les professionals, la qual s'ha de basar en l'adaptació als estils de vida, ritmes funcionals i preferències, en definitiva, als projectes de vida de la persona. Aquesta organització ha de comptar amb equips de referència estables, multidisciplinaris, amb funcionament interdisciplinari, que estableixin relacions horitzontals amb les persones, amb flexibilitat, acompanyament i mirada de respecte als projectes de vida.

### Professionals o equips de referència

Dins d'aquesta estructura de funcionament, pren rellevància definir la figura de les professionals o equips de referència. L'elecció d'una forma d'atenció individual en contraposició a una atenció mitjançant un equip de referència és un dels debats existents, els quals l'evidència científica es decanta principalment cap a l'equip de referència, tot i que en moltes ocasions poden esdevenir estructures complementàries. Si només existeix una professional de referència que treballi amb el vincle, la història de vida, tal com s'estipula en l'ACP-BD, tindrem dificultats de mantenir la continuïtat en l'atenció quan aquesta professional sigui absent per diferents motius (baixes laborals, vacances, etc.) i, en moltes ocasions es promouen relacions de dependència. L'existència d'un equip de referència que pugui compartir l'atenció a les persones (co-responsabilitat), sempre garanteix l'atenció, afavoreix la resiliència i l'empoderament de l'equip al treballar de forma col·laborativa entre les diferents professionals que l'integren.

En el cas d'existir ambdues figures caldrien mecanismes de coordinació estrets, en els que la professional de referència (vincle més significatiu amb la persona al treballar més específicament amb història i projecte de vida) traslladi les preferències de la persona atesa i els acords realitzats a fi que puguin realitzar les intervencions i gestionar els riscos de forma pertinent.

## Plans d'atenció personalitzats i compartits

L'acord que neix de la relació entre aquest equip i la persona queda recollit formalment en els plans d'atenció personalitzats i compartits. Aquest pla és una de les eines cabdals en el qual conflueixen tots els principis de l'ACP-BD. Es tracta d'un document únic, redactat en primera persona, dinàmic (revisable, com a mínim un cop per any) i basat en el consens, en el qual es recullen els acord consensuats amb la persona atesa, el seu entorn significatiu i les professionals que han donat l'atenció. En aquest document, el disseny es realitza a partir de la història de vida i del projecte de vida de la persona atesa, on consten els objectius en els seus àmbits funcionals de vida, els suports que la persona determina, i les formes de valorar aquests objectius, per tal de poder realitzar modificacions d'acord amb l'evolució del procés d'atenció de la persona. El Pla hauria d'ésser compartit mitjançant la coordinació intersectorial, fet tal i com s'estableix en l'adopció del model ACP-BD integral.

## Menys burocràcia, més temps d'acompanyament

Perquè els equips tinguin la dedicació necessària per elaborar aquests plans conjuntament amb la persona, és imperatiu aconseguir menys burocràcia i més temps d'acompanyament. La reducció de la burocratització implica un canvi en les

estructures de gestió de l'atenció. Aquest pot implicar diferents estratègies, algunes ja esmentades en el present document com és la finestreta única o la simplificació dels registres diaris, la unificació de la informació o l'avaluació basada en resultats de vida. La implantació del model ACP-BD integrada ha de conduir a una ampliació del temps d'acompanyament real a la persona, facilitant les relacions de vincle i de confiança, principi operatiu del model d'atenció. No obstant, des-burocratitzar el sistema requereix canvis profunds, no només en la gestió, sinó també en la cultura de les entitats.

- L'organització dels serveis s'ha d'adaptar al projecte de vida de la persona mitjançant equips de referència estables i multidisciplinaris que estableixin relacions horitzontals.
- El model prioritza el treball amb equips de referència per sobre de professionals individuals per tal de garantir la continuïtat de l'atenció i evitar relacions de dependència.
- Els acords s'han de recollir en un pla d'atenció personalitzat i compartit que es redacta en primera persona de forma consensuada, dinàmica i intersectorial.
- Cal reduir les tasques burocràtiques per poder dedicar més temps a l'acompanyament real i facilitar els vincles de confiança amb la persona atesa.

## 4.4. Comunitat, entorns i recursos

Més enllà dels murs de les organitzacions i la tasca de les professionals, l'ACP-BD requereix obrir l'atenció i integrar-la a la comunitat. Un dels objectius principals és que la persona esdevingui un ciutadà o ciutadana de ple dret, i per a tal cal assolir la plena inclusió de la persona en el seu teixit comunitari, el qual es converteix en un agent actiu de suport i benestar. D'aquesta manera els recursos comunitaris adopten un rol actiu i esdevenen recursos de vida, en els quals es poden realitzar determinades modificacions per a què es transformin en entorns amigables i accessibles, els quals promoguin les xarxes relacionals en constant interacció i facilitant els suports necessaris per mantenir-se en l'entorn preferencial.

### Reforç dels serveis de proximitat

L'èxit d'aquesta inclusió passa, en primer lloc, pel reforç dels serveis de proximitat. Per tal d'aconseguir que la persona atesa pugui exercir el seu dret a viure en l'entorn comunitari escollit, el reforçament dels serveis de la comunitat pot comportar un augment en el nombre d'ajuts, però també canviar la naturalesa d'aquests serveis o recursos per tal de que siguin flexibles, integrats i basats en la prevenció. Aquests serveis haurien de poder proporcionar suports personalitzats tant en domicili com a la comunitat, com pot ser el cas de la transformació del SAD en equips de proximitat. També poden facilitar-se eines domòtiques i transports, així com establir centres que funcionin com a hubs comunitaris, reforçant la cohesió dels barris, combatent situacions com per exemple la soledat no desitjada.

Un altre recurs a reforçar és la figura de l'assistent personal, que constitueix una eina fonamental per garantir el dret a la vida independent i la inclusió en la comunitat. A diferència dels models centrats exclusivament en la cura, l'assistència

personal es basa en el control de la persona sobre els suports que rep i en la possibilitat d'exercir les seves decisions quotidianes en tots els àmbits de la vida.

El sistema ha d'assegurar un accés universal, estable i suficient a aquest recurs, incloent-hi les persones amb grans necessitats de suport.

## Atenció domiciliària i comunitària

Lligat als serveis de proximitat, pren tot el sentit la priorització de l'atenció domiciliària i comunitària, ja que garanteix la continuïtat en l'atenció i el respecte a la intimitat i el dret a escollir el lloc de vida. La transformació de l'atenció domiciliària mitjançant la creació d'equips de proximitat els quals puguin facilitar eines domòtiques, és una de les solucions innovadores que faciliten la implantació del model d'ACP-BD, gestionant els riscos i promovent el manteniment dels estils de vida, preferències i valors de les persones que perceben l'atenció. A més també cal un canvi en els recursos comunitaris, adoptant mesures de voluntariat o d'agents comunitaris (ex. referents de barri) els quals poden afavorir les xarxes relacionals, de cura i de suport prevenint efectes negatius sobre la persona atesa com és el que provoca la soledat no desitjada.

## Habitatge i entorns amigables

Per fer sostenible aquesta atenció domiciliària, és clau promoure l'habitatge i els entorns amigables. Dins la comunitat, l'existència d'habitatge disponible i assequible, així com els entorns amigables, els quals redueixen barreres per permetre la mobilitat (ex. accessibilitat universal dinàmica) i l'accessibilitat al lloc de vida (ex. models d'habitatge cooperatiu o el cohousing; unitats de convivència personalitzades) són recursos indispensables, que condicionen la dimensió espacial

i arquitectònica de l'ACP-BD. L'espai físic comunitari ha de ser un promotor del projecte de vida de la persona i de respecte i garantia dels drets fonamentals i ha de generar seguretat, motivació per al seu ús i benestar emocional.

## Desinstitucionalització i vida a la comunitat

Totes aquestes estratègies sumades han de convergir en un model ferm de desinstitucionalització i vida a la comunitat. La transformació del sistema d'atenció ha d'avançar progressivament des de models institucionalitzadors cap a models de vida a la comunitat. Això implica promoure alternatives com els habitatges amb suport, l'assistència personal, els serveis comunitaris de proximitat i altres formes de suport que permetin a cada persona escollir on, com i amb qui vol viure.

La desinstitucionalització ha d'entendre's com un procés orientat a garantir drets, autonomia, participació comunitària i control efectiu sobre la pròpia vida.

## Accions de promoció

El model ACP-BD es caracteritza per la seva proactivitat, incloent actuacions de promoció del benestar i l'adaptació a l'entorn, incorporant tota una sèrie d'estratègies coordinades per fomentar l'autonomia (presa de decisions compartida, espais d'història de vida i vida amb sentit, autogestió), l'empoderament de la persona (capacitació individual mitjançant activitats significatives), difondre la cultura dels drets (formació a professionals en la dignitat del risc, campanyes educatives dirigides a població general, persones ateses i el seu entorn significatiu i professionals en els principis de l'ACP-BD, grups de suport per a persones afectades) i prevenir situacions de dependència o aïllament no desitjat (xarxes de barri, de voluntariat, etc.).

## Voluntariat

Per últim cal destacar el foment del voluntariat. El paper del voluntariat en l'ACP-BD també es transforma, passant a tenir un rol actiu com a facilitadors de drets, connectors socials i acompanyants del projecte de vida de les persones. El voluntariat s'incorpora de ple dret en els equips d'atenció de referència i en les xarxes comunitàries i és una peça clau per combatre la soledat no desitjada, establint relacions de confiança amb la persona atesa. En el model ACP-BD, la persona atesa pot actuar també com a voluntària, si és el seu desig, adoptant un rol significatiu que aporta valor a la societat. Aquest és un component en el que el tercer sector social juga un paper cabdal i únic, com a gran agent social articulador del voluntariat, element de cohesió i implicació de la ciutadania amb la seva comunitat.

- Cal avançar cap a la desinstitucionalització garantint el dret a la vida independent mitjançant l'atenció domiciliària, els serveis de proximitat flexibles i l'accés universal a l'assistència personal.
- S'ha de promoure l'accés a un habitatge assequible i la creació d'entorns amigables sense barreres que permetin a la persona escollir lliurement on i amb qui vol viure.
- El model requereix aplicar accions proactives per fomentar l'autonomia, empoderar la persona, difondre la cultura dels drets i prevenir situacions de dependència o d'aïllament social.
- El voluntariat s'ha d'integrar plenament en els equips d'atenció com a connector social per combatre la soledat, oferint també a la persona atesa la possibilitat de fer de voluntària si és el seu desig.

## 4.5. Avaluació, resultats i innovació

Per saber si tota la transformació detallada fins ara està donant resultats, l'avaluació de la implementació del model no pot basar-se únicament en indicadors d'activitat. Els indicadors quantitatius han de permetre mesurar l'abast del canvi organitzatiu i sistèmic, mentre que els qualitatius permeten mesurar la vivència i satisfacció de les persones. Pel model és indispensable avaluar el canvi real que es produeix en les persones (avaluació basada en resultats de vida, PREM's i PROM's) i utilitzar eines innovadores (metodològiques, tecnològiques, *living labs*,...) que facilitin la retroalimentació, modificar la operativa del model i, en definitiva, la millora continua.

### Sistemes d'informació integrats

L'eficàcia d'aquesta avaluació dependrà de si disposem de sistemes d'informació integrats. Tal i com s'ha anat mencionant, la integració de la informació possibilita l'ACP-BD integrada, evitant que la coordinació intersectorial continuï fragmentada. És rellevant disposar de sistemes interoperables que permetin accedir als plans d'atenció i a la història de vida; entorns digitals que garanteixin la seguretat de les dades, redueixin la revictimització burocràtica, permetin seguiments estrets i incorporin un sistema d'alertes automàtiques.

### Avaluació de resultats centrats en la qualitat de vida de la persona (indicadors)

A nivell de contingut, aquesta integració de dades permet una profunda avaluació de resultats centrats en la qualitat de vida de la persona. Això valora l'impacte real de les intervencions sobre el benestar, l'autodeterminació i el projecte de vida

mitjançant indicadors PREM's (experiència) i PROM's (resultats percebuts). Els PREM's mesuren el respecte a la intimitat (vulneració, comunicació, tracte rebut) o l'acompanyament rebut, mentre que els PROM's mesuren l'autodeterminació i autogestió (presa de decisions, plans d'intervenció consensuats...), i el benestar i identitat (soledat no desitjada, activitats significatives, rols actius, interaccions interpersonals, i altres).

L'avaluació en el model ACP-BD també comporta mesures respecte a la pràctica ètica i seguretat de la persona atesa, identificant actuacions coactives, relacions establertes significatives i estables i, intervencions de gestió del risc.

Els indicadors quantitatius han de permetre mesurar el canvi organitzatiu que comporta la implementació de l'ACP-BD. Per exemple, en la flexibilitat de rutines, en la reestructuració dels equips i tasques de treball, o en el grau personalització en l'atenció.

Així mateix, cal incorporar indicadors específics vinculats a l'exercici efectiu dels drets humans, entre els quals: l'autodeterminació, la vida independent, la participació comunitària, el control sobre els suports, l'accessibilitat universal, la no-discriminació i la igualtat de gènere. També, incorporar altres variables rellevants d'interseccionalitat, com la discapacitat, l'origen, la situació socioeconòmica o el territori de residència, entre d'altres, per tal d'identificar possibles desigualtats i garantir una resposta equitativa basada en drets.

## Sistematització i escalabilitat

Finalment, quan aquest procés dona bons resultats, cal identificar els elements crítics (gestió, provisió, avaluació) que permeten sostenir la implementació en un territori, codificant bones pràctiques i estandarditzant eines perquè el model sigui

escalable i adaptable arreu, gràcies a estratègies com la replicabilitat en xarxa o la formació de formadors.

- Cal avaluar l'èxit del model mesurant l'impacte real en la vida de les persones i el canvi organitzatiu mitjançant indicadors quantitatius, qualitatius i eines innovadores.
- És indispensable disposar de sistemes d›informació interoperables i segurs que integrin els plans d'atenció per evitar la fragmentació i reduir la burocràcia.
- L'avaluació ha de centrar-se en la qualitat de vida de la persona amb indicadors específics, valorant també la pràctica ètica, l'exercici dels drets humans i l'equitat territorial o d'interseccionalitat.
- S'han d'identificar els elements clau i estandaritzar les bones pràctiques per aconseguir que el model d'atenció sigui escalable, replicable i adaptable a qualsevol territori.

# 5. Reptes i transformació del sistema

Tal com posen de manifest els elements operatius descrits en l'apartat anterior, la implantació efectiva d'un model ACP-BD no depèn únicament de la voluntat d'incorporar noves metodologies d'intervenció, sinó que exigeix portar a la pràctica una transformació profunda de les estructures, les cultures professionals, els mecanismes de governança i les formes d'organitzar els suports. Fer realitat tot aquest engranatge suposa fer front a diverses barreres sistèmiques. Tanmateix, aquests reptes que afronta Catalunya són, al mateix temps, les principals palanques per avançar cap a un sistema capaç de garantir el dret a una vida independent, la participació comunitària i el desenvolupament dels projectes de vida de totes les persones.

## 5.1. Reptes estructurals

Les transformacions demogràfiques, socials i territorials analitzades en aquest dossier evidencien la necessitat de superar un model construït a partir de sistemes sectorials i fragmentats. Les persones viuen situacions complexes on interactuen dimensions socials, sanitàries, educatives, laborals, residencials, emocionals i comunitàries, però els serveis continuen funcionant sovint des de lògiques diferenciades.

Un primer repte és avançar cap a una veritable atenció integrada que articuli els àmbits social, sanitari, educatiu, ocupacional i comunitari entorn d'un projecte de vida compartit. Això requereix sistemes d'informació interoperables, plans únics d'atenció, mecanismes estables de coordinació intersectorial i models de governança compartida que situïn la persona al centre dels processos.

Un segon repte és garantir la sostenibilitat econòmica del model. L'atenció centrada en la persona basada en drets

necessita professionals estables, temps per a l'acompanyament, serveis comunitaris de proximitat, assistència personal i capacitat d'adaptació als projectes vitals de les persones. Tot això exigeix un finançament suficient, estable i alineat amb els resultats de qualitat de vida.

També persisteixen importants desigualtats territorials que afecten l'accés als recursos, a l'habitatge, a l'assistència personal, als serveis especialitzats i a les oportunitats de participació comunitària. Garantir l'equitat territorial esdevé una condició imprescindible perquè els drets siguin efectivament universals. El codi postal no pot determinar els drets d'una persona. Malgrat l'autonomia local en la provisió d'atenció social ha de permetre una atenció més personalitzada, hi ha uns mínims que han de ser garantits arreu del territori. En aquest sentit, cal considerar les escletxes existents entre zones urbanes, periurbanes i rurals, i ajustar els recursos d'atenció per contrarestar les iniquitats.

Finalment, la transformació cap a models de vida independent continua sent un dels principals reptes del sistema. Avançar en la desinstitucionalització implica ampliar els serveis de suport a la comunitat, reforçar les alternatives residencials inclusives i assegurar que les persones puguin decidir on, com i amb qui volen viure.

- Superar la fragmentació dels sistemes és imprescindible per garantir itineraris integrats d'atenció.
- L'ACP-BD requereix finançament estable, suficient i orientat a resultats de qualitat de vida.
- L'equitat territorial és una condició necessària per a la garantia efectiva dels drets.
- La desinstitucionalització i la vida independent han de convertir-se en objectius estructurals del sistema.

## 5.2. Reptes culturals

La implementació de l'ACP-BD comporta una transformació cultural profunda en la manera d'entendre l'atenció social, l'autonomia, la participació i els drets de les persones.

Històricament, els sistemes d'atenció han estat fortament influïts per enfocaments assistencials i protectors que han prioritzat la seguretat i la cobertura de necessitats. El nou paradigma exigeix avançar cap a una cultura basada en la dignitat, l'autodeterminació, la presa de decisions amb suport i la dignitat del risc.

Aquesta transformació implica reconèixer totes les persones com a subjectes actius de drets, independentment de la seva edat, situació funcional, discapacitat o grau de necessitat de suport. També requereix visibilitzar el valor social de les cures, del suport comunitari i de les relacions significatives com a components essencials del benestar.

Al mateix temps, és necessari incorporar una mirada intercultural, de gènere i interseccional que permeti respondre adequadament a la diversitat de trajectòries, identitats i experiències de vida presents a la societat catalana.

- Cal passar d'una cultura assistencial a una cultura basada en drets.
- L'autodeterminació i la dignitat del risc són elements centrals del nou paradigma.
- Les cures i els vincles comunitaris han de ser reconeguts com a factors essencials de benestar.
- La perspectiva de gènere, intercultural i interseccional és imprescindible per garantir l'equitat.

## 5.3. Reptes organitzatius

L'ACP-BD exigeix una transformació de les organitzacions i de les pràctiques professionals. No es tracta únicament d'incorporar noves eines, sinó de modificar la manera com es dissenyen, gestionen i avaluen els serveis.

Un dels principals reptes és superar les resistències al canvi i avançar cap a models de lideratge facilitadors que promoguin la participació, la corresponsabilitat i la innovació.

Això implica evolucionar d'una cultura centrada en recursos, expedients i prestacions, a una cultura orientada als projectes de vida, al vincle professional, a l'acompanyament i als resultats de qualitat de vida. Les professionals han d'assumir progressivament el paper de garants de drets, facilitadors de suports i promotors de participació comunitària.

La consolidació d'equips de referència estables, la reducció de la burocratització, la interoperabilitat dels sistemes d'informació i el desenvolupament de competències vinculades a la presa de decisions compartida, la reflexió ètica i el treball interdisciplinari constitueixen elements clau per fer possible aquesta transformació.

Finalment, continua essent necessari avançar cap a formes reals i vinculants de participació de les persones en el disseny, implementació, seguiment i avaluació dels serveis.

- El canvi de model requereix transformar les cultures organitzatives.
- Cal reforçar els lideratges facilitadors i els equips interdisciplinaris de referència.
- Menys burocràcia significa més temps per a l'acompanyament i el vincle.
- La participació de les persones ha de ser efectiva, accessible i vinculant.

## 5.4. Comparativa de models

Com hem vist al llarg dels apartats anteriors, consolidar el model ACP-BD implica sacsejar des dels fonaments la manera d'entendre i organitzar els suports. No estem parlant només de millorar processos aïllats, sinó d'un canvi de paradigma complet: deixar enrere un sistema d'atenció social marcat pel paternalisme, la rigidesa institucional i la prestació reactiva de serveis, per avançar cap a un model on la persona recupera el control sobre la seva pròpia vida.

Aquesta transició, on les estructures deixen de dictar normes per passar a acompanyar projectes vitals i on l'atenció surt de les institucions per arrelar a la comunitat, representa un salt qualitatiu enorme per a les administracions i les entitats. Per visualitzar de forma clara, directa i sintètica què suposa exactament aquest salt entre els models tradicionals d'atenció social (basats en els recursos) i el nou enfocament ACP-BD (centrat en els drets), presentem la següent taula comparativa:

| Dimensió / Aspecte | Models Tradicionals | Model ACP-BD |
|---|---|---|
| **Mirada** | Diagnòstic i dèficits identificats | La persona i la seva història de vida |
| **Finalitat principal** | Prestació de serveis | Projecte de vida i exercici de drets |
| **Paper de la persona** | Receptora d'atenció | Subjecte actiu de drets |
| **Mètode** | Centrat en recursos: rígids, horaris, protocols i objectius fragmentats | Centrat en la relació i el vincle (flexibilitat, professionals de referència) |

| | | |
|---|---|---|
| **Relació professional** | Prescriptiva | Acompanyament i co-construcció de presa de decisions |
| **Organització** | Sectorial i fragmentada | Integrada i coordinada |
| **Intervenció** | Reactiva i reparadora | Preventiva, promotora i comunitària |
| **Participació** | Consultiva | Significativa i vinculant |
| **Seguretat** | Protecció (paternalista), cobrir necessitats (beneficència) i disminuir obstacles (socials) | Dignitat, assumpció de risc i llibertat de decisió consensuada |
| **Vida independent** | Dependència de recursos | Control sobre els suports i autodeterminació |
| **Comunitat** | Element complementari | Agent central de suport i inclusió |
| **Accessibilitat** | Adaptacions específiques | Accessibilitat universal com a dret |
| **Governança** | Jeràrquica | Compartida i corresponsable |
| **Innovació** | Experiències puntuals | Aprenentatge continu i sistematització |
| **Avaluació** | Activitat, cobertura, formularis i indicadors quantitatius de l'ús de recursos | Qualitat de vida, drets, resultats personals i experiència reportada (PREM's i PROM's) |

Font: Elaboració pròpia adaptat de Cakiroglu (2026).

# 6. Claus de futur i recomanacions

A partir de tota la diagnosi i els elements operatius desenvolupats en els capítols anteriors, l'aplicació real de l'Atenció Centrada en la Persona i Basada en els Drets (ACP-BD) requereix passar de la teoria a l'acció. Aquesta consolidació només serà possible si s'estableix una acció compartida i corresponsable entre totes les parts implicades.

Per tal d'aterrar aquestes propostes i fer-les viables, a continuació es desglossen les recomanacions estratègiques diferenciades segons el nivell competencial i d'actuació de cada agent clau del sistema de provisió social.

La consolidació de l'ACP-BD requereix una acció compartida entre administracions públiques, ens locals, tercer sector social, professionals, comunitats i ciutadania. Les recomanacions següents s'orienten a fer possible una transformació sistèmica basada en els drets, la qualitat de vida, la vida independent i la participació comunitària.

## 6.1. Recomanacions per a la Generalitat de Catalunya

Com a òrgan rector de les polítiques socials, la Generalitat ha d'exercir un lideratge estratègic per blindar l'ACP-BD a nivell estructural, normatiu i financer.

- **Liderar la governança compartida**. La Generalitat, amb capacitat executiva en la multiplicitat d'àmbits que afecten la vida de les persones, ha d'assumir la iniciativa i liderar la governança compartida de l'atenció social a Catalunya mitjançant espais horitzontals de definició de model amb els ens locals i els proveïdors.

- **Garantir l'estabilitat i la suficiència financera.** Cal consolidar l'acció concertada de serveis com a via principal de provisió, actualitzant les tarifes públiques perquè cobreixin el cost real dels serveis. Aquest finançament ha de ser prou flexible per adaptar-se als projectes de vida (pressupostos personalitzats) i ha de permetre l'aplicació d'un conveni únic de sector al sistema de serveis socials de responsabilitat pública per erradicar la precarietat i retenir el talent professional.
- **Redisseny de la Cartera de Serveis Socials i concertació públ**ico-social. Cal revisar la Cartera amb un enfocament preventiu, flexible i de base comunitària, establint un model de concertació públ**i**co-social exclusiu (on es prioritzi el Tercer Sector per la seva no voluntat de lucre) i limitant el pes de l'empresa mercantil a aquells àmbits on s'ha demostrat que prioritza beneficis per sobre d'impacte.
- **Desplegar la integració social i sanitària.** S'ha d'avançar definitivament en el desplegament de l'Agencia Integrada Social i Sanitària, i cap a sistemes d'informació compartits i interoperables que superin la fragmentació actual. És imperatiu disposar d'entorns digitals segurs (com la història social i clínica compartida) que redueixin la revictimització burocràtica de la ciutadania i facilitin el treball en xarxa.
- **Liderar la desinstitucionalització i la vida independent.** Cal impulsar el canvi cap a models de vida a la comunitat. Això implica garantir l'accés universal a la figura de l'assistent personal, finançar alternatives residencials inclusives (habitatges amb suport) i fer complir l'accessibilitat universal com a dret subjectiu.
- **Assegurar l'equitat territorial.** La Generalitat ha de dissenyar polítiques de reequilibri per garantir que el codi postal no determini els drets d'una persona ni la cartera de serveis a la qual té accés, ajustant els recursos per contrarestar les iniquitats entre zones urbanes i rurals.

- **Transformar el model d'avaluació.** S'han de superar els indicadors d'activitat o d'ús de recursos (lògiques administratives) per implementar sistemes d'avaluació basats en resultats de vida, utilitzant indicadors de qualitat reportada per les persones usuàries (PREM's i PROM's) i mesures específiques de compliment dels drets humans.

## 6.2. Recomanacions per als ens locals

Pel seu coneixement del territori i proximitat, el món local té una posició estratègica i insubstituïble per a la detecció de necessitats i l'articulació pràctica de l'ACP-BD en el dia a dia de la ciutadania.

- **Transformació dels Serveis Socials Bàsics.** Els serveis socials bàsics municipals i comarcals s'han de consolidar com la porta d'entrada integrada al sistema. Cal que actuïn com a veritables nodes en la coordinació intersectorial als territoris (amb salut, educació, ocupació, etc.). Alhora fomentar el treball comunitari amb les entitats socials arreu del territori, coordinant accions sota el model ACP-BD.
- **Reforçar i flexibilitzar els serveis d'atenció domiciliària i comunitària.** Des del món local s'han d'impulsar serveis de proximitat com un SAD transformat en equips proactius i flexibles, la prescripció social i l'ús d'eines domòtiques que permetin a la persona envellir o ser atesa al seu domicili amb qualitat.
- **Enfortiment de les relacions amb els proveïdors del tercer sector.** Els ens locals han de poder ordenar l'actuació social del seu territori de referència amb tots els proveïdors socials i especialment els del tercer sector socials. Cal que sigui impulsor del treball en xarxa i reconegui la tasca professional de les entitats. Tot plegat ha de permetre una derivació

especialitzada que permeti el treball integral amb les persones ateses.

- **Construir entorns urbans amigables i accessibles.** Mitjançant les seves competències en urbanisme i habitatge, els ajuntaments han de procurar l'accessibilitat física, cognitiva i sensorial, generant espais públics segurs i inclusius que motivin la participació de tothom.
- **Potenciar el teixit comunitari contra l'aïllament.** Els ens locals han de vetllar per la creació i foment de *hubs* comunitaris, establint aliances estratègiques amb entitats (socials, veïnals, comercials, etc.) i xarxes de voluntariat per prevenir i combatre l'aïllament i la soledat no desitjada.

## 6.3. Recomanacions per al tercer sector social

El Tercer Sector no és només un proveïdor de serveis, sinó un motor d'innovació social i el principal garant de l'acompanyament integral, per la qual cosa ha d'assumir reptes organitzatius propis per liderar la transició. Així, està cridat a exercir un paper protagonista en la transformació del model d'atenció a Catalunya, tant per la seva capacitat d'innovació com pel seu coneixement de les necessitats emergents i la seva proximitat a les persones i als territoris.

- **Capgirar la cultura organitzativa interna.** Les entitats han de ser les primeres a fer un gir cap a la governança participativa i horitzontal, potenciant el lideratge facilitador i empoderant les professionals d'atenció directa com a equips de referència estables. Això requereix un esforç intern de desburocratització per alliberar temps dedicat al vincle.
- **Enfortir la cultura de l'avaluació i la innovació.** Cal reforçar també la cultura de l'avaluació i l'aprenentatge continu, promovent metodologies que permetin demostrar l'impacte

social de les intervencions en termes de qualitat de vida, autonomia, inclusió i exercici de drets. Les entitats han de continuar liderant experiències innovadores orientades als projectes de vida, a l'acompanyament integral, a la participació comunitària i a la garantia dels drets.

- **Fer efectiva la participació vinculant de les persones ateses.** Cal passar del discurs a la pràctica, creant consells i espais reals on les persones usuàries tinguin veu i vot en el co-disseny dels programes, l'avaluació dels serveis i la direcció del seu propi pla d'atenció, fent bandera del lema "res sobre nosaltres sense nosaltres".
- **Consolidar els espais de reflexió ètica.** L'atenció basada en drets requereix que les entitats incorporin estructures de suport per a la deliberació (comitès d'ètica), a fi de gestionar adequadament la dignitat del risc i protegir l'autodeterminació davant de situacions complexes.
- **Actuar com a ròtules territorials.** El Tercer Sector ha de continuar teixint aliances als barris, connectant recursos sanitaris, teixit associatiu, economia local i voluntariat per construir ecosistemes comunitaris de suport robustos. Com a proveïdor de serveis socials bàsics i especialitzats, ha de jugar un paper de soci estratègic comunitari amb els serveis bàsics d'atenció social, actuant amb proactivitat i col·laborant horitzontalment.
- **Mantenir l'acció d'incidència política.** Les entitats han de fer servir la seva experiència a primera línia i les seves pròpies avaluacions d'impacte social per exercir pressió i defensa dels drets, reclamant de manera unificada polítiques reals de desinstitucionalització, reconeixement de les cures i millores laborals per al sector.

# 7. Conclusions i idees clau

Catalunya es troba davant l'oportunitat de redefinir el seu model d'atenció a les persones per donar resposta als profunds canvis demogràfics, socials i comunitaris que caracteritzen la societat contemporània. L'envelliment de la població, l'augment de la complexitat social, les desigualtats persistents, la diversitat de trajectòries vitals i les noves expectatives de ciutadania exigeixen superar models centrats en recursos i serveis per avançar cap a un sistema orientat a les persones, als seus projectes de vida i als seus drets.

L'Atenció Centrada en la Persona i Basada en els Drets representa un canvi de paradigma que situa la dignitat, l'autodeterminació, la participació i la vida independent al centre de l'acció pública. Aquest canvi implica entendre la persona com a subjecte actiu de drets i reconèixer que els serveis existeixen per donar suport als seus projectes de vida, i no a l'inrevés.

Les implicacions d'aquest canvi van molt més enllà d'una simple reorganització assistencial. La implementació efectiva d'aquest model requereix una transformació simultània de la governança, l'organització dels serveis, les pràctiques professionals i els mecanismes d'avaluació. També exigeix reforçar els entorns comunitaris, impulsar la desinstitucionalització, consolidar l'assistència personal i garantir l'accessibilitat universal com a condicions imprescindibles per a l'exercici efectiu dels drets.

En aquest procés, el Tercer Sector Social emergeix com un actor estratègic per la seva proximitat a les persones, la seva capacitat d'innovació, el seu arrelament territorial i el seu compromís amb la defensa dels drets socials. La seva contribució resulta essencial per construir un model de benestar més humà, més comunitari i més democràtic.

Malgrat l'ampli consens sobre la idoneïtat i urgència d'aquest model, cal reconèixer que la seva plena implementació topa avui amb barreres importants. L'infrafinançament crònic del sistema, la rigidesa burocràtica de les administracions, les persistents desigualtats territorials i la manca d'eines digitals interoperables són obstacles latents que dificulten el desplegament equitatiu de l'ACP-BD i la seva avaluació integral a curt termini.

Per superar aquestes limitacions, els passos a seguir exigeixen un compromís polític sostingut que consolidi una veritable governança compartida entre les diferents administracions i les entitats socials. Cal garantir urgentment un finançament adequat i flexible que permeti dignificar les condicions laborals de les professionals, reduir dràsticament la burocràcia per donar espai al vincle humà i accelerar les polítiques de desinstitucionalització, com ara l'ampliació de l'assistència personal. Així mateix, és inajornable transformar els sistemes d›avaluació perquè passin de mesurar simple activitat a mesurar qualitat de vida, participació i exercici efectiu de drets.

En definitiva, avançar cap a l'ACP-BD no és només una reforma dels serveis socials o sanitaris. És una aposta col·lectiva per una societat que reconeix el valor de les cures, promou la inclusió, respecta la diversitat i garanteix que totes les persones puguin viure amb dignitat, autonomia i ple exercici dels seus drets al llarg de tot el cicle vital.

## Idees clau finals del dossier

- **Canvi de mirada:** de subjecte atès a ciutadania de drets. L'atenció a les persones ha de pivotar obligatòriament sobre els drets humans, posant la dignitat, la qualitat de vida i el projecte vital de l'individu per sobre dels protocols burocràtics o els models assistencialistes.

- **Decisió i coprotagonisme.** La persona no és una receptora passiva de serveis, sinó el subjecte actiu de drets i el coprotagonista real i vinculant de totes les decisions que l'afecten, incloent-hi la dignitat del risc i el dret a equivocar-se.
- **La fi de la fragmentació.** La complexitat de les trajectòries vitals actuals fa que la divisió entre departaments sigui obsoleta; la integració real i operativa entre els sistemes social, sanitari i educatiu és un requisit indispensable.
- **Desinstitucionalització i vida independent.** El sistema ha d›avançar decididament per substituir els models institucionalitzadors per alternatives que permetin a la persona viure al seu domicili o en entorns amigables, garantint eines com l'assistència personal.
- **La comunitat com a agent estratègic.** La comunitat (el barri, el poble, el municipi) és l'espai privilegiat de suport, inclusió i construcció de ciutadania, on s›han de teixir xarxes per combatre la soledat i l'aïllament social.
- **Accessibilitat universal com a dret.** No hi ha inclusió possible sense entorns físics, cognitius, sensorials i digitals que permetin a qualsevol persona interactuar i participar en igualtat de condicions a la societat.
- **Equitat territorial per garantir la universalitat.** El codi postal no pot determinar els drets d›una persona ni els serveis als quals té accés; cal un esforç de reequilibri constant entre les zones urbanes, les periurbanes i el medi rural perquè la igualtat d›oportunitats sigui real.
- **Lideratge indispensable del Tercer Sector Social.** Les entitats socials no són simples gestores o proveïdores; el seu coneixement del terreny, innovació social, capacitat de vincle i no voluntat de lucre les converteixen en l'actor clau per garantir els drets, la cohesió i la justícia social al territori.

- **Sostenibilitat financera i governança compartida.** La transformació cap a l'ACP-BD no serà viable sense un model horitzontal de governança, la reducció dràstica de la burocràcia, unes condicions laborals dignes i un finançament públic suficient i flexible, prioritzant l'acció concertada amb el tercer sector socials per a la provisió de serveis socials externalitzats.
- **Avaluar el que importa.** L'avaluació del sistema ha de deixar de comptabilitzar exclusivament tràmits o recursos consumits per passar a mesurar resultats d›impacte basats en la qualitat de vida, l'autonomia, la participació i l'experiència percebuda per les persones (PREM's i PROM's).

# 8. Bibliografia


- Bartels EA, Meijboom BR, Nahar-van Venrooij LMW, de Vries E (2021). How service modularity can provide the flexibility to support person-centered care and shared decision-making. BMC Health Services Research, 21:1245. Doi: 10.1186/s12913-021-07267-6.
- Cakiroglu, P. (2026). European Green Book for Social Services (Deliverable D2.1). BENEFITS Project, Horizon Europe.
- Catalunya. Decret 69/2020, de 14 de juliol, d'acreditació, concert social i gestió delegada en la Xarxa de Serveis Socials d'Atenció Pública. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 8178.
- Catalunya. Decret Llei 19/2021, de 31 d'agost, pel qual s'adapta el Codi civil de Catalunya a la reforma del procediment de modificació judicial de la capacitat. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya , núm. 8493.
- Catalunya. Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 4990.
- Centre d'Estudis Demogràfics. (2024). Estudis i projeccions demogràfiques de Catalunya. CED.
- Constand MK, MacDermid JC, Dal Bello-Haas V et al. (2014). Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. BMC Health SErv Res, 14:271- doi:10.1186/1472-6963-14-271.
- Departament de Drets Socials i Inclusió. (2025). Indicadors territorials de risc de pobresa i d'exclusió social: evolució Catalunya 2013-2023. Generalitat de Catalunya. https://hdl.handle.net/20.500.14622/1462.
- Departament de Drets Socials i Inclusió. (2026). Informe sobre l'estat dels serveis socials a Catalunya 2024. Generalitat de Catalunya. https://hdl.handle.net/20.500.14622/1742.
- Departament de Drets Socials i Inclusió. (2026). Informe Social de Catalunya 2025. Generalitat de Catalunya. https://hdl.handle.net/20.500.14622/1569.
- Departament de Drets Socials. (2023). Diagnosi social de Catalunya 2022: l'estat de la pobresa. Generalitat de Catalunya. https://hdl.handle.net/20.500.14622/61.

- Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. (2021). Pla estratègic de serveis socials de Catalunya 2021-2024. Generalitat de Catalunya.
- Dusin J, Melanson A, Mische-Lawson L (2023). Evidence-based practice models and frameworks in the healthcare setting: a scoping review. BMJ Open, 13:e071188. Doi:10.1136/bjmopen-2022-071188.
- Elhassan H, Pardhan S, Hewage R et al. (2025) Cost and health outcomes in economic evaluations of person-centered care: a systematic review. Value Health, 28(6):852-865.
- Epstein RM, Franks P, Fiscella K et al. (2005) Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. Soc Sci Med, 61:1516-1528.
- European Commission (2022). European Care Strategy – For carers and care receivers, Directorate-General for Employment, Social. Affairs and Inclusion, Publications Office of the European Union, https://data.europa.eu/doi/10.2767/858795.
- FOESSA. (2023). Informe sobre exclusió i desenvolupament social a Catalunya. Fundació FOESSA.
- Gartner JB, Abasse KS, Bérgeron F et al. (2022). Definition and conceptualization of the patient-centered care pathway, a proposed integrative framework for consensus: a concept analysis and systematic review. BMC Health Services Research, 22:558. Doi:10.1186/s12913-022-07960-0.
- Generalitat de Catalunya. (2020). La planificació de decisions anticipades en salut mental i addiccions: propostes per a la seva implantació. Departament de Salut.
- Generalitat de Catalunya. (2021). Estratègia d'Atenció Integrada Social i Sanitària de Catalunya. Departament de Drets Socials i Departament de Salut.
- Generalitat de Catalunya. (2024). Agenda dels Drets Socials de Catalunya. Departament de Drets Socials i Inclusió.
- Generalitat de Catalunya. (2026). Informe sobre el registre del document de voluntats anticipades (DVA), 2025. Departament de Salut.
- Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J, Dellbanco TL (1993) Through the patient's eyes. Jossey-Bass, San Francisco.

- Grattidge L, Haywood D, Hart NH et al. (2026). Putting lived experience at the centre: a critical review of multidisciplinary, person-centred mental health care. Journal of Multidisciplinary Healthcare, 19:600579. Doi:10.2147/JMDH.S600579.
- Gyllensten H, Cederberg M, Alsén S et al. (2025). Person-centred care: State -of-the-art and future perspectives, 22:15.doi:10.1007/s11897-025-00702-3.
- Khatri RB, et al. (2023). People-centred primary health care: a scoping review. BMC Primary Care, 24:236. Doi:10.1186/s12875-023-02194-3.
- Kilmesch A, Martínez-Pereira A, Topf C et al. (2023). Conceptualization of patient-centered care in Latin America: A scoping review. Health Expectations, 26:1820-1831.
- Kubiszewski, I., Costanza, R., Eastoe, J., Lu, T., Mulder, K., Patteson Hernandez, G., Benczúr, P., & Dixson-Declève, S. (2025). Building consensus on societal wellbeing: A semantic synthesis of indicators to move beyond GDP. Ecological Indicators, 178, 114076.
- Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. (2021). *Boletín Oficial del Estado*, núm. 132, de 3 de junio de 2021. https://www.boe.es/eli/es/l/2021/06/02
- Mañe, J., Gorina, J. (2025). Financiación de las entidades del tercer sector de acción social. Hacia la transformación del concierto social. Fundació Ferrer i Guàrdia.
- Naciones Unidas. (2006, 13 de diciembre). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Asamblea General, resolución A/RES/61/106.
- Najafizada M, Rahman A, Oxford K (2023). Analyzing models of patient-centered care in Canada through a scoping review and environmental scan. Journal of Public Health: From Theory to Practice, 31:355-367.
- Or Z, Cases C, Lisac M et al. (2010). "Are health problems systematic? Politics of access and choice under Beveridge and Bismarck Systems". Health Economics, Policy and Law, 5:269-293.
- Organización Mundial de la Salud. (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 18 de febrero de 2025, de https://www.who.int/es/about/governance/constitution

- Rosa WE, Izumi S, Sullivan D et al. (2023). Advance care Planning in serious illness: a narrative review. J Pain Symptom Manage, 65(1):e63-e78. Doi: 10.116/j.jpainsymman.2022.08.12.
- Rosengren K, Brannefors P, Carlstrom E (2021). Adoption of the concept of person-centred care into discourse in Europe: a systematic literature review. Journal of Health Organization and Management, 35 (9): 265-290.
- Scholl I, Zill JM, Härler M, Dirmaler J (2014). An integrative model of patient-centeredness- A systematic review and concept analysis. PLOS one, 9(9):e107828. doi:10.1371/journal.pone.0107828.
- Shaller D (2007). Patient-centered care:what does it take?. https://psnet-ahrq.gov/issue/patient-centered-care-what-does-it-take.
- Snyder H & Engström J (2016). The antecedents, forms and consequences of patient involvement: a narrative review of the literature. Int J Nurs Stud, 53:351-378.
- Solé i Chavero, J. M. (2024). Self-Directed Support i drets de les persones amb discapacitat. Fundació Support-Girona.
- Taula d'Entitats del Tercer Sector Social de Catalunya. (2025). Baròmetre del Tercer Sector Social 2024. Taula del Tercer Sector Social de Catalunya.
- Torbica A, Tarricone R, Drummond M (2018). Does the approach to economic evaluation in health care depend on culture, values and institutional context?. European Journal of Health Economics, 19:769-774.
- Tzivanakis, N., Melios, G., Moore, H., et al. (2025). Meta-analysis of Existing Indicators (Deliverable D1.1). BENEFITS Project, Horizon Europe.
- Woolcott G, Keast R, Tsasis P et al. (2019). Reconceptualising person-centered service models as social ecology networks in supporting integrated care. International Journal of Integrated Care, 19(2): 1-12.
- World Health Organization (2015). People-centred and integrated health services: an overview of the evidence interim report. Geneve. World Health Organization.

## Darrers números publicats:

76 - **Barreres invisibles, drets condicionats:** qui queda fora de l'atenció social i les prestacions econòmiques a Catalunya? (octubre 2026)

75 - **El desplegament de la LOPIVI a Catalunya:** de la llei a la protecció efectiva (juliol 2026)

74 - **Obrir portes, construir futur:** l'acollida de persones d'origen migrat a Catalunya com a garantia de drets humans (desembre 2025)

73 - **La crisi de l'habitatge:** respostes i propostes des del Tercer Sector Social (octubre 2025)

72 - **Els drets socials** en temps de desinformació (juny 2025)

71 - **L'energia com a dret:** un repte social davant la pobresa energètica (març 2025)

70 - **Territori i desigualtats:** una vida digna depèn d'on vius? (desembre 2024)

69 - **Envelliment(s)**: protagonistes, diversitat i avenç cap a un nou model d'acompanyament integral (setembre 2024)

68 - **Fragmentades:** una anàlisi dels discursos d'odi, l'auge de l'extrema dreta i el seu impacte social (juny 2024)

67 - **Claus del debat actual del sistema de garantia d'ingressos a Catalunya:** finestreta única, complements i quanties (desembre 2023)

66 - **Esperant els meus drets.** Radiografia dels temps d'espera en els recursos i prestacions socials més sol·licitats a Catalunya (novembre 2023)

65 - **El decret d'escola inclusiva cinc anys després, un desplegament insuficient?** (novembre 2022)

64 - **La pobresa en les dones**: el precari equilibri del treball i la conciliació (març 2022)

63 - **L'LGBTI-fòbia estructural:** la discriminació en l'accés als drets socials (octubre 2021)

62 - **Les barreres a la participació política:** una qüestió de democràcia i cohesió (juny 2021)

61 - **Fronteres de paper:** la irregularitat administrativa i la invisibilització de les persones (abril 2021)

60 - **La soledat no desitjada durant la vellesa, un fenomen social** (setembre 2020)

59 - **Justícia restaurativa.** Una resposta al conflicte més humana, inclusiva i transformadora (febrer de 2020)

58 - **L'LGBTI-fòbia entre infants i adolescents.** Una problemàtica social a resoldre (novembre de 2019)

57 - **El sistema de pensions a Espanya.** Les febleses d'un model que urgeix una solució duradora (desembre de 2018)

56 - **Monoparentalitat femenina i pobresa. Gènere, soledat i conciliació, l'arrel del problema** (octubre 2018)

55 - **El preu de l'energia, factor clau en l'augment de la pobresa energètica** (febrer 2018)

## Aquest contingut contribueix als següents ODS







Barcelona, novembre de 2026

Dipòsit legal:
**B 22975-2026**

Edita:
**Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya**

Taula d'entitats
del Tercer Sector Social
de Catalunya

**Hub Social | Taula del Tercer Sector**
C/Girona, 34, interior.
08010 Barcelona
T 93 310 57 07
www.tercersector.cat

Amb el suport de:

Generalitat de Catalunya

AMB Àrea Metropolitana de Barcelona

Amb la col·laboració de:

ara

HUB SOCIAL
INNOVACIÓ PER L'EQUITAT