

L'ECONOMIA DE LES CURES

I EL MERCAT LABORAL VALENCIÀ

LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS

Y EL MERCADO LABORAL VALENCIANO



DESARROLLO TERRITORIAL Y
MERCADO LABORAL VALENCIANO

AVALEM TERRITORI

LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS Y EL MERCADO LABORAL VALENCIANO



Coordinación Académica

Jorge Hermosilla Pla
Universitat de València

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Jorge Hermosilla Pla
Ghaleb Fansa
Jose Vicente Aparicio Vayà
Mónica Fernández Villarejo

UNIVERSITAT JAUME I DE CASTELLÓ

Luisa Alamá Sabater
Vicente Budí Orduña
Juan J. Rubert Nebot

UNIVERSIDAD DE ALICANTE

Nuria Grané Teruel
Antonio Martínez Puche
Juan López Jiménez

Cartografía

Jose Vicente Aparicio Vayà
Ghaleb Fansa
ESTEPA
Universitat de València

Traducción de textos

Rafel Moreno i Giménez

Diseño portada

MacDiego

Ilustración portada

Cento Yuste

Diseño y maquetación

Begoña Broseta

Imprenta

Ulzama

MANCOMUNIDADES Y PACTOS POR EL EMPLEO

Mancomunidad de La Costera-La Canal Susana Rodrigo Chiner
Coordinadora de Servicios Sociales de atención primaria básica
Mancomunidad de la Hoya de Buñol-Chiva María Teresa Adell Tejedor
Mancomunidad del Interior Tierra del Vino Equipo social de atención primaria básica

Pacto por el Empleo de los Municipios Cerámicos Olga Oruña

Pacto Territorial por el Empleo y Desarrollo Local Alto Palancia María José Villalba
Els Ports Daniel Bergadà

Acuerdo Comarcal en materia de Empleo y Desarrollo Local en la Marina Alta

Acuerdo Territorial por el Empleo y el Desarrollo Local Alcoi-Ibi-Ontinyent. ACTAIO

La Comarca de la Marina Baixa

Pacto Territorial por el empleo del Valle del Vinalopó

Pacto Territorial por el empleo de L'Alacantí. ACTEI

Pacto Territorial por el empleo de la ciudad de Alicante

Acuerdo Territorial de empleo en el término municipal de Elche

La Comarca de la Vega Baja

ISBN: 978-84-9133-579-5

ISBN PDF: 978-84-9133-580-1

<http://dx.doi.org/10.7203/PUV-OA-580-1>

Depósito legal: V-1033-2023

© de esta edición: Universitat de València, 2023

© de los textos: los autores

© de las imágenes: los autores

**LA ECONOMÍA
DE LOS CUIDADOS
Y EL MERCADO
LABORAL 
VALENCIANO**



VNIVERSITAT
D' VALÈNCIA



UNIVERSITAT
JAUME I



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



PRESENTACIÓN

La Economía de los Cuidados es un segmento de actividad en alza por razones fundamentalmente demográficas y que, además, exige nuevos enfoques por motivos relacionados con los cambios en la estructura familiar y los requisitos técnicos necesarios para un adecuado desempeño de estas tareas.

En este contexto, se considera trabajo de cuidados al conjunto de actividades y relaciones que conlleva atender las necesidades físicas, psicológicas y emocionales de adultos y niños, mayores y jóvenes, personas frágiles y personas sanas. Esta prestación de servicios puede realizarse en situaciones muy diversas, desde sectores relacionados con la salud, la educación, el trabajo social hasta los dedicados al trabajo doméstico, lo que implica el cuidado directo y personal. También hay que incluir las actividades de cuidado indirecto como la restauración o la limpieza. Otro factor para tener en cuenta es si se trata de una prestación de carácter remunerado o no remunerado, incluso si se desarrolla en entornos públicos o privados.

Respecto a la prestación remunerada esta es especialmente compleja por la diversidad de la naturaleza de las personas trabajadoras, pues hay diferencias sustanciales en cuanto al grado de educación y formación, competencias y remuneración, disciplinas y niveles profesionales. Por lo que la persona empleadora puede ser un particular o un hogar, un organismo público, una empresa privada o pueden trabajar por cuenta propia.

Todo lo expuesto demuestra la enorme complejidad de la realidad social que presenta la Economía de los Cuidados, que incluye múltiples actividades realizadas en su mayor parte por mujeres, cuya necesidad va en aumento, pero con problemáticas diversas. La mayoría derivadas de su inmersión en la economía sumergida, la no profesionalización de los trabajos remunerados en el ámbito doméstico, la realización de muchos trabajos de cuidados no remunerados, la infravaloración social de trabajos tan necesarios para todas las fases del ciclo de la vida, etc. Como problema añadido, también hay que referirse al hecho de que sean trabajos feminizados, infravalorados y en su mayor parte con bajos salarios. Por lo que todo ello redonda en el aumento de la brecha de género.

Al tratarse de puestos de trabajo necesarios en el futuro, tanto o más que en el momento actual, y que pueden suponer oportunidades de empleo, se hace necesario estudiar sus características para ver las oportunidades de creación de trabajo digno que pueden presentar.

Por todo ello, LABORA Servicio Valenciano de Empleo y Formación con el apoyo de la Universitat de València, la Universidad de Alicante y la Universitat Jaume I de Castelló, dentro del Plan AVALEM TERRITORI, ha considerado necesario realizar la sistematización y organización del trabajo de los cuidados como un segmento de actividad que necesitaba ser estudiado y cuyos resultados se exponen en la presente publicación.

Rocío Briones Morales
Directora general
de Empleo y Formación de LABORA





ÍNDICE



ÍNDICE

04 | PRESENTACIÓN



Jorge Hermosilla Pla
Mónica Fernández Villarejo
Universitat de València

- 01**
- 15 **LOS TRABAJOS DE CUIDADOS Y LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS. CONCEPTOS, DEFINICIONES, CLASIFICACIÓN**
- 15 1.1 El trabajo de los cuidados
- 16 1.2 La economía de los cuidados
- 19 1.3 Igualdad de género y economía de los cuidados



Jorge Hermosilla Pla
Mónica Fernández Villarejo
Universitat de València

- 02**
- 25 **LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS Y LOS PROCESOS ECONÓMICOS Y SOCIALES VINCULADOS**
- 25 2.1 Variables demográficas y estructura de la población
- 25 2.2 La economía de los cuidados, los servicios sociales y el mercado laboral en la España de las autonomías
- 26 2.3 La economía de los cuidados en un escenario de economía sumergida e informal
- 27 2.4 La igualdad de género y la economía de los cuidados
- 29 2.5 La sostenibilidad de los nuevos modelos de cuidados
- 29 2.6 La incidencia del Covid-19 en los cuidados
- 30 2.7 La economía de los cuidados en España



Jorge Hermosilla Pla
Ghaleb Fansa
José Vicente Aparicio
Universitat de València

- 03**
- 37 **EL SECTOR DE CUIDADOS EN LA COMUNITAT VALENCIANA**
- 37 3.1 La dimensión de la economía de los cuidados en el escenario valenciano: los trabajadores
- 42 3.2 Análisis empresarial de la economía de los cuidados
- 43 3.3 La dimensión de la economía de los cuidados en el escenario valenciano: centros asistenciales
- 59 3.4 La dimensión de la economía de los cuidados en el escenario valenciano: centros sanitarios de la Comunitat Valenciana
- 75 3.5 Estrategias valencianas relacionadas con la economía de los cuidados: la Estrategia Valenciana para la Recuperación 2020, y el Plan Corresponsables del Ministerio de Igualdad



Luisa Alama Sabater
Vicente Budí Orduña
Juan J. Rubert Nebot
 Universitat Jaume I de Castelló

María José Villalba
 Alto Palancia

Olga Oruña
 Municipis Ceràmics

Daniel Bergadà
 Els Ports

04

83	LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS EN LA PROVINCIA DE CASTELLÓN
83	4.1 Características de la población y necesidades asociadas a la economía de los cuidados
84	4.2 Estructura de centros de servicios sanitarios y de atención social en la provincia de Castellón
87	4.3 Zonificación del sistema público de servicios sociales en la provincia de Castellón
92	4.4 El papel de la Diputación de Castellón
93	4.5 El contexto de economía de los cuidados desde el punto de vista laboral
95	4.6 La economía de los cuidados y los pactos por el empleo



Juan López Jiménez
Antonio Martínez Puche
 Universidad de Alicante

05

107	LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS EN ALICANTE
107	5.1. La economía de los cuidados en la provincia de Alicante. Consideraciones generales
109	5.2 Los pactos por el empleo alicantinos y la economía de los cuidados. Referencias territoriales



Susana Rodrigo Chiner
 Mancomunidad La Costera - La Canal

María Teresa Adell Tejedor
 Mancomunidad de La Hoya de Buñol - Chiva

Equipo Social de Atención Primaria Básica
 Mancomunidad del Interior Tierra del Vino

06

133	LA ECONOMÍA VALENCIANA DE LOS CUIDADOS. APORTACIONES DE ALGUNAS DE LAS MANCOMUNIDADES VALENCIANAS
133	6.1. El modelo de encuesta-entrevista, entre la estadística y la información cualitativa
134	6.2 La Mancomunidad de La Costera - La Canal
136	6.3 La Mancomunidad de La Hoya de Buñol - Chiva
138	6.4 La Mancomunidad de Tierra del Vino



Jorge Hermosilla Pla (UV)
Vicente Budí Orduña (UJI)
Antonio Martínez Puche (UA)

07

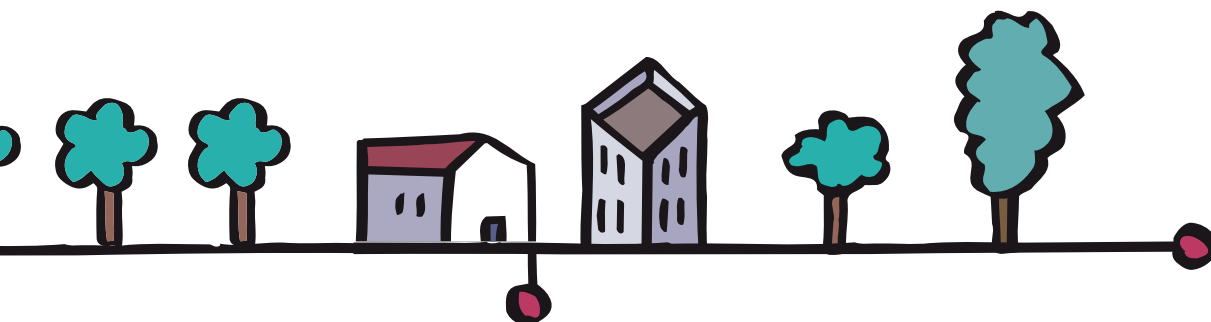
145	REFLEXIONES FINALES Y CONCLUSIONES
-----	------------------------------------

ÍNDICE DE MAPAS

Mapa 1. Trabajadores afiliados en la Seguridad Social en la Economía de los cuidados de la Comunitat Valenciana. Primer Trimestre del 2022.....	39
Mapa 2. Distribución porcentual comarcal de los trabajadores afiliados a la Seguridad Social en la Economía de los cuidados de la Comunitat Valenciana. Primer Trimestre del 2022.....	40
Mapa 3. Residencias acreditadas y residencias con centros de día para personas mayores dependientes de la Comunitat Valenciana. 2021.....	47
Mapa 4. Distribución porcentual comarcal de las residencias acreditadas y residencias con centros de día para personas mayores dependientes de la Comunitat Valenciana.....	48
Mapa 5. Centros residenciales acreditados para personas con diversidad funcional de la Comunitat Valenciana. 2021.....	49
Mapa 6. Distribución porcentual comarcal de los centros residenciales acreditados para personas mayores con diversidad funcional de la Comunitat Valenciana. 2021.....	50
Mapa 7. Centros residenciales acreditados para personas con enfermedad mental de la Comunitat Valenciana. 2021.....	51
Mapa 8. Distribución porcentual comarcal de los centros residenciales acreditados para personas mayores con enfermedad mental de la Comunitat Valenciana. 2021.....	52
Mapa 9. Centros de día acreditados para personas mayores dependientes de la Comunitat Valenciana. 2021.....	53
Mapa 10. Distribución porcentual comarcal de los centros de día acreditados para personas mayores dependientes de la Comunitat Valenciana. 2021.....	54
Mapa 11. Centros diurnos acreditados para personas con diversidad funcional de la Comunitat Valenciana. 2021.....	55
Mapa 12. Distribución porcentual comarcal de los centros diurnos acreditados para personas con diversidad funcional de la Comunitat Valenciana. 2021.....	56



Mapa 13. Centros diurnos acreditados para personas con enfermedad mental de la Comunitat Valenciana. 2021.....	57
Mapa 14. Distribución porcentual comarcal de los centros diurnos acreditados para personas con enfermedad mental de la Comunitat Valenciana. 2021.....	58
Mapa 15. Centros de atención primaria de la Comunitat Valenciana. 2021.....	65
Mapa 16. Distribución porcentual comarcal de los centros de atención primaria sobre el total de la Comunitat Valenciana. 2021.....	66
Mapa 17. Centros de especialidades de la Comunitat Valenciana. 2021.....	67
Mapa 18. Distribución porcentual comarcal de los centros de especialidades sobre el total de la Comunitat Valenciana. 2021.....	68
Mapa 19. Centros de Salud de la Comunitat Valenciana. 2021.....	69
Mapa 20. Distribución porcentual comarcal de los centros de salud sobre el total de la Comunitat Valenciana. 2021.....	70
Mapa 21. Centros sanitarios integrados de la Comunitat Valenciana. 2021.....	71
Mapa 22. Distribución porcentual comarcal de los centros sanitarios integrados sobre el total de la Comunitat Valenciana. 2021.....	72
Mapa 23. Hospitales generales públicos y privados de la Comunitat Valenciana. 2021.....	73
Mapa 24. Distribución porcentual comarcal de los hospitales generales públicos y privados sobre el total de la Comunitat Valenciana. 2021.....	74

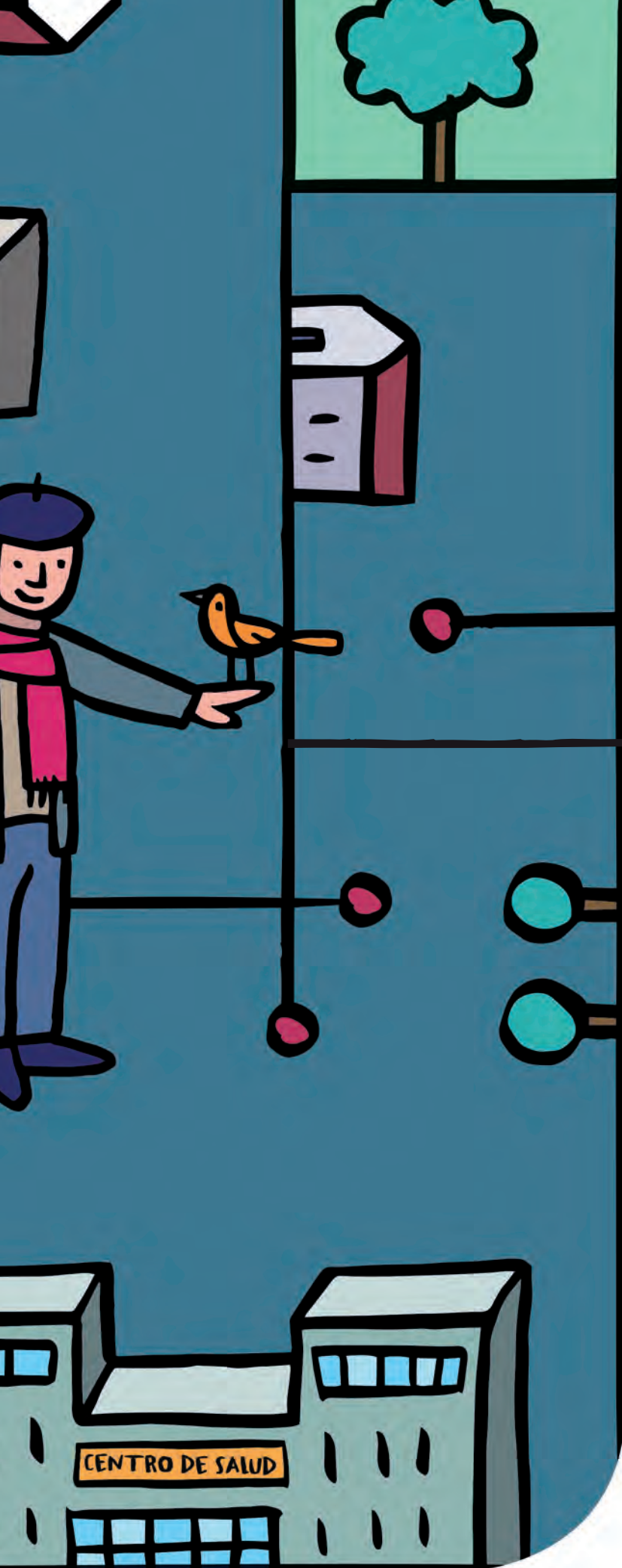




CENTRO DE MAYORES

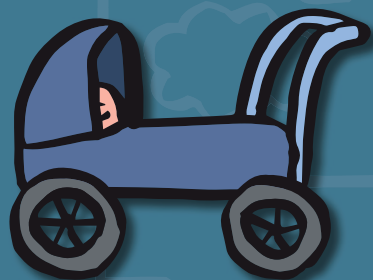
PEDIATRÍA

VOLUNTARIADO



01

**LOS TRABAJOS
DE CUIDADOS
Y LA ECONOMÍA
DE LOS CUIDADOS.
CONCEPTOS,
DEFINICIONES,
CLASIFICACIÓN**



Jorge Hermsilla Pla
Mónica Fernández Villarejo
Universitat de València

1.1 EL TRABAJO DE LOS CUIDADOS

1.2 LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS

1.3 IGUALDAD DE GÉNERO Y ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS

01

LOS TRABAJOS DE CUIDADOS Y LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS. CONCEPTOS, DEFINICIONES, CLASIFICACIÓN

Jorge Hermosilla Pla
Mónica Fernández Villarejo
Universitat de València

1.1 EL TRABAJO DE LOS CUIDADOS

¿Qué se entiende por “el trabajo de los cuidados”? La OIT (2022), en su Conferencia Internacional del Trabajo, contempla una definición clara y concisa.

El trabajo de cuidados puede definirse, en sentido amplio, como las actividades y relaciones que conlleva atender las necesidades físicas, psicológicas y emocionales de adultos y niños, mayores y jóvenes, personas frágiles y personas sanas.

Además, puede comprender actividades de cuidado directo (servicios de enfermería, atención infantil o cuidado de personas enfermas o con discapacidad, o de personas de edad avanzada) y actividades de cuidado indirecto (cocinar y limpiar, entre otras).

Los servicios de cuidados directos e indirectos pueden prestarse en contextos muy diversos, como hospitales, clínicas, centros de cuidados de larga duración y otras instituciones, y también en hogares particulares.

Los trabajos de los cuidados se caracterizan por su diversidad. La Organización Internacional del Trabajo diferencia para los trabajos de cuidados, cuatro agrupaciones temáticas:

- a. Dimensión sanitaria.
- b. Dimensión social.
- c. Dimensión educativa.
- d. Otros cuidados.

Y señala dos modalidades de trabajo, entre remunerado o no remunerado.

A. El trabajo de cuidados **no remunerado** consiste en cuidar personas o en realizar trabajos domésticos sin recibir una compensación monetaria explícita a cambio.

La mayor parte del trabajo de cuidados no remunerado en casi todas las sociedades tiene lugar en el hogar, y suele ser realizado por mujeres y niñas. Sin embargo, las cuidadoras y cuidadores no remunerados también cuidan de personas no pertenecientes a sus familias,



como amigos, vecinos y miembros de la comunidad, y dentro de diversas instituciones (públicas, basadas en el mercado, sin ánimo de lucro) de manera voluntaria.

B. El trabajo de cuidados **remunerado** es el trabajo de cuidados realizado a cambio de una remuneración o para obtener un beneficio o una ganancia en una diversidad de entornos:

- a. En los hogares privados, como en el caso de las trabajadoras y los trabajadores domésticos.
- b. En lugares ajenos a los hogares: los hospitales públicos o privados, las clínicas, las residencias de ancianos, los centros de día, las escuelas y centros educativos hasta los 14 años, y otros establecimientos y empresas de cuidado y atenciones.

Los trabajadores y las trabajadoras del cuidado pueden estar en una relación de trabajo en los casos en que el empleador es un particular o un hogar, un organismo público, una empresa privada con ánimo de lucro o una organización privada sin ánimo de lucro, o pueden trabajar por cuenta propia (trabajadores autónomos).

1.2 LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS

ANTECEDENTES

El concepto de “Economía de los Cuidados” fue introducido por la economía feminista en los años 90 en Estados Unidos, mientras que en España se extiende en los últimos veinte años. Sin embargo, ha adquirido especial relevancia a partir de la pandemia del COVID-19; la administración pública ha ido asumiendo el protagonismo que ha adquirido, e incluso hay iniciativas internacionales, como en Corea del Sur, en donde se pretende que su gobierno estatal se responsabilice de los cuidados, y ha pasado a ser de interés macroeconómico.

UNA ESTRUCTURA FAMILIAR EN PROCESO DE CAMBIO

Como se indica en el informe de la OIT *“El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente”*, los trabajos de los cuidados están relacionados con un mundo en proceso de cambio, unos antecedentes de la situación actual. Los cambios en las estructuras familiares, los índices más elevados de dependencia de los cuidados y las necesidades de cuidado en continua evolución, unidos al incremento de la tasa de empleo de las mujeres en ciertos países, han reducido la disponibilidad de la prestación de cuidados no remunerada y conducido al aumento de la demanda de trabajo de cuidados remunerado.

Algunas expresiones de los cambios de las estructuras familiares:

- Personas necesitadas de cuidados, concretamente población menor de 15 años (718.697 en la Comunitat Valenciana), y en particular, con menos de 6 años (244.683 en la CV); así como personas que han superado la esperanza de vida, los 80 años (287.159 en la CV).
- Las perspectivas - tendencias para 2030 reflejan un incremento aproximado de un 20%.
- Ha aumentado la demanda de trabajo de cuidados tanto remunerado como no remunerado prestados en el hogar para las personas con discapacidades, frecuentemente relacionadas con el proceso de envejecimiento.

- Se reduce el tamaño de las unidades familiares. Las familias nucleares (45%) duplican prácticamente a las familias ampliadas (25% de las personas). Los hogares monoparentales representan el 5% de la población en edad de trabajar.
- Las mujeres progresivamente van asumiendo más responsabilidades financieras y de cuidado de niñas y niños, sin apoyo de los padres.
- El incremento de las necesidades de cuidado adicionales, si no son abordadas por políticas públicas concretas, es asumido por la participación de las mujeres, lo que supone una carga adicional a las mujeres y acentuando más aún la desigualdad de género en el trabajo.

El Informe de la 110 reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo (2022) recoge cómo el sector de los cuidados está relacionado con los cambios demográficos y su relación con el mercado laboral, en particular: (a) Desde el punto de vista demográfico, el proceso de envejecimiento de la población, así como el creciente número de personas que viven con enfermedades no transmisibles. (b) El mercado laboral está transformándose, debido al incremento de las necesidades de cuidados. Hay más demanda de empleo, especialmente para las mujeres. Llama la atención las condiciones de precarización de los trabajos relacionados con los cuidados, atribuibles en gran medida a la infravaloración por razón de género y a factores discriminatorios.

EL MERCADO LABORAL DEL TRABAJO DE LOS CUIDADOS

El trabajo de cuidados puede definirse, en sentido amplio, como las actividades y relaciones que conlleva atender las necesidades físicas, psicológicas y emocionales de adultos y niños, mayores y jóvenes, personas frágiles y personas sanas. Además, puede comprender actividades de cuidado directo (servicios de enfermería, atención infantil o cuidado de personas enfermas o con discapacidad, o de personas de edad avanzada) y actividades de cuidado indirecto (cocinar y limpiar, entre otras). Los servicios de cuidados directos e indirectos pueden prestarse en contextos muy diversos, como hospitales, clínicas, centros de cuidados de larga duración y otras instituciones, y también en hogares particulares (Organización Internacional del Trabajo, 2022).

CLASIFICACIÓN DE TRABAJADORES Y DE ACTIVIDADES DE LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS

El informe de la OIT, titulado “El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente”, identifica la intersección de los sistemas sanitario y social.

Se distinguen varios sectores relacionados con la salud, la educación, el trabajo social, así como trabajos en otros sectores, como los dedicados al trabajo doméstico, o limpieza de instalaciones sanitarias.

La economía del cuidado se caracteriza por una enorme complejidad y diversidad de la naturaleza de los trabajadores remunerados, pues hay diferencias en grado de educación y formación, competencias y remuneración, disciplinas y niveles profesionales (doctores, psicólogos, dentistas y personal de enfermería, trabajadores del cuidado infantil, agentes de salud comunitarios, trabajadores sociales y trabajadores del cuidado personal).

Asimismo, incluye hombres y mujeres que ofrecen trabajo de cuidados no remunerado. Se trata de nuevo de una gran diversidad de servicios prestados.



ACTIVIDADES DEL TRABAJO DE CUIDADOS

Se aprecian dos tipos de actividades, por un lado, las de cuidado directo, personal y relacional (dar de comer, cuidar al familiar enfermo...), y, por otro lado, las actividades de cuidado indirecto (restauración, limpieza).

Por otra parte, hay que diferenciar entre trabajos de cuidados remunerados, de aquellos otros que no lo son. En ambos casos, son considerados trabajos.

El amplio espectro de necesidades de cuidados que pueden surgir durante el ciclo vital de una persona significa que hay una gran variedad de actividades que pueden constituir el trabajo de cuidados. Sin embargo, hay varios aspectos comunes:

- a. La gran mayoría de los trabajadores del cuidado son mujeres y muchos son trabajadores migrantes.
- b. Se distingue rasgos de precarización laboral, como segregación vertical y horizontal de género, condiciones de trabajo precarias, jornadas laborales extremadamente largas, diferencias salariales entre hombres y mujeres y un mayor riesgo de violencia y acoso.
- c. Socialmente el trabajo de cuidados está infravalorado y frecuentemente mal remunerado para determinadas categorías de trabajadores del cuidado, como los trabajadores que prestan servicios de cuidados personales y de larga duración, y los agentes de salud comunitarios. Éstos, en particular, son identificados a menudo como “trabajadores voluntarios”, sin apenas formación y una remuneración no acorde con su trabajo, ni unas prestaciones sociales (asistencia sanitaria, desempleo y seguridad social).

Por todo ello, es necesaria una **reorganización del trabajo de los cuidados** por parte de los actores del mercado laboral: gobiernos, sindicatos, empleadores y asociaciones de ciudadanos.

Es necesaria una sistematización y organización del trabajo de cuidados, para lo cual hay que atender las dos modalidades de trabajo, el remunerado y el no remunerado (O.I.T.,2022):

- a. El trabajo de cuidados **no remunerado** consiste en cuidar de personas o en realizar trabajo doméstico sin recibir una compensación monetaria explícita a cambio. Tiene lugar en el hogar, en la mayoría de las ocasiones, y suele ser realizado por mujeres. También se incluyen las cuidadoras y cuidadores no remunerados que cuidan de personas voluntariamente.
- b. El trabajo de cuidados **remunerado** es el trabajo de cuidados realizado a cambio de una remuneración o una ganancia. Se produce en una diversidad de entornos:
 - (a) Privados. Los hogares privados, como en el caso de las trabajadoras y trabajadores domésticos.
 - (b) Públicos. Los hospitales públicos o privados, las clínicas, las residencias de ancianos, las escuelas y otros establecimientos de cuidado.

NATURALEZA DEL EMPLEADOR

Hay una gran diversidad de empleadores, pues pueden ser un particular o un hogar, un organismo público, una empresa privada con ánimo de lucro o una organización privada sin ánimo de lucro, o pueden trabajar por cuenta propia (trabajadores autónomos).

DIFERENCIAS ENTRE EL CUIDADO DE LOS NIÑOS Y LAS PERSONAS MAYORES

Si comparamos el grado de carga del cuidado de las personas mayores con la atención a los niños/as, es sin duda más considerable el de aquellos. Varios argumentos lo explican:

- a. Proceso de degeneración del paciente.
- b. Imprevisibilidad de las fases futuras del paciente.
- c. No existen servicios específicos para los mayores a cuidar.
- d. La relación entre la persona cuidadora y la cuidada mayor es compleja y frecuentemente genera tensiones.
- e. El cuidado a las personas ancianas es imprevisible, apenas se puede programar la evolución de la dependencia.
- f. Con frecuencia los cuidadores son de la misma generación que los cuidados.
- g. Alto riesgo de sobrecarga de los cuidadores, que generalmente no tienen la formación técnica y psicológica necesarias.

En definitiva, la sociedad española (y valenciana) precisa avanzar en desarrollar servicios de apoyo a las familias que tienen en su seno personas mayores con dependencias. De la misma manera es necesaria la incorporación de los varones en la función de cuidadores (Rodríguez, P. en Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004).



1.3 IGUALDAD DE GÉNERO Y ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS

Del Informe 01/2022. *Mujeres, trabajos y cuidados: propuestas y perspectivas de futuro*. Consejo Económico y Social de España, se deduce que la distribución del trabajo de los cuidados se caracteriza por una desigualdad “estructural” tanto en el trabajo remunerado como en el no remunerado, agravada con la crisis del Covid-19.

El escenario de partida está definido por una desigualdad endémica del trabajo de la mujer en los cuidados. Unas brechas de género que suponen una sobrecarga de trabajo total de las mujeres, una prolongación de la “doble jornada”, que se visualizan en los siguientes datos estadísticos para el caso español:

- a. Las mujeres realizan el 67% del trabajo no remunerado.
- b. En el reparto del trabajo total las mujeres españolas dedican 78 horas semanales frente a las 62 horas de los hombres.

La pandemia originada por el Covid-19 ha generado de nuevo problemas en la brecha de género. Algunos procesos se han intensificado, mientras que han surgido nuevos problemas:

- a. Los sectores más feminizados se han visto más expuestos a la pérdida de empleo, su reducción o la incertidumbre sobre su futuro, en particular los servicios.

- b. Se ha orientado la vida social hacia el ámbito privado, más que el público, de manera que ha habido una mayor carga de trabajo no remunerado por parte de las mujeres. Las familias se han hecho cargo de tareas y actividades para las que antes contaban con apoyo externo formal o informal.
- c. Ha aumentado el trabajo no remunerado del cuidado y la atención a las personas, en particular el de las mujeres. Se estima que desde el Covid-19 dicha sobrecarga de trabajo ha aumentado para un 60% de los cuidadores/as, aproximadamente un 40% de trabajo sobrevenido.
- d. Durante los cursos 2020-2021 y 2021-2022 muchas unidades familiares han asumido los cuidados de los menores ante el cierre de centros escolares.

LA TRANSFORMACIÓN DE LOS MODELOS DE FAMILIAS Y LA BRECHA DE GÉNERO

El *Libro Blanco del IMSERSO* nos permite caracterizar las estructuras familiares contemporáneas, que en el caso español (y valenciano) se alejan de los modelos de antaño. Son varios los procesos y los factores que han configurado los modelos actuales de familias, y nos permiten interpretar las tipologías de modelos de familias existentes hoy:

- a. Proceso de desaparición de la familia extensa, numerosa. Una visión tradicional de la familia, aún prevalece en países, regiones y territorios en desarrollo. Es habitual la convivencia en el hogar de varias generaciones y un número alto de hijos/as. En España, en 1970, un 71% de las personas mayores vivían con hijos y otros familiares.
- b. La familia nuclear. Habitual en las áreas desarrolladas. Se caracteriza por un número menor de descendientes, por la caída de la natalidad. En España la fecundidad es de las más bajas del mundo, con 1,2 hijos por mujer.
- c. Inestabilidad de la institución familiar, pues los matrimonios no tienen un carácter permanente como décadas pasadas. Varios factores condicionan esa falta de estabilidad familiar, como los procesos de democratización y laicización de la sociedad y la consiguiente generalización del principio de libre elección.
- d. Retraso en las edades en contraer matrimonio o uniones de pareja, así como la edad de la madre al tener el primer hijo/a.
- e. Las nuevas situaciones laborales han dado lugar a un mayor grado de movilidad y de distanciamiento geográfico de los miembros de la unidad familiar.
- f. Aumento progresivo de las familias monoparentales, debido al incremento de las separaciones y de los divorcios, así como la decisión de mujeres de tener a sus hijos, sin pareja.
- g. Aumento de hogares unipersonales, motivados tanto por decisiones personales, como por circunstancias como la viudez, especialmente en el caso de las mujeres en edad avanzada.

- h. Uniones de hecho tanto hetero como homosexuales, que están dejando de ser excepciones.
- i. Retraso en las edades de independencia de los hijos e hijas. En el caso valenciano se calcula que en torno a los 30 años.
- j. Incremento del mestizaje, con la incorporación de inmigrantes a las unidades familiares.
- k. Reducción del tamaño medio de las viviendas, en función del precio medio del metro cuadrado edificado (elevado) y los niveles de los salarios medios (1.100 euros/mes). Una circunstancia que no favorece la convivencia de miembros en el mismo hogar.
- l. El cambio radical, la transformación imparable, del rol social de las mujeres. Se ha ido sustituyendo las estructuras del patriarcado por unas más modernas, que contemplan la incorporación de la mujer en la vida económica, social, cultural y política. Y con ello una “nueva” concepción en la forma de entender las relaciones de pareja.

Estos procesos y circunstancias enumerados influyen inevitablemente en las formas de convivencia de las personas con discapacidades y las personas mayores. En la actualidad, el 22% de las personas mayores viven solas, la mayoría son mujeres; el 49% viven con su cónyuge e hijos no emancipados, y sólo el 16% pertenecen al modelo de familia extensa.

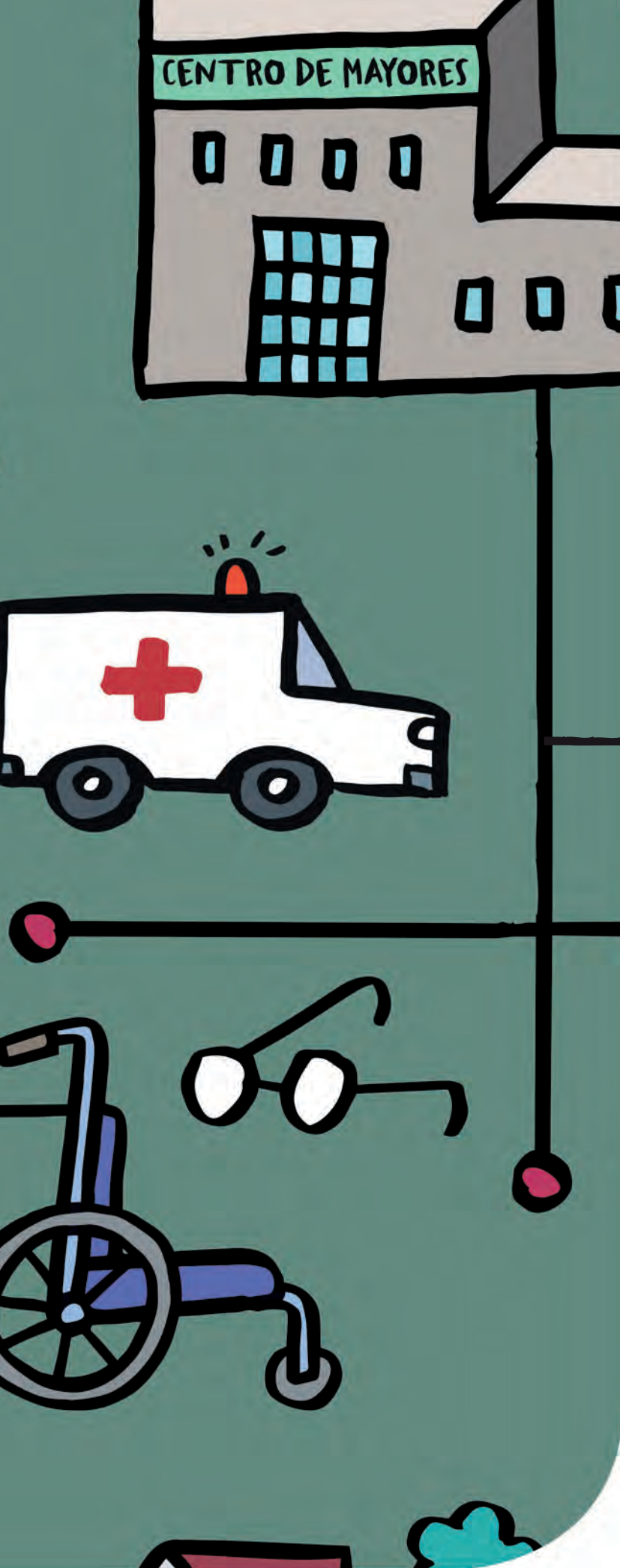
Como **conclusión**, la sociedad valenciana es testigo de unos cambios radicales en las unidades familiares, en las familias, que repercute directamente en los modos de vida de las personas mayores. Ha sido necesario un reajuste de las “expectativas de las garantías de cuidados” de la población avanzada en edad. La norma no escrita, la “ley natural”, por la cual los mayores serían cuidados por sus hijos/as, se ha frustrado. Se ha implantado el principio de “la independencia de ambos colectivos”, los progenitores (mayores, clases pasivas) y los descendientes (clases activas trabajadoras), avalada por aspectos positivos para los mayores, como que la autonomía les facilita libertad para organizar su tiempo o para decidir sobre sus bienes. Y también, inevitablemente, el sentimiento de soledad.





PEDIATRÍA

VOLUNTARIADO



02

**LA ECONOMÍA
DE LOS CUIDADOS
Y LOS PROCESOS
ECONÓMICOS
Y SOCIALES
VINCULADOS**



Jorge Hermosilla Pla
Mónica Fernández Villarejo
Universitat de València

- 2.1 VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN
- 2.2 LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS, LOS SERVICIOS SOCIALES Y EL MERCADO LABORAL EN LA ESPAÑA DE LAS AUTONOMÍAS
- 2.3 LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS EN UN ESCENARIO DE ECONOMÍA SUMERGIDA E INFORMAL
- 2.4 LA IGUALDAD DE GÉNERO Y LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS
- 2.5 LA SOSTENIBILIDAD DE LOS NUEVOS MODELOS DE CUIDADOS
- 2.6 LA INCIDENCIA DEL COVID-19 EN LOS CUIDADOS
- 2.7 LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS EN ESPAÑA

02

LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS Y LOS PROCESOS ECONÓMICOS Y SOCIALES VINCULADOS

Jorge Hermosilla Pla
Mónica Fernández Villarejo
Universitat de València

2.1 VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN

El significado de la estructura por edades de la población de una sociedad, es decir, su pirámide demográfica, está vinculada a la economía de los cuidados. Está condicionada por el comportamiento de la natalidad y la mortalidad, así como los flujos migratorios.

Los dependientes que precisan de cuidados se ubican en los siguientes grupos: los niños menores de 15 años y las personas mayores o que han superado la esperanza de vida sana establecida en 60 años. Los países con altos ingresos registran los coeficientes más altos de dependencia de las personas mayores, en torno al 7%; mientras que, en los países de ingresos bajos, casi la totalidad del coeficiente de dependencia incluye a personas menores de 15 años, pues representan alrededor del 36% de la población total. En la Comunitat Valenciana los menores de 15 años representan el 14,2% de la población, y los mayores de 60, el 26,1%.

2.2 LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS, LOS SERVICIOS SOCIALES Y EL MERCADO LABORAL EN LA ESPAÑA DE LAS AUTONOMÍAS

En las últimas décadas se está asistiendo a un proceso de profesionalización del sector, si bien los cálculos recientes en España del cuidado no remunerado equivalen a 28 millones de empleos a tiempo completo. El *Informe de Empleo en Sector Servicios Sociales 2022*, del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 recoge una interesante información estadística de las CCAA, del mercado laboral, en Centros de Residencia, Centros de Día y otras actividades. No trata la totalidad de la Economía de los Cuidados, pues está focalizado en los servicios sociales. Concretamente trata las divisiones 87 "Asistencia en establecimientos residenciales" y 88 "Actividades de servicios sociales sin alojamiento", según la CNAE-09. Destacamos:



- a. Los afiliados en la Seguridad Social en el primer trimestre del 2022 en la Comunitat Valenciana ascendían a unos 2.000.000 de afiliados/as, de los cuales en Servicios Sociales se empleaban unos 55.000, el 2,7% del total. Para el conjunto de España, las cifras son 19.764.000 y 642.900, respectivamente, lo que representa el 3,3%.
- b. Las CCAA mejor posicionadas son Castilla-León (5,5%), Extremadura (4,7%), País Vasco (4,5%), además de Melilla (6,2%) y Ceuta (4,4%).
- c. Destaca el protagonismo de la mujer en dichas afiliaciones, entre el 86% y el 89% (ciudadanas no profesionales y asistencia en establecimientos residenciales, respectivamente).
- d. Los contratos indefinidos representan en la Comunitat Valenciana el 45,8% del total, mientras que para España, 43,5%; los eventuales, 17,5% y 15,3%, respectivamente; los fijos discontinuos, 1,3% y 1,9%.

2.3 LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS EN UN ESCENARIO DE ECONOMÍA SUMERGIDA E INFORMAL

Se constata un gran número de actividades relacionadas con los trabajos de los cuidados, no remunerados, y por lo tanto, ligados a una economía soterrada, informal.

La “Resolución I de la 19.ª CIET (OIT, 2013) y la ICATUS 2016” (ONU, 2021) en paralelo, definen los trabajos de cuidados no remunerados. Se entiende por trabajo de cuidados no remunerado la prestación de servicios para uso final propio, el trabajo voluntario en hogares que presta servicios de cuidados a otros hogares y el trabajo de cuidados en formación no remunerado.

La ICATUS 2016 identifica varias actividades **de servicios no remunerados de cuidados** y comprenden:

A. Servicios domésticos no remunerados para el hogar y los miembros de la familia, incluidos:

- la administración y preparación de alimentos y comidas;
- la limpieza y el mantenimiento de la vivienda y sus alrededores;
- la decoración mediante bricolaje, el mantenimiento y las reparaciones;
- los cuidados y el mantenimiento de textiles y calzado;
- la administración del hogar para el propio uso final;
- el cuidado de mascotas;
- las compras para el hogar y los miembros de la familia;
- los viajes, los desplazamientos, el transporte o el acompañamiento de bienes o personas relacionados con servicios domésticos no remunerados para el hogar y los miembros de la familia;
- los demás servicios domésticos no remunerados para el hogar y los miembros de la familia.

B. Servicios no remunerados de prestación de cuidados para miembros del hogar y familiares, incluidos:

- el cuidado y la educación de los niños;
- el cuidado de adultos dependientes;
- la ayuda para miembros adultos del hogar no dependientes y familiares;
- los viajes y el acompañamiento de bienes o personas en relación con servicios no remunerados de prestación de cuidados para miembros del hogar y familiares; y
- las demás actividades relacionadas con servicios no remunerados de prestación de cuidados para miembros del hogar y familiares.

De las ponencias de la "Conferencia Internacional del Trabajo, 110a reunión, 2022", se concluye entre otras las siguientes afirmaciones:

- a. La mayoría de los trabajadores domésticos tienen un empleo informal (80 % del total de trabajadores domésticos), lo que representa casi el doble de la proporción de empleo informal de otros trabajadores (40%).
- b. En consecuencia, los trabajadores domésticos de la economía informal no están reconocidos ni protegidos por el marco legal y reglamentario y no se benefician de su aplicación efectiva.
- c. Elevado grado de vulnerabilidad, relacionado con apenas pertenencia a asociaciones sindicales, aislamiento del trabajo doméstico, las altas tasas de informalidad, a la feminización del sector del trabajo doméstico, la falta de mecanismos de control y supervisión.
- d. Relación habitual entre el trabajo de cuidados informal y un nivel de pobreza alto.
- e. Relación con determinadas condiciones sociales y económicas, en particular cuando se trata de mujeres. Discriminación por razones de raza, color, religión, origen social, y, por supuesto, el sexo.
- f. En las últimas décadas se ha producido un aumento constante del número de trabajadores domésticos migrantes, que representan una proporción importante de la mano de obra doméstica, en su gran mayoría mujeres. Hay una serie de factores que hacen que los trabajadores domésticos migrantes sean especialmente vulnerables, como el desconocimiento de la lengua y la cultura locales y de la legislación laboral y migratoria nacional.



2.4 LA IGUALDAD DE GÉNERO Y LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS

En términos generales, los cuidados en el ámbito doméstico han recaído en las mujeres, tradicionalmente. La incorporación en el mercado laboral formal ha transformado esta si-

tuación, de manera que las tareas domésticas y el cuidado de los niños se externalizan. Sin embargo, hay notables dificultades para valorar las tareas trasladadas al mercado laboral. Además, la pandemia originada por el Covid-19 ha evidenciado estas desigualdades.

De la reunión 110 de la *Conferencia Internacional del Trabajo (2022)*, así como del Informe de la OIT “*El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*”, señalamos algunas consideraciones de interés que permiten caracterizar el escenario actual del trabajo de los cuidados y la brecha de género:

- a. Protagonismo de la mujer en los trabajos de la economía del cuidado. Se calcula que más del 75% del empleo en el sector es femenino.
- b. Las trabajadoras en este sector se enfrentan a problemas como la segmentación y segregación por motivo de género, disparidad salarial respecto a los hombres, mayor riesgo de violencia y acoso.
- c. El trabajo de cuidados no remunerado es un factor clave al determinar si las mujeres acceden al empleo y permanecen en él, así como la calidad de los trabajos que desempeñan. La mayoría de los trabajadores del cuidado remunerados son mujeres, con frecuencia migrantes, y cuando trabajan en la economía informal lo hacen en condiciones precarias y a cambio de un salario muy bajo.
- d. El trabajo de cuidados remunerado seguirá siendo una importante fuente de empleo en el futuro, en particular para las mujeres. La naturaleza relacional del trabajo de cuidados limita el potencial de sustitución de la mano de obra humana por robots y otras tecnologías.
- e. Las actitudes hacia la división sexual del trabajo remunerado y no remunerado están cambiando. El escenario de partida está protagonizado por la mujer, que es quien realiza la función de cuidadora en la familia. Consultas recientes para España nos indican que el 70% de las mujeres y el 65% de los hombres prefieren que las mujeres tengan un trabajo remunerado. Sin embargo, el principal obstáculo para la incorporación de las mujeres en el mercado laboral es precisamente el trabajo de cuidados no remunerado.
- f. La primera etapa de crianza, de hijos/as hasta 5 años, constituye una penalización en el empleo de las mujeres, en comparación con los padres. Se produce una manifiesta penalización en el empleo vinculada con la maternidad.
- g. La dimensión de la fuerza de trabajo mundial dedicada a la prestación de cuidados, remunerada, representa el 11,5% del empleo mundial total. El 20% aproximadamente corresponde al empleo femenino mundial, y el 7% del empleo masculino mundial.

MUJERES E INMIGRACIÓN

El documento de la OIT, “*2021 ILO Global estimates on international migrant workers*”, identifica un incremento de la demanda de mano de obra en los sectores de la salud y del trabajo doméstico, en donde se genera de nuevo un predominio de las mujeres (enfermeras, trabajadoras domésticas).

Dan lugar a movimientos migratorios Sur-Norte, atraídos por esos yacimientos de empleo, de manera que se genera una confluencia de factores sociales (raza, color, sexo, religión, ascendencia nacional) y factores económicos (habitualmente niveles de pobreza, situaciones de partida precarias).

2.5 LA SOSTENIBILIDAD DE LOS NUEVOS MODELOS DE CUIDADOS

Los principios del desarrollo sostenible, recogidos en la Agenda 2030 y estructurados mediante los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), son aplicables al mercado laboral de los cuidados. De hecho, varios informes, como el titulado *“Situación de la Enfermería en el Mundo”* (Organización Mundial de la Salud, 2020), señalan el rol decisivo de colectivos profesionales del cuidado, como es el caso de los enfermeros y las enfermeras, por hacer realidad los ODS.

La Conferencia Internacional del Trabajo, en su 110 reunión celebrada en 2022, permitió identificar y sistematizar aquellos ODS más relacionados con la economía del cuidado:

ODS 3. Garantía de una vida sana y la promoción del bienestar. En particular, la meta 3.8., que hace referencia a una cobertura sanitaria universal.

ODS 4. Relacionado con la educación.

ODS 5. Relativo a la igualdad de género, en particular la meta 5.4., que trata del acceso a los servicios públicos. Concretamente hace referencia al reconocimiento y la valoración de los cuidados y del trabajo doméstico no remunerados mediante servicios públicos, infraestructuras y políticas de protección social. Se pretende en dicha meta promover la responsabilidad compartida en el hogar y la familia; es decir, se reconoce que el trabajo no se limita al empleo remunerado.

ODS 8. Relativo al pleno empleo y el trabajo decente. Este objetivo ofrece una gran oportunidad para la consecución de otros ODS.



2.6 LA INCIDENCIA DEL COVID-19 EN LOS CUIDADOS

Tras la pandemia han sido numerosas las investigaciones que han centrado sus objetivos en identificar cómo la crisis generada por el Covid-19 ha incidido en la economía de los cuidados. Tanto en el confinamiento del 2020 como durante los meses posteriores (2021-2022) ha habido numerosas evidencias de los efectos de dicha crisis. Como conclusión general, se puede afirmar que las brechas previas a la pandemia se han agudizado en detrimento del trabajador/a de los cuidados: brecha salarial, precarización laboral, brecha de género.

Como reacción ante dichas desigualdades algunos organismos internacionales y estatales han sistematizado propuestas dirigidas a invertir dicha situación, mediante ediciones de informes técnicos. Entre ellas destacamos la publicación de la ONU (2020) *“Covid-19 y*

la *Economía de los Cuidados: Acciones inmediatas y transformación estructural para una recuperación con perspectiva de género*”, así como, el informe también de la ONU (2020) *“Mujeres. Abordar las consecuencias económicas del Covid-19”*. Destacamos las siguientes acciones y medidas:

A. La necesidad de apoyo inmediato a los cuidados de los dependientes

Con la aparición y profundización de la pandemia del COVID-19, las medidas de respuesta inmediata a la crisis deben garantizar la continuidad del cuidado infantil, de las personas adultas mayores y de las personas con discapacidad, así como de aquellas que contraen el COVID-19, y a la vez reducir la carga que recae sobre mujeres y niñas.

1. Reconocer a las trabajadoras y trabajadores, tanto remunerados como no remunerados, como personal esencial y garantizar su seguridad en el trabajo.
2. Ampliar la protección social a quienes cumplen responsabilidades de cuidados.
3. Brindar un nivel mínimo de servicios de cuidado infantil, especialmente para hijas e hijos del personal esencial.
4. Dar prioridad al acceso a los alimentos y los servicios básicos.
5. Alentar una mejor distribución del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado.

B. Invertir en la economía de los cuidados para una recuperación y resiliencia a largo plazo

1. Crear sistemas de cuidados con perspectiva de género sólidos y resilientes.
2. Invertir en infraestructura básica accesible y tecnologías para el ahorro de tiempo.
3. Transformar el mercado laboral para conciliar el empleo remunerado con los cuidados no remunerados.
4. Reorientar las políticas macroeconómicas para una economía de los cuidados más próspera.

2.7 LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS EN ESPAÑA

2.7.1 UN ESCENARIO POBLACIONAL AVANZADO, DESARROLLADO, Y CON RETOS

El comportamiento demográfico español se halla en un estadio de plena madurez, que se traduce en una esperanza de vida de las más altas a escala mundial. Sirvan de referencia los siguientes datos: (a) En algo más de un siglo la esperanza de vida española ha pasado de 35 años (1900) a 83 años (2020). (b) Es la tercera esperanza de vida más alta del mundo, por detrás de Suiza y Japón. (c) Para 2050, según el documento *“ESPAÑA 2050. Fundamentos y propuestas para una Estrategia Nacional de Largo Plazo”* (Gobierno de España, 2021), 1 de cada 3 españoles tendrá más de 65 años, y la esperanza de vida habrá alcanzado el umbral de los 85 años.

Este proceso de envejecimiento de la población española ha estado acompañado por una contrastada mejora de la salud y de la autonomía, como consecuencia de una mejora de la alimentación, el seguimiento de hábitos de vida más saludables, el desarrollo de un sistema sanitario público al alcance de la sociedad, y a la adopción de un estado de bienestar moderno.

España y la Comunitat Valenciana son territorios envejecidos. Y para los próximos años seguirá aumentando el envejecimiento y la dependencia. Y con ello se plantean retos y la necesidad de plantear estrategias específicas. Entre esos desafíos destacan:

- a. Incremento del gasto público de las pensiones. Habrá que garantizar su sostenibilidad.
- b. Aumento del gasto sanitario, por lo que será necesaria una reforma del sistema sanitario nacional.
- c. Incremento de personas beneficiarias de ayudas a la dependencia.
- d. Mayor participación, más activa, en la vida económica y social de los mayores. Incorporación de los trabajadores “sénior” al mercado laboral, compatibilizando pensión y empleo.
- e. Mejora de la red pública de cuidados de larga duración. Se trata de un yacimiento de empleo presente y futuro, con enormes posibilidades de desarrollo, hasta el punto que puede convertirse en un bastión más del sistema económico futuro, y clave para la sostenibilidad del sistema descrito.
- f. Las demandas generadas por el grupo de los mayores, los “*Silver Economy*”, constituyen excelentes alicientes para determinados sectores, como las reformas domésticas (baños, domótica, cocina, accesibilidad, seguridad); movilidad, ocio y cultura, digitalización, etc. [*“Silver Economy CONSULTING”: INFORME DE TENDENCIAS. Los sénior en España” 2021*].



2.7.2 ACCIONES FUTURAS. EL PLAN DE RECUPERACIÓN, TRANSFORMACIÓN Y RESILIENCIA

La estrategia española para canalizar los fondos destinados por Europa a reparar los daños provocados por la crisis del Covid-19 se recoge en el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (Gobierno de España 2021).

Dicho Plan se instrumentaliza mediante 10 políticas palancas:

1. Agenda urbana y rural contra la despoblación.
2. Infraestructuras y sistemas resilientes.
3. Transición económica justa e inclusiva.
4. Una Administración para el siglo XXI.

5. Modernización y digitalización del tejido industrial y de la pyme, recuperación del turismo e impulso a España nación emprendedora.
6. Pacto por la ciencia y la innovación, refuerzo a las capacidades del sistema nacional de salud.
7. Educación y conocimiento, formación continua y desarrollo de capacidades.
8. Nueva economía de los cuidados y políticas de empleo.
9. Impulso de la industria de la cultura y el deporte.
10. Modernización del sistema fiscal para un crecimiento inclusivo y sostenible.

El capítulo VIII de dicho plan hace referencia a la *“Nueva Economía de los cuidados y políticas de empleo”*. En el apartado 22, se recoge el *“Plan de Choque para el Economía de los Cuidados y Refuerzo de las políticas de Igualdad e Inclusión”*.

El objetivo principal de este componente es la modernización y refuerzo del conjunto de los servicios sociales, con especial atención al modelo de cuidados de larga duración, promoviendo la innovación y un modelo de Atención Centrada en la Persona.

Los objetivos específicos de dicho Plan se contemplan en el siguiente cuadro:

1. Se reforzará la atención a personas dependientes y se transformará el modelo de apoyos y cuidados de larga duración, para facilitar la transición hacia un modelo desinstitucionalizado, la Atención Centrada en la Persona y el desarrollo de servicios comunitarios y de la atención domiciliaria.
2. Se promoverá una Ley Marco de Servicios Sociales y una Ley de Diversidad Familiar.
3. Se promoverán la innovación y las nuevas tecnologías en los servicios sociales: para garantizar la prestación de los servicios en todo el territorio, mejorar la calidad de la atención, contar con sistemas de información adecuados, identificar las necesidades de atención, y reforzar la formación de los profesionales.
4. Se reforzarán los servicios de atención a la infancia.
5. Se promoverá la accesibilidad universal en todos los ámbitos.
6. Se extenderán los servicios de atención integral a todas las potenciales víctimas de todas las formas de violencia contra las mujeres.
7. Se reformará el modelo de acogida de solicitantes de asilo y protección humanitaria, para garantizar capacidades ajustadas a las necesidades e incrementar su eficiencia: suprimir las listas de espera, adaptar las prestaciones en función de la vulnerabilidad, y maximizar la capacidad de inclusión de los itinerarios de acompañamiento implementados por las Comunidades Autónomas.

8. Se apoyará el crecimiento inclusivo, reduciendo la desigualdad de la renta y las tasas de pobreza extrema y moderada mediante el despliegue del Ingreso Mínimo Vital, y se racionalizará y modernizará el sistema de prestaciones económicas no contributivas.
9. Se aumentará la tasa de empleo de las personas beneficiarias del Ingreso Mínimo Vital mediante el desarrollo del incentivo al empleo y se mejorará la coordinación y la gobernanza entre los agentes relevantes para la política de inclusión.

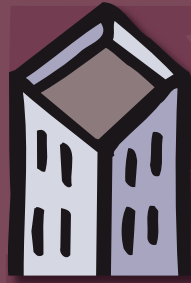






03

**EL SECTOR
DE CUIDADOS
EN LA COMUNITAT
VALENCIANA**



Jorge Hermosilla Pla
Ghaleb Fansa
José Vicente Aparicio
Universitat de València

- 3.1 LA DIMENSIÓN DE LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS EN EL ESCENARIO VALENCIANO: LOS TRABAJADORES
- 3.2 ANÁLISIS EMPRESARIAL DE LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS
- 3.3 LA DIMENSIÓN DE LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS EN EL ESCENARIO VALENCIANO: CENTROS ASISTENCIALES
- 3.4 LA DIMENSIÓN DE LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS EN EL ESCENARIO VALENCIANO: CENTROS SANITARIOS DE LA COMUNITAT VALENCIANA
- 3.5 ESTRATEGIAS VALENCIANAS RELACIONADAS CON LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS: LA ESTRATEGIA VALENCIANA PARA LA RECUPERACIÓN 2020, Y EL PLAN CORRESPONSABLES DEL MINISTERIO DE IGUALDAD

03

EL SECTOR DE CUIDADOS EN LA COMUNITAT VALENCIANA

Jorge Hermosilla Pla

Ghaleb Fansa

José Vicente Aparicio

Universitat de València

En la Comunitat Valenciana se evidencia la importancia de los cuidados tras el confinamiento por la pandemia y sus consecuencias posteriores. Se confirma que la economía de los cuidados responde a una necesidad social. Y es una realidad en la estructura económica valenciana.

3.1 LA DIMENSIÓN DE LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS EN EL ESCENARIO VALENCIANO: LOS TRABAJADORES

Se ha procedido a analizar los datos facilitados por el Institut Valencià d'Estadística (IVE), para 2022, relativos a los CNAE-2009. Concretamente se han analizado la información facilitada para el Apartado Q, "Actividades Sanitarias y Servicios Sociales", que corresponde a los epígrafes 86 (Actividades sanitarias), 87 (Asistencia en establecimientos residenciales), y 88 (Actividades de servicios sociales sin alojamiento). Además, se ha recogido la información del epígrafe 97, relacionada con "Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico".

No se ha incluido el epígrafe 85, "Educación", pues no sólo comprende a los docentes de estudiantes de menos de 14 años, pues se integran los profesionales de educación para los diferentes niveles educativos (secundaria, universitaria, formación profesional y otros), de manera que la información no es la más apropiada para el análisis.

En la Comunitat Valenciana hay unos **191.325 trabajadores en la Economía de los Cuidados** (sin contabilizar la educación de niños/as). Se puede realizar **cierta zonificación** en función del volumen de afiliados por comarcas y territorios de funciones similares:

- a. Una gran concentración de trabajadores y trabajadoras allí donde se produce una mayor concentración demográfica, que coincide con la distribución de los principales aglomeraciones y núcleos urbanos de la Comunitat Valenciana.
 - a. València y su Área Metropolitana AMV concentran el 46,4% del empleo.
 - b. L'Alacantí (20,3%) y la Plana Alta (9,1%), son las otras concentraciones destacadas. Entre los tres territorios hallamos el 75% del empleo.



- b. Territorios del litoral, con cierta red urbana, que complementan las tres aglomeraciones urbanas citadas anteriormente. El eje de las comarcas de La Safor, la Marina Alta y la Marina Baixa, con el 6,7%; y el eje del Baix Vinalopó y el Baix Segura, con el 6%.
- c. Se identifican 8 comarcas, todas ellas del interior, relacionadas con la despoblación y el proceso de envejecimiento, cuyos valores absolutos en empleo en la economía de los cuidados no supera en ningún caso los 400 afiliados: Alto Mijares, Alto Palancia, Comtat, Rincón de Ademuz, Valle de Cofrentes-Ayora, Els Ports, La Canal de Navarrés, L'Alcalatén, Alt Maestrat y La Serranía.

La distribución del empleo en la economía de los cuidados **no es homogénea** según los epígrafes consultados. Varios factores inciden de manera desigual.

- **Código CNAE 86:** Actividades sanitarias. Representa el 61,1% de los afiliados. Está muy condicionado por la distribución de las instalaciones hospitalarias, clínicas y demás equipamientos sanitarios. Se proporcionaba listado de sectores de la EA según la metodología de la UE.
- **Código CNAE 87:** Asistencia en establecimientos residenciales. Representa el 13,2% de los empleados/as. Su distribución no es tan concentrada, si bien está condicionada por la existencia de centros residenciales para mayores.
- **Código CNAE 88:** Actividades de servicios sociales sin alojamiento. Representa el 8,2% de los afiliados/as. Se produce de nuevo una mayor concentración territorial, por el tipo de demanda que acude a los Centros de asistencia a mayores.
- **Código CNAE 97:** Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico. Representa el 17,4% del empleo. Somos conscientes que se trata de un epígrafe condicionado por los altos niveles de economía sumergida. Además, se trata de una modalidad de trabajo relacionada con la actividad turística.

La economía de los cuidados en la Comunitat Valenciana, al igual que acontece en otros territorios, es un **sector "feminizado"**. Las afiliadas representan el 77,4%. Los hombres, apenas el 22,6%.

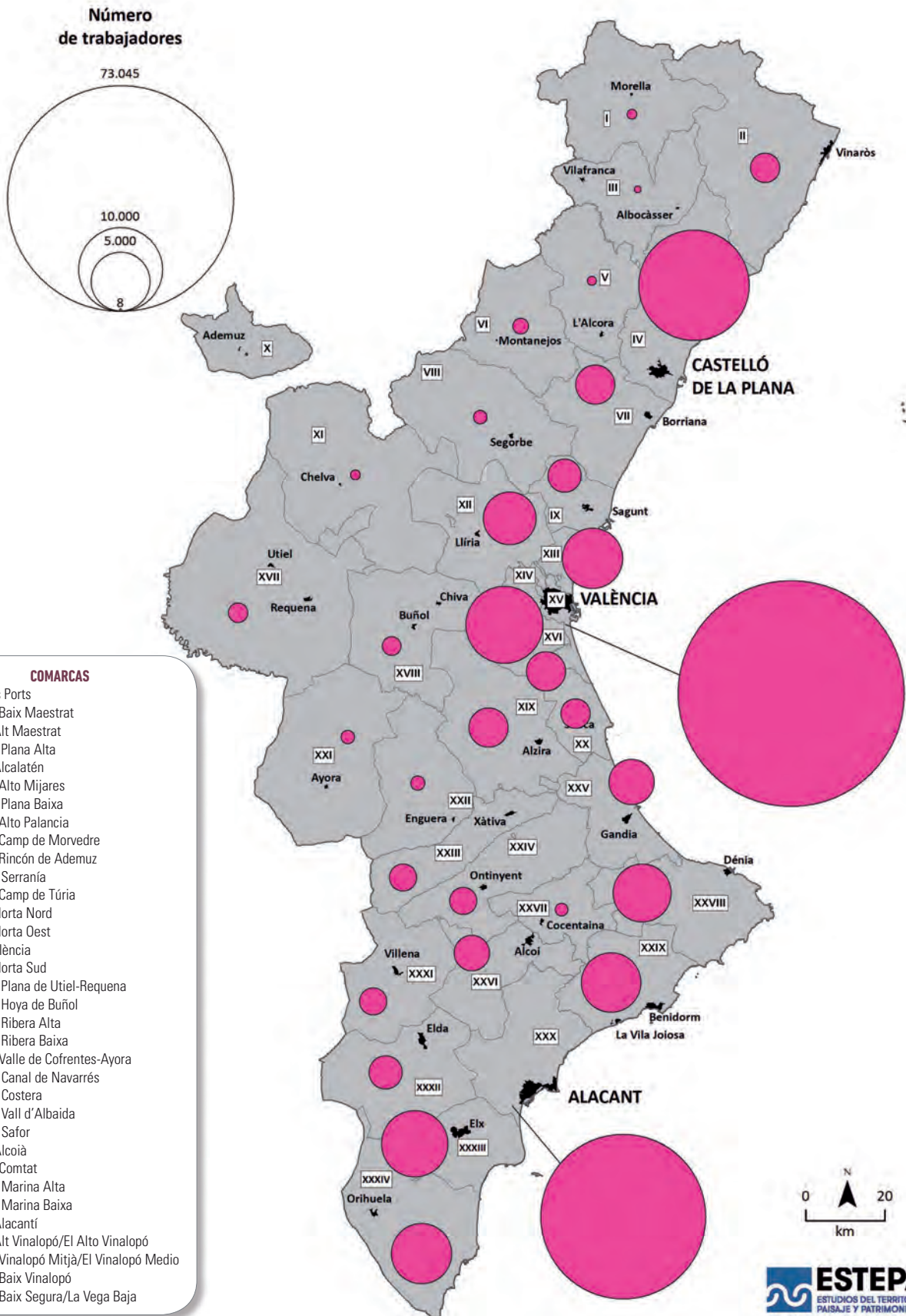
Por epígrafes no se aprecian notables diferencias. El protagonismo del empleo de la mujer está presente:

CNAE-09	DESCRIPCIÓN	TOTAL	MUJERES	HOMBRES
Q+97	Economía de los cuidados	191.325	77,4%	22,6%
86	Actividades sanitarias	116.914	74%	16%
87	Asistencia en establecimientos residenciales	25.324	80,2%	19,8%
88	Actividades de servicios sociales sin alojamiento	15.769	73,6%	26,4%
97	Actividades de los hogares, personal doméstico	33.318	89,1%	10,9%

Del análisis territorial-comarcal de dichas **diferencias de género**, destacamos:

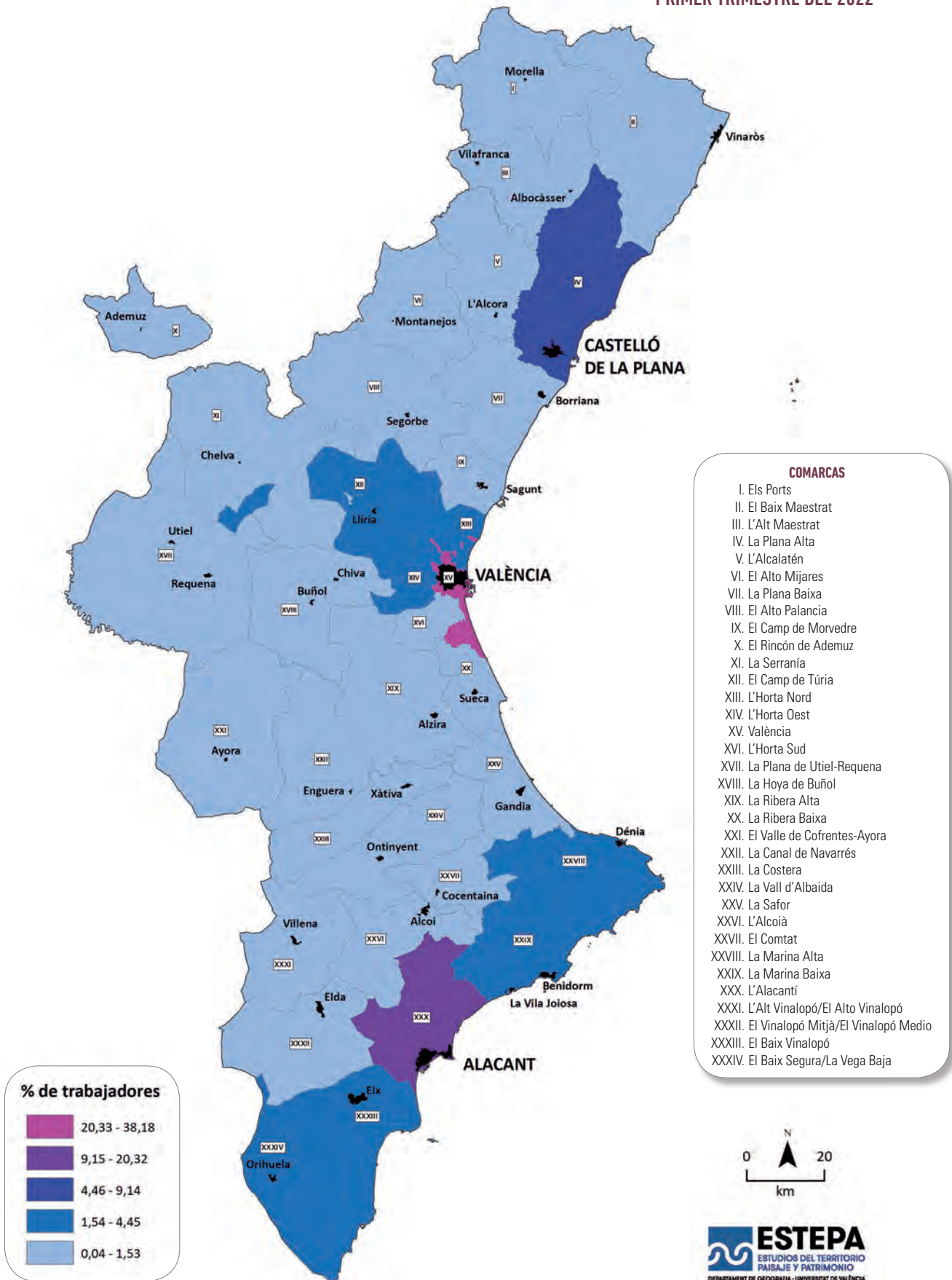
- En las actividades sanitarias (86) destacan las comarcas del Camp de Túria y la Serranía, en las cuales la proporción del empleo femenino se reduce al 60%.
- En las actividades de servicios sociales sin alojamiento (88), los valores del trabajo femenino aparecen relativamente distorsionados, concretamente en València y Alacant, con más del 85% del empleo.
- En las actividades de cuidados en los hogares (97), se constata que hay 15 comarcas en donde más del 95% del empleo es trabajo femenino.

**TRABAJADORES AFILIADOS
EN LA SEGURIDAD SOCIAL EN LA ECONOMÍA
DE LOS CUIDADOS DE LA COMUNITAT VALENCIANA.
PRIMER TRIMESTRE DEL 2022**



Mapa 1. Trabajadores afiliados en la Seguridad Social en la Economía de los cuidados de la Comunitat Valenciana. Primer Trimestre del 2022.
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Portal Estadístico de la Generalitat Valenciana.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL COMARCAL DE LOS TRABAJADORES AFILIADOS EN LA SEGURIDAD SOCIAL EN LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS DE LA COMUNITAT VALENCIANA. PRIMER TRIMESTRE DEL 2022



Mapa 2. Distribución porcentual comarcial de los trabajadores afiliados a la Seguridad Social en la Economía de los cuidados de la Comunitat Valenciana. Primer Trimestre del 2022. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Portal Estadístico de la Generalitat Valenciana.

3.1.1 ANÁLISIS DE LOS EPÍGRAFES DEL CNAE-09

Las actividades profesionales que comprenden la Economía de los Cuidados, por su naturaleza y por factores que las configuran, se distribuyen en el territorio valenciano de manera desigual, con contrastados desequilibrios espaciales. El sistema urbano y la distribución de la población constituyen dos factores fundamentales.

A. Actividades sanitarias: CNAE 86.

El protagonismo del Área Metropolitana de València es indiscutible, pues representa el 50% del empleo en dicho epígrafe. El conjunto de las tres principales aglomeraciones urbanas, AMV, Alacantí y Plana Alta, representan aproximadamente el 85% del total.

El eje litoral formado por La Safor, la Marina Alta y la Marina Baixa, representa el 5,1%. El eje litoral meridional, entre el Baix Vinalopó y el Baix Segura, el 4,6%.

Contrasta, finalmente, aquellas comarcas con apenas afiliados en dicho epígrafe: 10 comarcas tienen menos de 100 afiliados/as. Se trata de los territorios condicionados por la despoblación y la crisis del sistema rural.

B. Asistencia en establecimientos residenciales: CNAE 87

La distribución de las residencias para mayores condiciona la zonificación territorial de este epígrafe. Por un lado, destaca el conjunto de territorios integrados por las principales aglomeraciones urbanas y sus entornos próximos. De esa manera, València, su Área Metropolitana y el Camp de Túria, la conurbación de Alicante y Elx, y Castellón de la Plana y su comarca, representan el 67% de los afiliados. Por otro lado, el eje litoral de las comarcas centrales, es decir, La Safor, La Marina Alta y La Marina Baixa, representan el 11%. El eje litoral meridional, integrado por el Baix Segura y el Baix Vinalopó, representan el 10,4%.

Alejados de dicho escenario laboral hallamos territorios condicionados por la despoblación, del interior de la Comunitat Valenciana: 9 comarcas tienen menos de 100 afiliados/as.

C. Actividades de servicios sociales sin alojamiento: CNAE 88

Los centros de día para mayores, así como otros equipamientos destinados para servicios sociales sin alojamiento, proporcionan los puestos de trabajo de esta tipología de actividad laboral. Su zonificación muestra una mayor concentración espacial, con valores más altos en los territorios de concentración, y, en cambio, más comarcas con apenas afiliados/as.

Por una parte, sobresale el conjunto de València y su Área Metropolitana, l'Alacantí y la Plana Alta, que representa prácticamente el 75%. El eje litoral meridional, comprendido por el Baix Vinalopó y el Baix Segura, representa el 7%.

Por otra parte, se identifican 14 comarcas en las cuales no alcanzan los 100 trabajadores/as; se trata de nuevo de los territorios del interior, con bajísimas densidades demográficas.

D. Actividades de los hogares como empleadoras de personal doméstico: CNAE 97

El empleo oficial remunerado asciende a unos 33.300 afiliados/as, si bien somos conscientes que hay un gran volumen de trabajadoras que no están registradas. La economía informal, frecuentemente protagonizada por inmigrantes, es muy habitual en este epígrafe.



València, su Área Metropolitana y la vecina Camp de Túria; l'Alacantí y la Plana Alta (Castellón de la Plana), representan el 69% del empleo. El eje litoral de las comarcas centrales, entre La Safor, La Marina Alta y La Marina Baixa, el 16%.

Valores que contrastan con los que hallamos en el interior de la Comunitat. Una decena de comarcas no alcanzan los 100 afiliados/as.

3.2 ANÁLISIS EMPRESARIAL DE LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS

La información facilitada por el I.V.E. para 2022 relacionada con las empresas pertenecientes a los epígrafes 86, 87, 88 y 97 del CNAE-09 confirma los desequilibrios territoriales contemplados tras analizar los trabajadores/as y su distribución.

En la Comunitat Valenciana hay 14.875 empresas en este sector, que se distribuyen de la siguiente manera:

Actividades sanitarias, 86:	10.971 afiliados/as, 73,7%.
Asistencia en establecimientos residenciales, 87:	387, 2,6%.
Actividades de servicios sociales sin alojamiento, 88:	685, 4,6%.
Actividades de los hogares como empleadoras de personal doméstico, 97:	2.832, 19%.

València (23,8%) y su Área Metropolitana (10,2%) representan el 34% del total. En la provincia de València destacan además La Safor (3,1%), la Ribera Alta (2,7%), y el Camp de Túria (2,4%). Ascende al 42,3%.

En tierras alicantinas, destacan l'Alacantí (13,3%), la Marina Baixa (7%), la Marina Alta (4,8%), el Baix Segura (5,1%) y el Baix Vinalopó (4,5%). Es decir, el 34,7% aproximadamente. En el territorio castellanense sobresalen la Plana Alta (6,7%) y la Plana Baixa (2,6%).

En cambio, hay 19 comarcas de las tres provincias las cuales ninguna alcanzan el 2% de los afiliados/as.

3.2.1 LAS EMPRESAS DE CUIDADOS Y LAS DIFERENCIAS ENTRE COMARCAS

A continuación, analizamos los niveles de concentración intracomarcal de las empresas de cuidados. Para ello hemos procedido a identificar el volumen de empresas de las capitales comarcales y las hemos relacionado con el total comarcal. Los resultados muestran diferentes comportamientos, según:

- a. la existencia de sistemas urbanos policéntricos, que diluyen el protagonismo de las cabeceras comarcales;
- b. las aglomeraciones y las concentraciones demográficas, que en ocasiones incrementan el rol de las capitales;
- c. las bajas densidades demográficas, las comarcas rurales.

Se identifican tres categorías entre los territorios estudiados, con los siguientes valores: más del 60%, entre 30% y 60%, y menos de 30%.

MUNICIPIO	Nº EMPRESAS	COMARCA	Nº EMPRESAS	VALOR %
Morella	7	Els Ports	8	87
L'Alcora	12	L'Alcalatén	17	70
Castelló	703	La Plana Alta	997	70
Segorbe	21	Alto Palancia	36	60
Sagunt	145	Camp de Morvedre	204	71
Ayora-Cofrentes	12	El Valle Cofrentes-Ayora	14	85
Xàtiva	85	La Costera	142	60
Alcoi	165	L'Alcoià	276	60
Villena	81	Alto Vinalopó	116	70
Alicante	1.551	L'Alacantí	1.982	78
Elx	551	Baix Vinalopó	675	81
UMBRAL 60%				
Vinaròs	102	Baix Maestrat	242	42
Buñol-Chiva	28	Hoya de Buñol-Chiva	64	43
Sueca	94	Ribera Baixa	279	33
Enguera	10	Canal de Navarrés	23	43
Ontinyent	91	Vall d'Albaida	167	55
Cocentaina	14	El Comtat	30	46
Elda	130	Vinalopó Mitjà	330	40
Denia	223	Marina Alta	721	31
Benidorm	548	Marina Baixa	1.043	52
Vila-Real	118	La Plana Baixa	384	31
UMBRAL 30%-60%				
Villar del Arzobispo	5	La Serrania	18	27
Llíria	43	El Camp de Túria	363	12
Puçol	38	Horta Nord	531	7
Torrent	182	Horta Oest	651	28
Catarroja	64	Horta Sud	329	19
Requena-Utiel	10	Plana de Utiel-Requena	64	15
Alzira	112	Ribera Alta	396	28
Gandía	263	La Safor	961	27
Orihuela	191	Baix Segura	766	25



3.3 LA DIMENSIÓN DE LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS EN EL ESCENARIO VALENCIANO: CENTROS ASISTENCIALES

Del cuadro 1 se puede deducir que en la Comunitat Valenciana hallamos 584 centros de asistencia, distribuidos entre las siguientes modalidades:

- a. Centros para mayores dependientes, 367. Se distribuyen entre residencias para mayores, 300 en total, y centros de día, otros 67.

b. Centros destinados a la diversidad funcional, 176. Se dividen en residencias, 54, y centros de día, 122.

c. Centros para personas con enfermedades mentales, 41. De los cuales, 26 son residencias, y 15, centros de día.

Esos 584 centros asistenciales están distribuidos en 190 municipios.

Cuadro 1. Modalidades de Centros Asistenciales, según el volumen y municipios.

TIPO DE CENTRO	Residencias acreditadas y residencias con centros de día para personas mayores dependientes. Total	Centros residenciales acreditados. Diversidad funcional. Total	Centros residenciales acreditados. Enfermedad mental. Total	Centros de día acreditados para personas mayores dependientes. Total	Centros diurnos para personas con diversidad funcional. Total	Centros diurnos para personas con Enfermedad mental. Total	Total de centros
Número de Centros, residencias en municipios con servicios	300	54	26	67	122	15	584
Número de municipios	155	43	21	50	74	9	
TOTAL DE MUNICIPIOS CON CENTROS	190						

Fuente: Elaboración propia a partir de los censos de la Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives.

La distribución territorial de los Centros Asistenciales está condicionada lógicamente por la demanda de los servicios, de manera que las principales aglomeraciones urbanas suelen concentrar una mayor oferta de centros. De manera que se puede establecer una zonificación diferenciada, que prácticamente se repite para cualquier modalidad de centro asistencial (cuadro 2):

A. Las residencias para personas mayores, que además cuentan con centros de día, suman 300. En el Área Metropolitana de València hay 82, a los cuales hay que añadir los del Camp de Túria (26), el Camp de Morvedre (10) y La Ribera (14). En total un territorio que concentra 122 residencias. La Plana Alta (15) y la Plana Baixa (9) tienen 24 residencias. El frente litoral alicantino es destacado, pues entre La Marina, l'Alacantí, el Baix Vinalopó y el Baix Segura, concentran unas 70.

En total, entre estos tres territorios se concentran $\frac{3}{4}$ partes de las residencias de mayores de la Comunitat Valenciana (73%).

Los Centros de Día para mayores se distribuyen de una manera homóloga a las residencias para mayores. Hay en total 67 en la Comunitat Valenciana, de las cuales 23 se hallan en el Área Metropolitana de València; unas 10 en el litoral castellanense; y 15 en Las Marinas y la Vall d'Albaida. En total, más del 70%.

B. Las Residencias para diversidad funcional suman 54. En el Área Metropolitana de València hay 10; en el litoral castellanense y en el alicantino, 10, respectivamente. Representan en total el 55% de las residencias.

Los Centros de Día para enfermos con diversidad funcional suman 122. En el Área Metropolitana hay 49; en el litoral alicantino, 17; y en el litoral castellanense, 13. En total unos 79 centros, que representan el 64% del total.

C. Las Centros residenciales acreditados para enfermedades mentales son 26. Su distribución es la más repartida por el territorio, de manera que sólo destaca la concentración parcial en el Área Metropolitana de València, con 6, y el Camp de Túria, con 5. Los Centros de Día del A.M.V. son 8, de un total de 15.

Cuadro 2. Distribución de Centros Asistenciales, por tipologías y comarcas.

COMARCA	1	2	3	4	5	6	Total de centros
El Baix Maestrat	4	2	0	3	1	0	10
La Plana Alta	15	6	1	3	8	1	34
La Plana Baixa	9	2	1	4	5	0	21
Els Ports	2	0	0	1	0	0	3
L'Alt Maestrat	1	0	1	0	0	0	2
L'Alcalatén	1	0	0	1	0	0	2
El Alto Mijares	2	0	0	0	0	0	2
El Alto Palancia	4	1	0	0	1	0	6
El Camp de Morvedre	10	1	0	0	2	0	13
L'Horta Nord	18	2	0	4	9	1	34
València	21	5	3	13	28	4	74
L'Horta Sud	43	3	3	6	12	3	70
La Ribera Baixa	6	2	1	0	3	0	12
La Safor	13	1	2	2	5	1	24
El Rincón de Ademuz	1	0	0	0	0	0	1
Los Serranos	2	1	0	0	2	0	5
El Camp de Túria	26	0	5	3	4	0	38
La Plana de Utiel-Requena	3	1	0	1	2	0	7
La Hoya de Buñol	6	1	1	0	1	0	9
La Ribera Alta	8	4	1	2	6	1	22
El Valle de Cofrentes-Ayora	5	0	0	0	1	0	6
La Canal de Navarrés	3	2	0	0	1	0	6
La Costera	5	1	1	2	2	1	12
La Vall d'Albaida	7	1	0	7	2	1	18
La Marina Alta	15	1	1	3	2	0	22
La Marina Baixa	10	2	1	4	2	0	19
L'Alacantí	27	6	1	1	4	2	41
El Baix Vinalopó	6	2	1	1	5	0	15
El Baix Segura / La Vega Baja	12	3	1	1	6	0	23
L'Alt Vinalopó / Alto Vinalopó	1	1	0	2	1	0	5
L'Alcoià	8	1	0	1	2	0	12
El Comtat	2	0	0	1	0	0	3
El Vinalopó Mitjà / El Vinalopó Medio	4	2	1	1	5	0	13
Total general	300	54	26	67	122	15	584

1. Residencias acreditadas y residencias con centros de día para personas mayores dependientes. Total

2. Centros residenciales acreditados. Diversidad funcional. Total

3. Centros residenciales acreditados. Enfermedad mental. Total

4. Centros de día acreditados para personas mayores dependientes. Total

5. Centros diurnos para personas con diversidad funcional. Total

6. Centros diurnos para personas con Enfermedad mental. Total

Fuente: Elaboración propia a partir de los censos de la Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives.

Sin embargo, pese a la concentración geográfica de centros en determinados territorios de la Comunitat Valenciana, los más poblados, se observa en el cuadro 3 cómo las comarcas menos pobladas en general son las que mejor dotación tienen por habitante. Por ejemplo,



en las residencias para mayores dependientes, las comarcas “más favorecidas” son Els Ports, L’Alt Maestrat, El Alto Mijares, El Alto Palancia, El Rincón de Ademuz, Los Serranos, El Camp de Túria, El Valle de Ayora-Cofrentes y La Canal de Navarrés. En las otras modalidades de centros asistenciales también se produce dicha correlación.

Cuadro 3. Distribución de Centros Asistenciales, por tipologías y comarcas, por 100.000 habitantes.

COMARCA	1	2	3	4	5	6
El Baix Maestrat	22,56	2,84	0,00	16,92	1,42	0,00
La Plana Alta	31,40	2,78	0,46	6,28	3,70	0,46
La Plana Baixa	25,29	1,24	0,62	11,24	3,10	0,00
Els Ports	163,27	0,00	0,00	81,63	0,00	0,00
L’Alt Maestrat	48,97	0,00	16,85	0,00	0,00	0,00
L’Alcalatén	28,27	0,00	0,00	28,27	0,00	0,00
El Alto Mijares	155,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
El Alto Palancia	65,92	4,71	0,00	0,00	4,71	0,00
El Camp de Morvedre	51,18	1,27	0,00	0,00	2,53	0,00
L’Horta Nord	35,09	0,79	0,00	7,80	3,57	0,40
València	12,42	0,74	0,44	7,69	4,12	0,59
L’Horta Sud	52,31	0,76	0,76	7,30	3,05	0,76
La Ribera Baixa	35,98	2,90	1,45	0,00	4,34	0,00
La Safor	38,11	0,67	1,35	5,86	3,37	0,67
El Rincón de Ademuz	153,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Los Serranos	44,37	6,82	0,00	0,00	13,63	0,00
El Camp de Túria	98,77	0,00	3,58	11,40	2,87	0,00
La Plana de Utiel-Requena	34,14	3,08	0,00	11,38	6,17	0,00
La Hoya de Buñol	71,71	2,68	2,68	0,00	2,68	0,00
La Ribera Alta	18,90	2,13	0,53	4,72	3,19	0,53
El Valle de Cofrentes-Ayora	178,13	0,00	0,00	0,00	11,61	0,00
La Canal de Navarrés	76,53	14,52	0,00	0,00	7,26	0,00
La Costera	35,88	1,64	1,64	14,35	3,27	1,64
La Vall d’Albaida	39,48	1,33	0,00	39,48	2,67	1,33
La Marina Alta	35,28	0,64	0,64	7,06	1,29	0,00
La Marina Baixa	25,66	1,22	0,61	10,26	1,22	0,00
L’Alacantí	29,28	1,44	0,24	1,08	0,96	0,48
El Baix Vinalopó	11,47	0,80	0,40	1,91	2,00	0,00
El Baix Segura / La Vega Baja	14,98	0,98	0,33	1,25	1,96	0,00
L’Alt Vinalopó / Alto Vinalopó	9,93	2,26	0,00	19,87	2,26	0,00
L’Alcoià	35,01	1,06	0,00	4,38	2,13	0,00
El Comtat	31,86	0,00	0,00	15,93	0,00	0,00
El Vinalopó Mitjà / El Vinalopó Medio	12,04	1,39	0,70	3,01	3,48	0,00
Total general	30,12	1,26	0,61	6,73	2,85	0,35

1. Residencias acreditadas y residencias con centros de día para personas mayores dependientes. Total

2. Centros residenciales acreditados. Diversidad funcional. Total

3. Centros residenciales acreditados. Enfermedad mental. Total

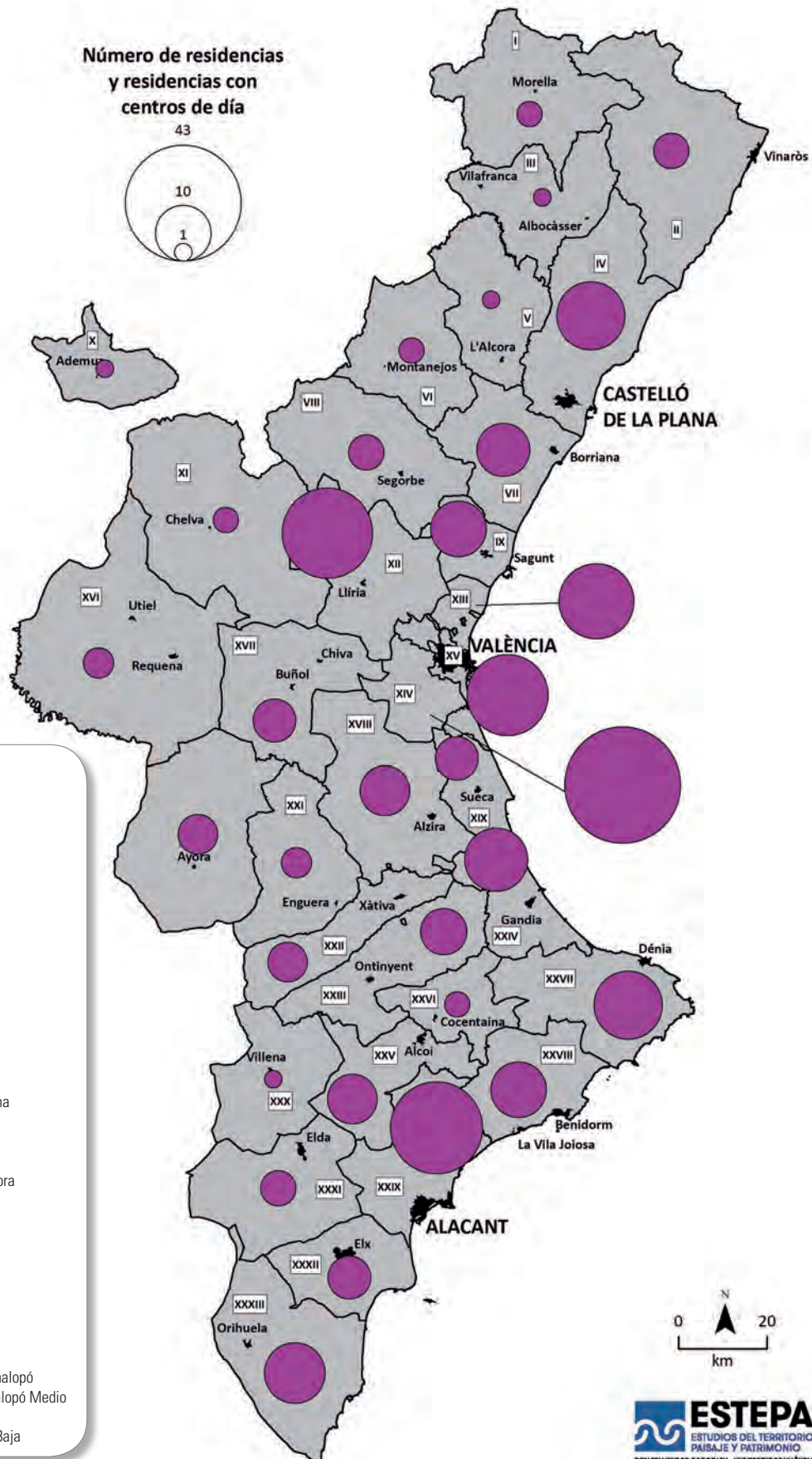
4. Centros de día acreditados para personas mayores dependientes. Total

5. Centros diurnos para personas con diversidad funcional. Total

6. Centros diurnos para personas con Enfermedad mental. Total

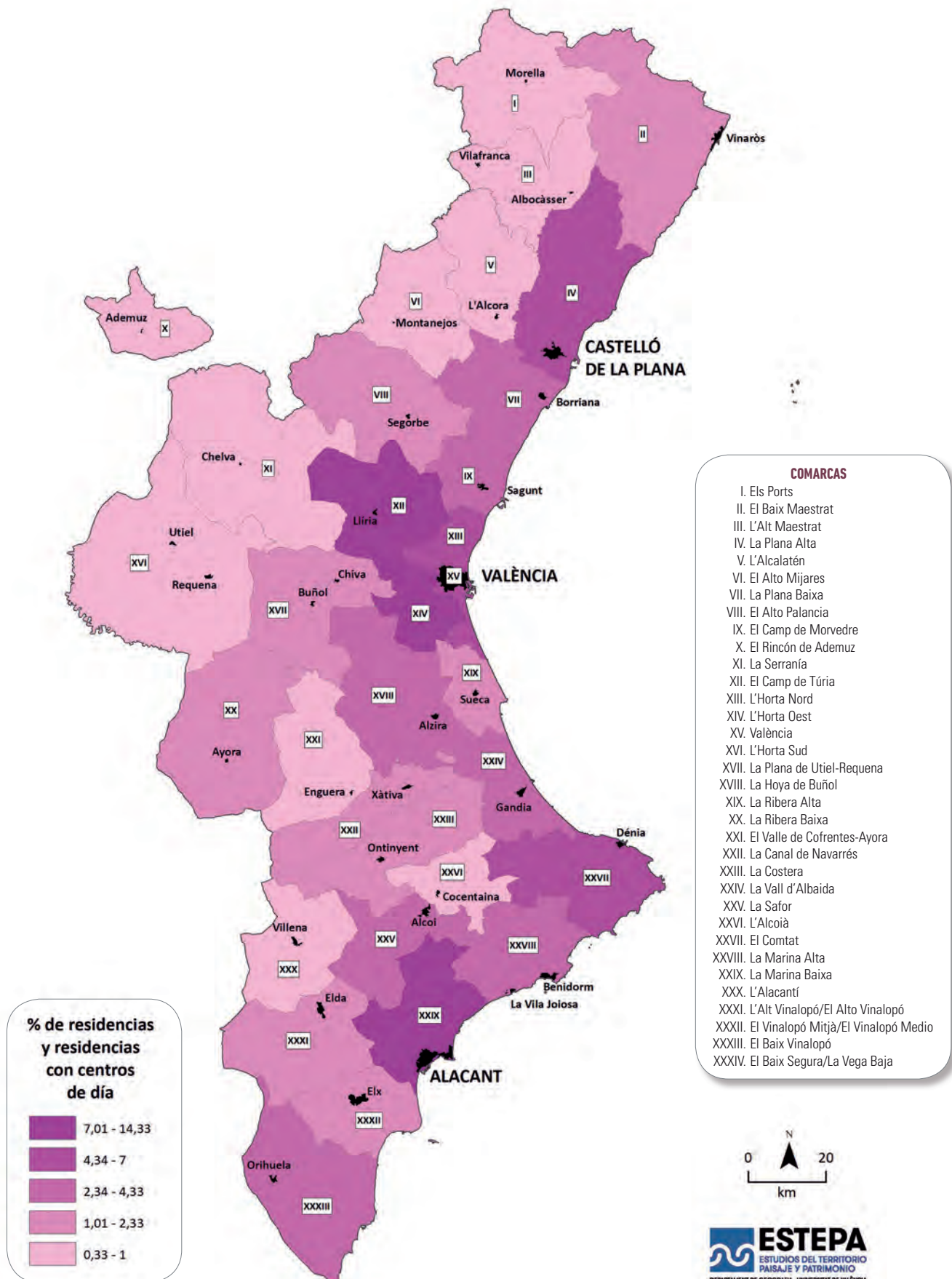
Fuente: Elaboración propia a partir de los censos de la Vicepresidència i Conselleria d’Igualtat i Polítiques Inclusives.

**RESIDENCIAS ACREDITADAS
Y RESIDENCIAS CON CENTROS DE DÍA
PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES
DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021**



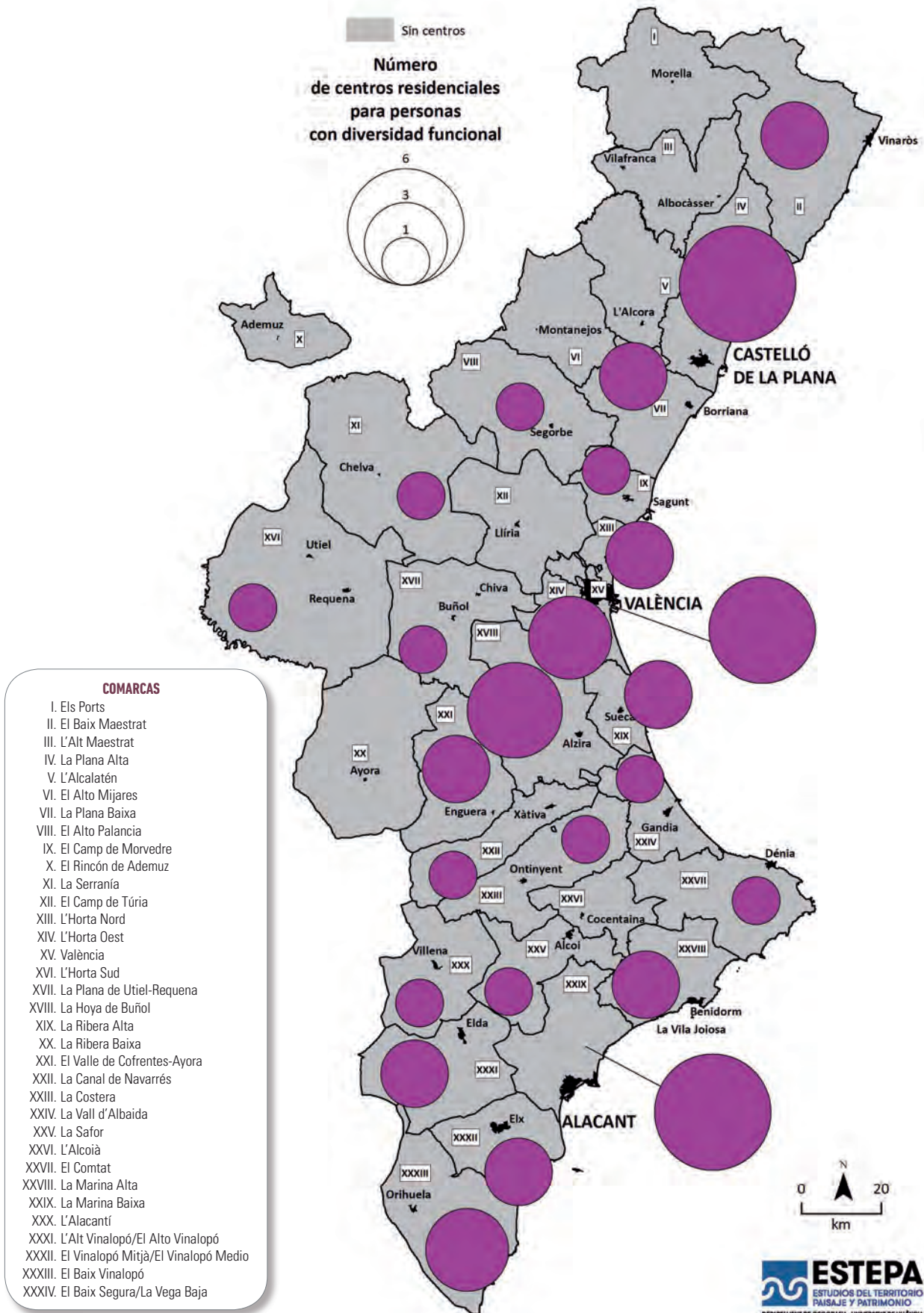
Mapa 3. Residencias acreditadas y residencias con centros de día para personas mayores dependientes de la Comunitat Valenciana. 2021.
Fuente: Elaboración propia a partir de los censos de la Vicepresidencia i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL COMARCAL DE LAS RESIDENCIAS ACREDITADAS Y RESIDENCIAS CON CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021



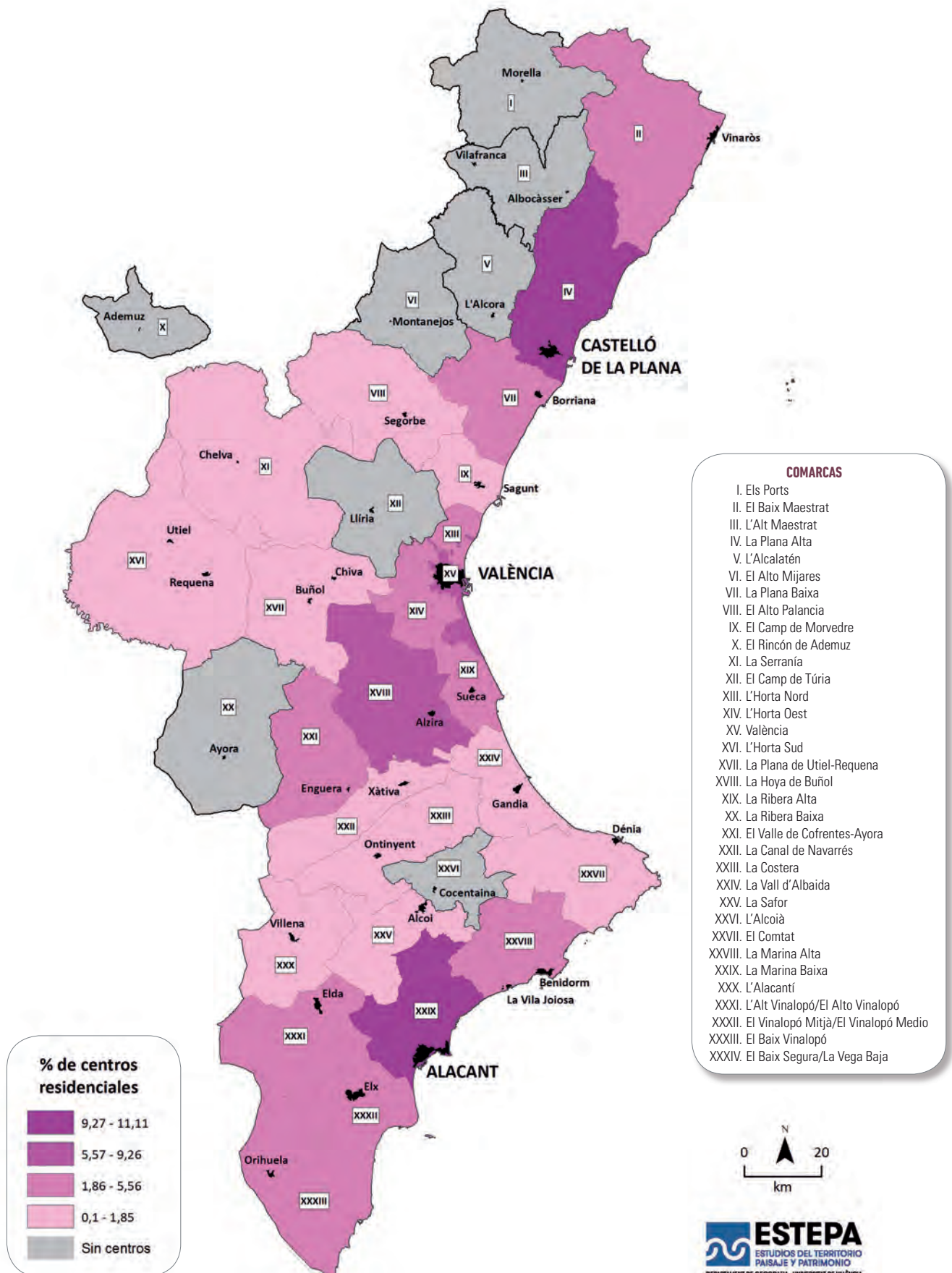
Mapa 4. Distribución porcentual comarcial de las residencias acreditadas y residencias con centros de día para personas mayores dependientes de la Comunitat Valenciana. Fuente: Elaboración propia a partir de los censos de la Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives.

**CENTROS RESIDENCIALES ACREDITADOS
PARA PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL
DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021**



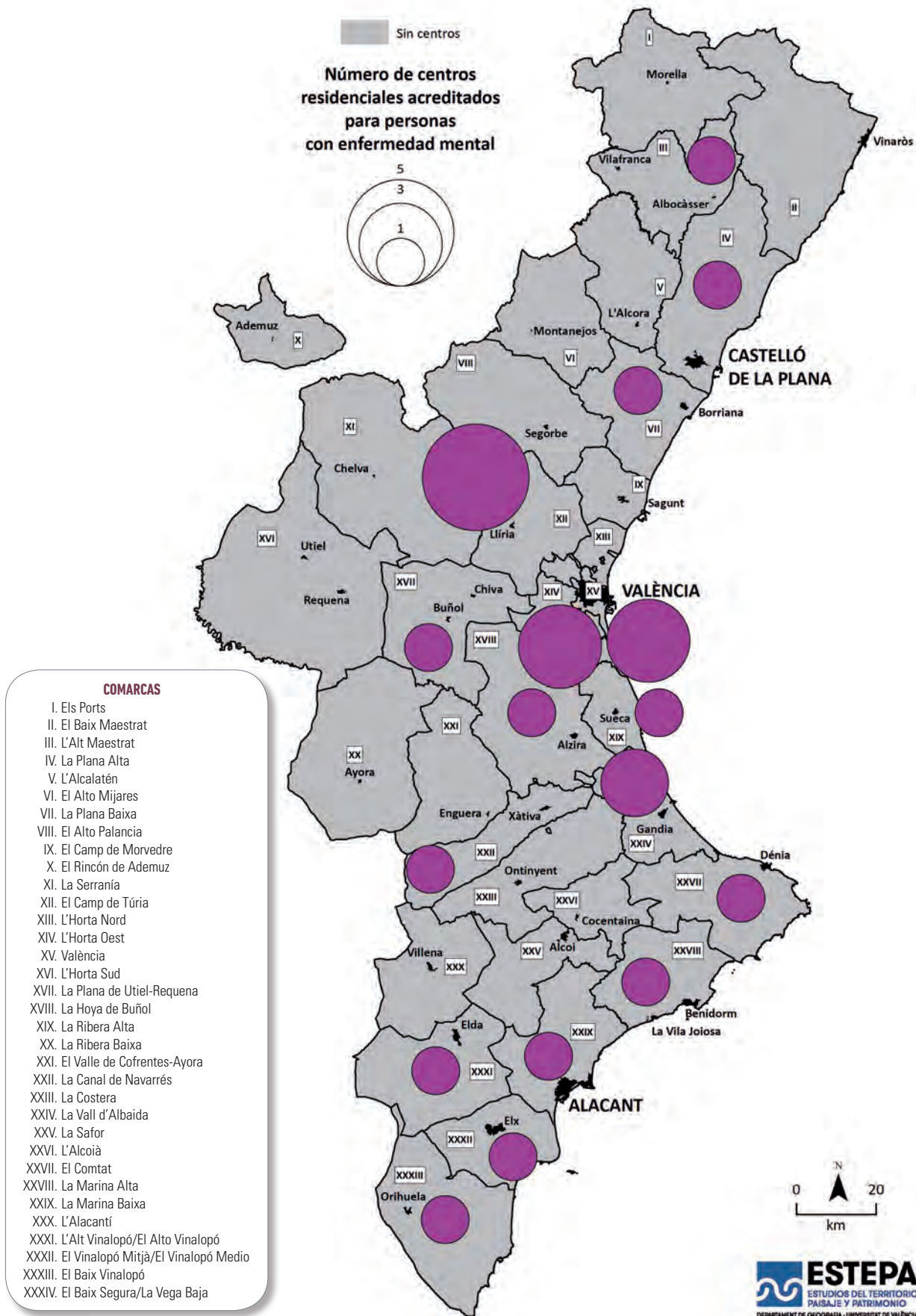
Mapa 5. Centros residenciales acreditados para personas con diversidad funcional de la Comunitat Valenciana. 2021.
Fuente: Elaboración propia a partir de los censos de la Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL COMARCAL CENTROS RESIDENCIALES ACREDITADOS PARA PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021



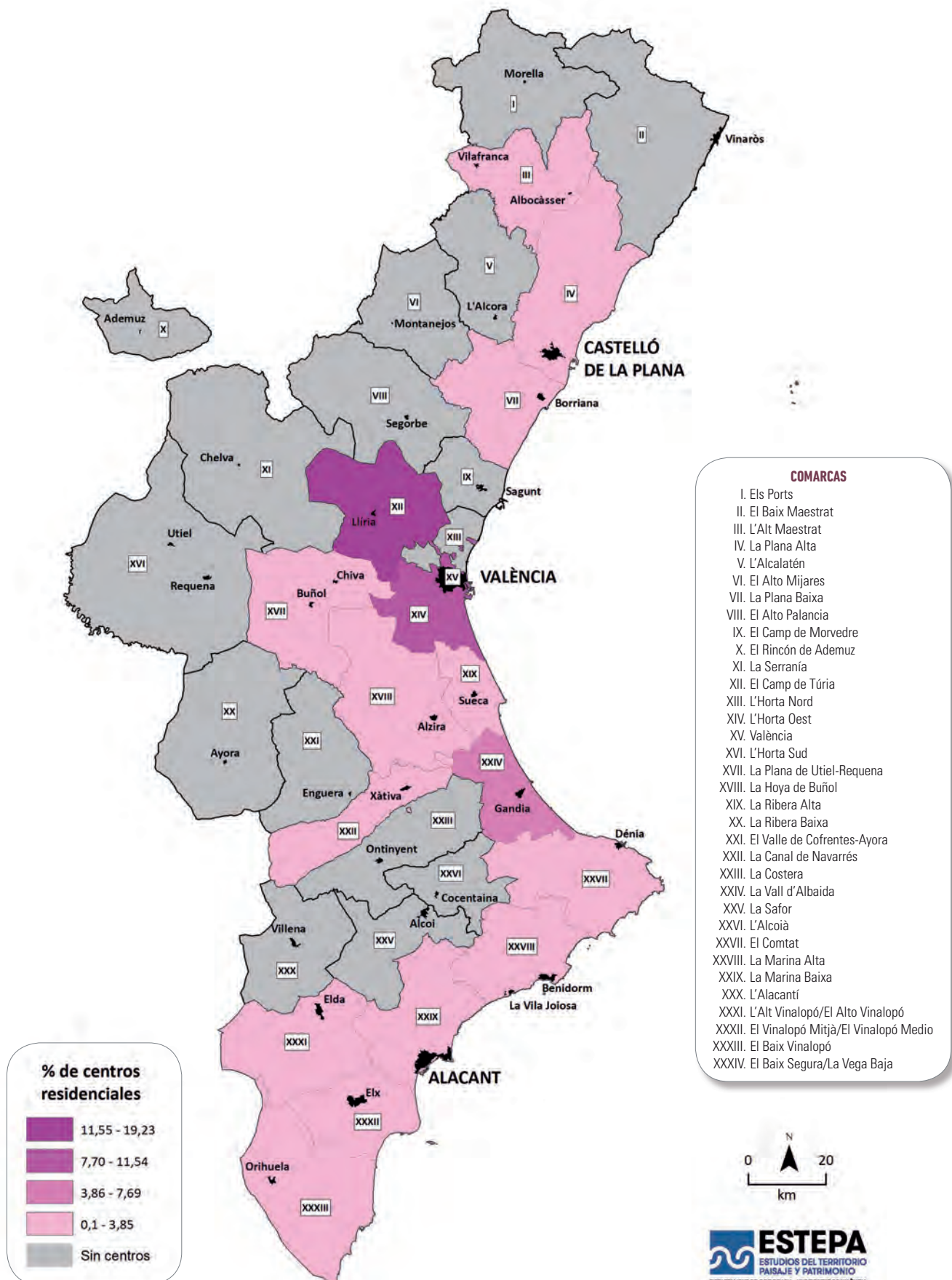
Mapa 6. Distribución porcentual comarcial de los centros residenciales acreditados para personas mayores con diversidad funcional de la Comunitat Valenciana. 2021. Fuente: Elaboración propia a partir de los censos de la Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives.

**CENTROS RESIDENCIALES ACREDITADOS
PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL
DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021**



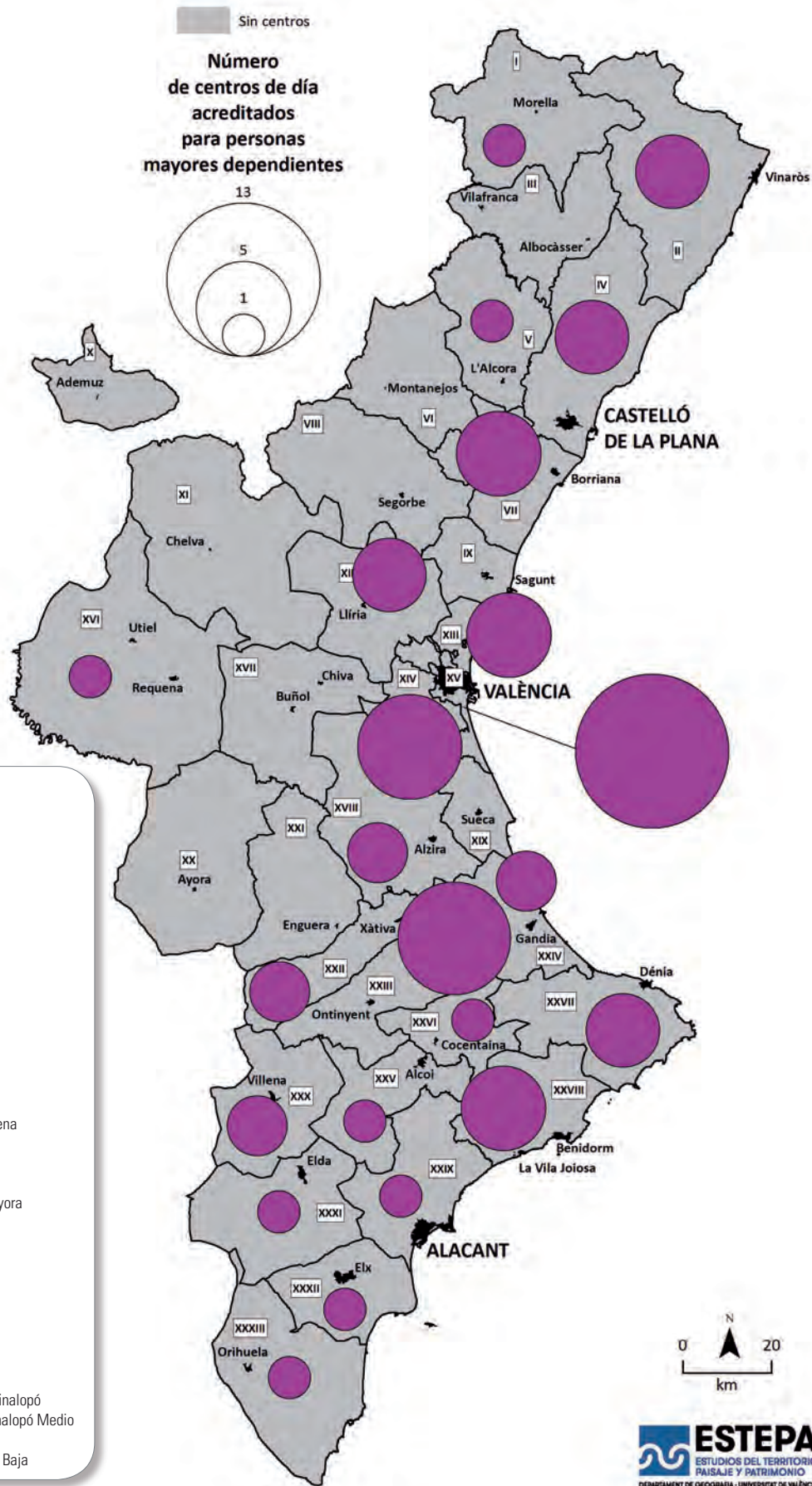
Mapa 7. Centros residenciales acreditados para personas con enfermedad mental de la Comunitat Valenciana. 2021.
Fuente: Elaboración propia a partir de los censos de la Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL COMARCAL DE LOS CENTROS RESIDENCIALES ACREDITADOS PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021



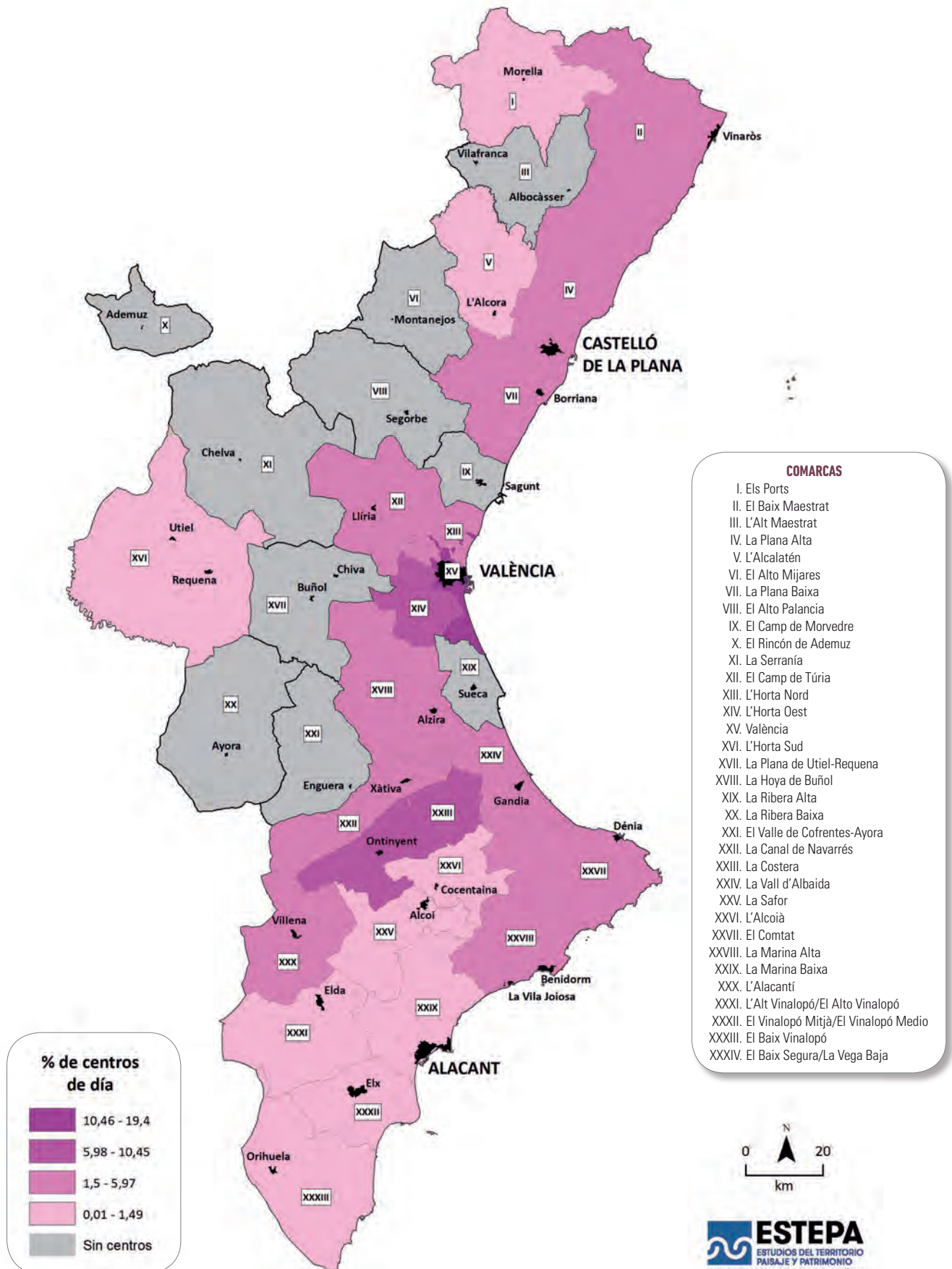
Mapa 8. Distribución porcentual comarcial de los centros residenciales acreditados para personas mayores con enfermedad mental de la Comunitat Valenciana. 2021. Fuente: Elaboración propia a partir de los censos de la Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives.

**CENTROS DE DÍA ACREDITADOS
PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES
DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021**



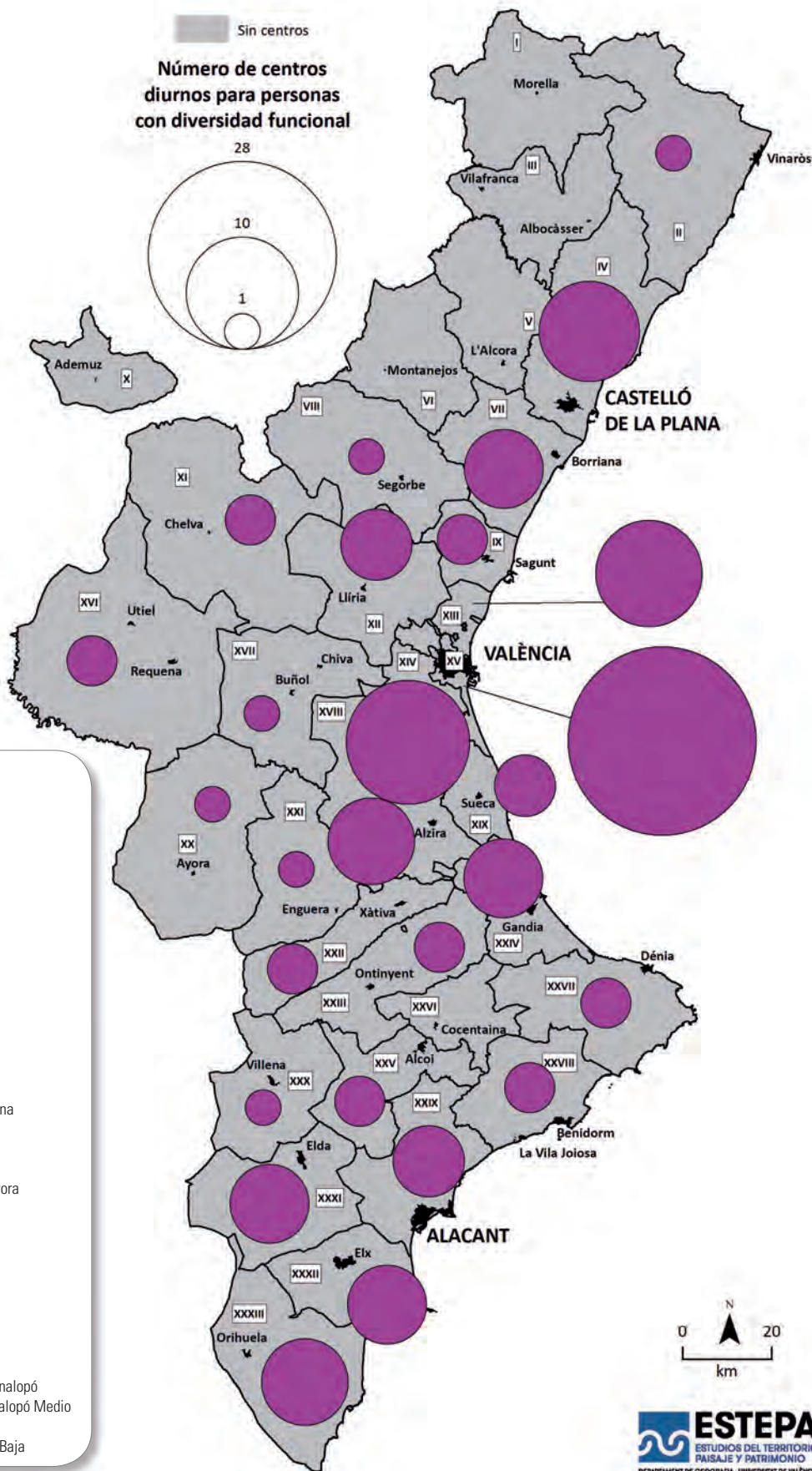
Mapa 9. Centros de día acreditados para personas mayores dependientes de la Comunitat Valenciana. 2021.
Fuente: Elaboración propia a partir de los censos de la Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL COMARCAL DE LOS CENTROS DE DÍA ACREDITADOS PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021



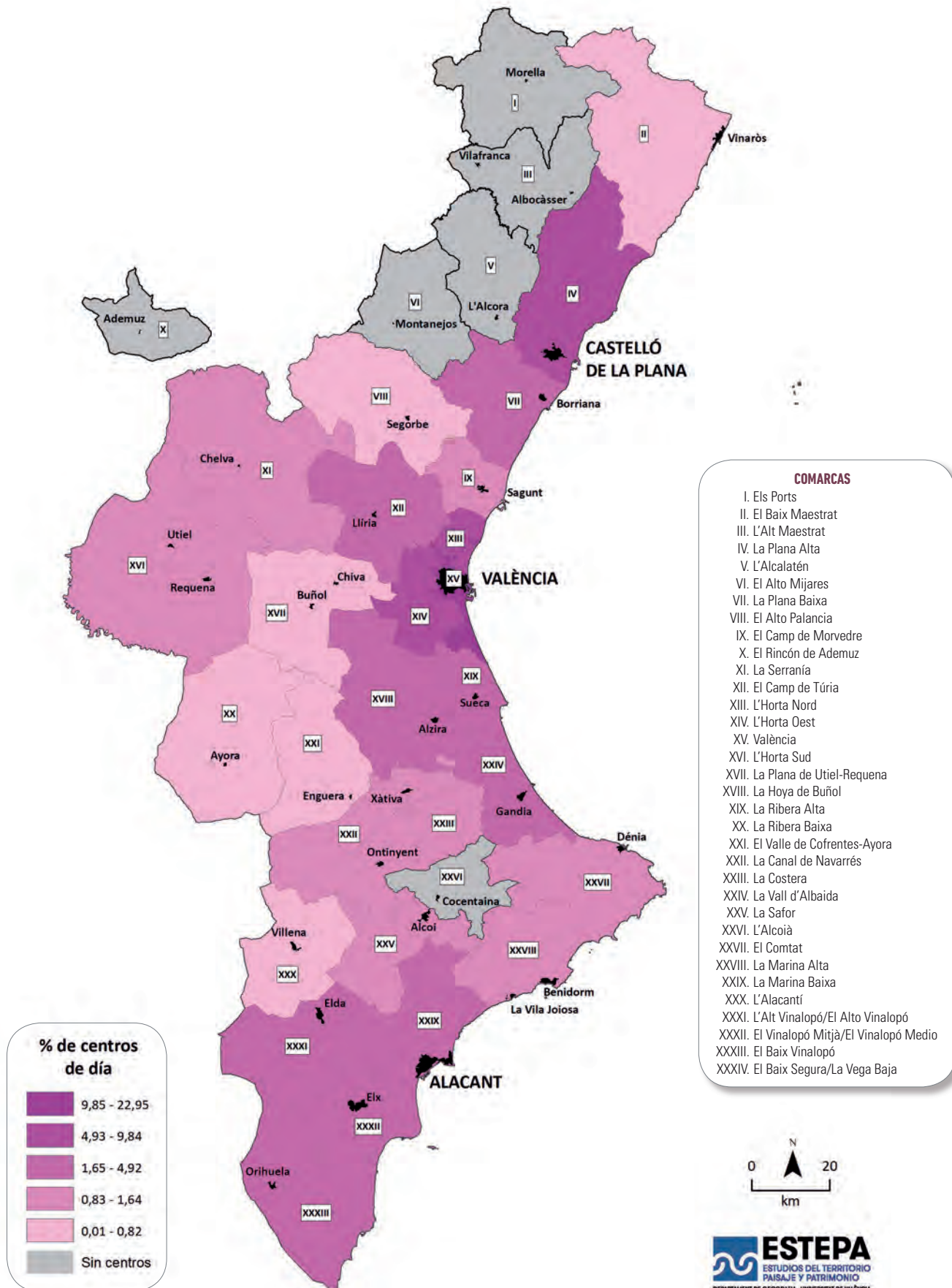
Mapa 10. Distribución porcentual comarcial de los centros de día acreditados para personas mayores dependientes de la Comunitat Valenciana. 2021.
Fuente: Elaboración propia a partir de los censos de la Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives.

**CENTROS DIURNOS ACREDITADOS
PARA PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL
DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021**



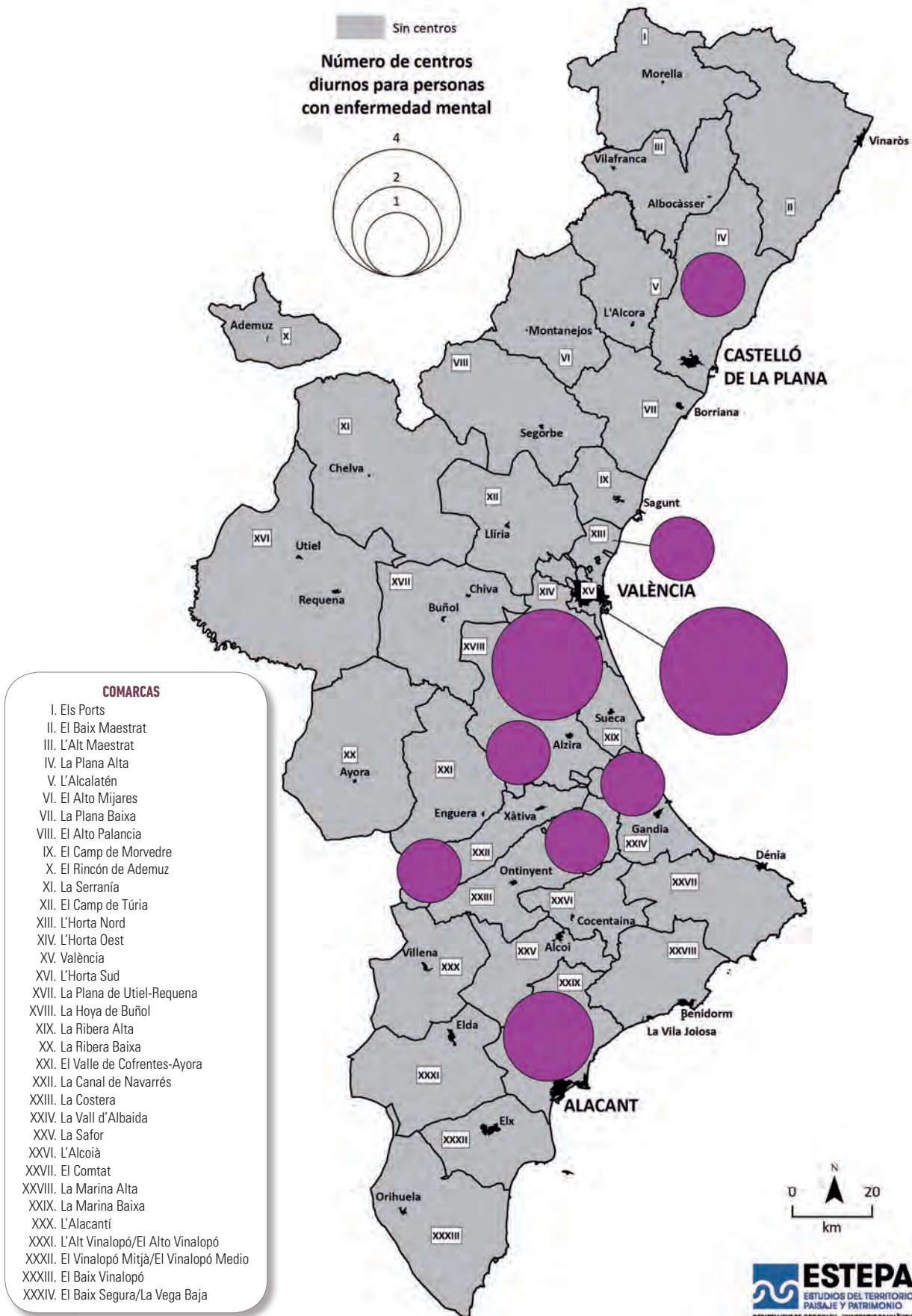
Mapa 11. Centros diurnos acreditados para personas con diversidad funcional de la Comunitat Valenciana. 2021.
Fuente: Elaboración propia a partir de los censos de la Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL COMARCAL DE LOS CENTROS DIURNOS ACREDITADOS PARA PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021



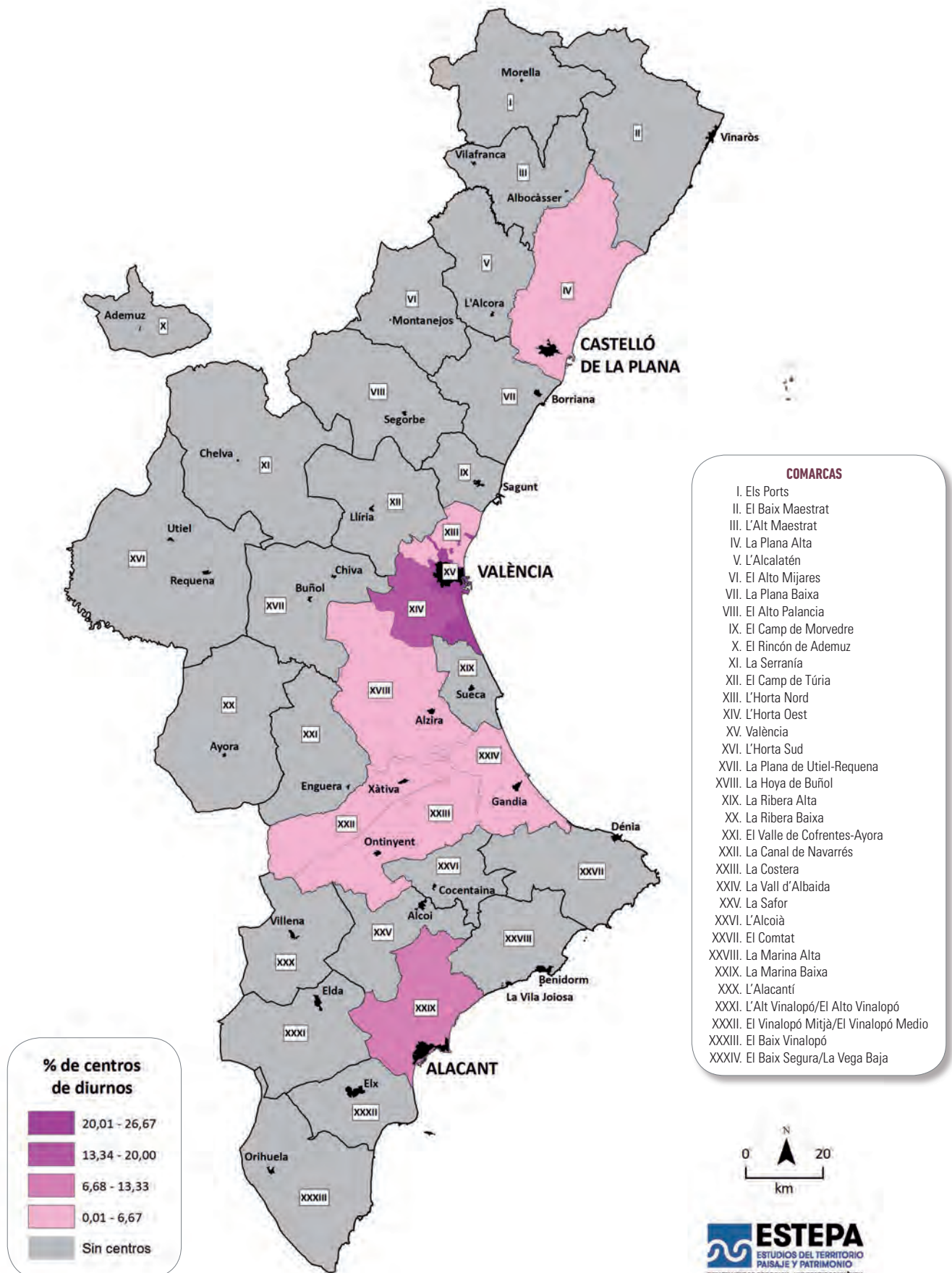
Mapa 12. Distribución porcentual comarcial de los centros diurnos acreditados para personas con diversidad funcional de la Comunitat Valenciana. 2021. Fuente: Elaboración propia a partir de los censos de la Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives.

**CENTROS DIURNOS ACREDITADOS
PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL
DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021**



Mapa 13. Centros diurnos acreditados para personas con enfermedad mental de la Comunitat Valenciana. 2021.
Fuente: Elaboración propia a partir de los censos de la Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL COMARCAL DE LOS CENTROS DIURNOS ACREDITADOS PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021



Mapa 14. Distribución porcentual comarcial de los centros diurnos acreditados para personas con enfermedad mental de la Comunitat Valenciana. 2021. Fuente: Elaboración propia a partir de los censos de la Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusiones.

3.4 LA DIMENSIÓN DE LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS EN EL ESCENARIO VALENCIANO: CENTROS SANITARIOS DE LA COMUNITAT VALENCIANA

En la Comunitat Valenciana hallamos 956 centros sanitarios, distribuidos entre 618 consultorios de atención primaria, 245 centros de salud, 19 centros de especialidades, 31 centros sanitarios integrados y 43 hospitales, entre públicos y privados.

DECRETO 74 /2007, de 18 de mayo, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana.

Atención ambulatoria: Atención Primaria y Especializada **Sección 1ª**

Artículo 11. Ámbito

La **atención ambulatoria** es aquella prestación sanitaria, de cualquier índole, que se realiza a los pacientes **sin necesidad de internamiento**. Dentro de la modalidad de atención ambulatoria tiene especial relevancia, tanto por su volumen como por ser la puerta de entrada al sistema sanitario, la Atención Primaria de Salud. La atención ambulatoria será prestada por los profesionales de Atención Primaria o por los profesionales de Atención Especializada correspondientes a través de **los diferentes centros o dispositivos sanitarios existentes en cada departamento y que serán:**

- Centros de salud y consultorios
- Unidades de apoyo
- Centros sanitarios integrados
- Centros de especialidades y actividad ambulatoria especializada
- Aquellos dispositivos y/o unidades que por su naturaleza se asignen al Departamento de Salud.

Artículo 12. Centros de salud y consultorios

12.1. Los centros de salud y consultorios constituyen el **acceso inicial al sistema sanitario**. En ellos se articulan los recursos necesarios para desarrollar las siguientes prestaciones:

- La atención sanitaria, a demanda, programada y urgente, tanto en la consulta como en el domicilio del paciente.
- Realización de los programas de salud específicos relativos a la mujer, la infancia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo, los enfermos crónicos, los enfermos terminales y todos aquellos que se incorporen a la cartera de servicios en base al plan de salud de la Comunitat Valenciana.
- Promoción y educación para la salud en el individuo, familia, grupo o comunidad mediante actividades integradas en los programas de salud.
- La atención a la salud bucodental.
- La atención a la salud sexual y reproductiva.
- La prevención enfocada fundamentalmente a la realización de actividades dirigidas a la detección precoz de las patologías de mayor incidencia y prevalencia de la zona.
- Atención a problemas de salud mental y conductas adictivas.



- Rehabilitación básica.
- Trabajo social.
- Cirugía menor.
- Aquellas prestaciones de orden jurídico-legal derivadas de la legislación vigente.
- Todas aquellas funciones asistenciales de mayor nivel de complejidad que se determinen.

12.2. Los responsables de estas prestaciones son los miembros del equipo de Atención Primaria (EAP), los profesionales de las unidades de apoyo y el resto de especialistas del departamento que se determinen con fin de acercar los servicios al usuario actuando todos ellos de forma coordinada e integrada.

Artículo 13. Unidades de apoyo

13.1. Las Unidades de apoyo actúan como equipos interdisciplinarios y deben coordinarse adecuadamente con los recursos sociales de su ámbito, prestándoles asesoramiento y apoyo cuando proceda. **Su ámbito territorial de actuación supera la zona básica de salud y actúan de forma integrada y coordinada con los recursos especializados del departamento en el ámbito correspondiente** a cada especialidad.

13.2. Tienen la **consideración de unidades de apoyo las siguientes**: las unidades básicas de rehabilitación, las unidades de odontología, las unidades de salud mental, las unidades de conductas adictivas, las unidades de salud sexual y reproductiva y las unidades de prevención de cáncer de mama.

13.3. La Agència Valenciana de Salut podrá crear otras unidades de apoyo en virtud de las necesidades de salud de la población.

Artículo 14. Centros sanitarios integrados

14.1. Son instituciones sanitarias que prestan la atención a la población, fundamentalmente en régimen ambulatorio, **integrando a los profesionales y las técnicas propias de los centros de salud y del hospital**, con el objetivo de acercar aquellas prestaciones más especializadas al usuario.

14.2. Los centros sanitarios integrados cuentan con una extensa cartera de servicios que incluye **tanto prestaciones propias del ámbito de la Atención Primaria como de la especializada, pudiendo prestar atención de hospitalización de corta estancia y atención quirúrgica de cirugía mayor ambulatoria.**

Artículo 15. Centros de especialidades y actividad ambulatoria hospitalaria

15.1. Los centros de especialidades son instituciones sanitarias que **prestan la atención a la población en régimen ambulatorio, integrados totalmente en el hospital como una prolongación de las consultas externas del mismo.** El personal de estos centros de especialidades depende de los correspondientes servicios del hospital en el que se integran.

Sección 2ª

Atención de hospitalización

Artículo 16. Ámbito

La **atención de hospitalización** es aquella prestación sanitaria de cualquier índole que se realiza a los pacientes **con necesidad de internamiento**. Dependiendo de las características y el grado de complejidad de la atención requerida, será prestada a través de los diferentes centros o unidades sanitarias existentes en cada departamento y que serán:

- Hospitalización convencional
- Unidades de Hospitalización a domicilio
- Unidades Médicas de Corta Estancia

Artículo 17. Hospitalización convencional

17.1. El hospital es la institución sanitaria donde se atiende la demanda de la población con problemas de salud de mayor complejidad o especificidad o que requiere internamiento, actuando como soporte de otras estructuras sanitarias y garantizando la continuidad de la atención integral al paciente.

17.2. Los hospitales dependientes de la Agència Valenciana de Salut en relación con la función que desarrollan y con las unidades en ellos incorporados se clasifican en:

- **Hospitales Generales.** Éstos, a su vez, se clasifican:
 - a) Hospitales de departamento
 - b) Hospitales con servicios o unidades de referencia de la Comunitat Valenciana.
 - c) Hospitales con servicios o unidades de referencia multidepartamentales
- Hospitales complementarios de Departamento.
- Hospitales de atención a enfermos crónicos, de media y de larga estancia.
- Hospitales monográficos

17.3. Los hospitales con servicios o unidades de referencia, así como los hospitales de atención a enfermos crónicos, de media y de larga estancia, darán cobertura asistencial a aquellas demarcaciones territoriales superiores al Departamento de Salud, según los criterios de planificación que se establezcan. Los Servicios de los hospitales constituyen las estructuras fundamentales de los mismos.

La distribución geográfica de los centros sanitarios valencianos no es homogénea. El cuadro A así lo recoge, de manera que hay una correlación positiva entre la concentración demográfica y una mayor oferta de centros. No obstante, se observan algunas diferencias según las tipologías señaladas.

- a. Hay una cierta dispersión territorial en los Consultorios de Atención Primaria (618 en total), precisamente para atender a la población en similares condiciones, de manera que 16 comarcas superan el 3% de dichos centros. Aquellas comarcas con más población disponen de más consultorios de atención primaria, como acontece en el litoral castellanense, con el 10,7% (La Plana Alta, La



Plana Baixa y El Baix Maestrat]; en el Área Metropolitana de València, con el 8,9% [València, L´Horta Nord, L´Horta Sud]; y el litoral alicantino, con el 23% del total [La Marina Alta, La Marina Baixa, L´Alacantí, La Vega Baja]. De la misma manera destacan aquellas comarcas con un mayor número de municipios, como El Alto Palancia (27 municipios, 4,2% de los consultorios); La Safor (31, 5,8%); La Ribera Alta (35, 3,8%); La Vall d´Albaida (34, 4,3%).

- b. El factor que condiciona la distribución de los Centros de Salud (245) es, principalmente, el sistema urbano valenciano. En aquellas comarcas en las que hay cierto predominio de núcleos urbanos se aprecia una mayor presencia de dichos centros. En Castellón se localizan en las tres comarcas litorales, con el 12% [La Plana Alta, La Plana Baixa, El Baix Maestrat]. El resto de comarcas castellonenses, localizadas en el interior, no alcanzan el 1%, respectivamente. En el Área Metropolitana de València hallamos el 25% de los centros de salud de la Comunitat Valenciana. En la Ribera Alta, el 4,9%, y en la Vall d´Albaida, el 3,6%. En tierras alicantinas destacan las comarcas litorales, con el 12,6% [Las Marinas, L´Alacantí, El Baix Vinalopó y la Vega Baja]. El Vinalopó Mitjà tiene el 3,2%, seguido de l´Alcoià, con el 2,8%.
- c. En cambio los Centros de Especialidades (19) se hallan distribuidos de forma muy concentrada en el territorio. El Área Metropolitana de València concentra más del 31% de los centros de la Comunitat Valenciana. Además, se aprecia una cierta concentración en comarcas centrales: 10,5%, entre La Costera y la Vall d´Albaida. En tierras alicantinas destaca la conurbación de Alicante y Elx, sus respectivas comarcas, L´Alacantí y el Baix Vinalopó, con 21%. Otras comarcas son El Baix Segura, El Comtat y El Vinalopó Mitjà, con el 5,2%, respectivamente.
- d. Los Centros Sanitarios Integrados (31), de la misma manera, están muy concentrados. Se encuentran en La Plana de Castelló (22,5%), en el Área Metropolitana de València (9,6%), en Las Marinas (16%), y en El Baix Vinalopó y El Baix Segura (22,5%).
- e. Los Hospitales Generales (43) se localizan en las regiones urbanas de la Comunitat Valenciana. El litoral castellonense concentra alrededor del 10% de los centros hospitalarios; el Área Metropolitana de València, más del 25%; la conurbación de Alicante y Elx, el 18,5%, que, junto a El Baix Segura, suman más del 25%. Además destacan las instalaciones hospitalarias en las comarcas centrales de La Costera, La Vall d´Albaida, La Marina Alta y La Marina Baixa, con el 16,2%; así como La Safor (4,6%) y La Ribera Alta (4,6%).

Cuadro A. Distribución porcentual de tipologías de Centros Sanitarios de la Comunitat Valenciana

COMARCA	1	2	3	4	5
El Baix Maestrat	3,07	2,04	0,00	3,23	2,33
La Plana Alta	4,53	6,12	5,26	9,68	6,98
La Plana Baixa	3,24	4,08	5,26	12,90	2,33
Els Ports	2,10	0,82	0,00	0,00	0,00
L'Alt Maestrat	1,62	0,82	0,00	0,00	0,00
L'Alcalatén	1,29	0,82	0,00	0,00	0,00
El Alto Mijares	3,88	0,41	0,00	0,00	0,00
El Alto Palancia	4,21	0,82	0,00	3,23	0,00
El Camp de Morvedre	2,75	2,04	5,26	0,00	2,33
L'Horta Nord	3,40	6,12	5,26	0,00	2,33
València	4,21	11,84	15,79	3,23	20,93
L'Horta Sud	1,29	7,35	15,79	6,45	2,33
La Ribera Baixa	2,91	1,22	0,00	3,23	0,00
La Safor	5,83	2,86	0,00	0,00	4,65
El Rincón de Ademuz	1,62	0,41	0,00	0,00	0,00
Los Serranos	2,59	1,63	0,00	0,00	0,00
El Camp de Túria	1,46	2,86	0,00	0,00	2,33
La Plana de Utiel-Requena	5,02	1,22	0,00	0,00	2,33
La Hoya de Buñol	1,29	1,22	0,00	0,00	0,00
La Ribera Alta	3,88	4,90	0,00	9,68	4,65
El Valle de Cofrentes-Ayora	1,78	1,22	0,00	0,00	0,00
La Canal de Navarrés	0,97	1,22	0,00	0,00	0,00
La Costera	2,91	2,04	5,26	0,00	2,33
La Vall d'Albaida	4,37	3,67	5,26	0,00	2,33
La Marina Alta	6,47	3,67	0,00	12,90	4,65
La Marina Baixa	3,88	2,86	5,26	3,23	6,98
L'Alacantí	3,07	7,76	15,79	0,00	11,63
El Baix Vinalopó	2,75	3,67	0,00	6,45	6,98
El Baix Segura / La Vega Baja	7,12	4,90	5,26	16,13	6,98
L'Alt Vinalopó / Alto Vinalopó	0,81	2,04	0,00	3,23	0,00
L'Alcoià	0,81	2,86	5,26	3,23	2,33
El Comtat	3,72	1,22	0,00	0,00	0,00
El Vinalopó Mitjà / El Vinalopó Medio	1,13	3,27	5,26	3,23	2,33
Total general	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

1. Consultorios de atención primaria

2. Centros de Salud

3. Centros de especialidades

4. Centros sanitarios integrados.

5. Hospitales generales públicos y privados

Fuente: Elaboración a partir de los datos de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2021 y Dades Obertes GVA.



Cuadro B. Distribución de centros sanitarios según tipologías, en la Comunitat Valenciana

COMARCA	1	2	3	4	5	6	7	8
El Baix Maestrat	19	5	0	1	1	26	41	17
La Plana Alta	28	15	1	3	3	50	113	16
La Plana Baixa	20	10	1	4	1	36	74	20
Els Ports	13	2	0	0	0	15	6	6
L'Alt Maestrat	10	2	0	0	0	12	9	9
L'Alcalatén	8	2	0	0	0	10	12	9
El Alto Mijares	24	1	0	0	0	25	20	20
El Alto Palancia	26	2	0	1	0	29	28	26
El Camp de Morvedre	17	5	1	0	1	24	49	15
L'Horta Nord	21	15	1	0	1	38	105	23
València	26	29	3	1	9	68	491	1
L'Horta Sud	8	18	3	2	1	32	164	20
La Ribera Baixa	18	3	0	1	0	22	40	12
La Safor	36	7	0	0	2	45	77	31
El Rincón de Ademuz	10	1	0	0	0	11	6	6
Los Serranos	16	4	0	0	0	20	20	19
El Camp de Túria	9	7	0	0	1	17	56	16
La Plana de Utiel-Requena	31	3	0	0	1	35	21	9
La Hoya de Buñol	8	3	0	0	0	11	18	9
La Ribera Alta	24	12	0	3	2	41	91	35
El Valle de Cofrentes-Ayora	11	3	0	0	0	14	8	7
La Canal de Navarrés	6	3	0	0	0	9	9	8
La Costera	18	5	1	0	1	25	34	19
La Vall d'Albaida	27	9	1	0	1	38	52	34
La Marina Alta	40	9	0	4	2	55	91	33
La Marina Baixa	24	7	1	1	3	36	91	17
L'Alacantí	19	19	3	0	5	46	203	10
El Baix Vinalopó	17	9	0	2	3	31	113	3
El Baix Segura / La Vega Baja	44	12	1	5	3	65	147	27
L'Alt Vinalopó / Alto Vinalopó	5	5	0	1	0	11	20	7
L'Alcoià	5	7	1	1	1	15	54	8
El Comtat	23	3	0	0	0	26	28	23
El Vinalopó Mitjà / El Vinalopó Medio	7	8	1	1	1	18	64	11
Total general	618	245	19	31	43	956	2.355	526

1. Consultorios de atención primaria

2. Centros de Salud

3. Centros de especialidades

4. Centros sanitarios integrados.

5. Hospitales generales públicos y privados

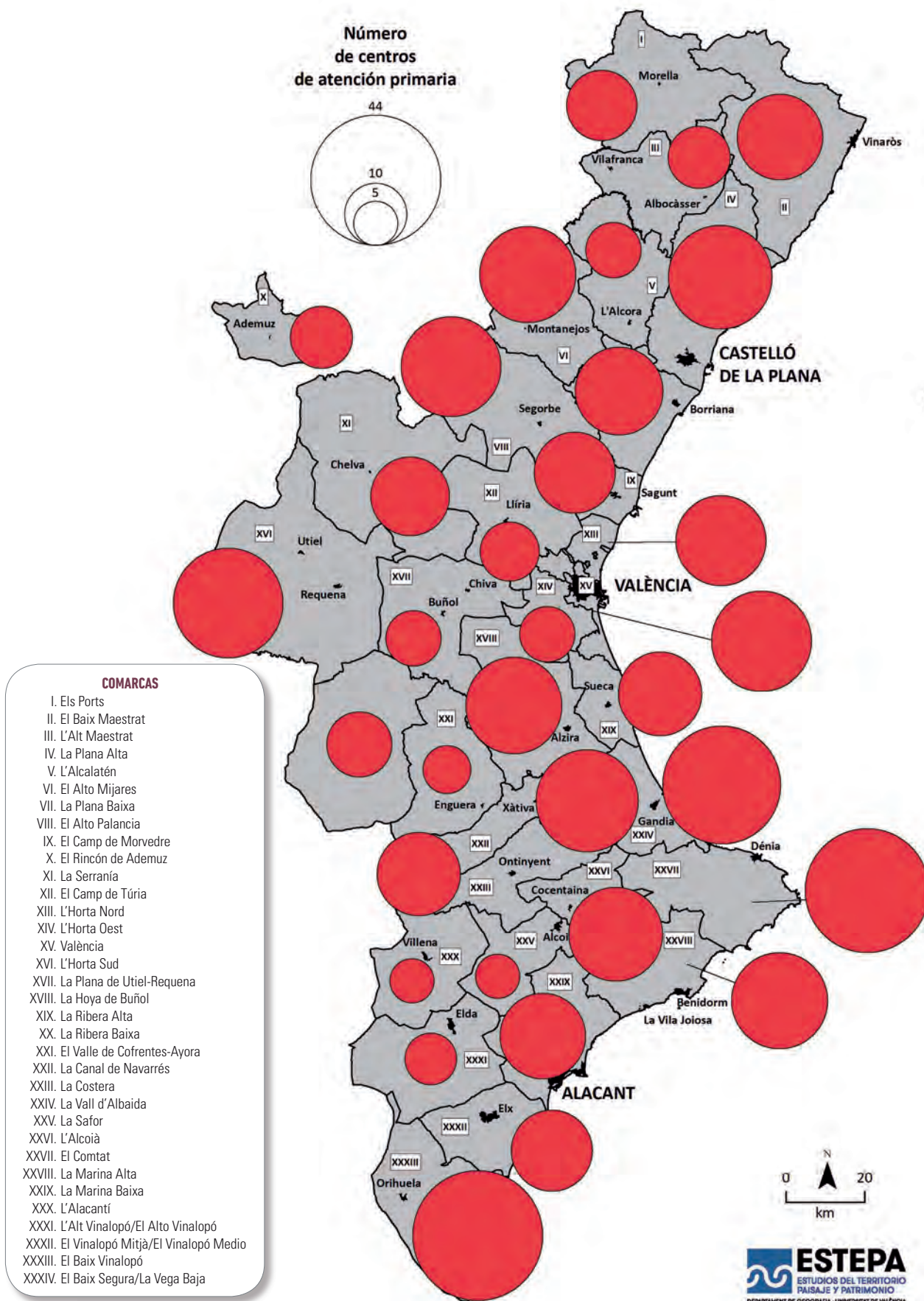
6. Suma de 1 a 5.

7. Farmacias

8. Municipios con farmacias

Fuente: Elaboración a partir de los datos de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2021 y Dades Obertes GVA.

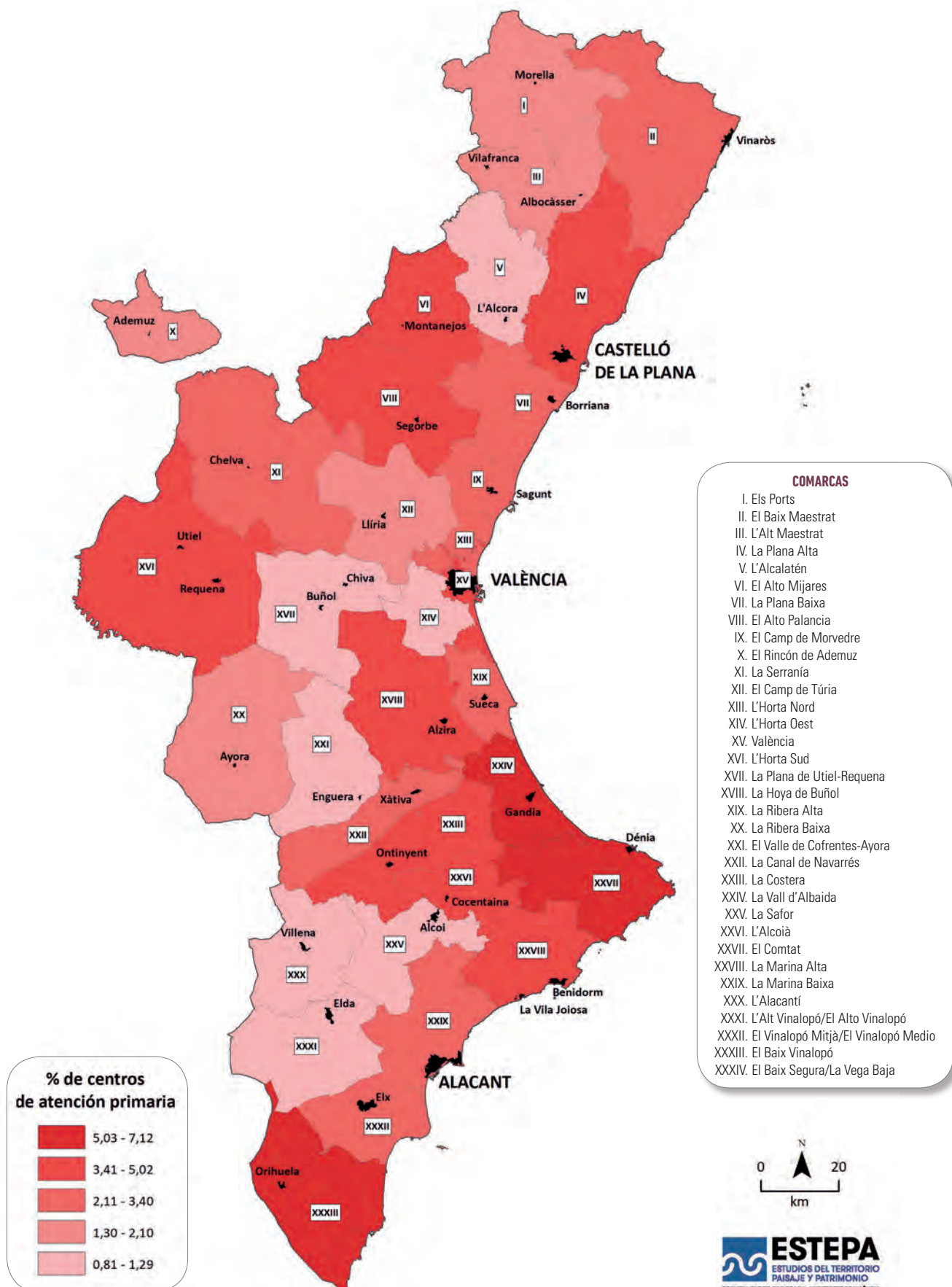
**CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA
DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021**



Mapa 15. Centros de atención primaria de la Comunitat Valenciana. 2021.

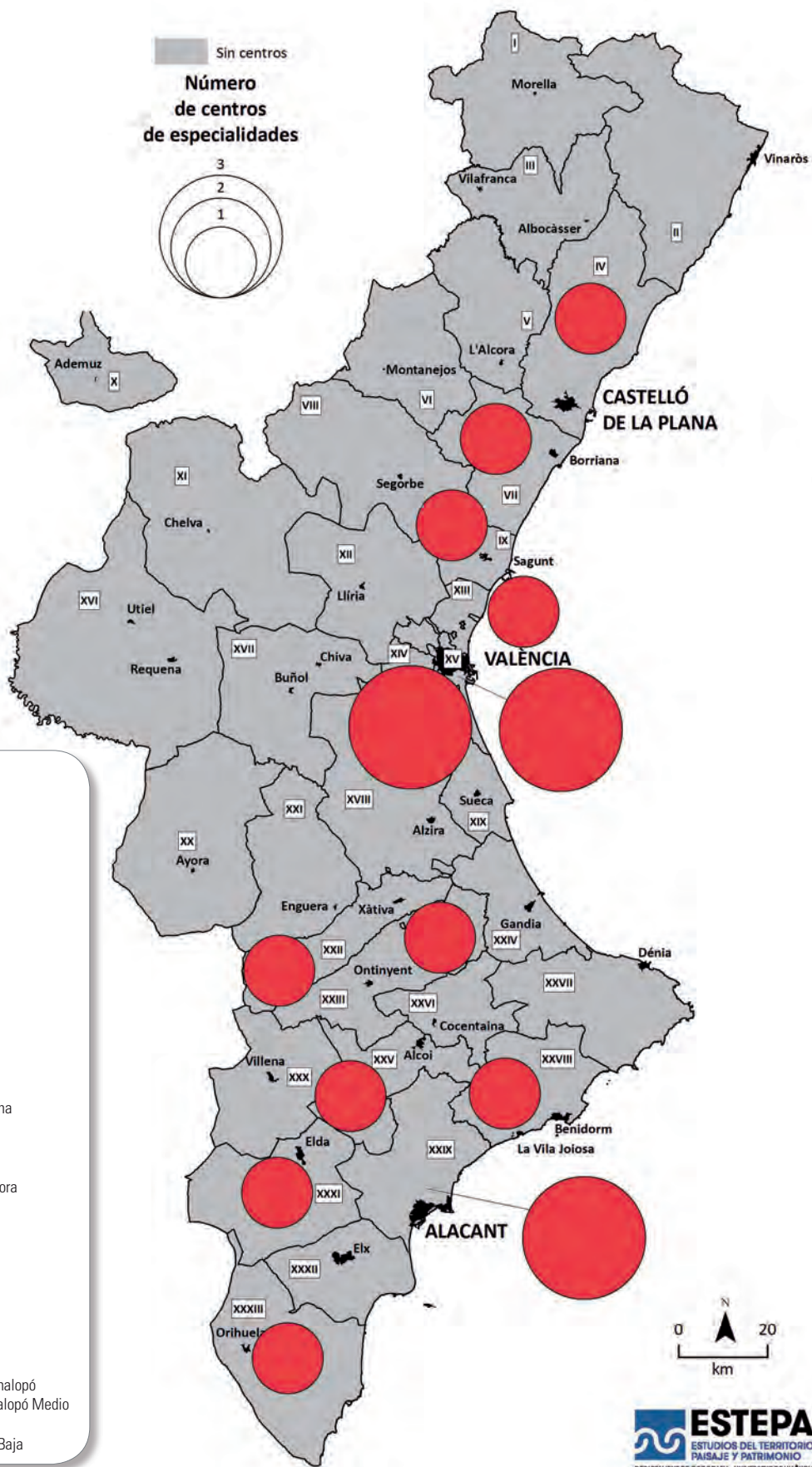
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL COMARCAL DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE EL TOTAL DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021



Mapa 16. Distribución porcentual comarcal de los centros de atención primaria sobre el total de la Comunitat Valenciana. 2021.
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

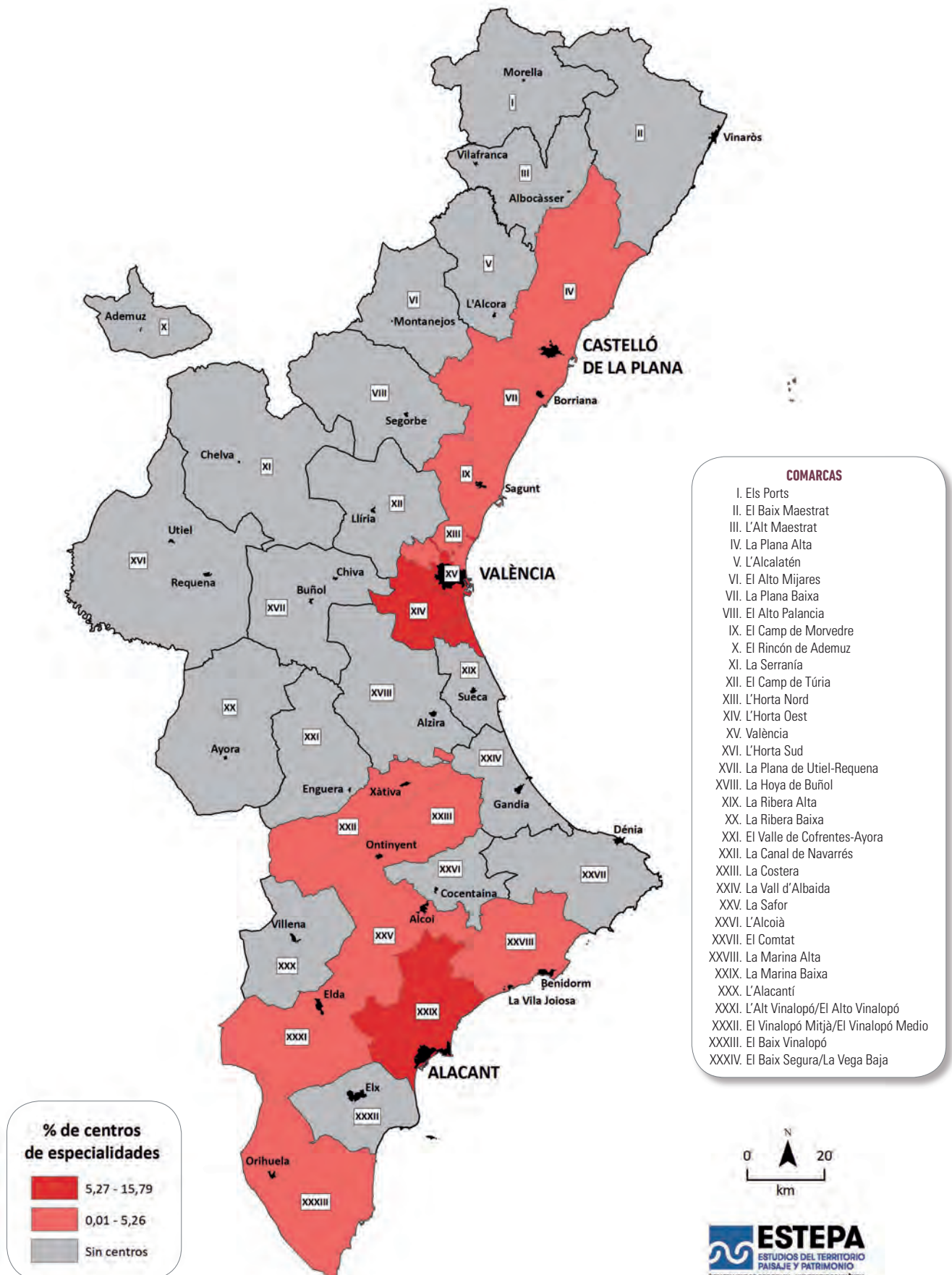
**CENTROS DE ESPECIALIDADES
DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021**



Mapa 17. Centros de especialidades de la Comunitat Valenciana. 2021.

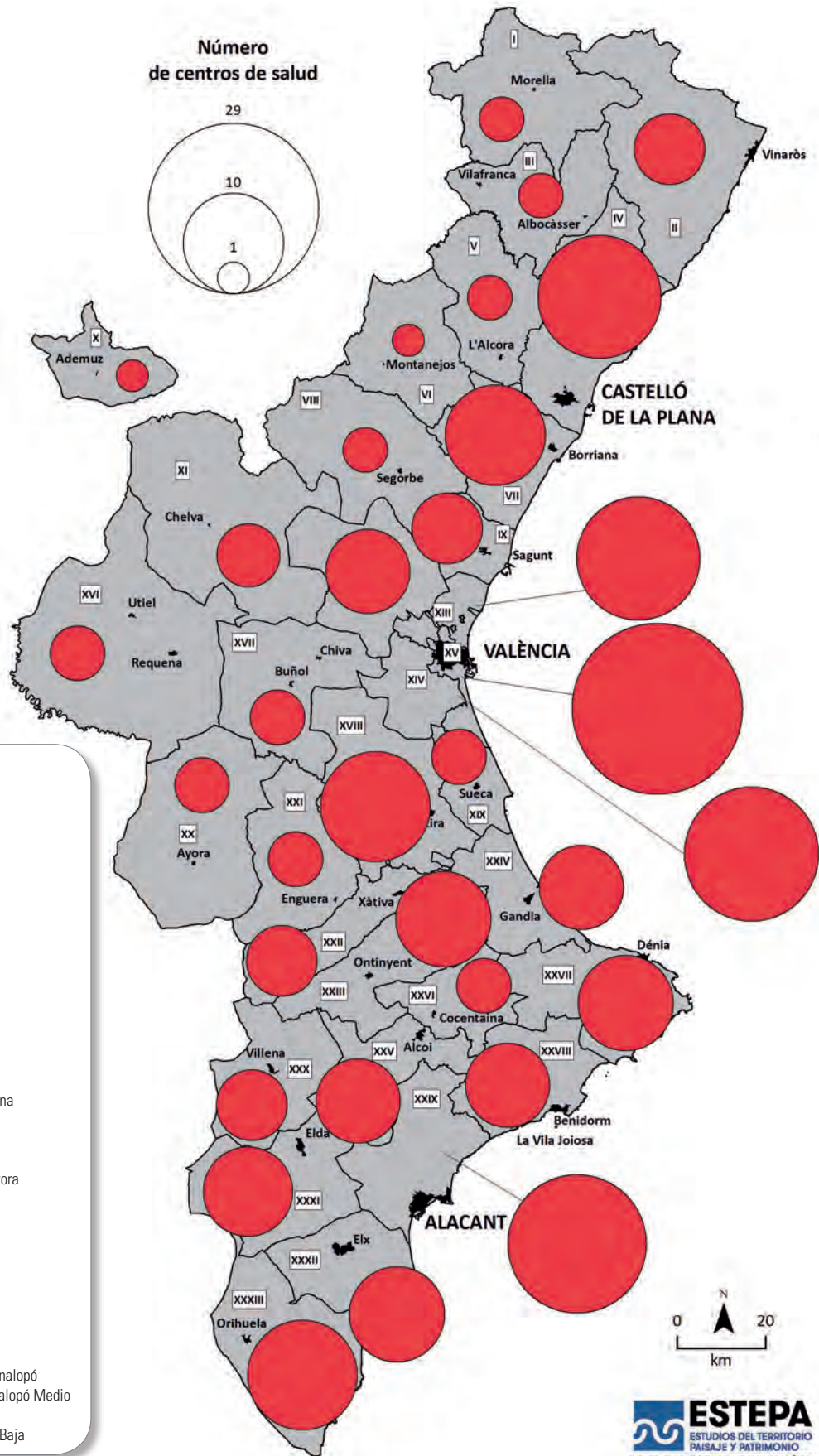
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL COMARCAL DE LOS CENTROS DE ESPECIALIDADES SOBRE EL TOTAL DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021



Mapa 18. Distribución porcentual comarcial de los centros de especialidades sobre el total de la Comunitat Valenciana. 2021.
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

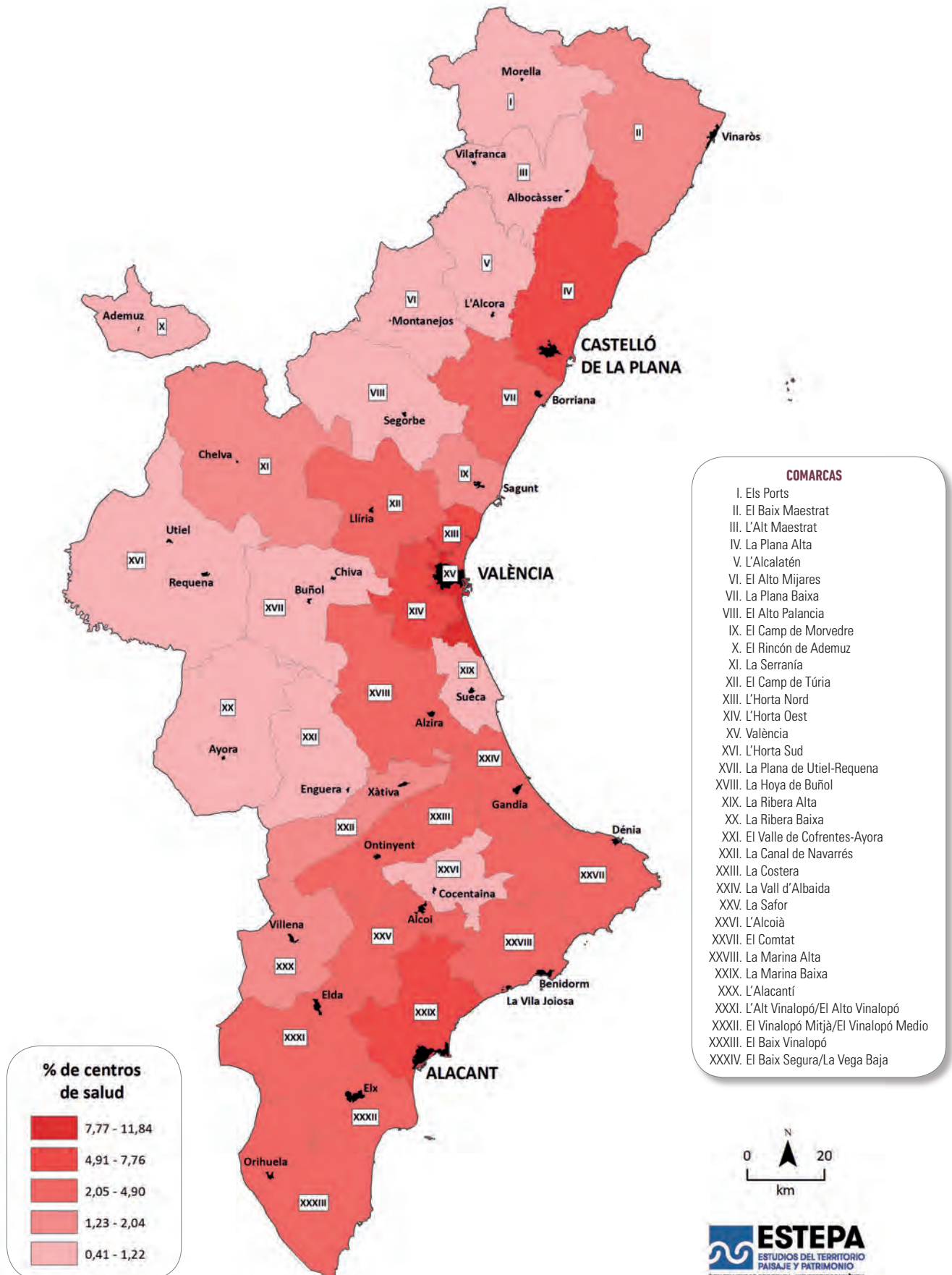
**CENTROS DE SALUD
DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021**



Mapa 19. Centros de Salud de la Comunitat Valenciana. 2021.

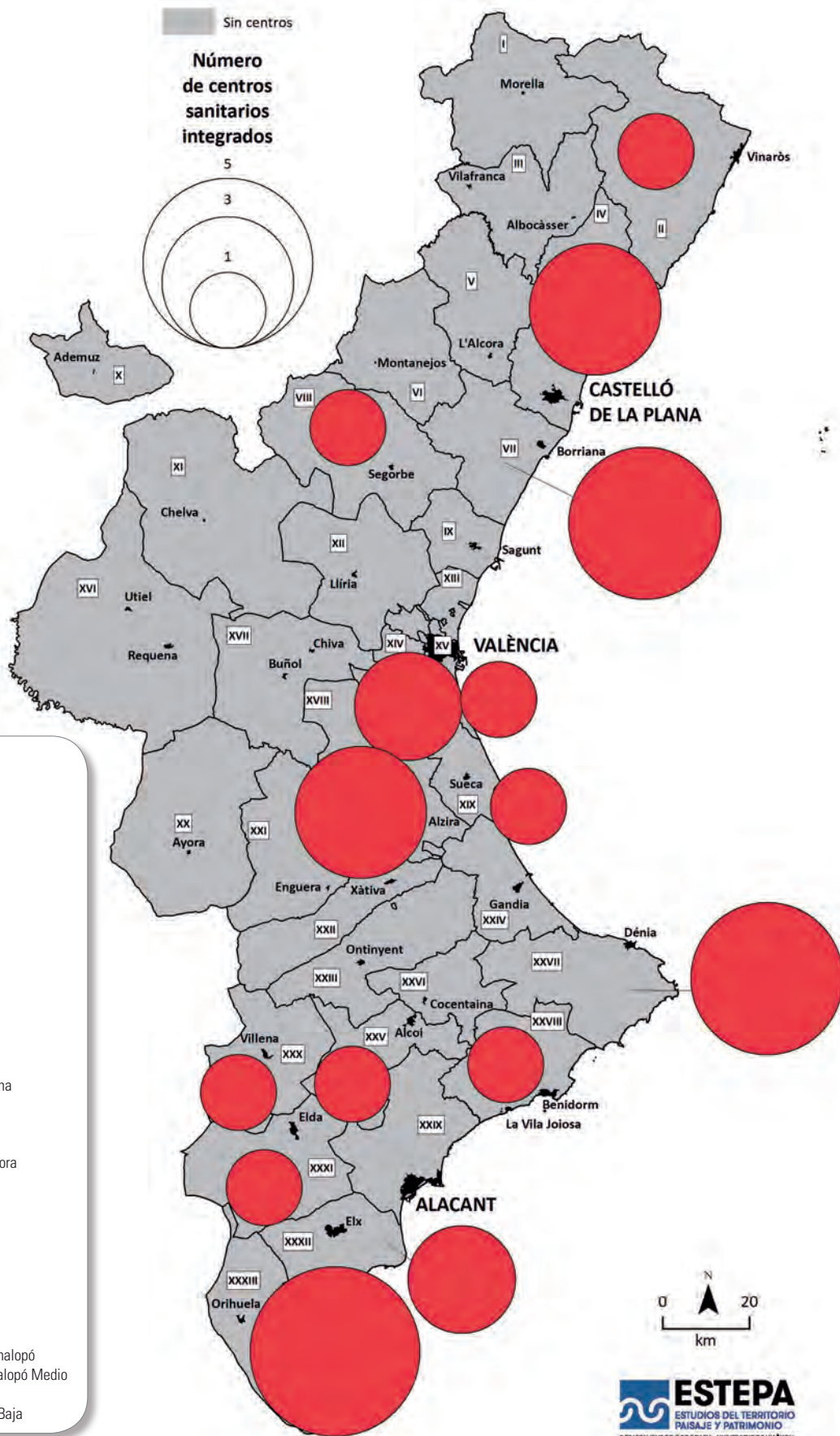
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL COMARCAL DE LOS CENTROS DE SALUD SOBRE EL TOTAL DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021



Mapa 20. Distribución porcentual comarcial de los centros de salud sobre el total de la Comunitat Valenciana. 2021.
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

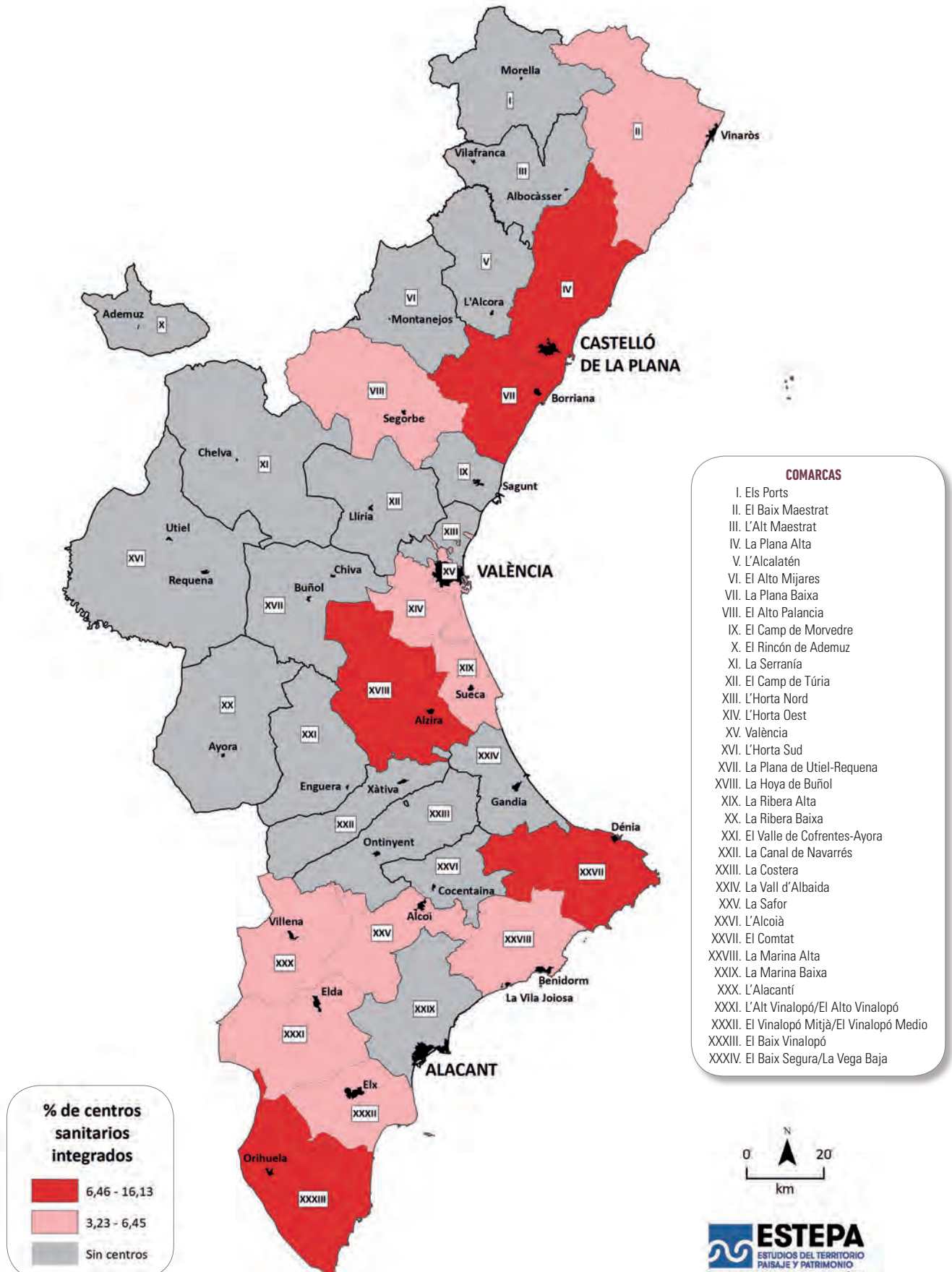
**CENTROS SANITARIOS INTEGRADOS
DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021**



Mapa 21. Centros sanitarios integrados de la Comunitat Valenciana. 2021.

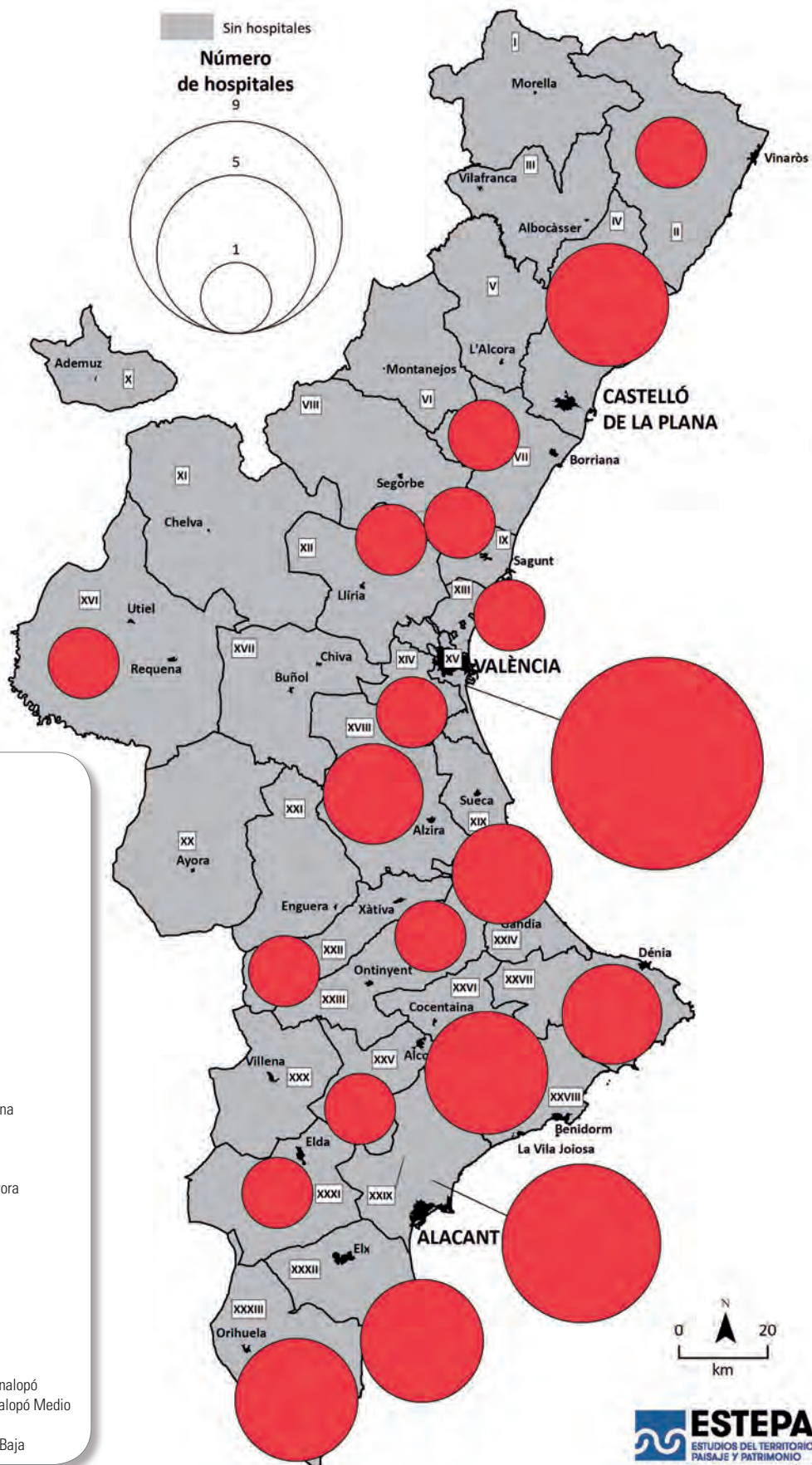
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL COMARCAL DE LOS CENTROS SANITARIOS INTEGRADOS SOBRE EL TOTAL DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021



Mapa 22. Distribución porcentual comarcial de los centros sanitarios integrados sobre el total de la Comunitat Valenciana. 2021.
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

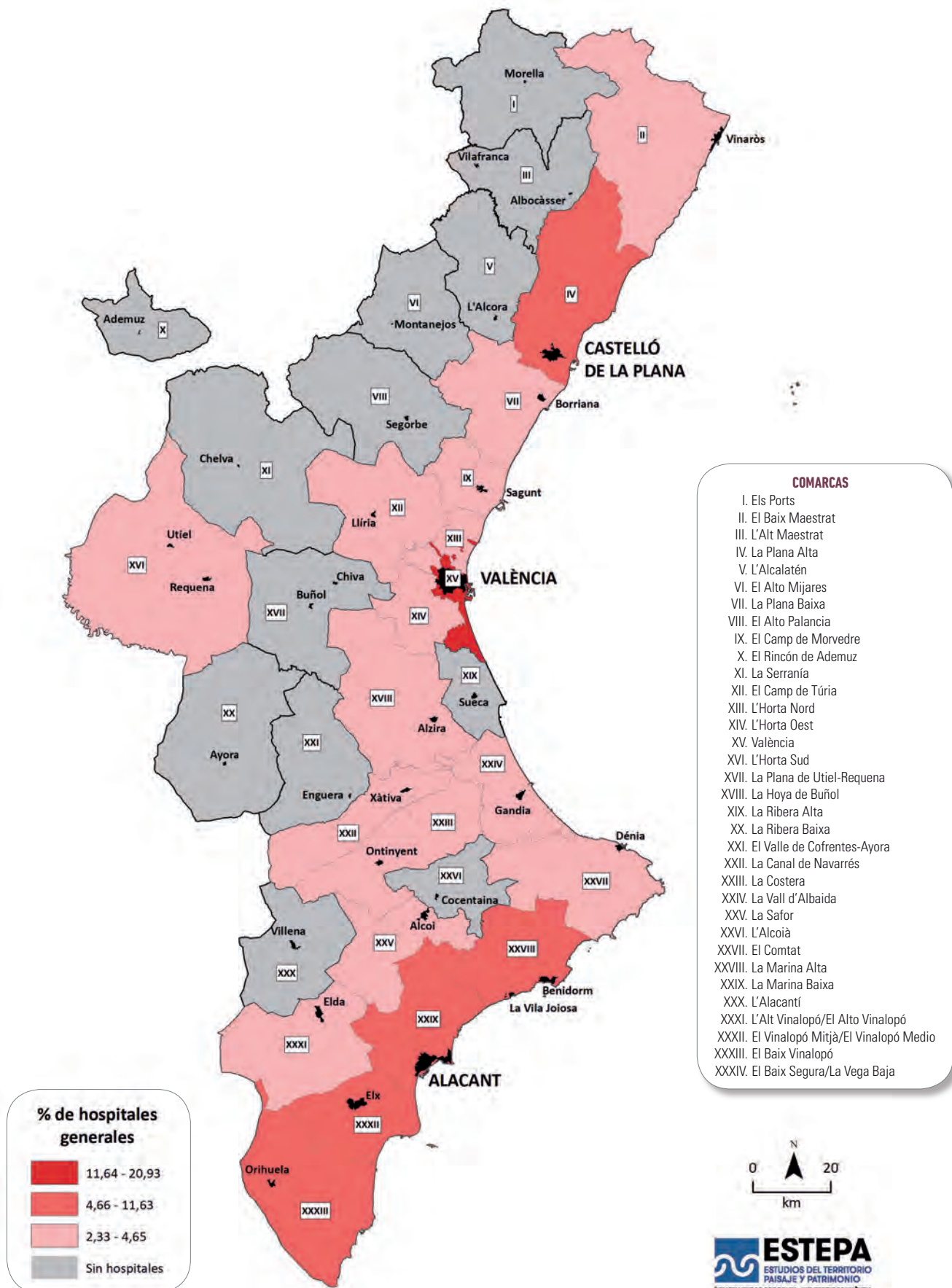
**HOSPITALES GENERALES
PÚBLICOS Y PRIVADOS
DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021**



Mapa 23. Hospitales generales públicos y privados de la Comunitat Valenciana. 2021.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL COMARCAL DE LOS HOSPITALES GENERALES PÚBLICOS Y PRIVADOS SOBRE EL TOTAL DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021



Mapa 24. Distribución porcentual comarcial de los hospitales generales públicos y privados sobre el total de la Comunitat Valenciana. 2021.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

3.5 ESTRATEGIAS VALENCIANAS RELACIONADAS CON LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS: LA ESTRATEGIA VALENCIANA PARA LA RECUPERACIÓN 2020, Y EL PLAN CORRESPONSABLES DEL MINISTERIO DE IGUALDAD

Como se ha apuntado anteriormente la Economía de los Cuidados es hoy uno de los puntales de la economía de los países desarrollados. Más del 10% del empleo está relacionado directamente con trabajos del cuidado; es un yacimiento de contrataciones laborales, además, en alza debido al proceso de envejecimiento de la sociedad valenciana. La economía de los cuidados, de la misma manera, constituye la respuesta social a las necesidades crecientes de los dependientes.

Desde el Gobierno Valenciano se han planteado planes y estrategias que proporcionan respuestas a los retos surgidos a partir de la pandemia del Covid-19. Nos referimos a la Estrategia Valenciana para la Recuperación 2020, y el Plan Corresponsables del Ministerio de Igualdad.

3.5.1 PROPUESTA DE ESTRATEGIA VALENCIANA PARA LA RECUPERACIÓN 2020 (EVR)

Se pretende aprovechar la recuperación post-covid para impulsar cambios estructurales postergados, con la pretensión de converger en prosperidad y servicios con el resto de territorios. Para ello se necesita recuperar el crecimiento, la modernización del tejido productivo valenciano, así como del sector público. La EVR agrupa en torno a cinco grandes ejes estratégicos:

- (a) Empleo, conocimiento e investigación.
- (b) Resiliencia económica y transformación digital.
- (c) Transición ecológica y cohesión territorial.
- (d) Cuidado de las personas e inclusión social.
- (e) Gobernanza regional y administración eficiente.

De la misma manera la EVR se estructura en 14 políticas palancas, “proyectos tractores” que permiten concretarla y caracterizarla:

1. Digitalización de servicios públicos valencianos

1. Educación Digital. 2. Gobierno Inteligente. 3. Justicia Moderna. 4. Sanidad Digital.

2. Digitalización del tejido productivo

1. Tecnologías habilitadoras para industria y servicios. 2. Digitalización sector agrario. 3. Transformación digital del tejido productivo valenciano.

3. Refuerzo de la resiliencia del tejido productivo valenciano

1. Instrumentos financieros para la competitividad empresarial y el empleo. 2. Instrumentos financieros para la solvencia de empresas viables. 3. Instrumentos financieros para impulsar el ecosistema emprendedor. 4. Clúster industrial para la salud y calidad de vida.



4. Plan Recuperatur CV para el refuerzo de la digitalización, sostenibilidad y resiliencia de la cadena de valor turística

1. Digitalización, innovación e inteligencia turística generadora de conocimiento. 2. Clúster de empresas turísticas innovadoras, tecnológicas y sostenibles. 3. Refuerzo de la sostenibilidad del turismo. 4. CDT+i: formación e innovación de agentes de turismo y residentes en zonas interior. 5. II Plan Estratégico de Turismo Accesible de la CV 2021-2025. 6. Ayudas para la resiliencia e implantación de criterios de sostenibilidad. 7. Marketing de turismo post-COVID y Bono Viaje.

5. Apuesta por las cadenas de valor de sectores clave

1. Desarrollo urbanístico del Área Logística Parc Sagunt II. 2. Polo económico del Aeropuerto de Castellón. 3. Refuerzo de la cadena de valor de automoción: MiV. 4. Refuerzo de la cadena de valor agroalimentaria. 5. Refuerzo de la competitividad y la recuperación del sector agroalimentario. 6. Plan Estratégico de Desarrollo de la Acuicultura.

6. Gestión eficiente de los recursos hídricos y protección frente a las avenidas

1. Estrategia valenciana de regadíos. 2. Intervención integral en la gestión de aguas residuales. 3. Plan Vega Renhace.

7. Despoblamiento y preservación de la biodiversidad

1. Infancia y adolescencia activa en el medio rural. 2. Pacto por los bosques. 3. Actuación integral en la Albufera.

8. Energía sostenible

1. VALENCIA BATTERY ALLIANCE. 2. Hidrógeno verde en grandes infraestructuras. 3. Energías renovables innovadoras para la transición justa.

9. Arquitectura bioclimática y sostenibilidad energética

1. Plan para la rehabilitación residencial, pública y privada. 2. Plan de acción EERR en edificios no residenciales. 3. Renovación bioclimática de la arquitectura.

10. Infraestructuras para la competitividad y la transición ecológica

1. Corredor Mediterráneo e infraestructuras ferroviarias estratégicas. 2. Plan de mejora del transporte público por ferrocarril e interurbano por carretera. 3. Plan de potenciación y desarrollo de una red de infraestructuras ciclopeatonal. 4. Electrogasolineras para la movilidad sostenible.

11. Educación y oportunidades para jóvenes: Plan Ariadna

1. Apuesta por la FP. 2. Plan de refuerzo de centros educativos en entornos socioeconómicos desfavorables. 3. Plan de empleo joven de Labora. 4. Reciclaje formativo de jóvenes. 5. Apoyo a la carrera profesional de jóvenes personas investigadoras. 6. Parque público de viviendas para la transición ecológica e innovación social.

12. Cuidado de personas

1. Plan de ampliación y reforma de centros hospitalarios. 2. Plan de construcción, ampliación y reforma de centros de atención primaria. 3. Plan de infraestructuras de servicios sociales 2020-2024. 4. Centro internacional de envejecimiento.

13. Competencias transformadoras para la igualdad de género en la sociedad y la economía digital

1. Competencias transformadoras digitales para la igualdad de género. 2. Plan de

comunicación de una sociedad igualitaria y tecnológica . 3. Impulso de la mujer en el entorno científico–tecnológico. 4. Perspectiva de género en entornos laborales y empresariales. 5. Habilidades digitales básicas para colectivos en riesgo de exclusión.

14. Avance del conocimiento

1. Plan GenT. 2. Incorporación y retención de personas investigadoras de excelencia internacional al SV I+D+i. 3. Transferencia resultados de investigación a las empresas 4. Programa de apoyo a grupos de investigación. 5. Apoyo a infraestructuras y equipamientos para la I+D+i de excelencia. 6. Centro de Alta Tecnología Sanitaria. 7. Estrategia Valenciana de Inteligencia Artificial. 8. Centro Europeo de Gestión y Análisis de Datos.

A continuación, se realiza una identificación de los planes y las acciones del Proyecto Tractor 12 “Cuidado de Personas”:

PROYECTO TRACTOR 12. Cuidado de personas.

12.1 Plan de ampliación y reforma de centros hospitalarios.

Los espacios públicos donde se prestan los servicios sanitarios deben adaptarse a las condiciones cambiantes de su prestación: el incremento de los tratamientos ambulatorios y de las consultas de día, la creación y actualización de nuevos centros de día, los avances técnicos asistenciales o la necesidad de adaptar las edificaciones a nuevos condicionantes técnicos. La demanda asistencial se incrementa y cambia con el paso del tiempo en una progresión previsible. La pandemia ha acelerado el volumen de dicha demanda, acelerando la necesidad de actuar sobre un creciente número de infraestructuras y edificaciones diseñadas con criterios, en contextos y condicionantes que han quedado obsoletos, especialmente en los hospitales.

Las actuaciones de ampliación y reforma de centros hospitalarios mejorarán la capacidad de respuesta de nuestro sistema sanitario y ayudarán a incrementar notablemente la capacidad de hospitalización, necesaria para alcanzar la ratio idónea atendiendo a la población de la Comunitat Valenciana, tras un periodo durante el cual los ajustes presupuestarios han mantenido las inversiones en niveles bajos.

12.2 Plan de construcción, ampliación y reforma de centros de atención.

La atención primaria es un eje básico de nuestro sistema de salud, al ser la puerta de entrada y el recurso sanitario más cercano a la ciudadanía. La pandemia ha demostrado la necesidad de reforzar su estructura para consolidarla como un modelo de atención sanitaria competente, resiliente, autoorganizada y orientada a la comunidad, capaz de poder asumir funciones de vigilancia epidemiológica de campo frente al COVID-19 y otras emergencias similares, y realizar un correcto seguimiento de la salud de la población.

La calidad en la prestación del servicio de atención primaria depende, en buena medida, de la infraestructura (edificios, espacios) donde se presta la atención sanitaria a la ciudadanía, y del equipamiento de los mismos.



Los edificios donde se presta la atención primaria en la Comunitat Valenciana requieren intervenciones de construcción, ampliación y renovación de espacios e instalaciones para adecuarse a las necesidades cambiantes de la atención, a la normativa actual, a los cambios tecnológicos, a los desafíos generados por la pandemia que obligan a reforzar las medidas para garantizar circuitos diferenciados de atención a pacientes COVID-19 y no COVID-19 y, en general, para ofrecer una atención de calidad a las personas pacientes. El Plan de Ampliación y Reforma de Centros Sanitarios de Atención Primaria de la Comunitat Valenciana se orienta a esos objetivos y, siguiendo la línea establecida por la Directiva (UE) 2018/844, incorpora medidas de sostenibilidad ambiental, ahorro energético, accesibilidad universal, flexibilidad y humanización, para adaptar los centros a las nuevas necesidades asistenciales.

12.3 Plan de infraestructuras de servicios sociales 2020-2024.

Para favorecer la inclusión social de las personas que por su edad o circunstancias requieren apoyos para llevar a cabo una vida más autónoma y posible, la Comunitat Valenciana dispone de una red de centros y plazas, tanto públicos como privados, significativamente inferior a la media española.

Por otro lado, existe una desigualdad manifiesta en la distribución de esos recursos a lo largo del territorio valenciano, con una menor presencia en los territorios de interior y en las zonas rurales en riesgo de despoblamiento, los más envejecidos. Junto a lo anterior debe tenerse presente que la pandemia ha puesto sobre la mesa las debilidades de los centros de mayores para enfrentarse a las exigencias derivadas de las crisis sanitarias, dada la vulnerabilidad de la mayoría de personas que residen en ellos. Esta iniciativa impulsa un Plan de infraestructuras para atender a las prioridades detectadas en el mapa de necesidades de Servicios Sociales, del que se desprende falta de plazas en todos los sectores poblacionales: infancia, diversidad funcional, salud mental, mujeres que sufren violencia de género.

Se trata de un problema que se está agravando especialmente en el caso de las personas mayores y con enfermedad mental. Al ser el envejecimiento uno de los mayores retos del siglo XXI se necesitará ampliar la red de centros y hacerlo de manera que se favorezca la autonomía de las personas mayores y un envejecimiento activo, ofreciendo un entorno residencial seguro y confortable. El Plan contempla la construcción de nuevos centros, residencias, casas de acogida y viviendas tuteladas en todo el territorio valenciano, y la mejora de los centros propios, mediante la reforma integral de los centros dependientes de la Generalitat para actualizar las infraestructuras a los requisitos actuales de habitabilidad, accesibilidad y seguridad contra incendios.

También contempla la adaptación de los centros existentes a las necesidades de nuevos modelos residenciales, basados en unidades de convivencia más reducidas y favorables de la autonomía surgidos para prestar una atención segura y de calidad, teniendo en cuenta las lecciones aprendidas del COVID-19.

12.4 Centro internacional de envejecimiento.

El objetivo es crear un centro de investigación biomédica de ámbito internacional para estudiar el envejecimiento con una perspectiva pluridisciplinar, incorporando las aproximaciones socioeconómicas junto a las de las ciencias de la salud.

3.5.2 EL PLAN CORRESPONSABLES DEL MINISTERIO DE IGUALDAD

La Secretaría de Estado de Igualdad y contra la Violencia de Género, del Ministerio de Igualdad, aprobó en el año 2021 el Plan Corresponsables. Una nueva política pública con apoyo específico para la conciliación de familias con niños y niñas menores de 14 años (Ministerio de Igualdad, 2021). El Plan Corresponsables propone una serie de actuaciones estructuradas en tres tipos de proyectos, entre ellos el denominado «Bolsas de cuidado profesional para familias con hijas e hijos menores de 14 años». Así, la Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas de la GVA aprobó el decreto 178/2021, que regula ayudas en este aspecto. Se pretende actuar en ámbito de la economía de las 3C (criar, cuidar y curar), con el fin de crear empleo de calidad.

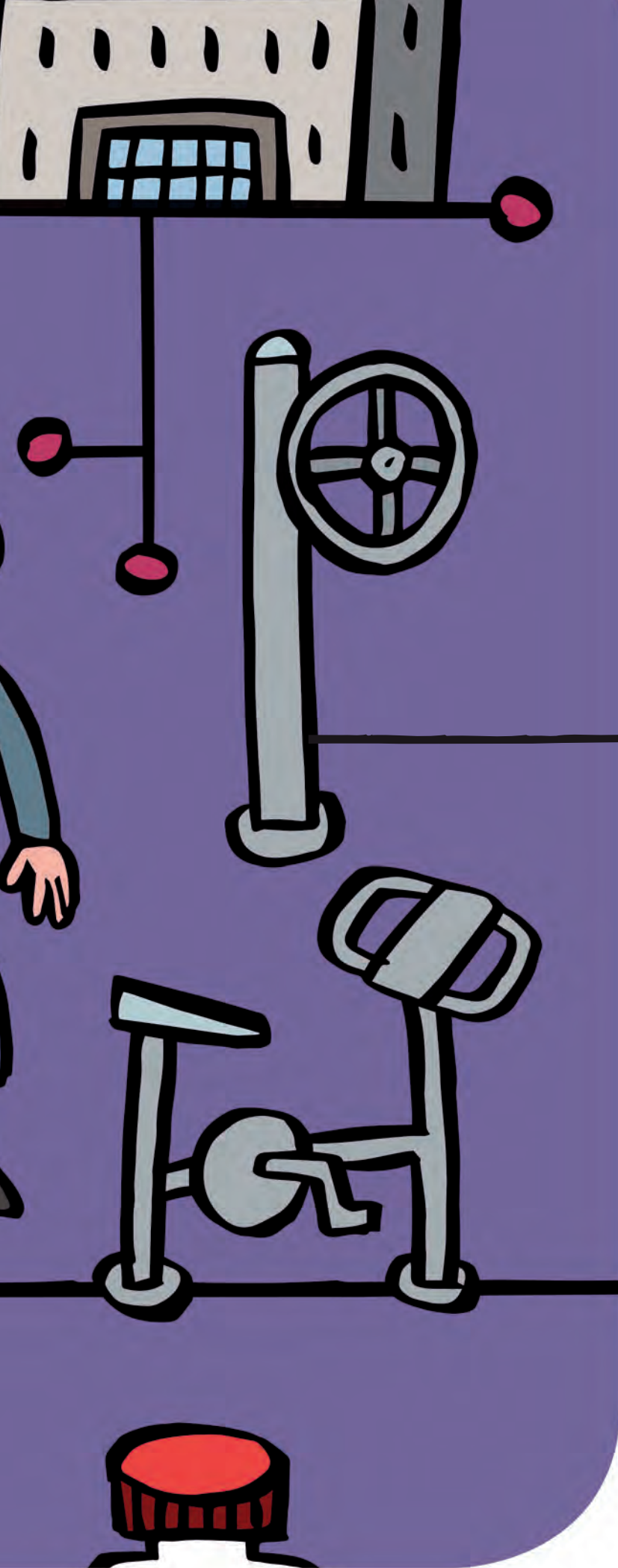
En concreto, el decreto del Consell regula la concesión directa de subvenciones a las entidades locales para habilitar servicios de cuidado profesional de calidad de niños y niñas, que se prestarán en dependencias públicas habilitadas a este efecto, como por ejemplo escuelas, centros municipales o polideportivos, entre otros.

Los cuidados se podrán prestar en periodos no lectivos, mediante proyectos de ocio educativo como escuelas de verano, de invierno o similares; o mediante servicios de canguro (prestados en una instalación adecuada). También se podrán prestar en días lectivos, a través de la ampliación de horarios matinal y vespertino en los centros escolares y otras instalaciones municipales.

Además, la puesta en funcionamiento de estos servicios tendrá que ir aparejada a la contratación de personas jóvenes y mujeres mayores de 45 años, que son los colectivos más afectados en términos de desocupación por la crisis económica y sanitaria.







04

**LA ECONOMÍA
DE LOS CUIDADOS
EN LA PROVINCIA
DE CASTELLÓN**



Luisa Alama Sabater

Vicente Budí Orduña

Juan J. Rubert Nebot

Universitat Jaume I de Castelló

María José Villalba

Alto Palancia

Olga Oruña

Municipis Ceràmics

Daniel Bergadà

Els Ports

4.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN Y NECESIDADES ASOCIADAS A LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS

4.2 ESTRUCTURA DE CENTROS DE SERVICIOS SANITARIOS Y DE ATENCIÓN SOCIAL EN LA PROVINCIA DE CASTELLÓN

4.3 ZONIFICACIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO DE SERVICIOS SOCIALES EN LA PROVINCIA DE CASTELLÓN

4.4 EL PAPEL DE LA DIPUTACIÓN DE CASTELLÓN

4.5 EL CONTEXTO DE ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS DESDE EL PUNTO DE VISTA LABORAL

4.6 LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS Y LOS PACTOS POR EL EMPLEO

04

LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS EN LA PROVINCIA DE CASTELLÓN

Luisa Alama Sabater

Vicente Budí Orduña

Juan J. Rubert Nebot

Universitat Jaume I de Castelló

María José Villalba

Alto Palancia

Olga Oruña

Municipis Ceràmics

Daniel Bergadà

Els Ports

4.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN Y NECESIDADES ASOCIADAS A LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS

Afrontar el análisis del empleo y los servicios públicos o privados asociados al concepto de economía de los cuidados definido anteriormente nos lleva a delimitar en primer lugar las características de la población objetivo y su localización en el territorio.

El dato más importante, como se ha indicado, es el que hace referencia a la estructura de edad de la población de la Comunitat Valenciana y, en este caso, de la provincia de Castellón. La diferencia entre el agregado autonómico y provincial lo establece el mayor envejecimiento que se observa en la provincia de Castellón y que se acrecienta cuando nos fijamos en la situación de los municipios de menor tamaño que, además, se sitúan mayoritariamente en el interior de la provincia. Estos datos están en línea con las publicaciones elaboradas en el contexto del proyecto AVALEM Territori en los últimos años¹.

En datos más concretos, las diferencias se observan para diferentes tamaños de población que, de acuerdo con la estructura de servicios sociales y economía de los cuidados de la Conselleria² nos lleva a indicar como tamaño de referencia los municipios de más (o de menos) de 5.000 habitantes.

Las pirámides de población actualizadas para la provincia de Castellón y la pirámide para los municipios de menos de 5.000 habitantes muestran que en gran medida el estrechamiento de la base de la pirámide se produce principalmente en los municipios de menor tamaño, lo que también se observa en la mayor tamaño de las cohortes de mayor edad que, en definitiva, muestran una mayor grado de envejecimiento de la población y un uso potencialmente mayor de los servicios sociales y prestaciones relacionadas con la economía de los cuidados, cuando nos referimos a los mayores.

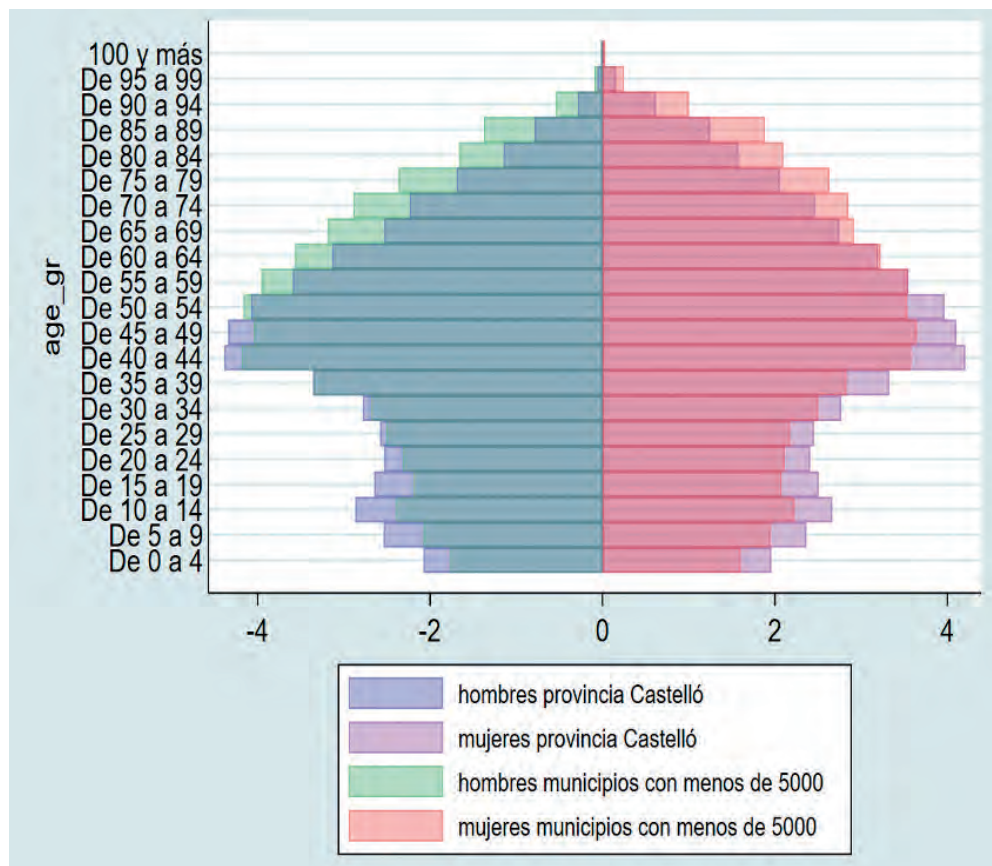
La pirámide que se muestra resulta de la superposición de las pirámides para municipios de más y menos de 5.000 habitantes. En esta imagen se muestra el comportamiento diferencial según tamaño, y se deduce como el envejecimiento afecta en mayor medida a los municipios de menor tamaño.



¹Publicaciones AVALEM Territori disponibles online en <https://avalemterritori.es/es/publicaciones/>.

²Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas.

Figura 1. Pirámide de edad. Población según municipio de residencia entre localidades de más y menos de 5000 habitantes (provincia de Castellón).



Por otro lado, y como ponen de manifiesto publicaciones realizadas de análisis de la despoblación y el envejecimiento en la Comunitat Valenciana³, la concentración de estos municipios de menor tamaño y afectados por elevado envejecimiento y la despoblación se sitúan casi exclusivamente en el interior, y especialmente sucede en la provincia de Castellón que concentra algo menos del 50% de los municipios en riesgo de despoblación de la Comunitat Valenciana. Y todo ello, a los efectos que interesa a este informe, amplifica las necesidades de atención a las personas, servicios sociales y, en definitiva, del desarrollo y el adecuado funcionamiento del sector de los cuidados.

4.2 ESTRUCTURA DE CENTROS DE SERVICIOS SANITARIOS Y DE ATENCIÓN SOCIAL EN LA PROVINCIA DE CASTELLÓN

Una cuestión previa de gran interés en la economía de los cuidados, y como se ha señalado en el capítulo de contextualización de la situación en el conjunto de la Comunitat Valenciana, lo constituye la información sobre centros de atención sanitaria en sus diferentes niveles en el ámbito provincial.

Los datos de la tabla 4.1 muestran una oferta importante de centros sanitarios en el territorio provincial. Destaca el número de centros en las áreas de la Plana, en concreto en centros de especialidades y hospitales, al encontrarse en estas dos áreas y en el Baix Maestrat los hospitales de referencia ubicados en la provincia de Castellón.

³Budí y Alamá (ed.) 2022 (disponible en <https://fundacionxe.org/publicacions/el-despoblament-al-territori-valencia-una-visio-poliedrica/>).

Debemos señalar, en el lado positivo, la existencia de farmacias en la práctica totalidad de municipios, al igual que sucede con los consultorios médicos. Sin embargo, y como carencia en la información, no se dispone de datos concretos sobre horarios y días de atención que, en algunos municipios de menor tamaño, muestran comportamientos más erráticos con ajustes a la baja en el nivel de atención prestado por el sistema sanitario público.

Tabla 4.1. Centros sanitarios en provincia de Castellón por comarcas.

COMARCA	Población	Total de Municipios	Consultorios de atención primaria	Centros de salud	Centros de especialidades	Centros sanitarios integrados	Hospitales generales	Consultorios, centros de salud, de especialidades, integrados y hospitales	Farmacias	Municipios con farmacias
El Baix Maestrat	83.143	18	19	5	0	1	1	26	41	17
La Plana Alta	256.413	17	28	15	1	3	3	50	113	16
La Plana Baixa	192.495	20	20	10	1	4	1	36	74	20
Els Ports	4.373	13	13	2	0	0	0	15	6	6
L'Alt Maestrat	6.668	9	10	2	0	0	0	12	9	9
L'Alcalatén	15.649	9	8	2	0	0	0	10	12	9
El Alto Mijares	3.922	22	24	1	0	0	0	25	20	20
El Alto Palancia	24.401	27	26	2	0	1	0	29	28	26
Total general	587.064	135	148	39	2	9	5	203	303	123

Tabla 4.2. Centros residenciales en provincia de Castellón según comarca en tasa porcentual por 100.000 habitantes

COMARCA	Residencias acreditadas y residencias con centros de día para personas mayores dependientes.	Centros residenciales acreditados. Diversidad funcional.	Centros residenciales acreditados. Enfermedad mental.	Centros de día y residencias con centro de día acreditados para personas mayores dependientes	Centros diurnos y residencias con centros diurnos para personas con diversidad funcional.	Centros diurnos y residencias con centros diurnos para personas con Enfermedad mental.
El Baix Maestrat	22,56	2,84	0,00	22,56	2,84	0,00
La Plana Alta	31,40	3,24	0,93	16,75	6,02	0,46
La Plana Baixa	25,29	1,24	0,62	25,29	3,10	0,00
Els Ports	163,27	0,00	0,00	81,63	0,00	0,00
L'Alt Maestrat	48,97	0,00	16,85	48,97	0,00	16,85
L'Alcalatén	28,27	0,00	0,00	28,27	0,00	0,00
El Alto Mijares	155,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
El Alto Palancia	65,92	4,71	0,00	16,48	4,71	0,00

La información sobre centros residenciales por comarcas aporta dos conclusiones de interés (Tabla 4.2): en primer, el lugar de la proporción de centros ubicados en las comarcas de Els Ports y Alto Mijares con una ratio superior a 100 respecto del número de habitantes (ratios por 100.000 habitantes), lo que nos indica una mayor concentración de estos centros en aquellas comarcas especialmente afectadas por el envejecimiento, y de la misma manera que se trata de comarcas receptoras de clientes desde otras comarcas castellonenses. Se puede deducir además que hay un cierto grado de especialización en economía de los cuidados.



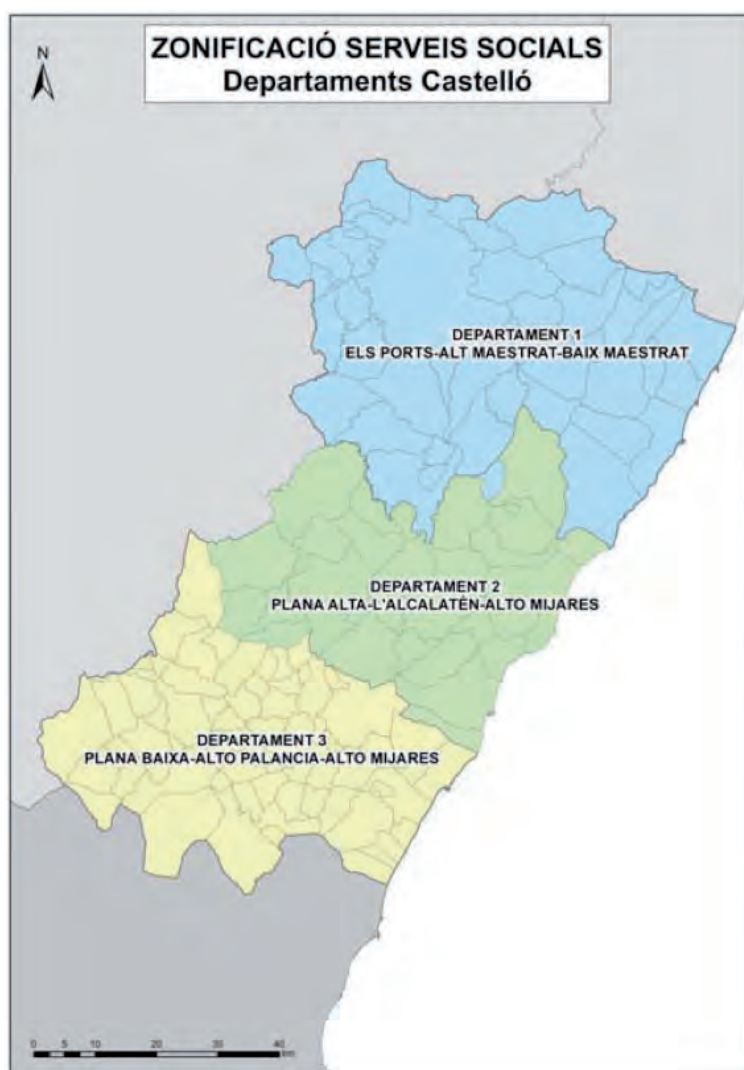
En segundo lugar, dichos datos ponen de manifiesto la ausencia de algunos centros especializados en determinadas comarcas, pues están concentrados en comarcas específicas, como resultado de decisiones sobre ubicación de centros (públicos o privados) realizadas en el pasado. El análisis por municipios permite constatar el peso de la ciudad de Castelló de la Plana, seguido de las localidades con mayor población como son Vila-Real, Benicarló y La Vall d'Uixó, además de otros municipios de menor tamaño en los que se ubicaron algunos de estos centros (tabla 4.3).

Tabla 4.3. Centros según especialidad por municipios, provincia de Castellón.

COMARCA	Residencias acreditadas y residencias con centros de día mayores dependientes	Centros de día acreditados para mayores dependientes	Centros residenciales acreditados. Diversidad funcional	Centros residenciales acreditados. Enfermedad mental	Centros diurnos para personas con diversidad funcional	Centros diurnos para personas con Enfermedad mental	Total de centros
Albocàsser	0	0	0	1	0	0	1
Alcora, l'	1	1	0	0	0	0	2
Almassora	2	1	0	0	0	0	3
Benicarló	2	1	2	0	1	0	6
Benicàssim	2	0	0	1	0	0	3
Borriol	0	0	1	0	0	0	1
Borriana	2	0	0	0	1	0	3
Cabanes	1	0	0	0	0	0	1
Castelló de la Plana	9	1	4	0	7	1	22
Coves de Vinromà	0	1	0	0	0	0	1
Forcall	1	0	0	0	0	0	1
Moncofa	1	0	0	0	0	0	1
Montán	1	0	0	0	0	0	1
Morella	1	1	0	0	0	0	2
Navajas	1	0	0	0	0	0	1
Nules	1	0	0	0	0	0	1
Onda	1	2	0	0	1	0	4
Peníscola	1	0	0	0	0	0	1
Segorbe	2	0	1	0	1	0	4
Torreblanca	1	0	0	0	1	0	2
Vall d'Uixó	1	1	1	0	2	0	5
Vilafamés	0	0	1	0	0	0	1
Vilafranca	1	0	0	0	0	0	1
Villahermosa del Río	1	0	0	0	0	0	1
Vila-real	3	1	1	1	1	0	7
Vinaròs	1	2	0	0	0	0	3
Viver	1	0	0	0	0	0	1
TOTAL	38	12	11	3	15	1	80

4.3 ZONIFICACIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO DE SERVICIOS SOCIALES EN LA PROVINCIA DE CASTELLÓN

La caracterización de los servicios sociales en la provincia de Castellón pasa, en primer término, por identificar la estructura territorial de estos servicios desde una escala más amplia hasta llegar al ámbito municipal. La distribución territorial se acomete a partir de cuatro niveles: departamentos, áreas, zonas básicas y municipios. La estructura de los departamentos se asimila con las áreas hospitalarias en función de los hospitales de referencia existentes en la provincia de Castellón, si bien con algunas matizaciones. El mapa refleja esta zonificación.



Desde el enfoque de los informes elaborados para el proyecto AVALEM Territori, es importante señalar la forma en que la creación de zonas básicas de servicios sociales ha contribuido a la creación de Pactos por el Empleo e incluso se ha incentivado la aparición de nuevas mancomunidades. Tal como se señala desde los Pactos por el Empleo, la creación de estas zonas básicas por razones fundamentalmente relacionadas con una mejor prestación de servicios asistenciales ha sido un primer paso para la colaboración entre entidades locales que, tras un periodo de trabajo en común, están dando lugar a una colaboración en otros aspectos del desarrollo territorial.

DEPARTAMENTO 1: ELS PORTS - ALT MAESTRAT - BAIX MAESTRAT

El Departamento 1, que engloba las comarcas de Els Ports, Alt Maestrat y Baix Maestrat

ÀREA	ZONA BÀSICA	MUNICIPI(S)
1.1	1.1.1. Vinaròs	Vinaròs
1.2	1.2.1. Benicarló	Benicarló
1.3	1.3.1. Peníscola	Peníscola
	1.3.2. Alcalà de Xivert	Alcalà de Xivert
1.4	1.4.1. Baix Maestrat	Càlig Traiguera Rosell La Jana Canet lo Roig San Rafael del Río
	1.4.2. Castelló Nord	Sant Mateu Sant Jordi Santa Magdalena de Pulpis Catí La Salzadella Xert Cervera del Maestrat
1.5	1.5.1. Els Ports	Morella Vilafranca del Cid Forcall Cinctorres La Pobla de Benifassà Portell de Morella Ares del Maestrat Castelfort La Mata de Morella Tudolella Olocau del Rey Zorita del Maestrazgo Vallibona Herbers Villores Palanqués Castell de Cabres
	1.5.2. Alt Maestrat	Albocàsser Benassal Culla Tírig Vilar de Canes La Torre d'en Besora La Serratella

con una población de referencia, en el momento de constituir estos departamentos, de unos 93.000 habitantes y 41 localidades, tiene como hospital de referencia el de Vinaròs. Dentro de esta comarca, los servicios se distribuyen en zonas básicas, donde destacan los municipios de mayor tamaño de Vinaròs y Benicarló con áreas integradas únicamente por estos municipios. La situación es muy diferente en el caso de la zona básica de Els Ports que engloba los 17 municipios que componen la comarca, incluido en esta asignación el municipio de Vilafranca que, a todos los efectos se encuentra integrado en la comarca, mancomunidad y pacto por el empleo de Els Ports.

Otro de los elementos que se constatan en esta estructura de servicios sociales es la opción de separar municipios de mayor tamaño de aquellos que cuentan con una población inferior. Este hecho se observa con nitidez en el área 3 (del departamento 1) que incluye a Peníscola y Alcalá de Xivert y no plantea la integrar combinaciones con el municipio de Santa Magdalena de Pulpis. Por otro lado, y sirven estos mismos municipios de ejemplo, la distribución es fiel al sistema de comarcas históricas y la conexión con los hospitales de referencia, señalados en un apartado anterior, y que evitan incorporar en este esquema de servicios, el caso de les Coves de Vinromà o Torreblanca.

DEPARTAMENTO 2: PLANA ALTA - L'ALCALATÉN - ALTO MIJARES

El departamento 2 integra las comarcas de l'Alcalatén, Plana Alta y parcialmente el Alto Mijares. Este departamento es el más importante en número total de habitantes con cerca de los 270.000 habitantes y un total de 29 municipios. Es evidente que el centro neurálgico es la ciudad de Castelló de la Plana que, por sí sola conforman un área y zona básica, al igual que sucede con los municipios de Almassora, Benicàssim y l'Alcora. Por otra parte, Torreblanca y Orpesa integran una misma área, con dos zonas básicas integradas por cada uno de estos municipios con un aparente puenteo sobre el término municipal de Cabanes. Debemos señalar que este salto que se produce en la línea de costa a la altura de Cabanes afecta a los residentes en algunos de los emplazamientos turísticos de la zona de playa, próxima a Orpesa y Torreblanca, y que cuenta con grupos de residentes durante todo el año, y no limitados al periodo estival.

Como se ha indicado anteriormente, algunas de las zonas básicas han favorecido la integración de municipios limítrofes interesados en la prestación de servicios sociales, colaboración que se ha extendido a otros aspectos relacionados con la puesta en común de recursos y planes de desarrollo que, en mayor o menor medida, son compartidos en el territorio. Así tenemos los casos de las zonas básicas de Penyagolosa que coincide con la Mancomunitat de Penyagolosa-Pobles del Nord, la zona básica de l'Alcalatén-Alto Mijares que da lugar a la Mancomunitat y a la constitución del pacto territorial por el empleo integrado por todos los municipios de la mancomunidad con la excepción de Costur. Señalamos también la división de la comarca del Alto Mijares entre este departamento 2 y el número 3, que recogerá el resto de los municipios que conforman la comarca.

Esta segmentación de la comarca del Alto Mijares, debemos interpretarla en clave de comunicaciones y facilidad de acceso, lo que indirectamente se relaciona con los hábitos y flujos ciudadanos predominantes y que se corresponden con el eje que conforma el Valle del Palancia y por la conexión con los hospitales de referencia de La Plana en Vila-real y el hospital de Sagunt.



ÀREA	ZONA BÁSICA	MUNICIPI(S)
2.1	2.1.1. L'Alcora	L'Alcora
	2.1.2. L'Alcalatén - Alto Mijares	Lucena Les Useres Costur Figueroles Villahermosa del Río Zucaina Ludiente Castillo de Villamalefa
	2.1.3. Penyagolosa	Atzeneta del Maestrat Vistabella del Maestrat Benafigos Xodos
2.2	2.2.1. Plana Alta	Sant Joan de Moró Vilafamés Les Coves de Vinromà La Pobla Tornesa Benlloch Sierra Engarceran
	2.2.2. Cabanes - Vall d'Alba	Cabanes Vall d'Alba Vilanova d'Alcolea La Torre d'en Doménec
	2.2.3. Borriol	Borriol
2.3	2.3.1. Torreblanca	Torreblanca
	2.3.2. Orpesa	Orpesa
2.4	2.4.1. Benicàssim	Benicàssim
2.5	2.5.1. Almassora	Almassora
2.6	2.6.1. Castelló de la Plana	Castelló de la Plana

DEPARTAMENTO 3: PLANA BAIXA – ALTO PALANCIA – ALTO MIJARES

El departamento 3 de la provincia de Castellón incluye los restantes 65 municipios y atiende a un número aproximado de 272.000 habitantes. La ciudad más importante es Vila-real que, al igual que sucede con las zonas básicas de Almenara, Moncofa, Nules, Betxí, les Alqueries, la Vall d'Uixó, Onda, Borriana y Segorbe, están formadas exclusivamente por estos mismos municipios.

En relación con el proyecto AVALEM Territori destacamos la zona básica de Espadán-Mijares, ensamblada con la Mancomunidad del mismo nombre y con el pacto por el empleo que funciona desde el inicio de este proyecto de LABORA. Otra de las zonas a destacar en el Alto Palancia, dividido en dos zonas básicas, la zona norte y sur, que vienen marcadas por el municipio de Navajas. No hay que olvidar la potencialidad de la Mancomunidad del Alto Palancia, en cuanto a la oferta de servicios sociales y apoyo a la población comarcal, la cual se inicia mucho antes de la implantación de estos planes de demarcación territorial que han motivado la división en estas dos áreas básicas de la comarca. Finalmente señalamos el caso del Alto Mijares, con los municipios que integran la zona básica y que ha permitido la puesta en funcionamiento de la Mancomunidad Río Mijares que previsiblemente extenderá sus actuaciones a otros aspectos relacionados con la prestación de servicios y el desarrollo territorial.

En cuanto a la integración de estos departamentos y los hospitales de referencia, se constata que no sucede con el caso del hospital de Sagunto que es el centro de referencia para los municipios del Valle del Palancia, cuestión que afecta especialmente a la comarca del Alto Palancia.

ÀREA	ZONA BàSICA	MUNICIPI(S)
3.1	3.1.1. Almenara	Almenara
	3.1.2. Xitxes	Xitxes La Llosa Alfondeguilla
	3.1.3. Moncofa	Moncofa
3.2	3.2.1. Nules	Nules
	3.2.2. Betxí	Betxí
	3.2.3. La Vilavella - Artana - Eslida	La Vilavella Artana Eslida
	3.2.4. Les Alqueries	Les Alqueries
3.3	3.3.1. La Vall d'Uixó	La Vall d'Uixó
3.4	3.4.1. Onda	Onda
3.5	3.5.1. Espadán - Mijares	Ribesalbes Tales Suera Fanzara Alcudia de Veo Ayódar Ain Argelita Toga Fuentes de Ayódar Torrechiva Espadilla Torralba del Pinar Villamalur Vallat
	3.5.2. Alto Mijares	Montanejos Montán Cortes de Arenoso Cirat Puebla de Arenoso Arañuel
3.6	3.6.1. Borriana	Borriana
3.7	3.7.1. Vila-real	Vila-real
3.8	3.8.1. Alto Palancia 1	Jérica Viver Caudiel Bejis El Toro Teresa Torás Gaibiel Barracas Benafer Pina de Montalgrao Matet Sacañet Pavias Villanueva de Viver Higueras Fuente la Reina
	3.8.2. Alto Palancia 2	Altura Soneja Castellnovo Navajas Geldo Sot de Ferrer Azuébar Chóvar Vall de Almonacid Algimia de Almonacid Almedijar
	3.8.3. Segorbe	Segorbe



4.4 EL PAPEL DE LA DIPUTACIÓN DE CASTELLÓN

Las Diputaciones provinciales han condicionado las diferencias territoriales de los servicios sociales prestados. En este sentido, desde la Diputación de Castellón se impulsó una de las fórmulas tempranas de ayuda a las familias con personas mayores dependientes, con la puesta en marcha de las “Unidades de Respiro” en 2017. La Unidad de Respiro Familiar constituían un recurso dirigido a las personas mayores con problemas de discapacidad física o en fase inicial de deterioro cognitivo. La finalidad del servicio era mejorar su nivel de autonomía personal de usuarios directos de los centros y el del desarrollo de las relaciones personales para facilitar la permanencia de estas personas en su entorno habitual. Se trataba de unidades destinadas a dar soporte a las familias, bajo la idea de aliviar la sobrecarga para las familias cuidadores que supone la atención a personas dependientes. La idea central de la unidad se articulaba en la atención durante unas horas al día, permitiendo tanto la actividad laboral principal de las personas encargadas de los cuidados y, a su vez, sin asumir desplazamientos o traslados a centros residenciales. En decir, se trataba de un recurso que facilitaba la conciliación de la vida personal, familiar y laboral.

Estas unidades de respiro se crearon como una medida de política municipal consistente en dar un conjunto de servicios de apoyo a las familias y, sobre todo, se centraron en pequeños municipios como principales destinatarios al no ser viable residencias u otros tipos de centros en estas localidades. Debemos señalar también el papel que estas unidades han desempeñado en el entorno inmediato del usuario, facilitando la permanencia en el municipio. En este sentido, las unidades de respiro fueron vinculadas desde el inicio a la estrategia de la Diputación de Castellón frente a la despoblación, al tratarse de un servicio central para la permanencia en el municipio de las personas mayores atendidas.

Las unidades de respiro que tuvieron como elemento motor y de financiación la Diputación de Castellón se han adaptado a los requisitos de la Ley Valenciana de Servicios Sociales Inclusivos, transformándose en forma de Servicio de Promoción de la Autonomía Personal (SPAP) que ofrecen los ayuntamientos con población menor a 10.000 habitantes y que continúa financiándose desde la Diputación.

Los objetivos concretos de las unidades de SPAP se detallan en la orden para el entorno provincial en:

- Prestar la asistencia técnica y económica y la supervisión que garantice a los ayuntamientos, de población inferior a 10.000 habitantes, capacidad económica y/o de gestión, en el ejercicio de sus competencias en materia de servicios sociales.
- Colaborar en la provisión de los servicios sociales, de acuerdo con la planificación estratégica de la Generalitat.
- Impulsar la conciliación familiar y laboral, en especial en aquellos municipios en riesgo de despoblación.
- Optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.
- Promoción del envejecimiento activo, conciliación familiar y actividades sociales.

En 2022 el número de SPAP existentes en la provincia de Castellón alcanza los 97 municipios; se adjudica a todos los solicitantes con el único requisito de realizar la solicitud y la no existencia de otros centros como residencias o centros de día acreditado en la localidad. Esta condición refuerza la idea de que se trata de una medida que hace frente también a la despoblación, tal y como se señala en sus objetivos. Los datos, según comarcas y municipio en 2022 señalan SPAP en las comarcas y municipios siguientes:

- L'ALCALATÉN: Atzeneta del Maestrat, Figueroles, Lucena del Cid, Les Useres.
- L'ALT MAESTRAT: Albocàsser, Ares del Maestrat, Benassal, Catí, Culla, Tírig, Torre d'en Besora.
- L'ALT MILLARS: Arañuel, Argelita, Ayódar, Castillo de Villamalefa, Cirat, Cortes de Arenoso, Espadilla, Fanzara, Fuentes de Ayodar, Ludiente, Montan, Montanejos, Puebla de Arenoso, Toga, Torrechiva, Villahermosa del Río, Villamalur
- ALTO PALANCIA: Altura, Algimia de Almonacid, Almedijar, Azuebar, Castellnovo, Caudiel, Geldo, Jérica, Pina de Montalgrao, Soneja, Sot de Ferrer, Torás, El Toro, Vall de Almonacid, Villanueva de Viver, Viver.
- BAIX MAESTRAT: Càlig, Canet lo Roig, Cervera del Maestre, La Jana, Peñíscola, Pobla de Benifassà, Rossell, La Salzadella, Sant Jordi, Sant Mateu, San Rafael del Río, Santa Magdalena de Pulpis, Traiguera, Xert.
- PLANA ALTA: Benloc, Borriol, Cabanes, Les Coves de Vinromà, Sant Joan de Moró, La Serra d'en Galzeràn, La Serra d'en Galzeràn (Els Ibarsos), La Serratella, La Torre d'en Domènec, La Vall d'Alba, Vilafamés, Vilanova d'Alcolea
- PLANA BAIXA: Ain, Alcudia de Veo, Artana, Eslida, La Llosa, Moncofa, Ribesalbes, Suera, Tales, La Vilavella, Xilxes.
- ELS PORTS: Castellfort, Cincorres, Forcall, Herbers, La Mata, Morella, Olocau del Rey, Palanques, Portell de Morella, Todolella, Vallibona, Villores, Zorita del Maestrazgo.

La relación anterior de centros para conseguir la autonomía personal (SPAP) muestra la importancia que la red de la Diputación tiene en el territorio, habiéndose convertido en el germen de los servicios sociales de muchas de las mancomunidades que centralizan la labor en el ámbito provincial.

4.5 EL CONTEXTO DE ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS DESDE EL PUNTO DE VISTA LABORAL

Para el análisis del mercado laboral castellonense relacionado con la economía de los cuidados, se ha tenido en cuentas tres fuentes de información, como son: los datos disponibles sobre el sector de cuidados y su distribución en el territorio que aparecen en los apartados anteriores; los resultados presentados por los Pactos por el Empleo que han participado



en esta parte del informe; y, finalmente, el resultado de entrevistas a agentes territoriales y expertos universitarios que trabajan directamente en la prestación de servicios sociales y de los cuidados⁴. Así pues, y de acuerdo con esta información se pueden realizar las siguientes afirmaciones en relación con la importancia de las actividades relacionadas con los cuidados:

- Se trata de un sector en crecimiento, consecuencia de la evolución de la población, del grado de envejecimiento y de la situación de despoblación en las comarcas de interior de la provincia de Castellón. Los datos demográficos, provinciales, de la Comunitat Valenciana y para el conjunto de España, muestran proyecciones a 15 y 30 años con un número absoluto de personas dependientes elevado que, además, tendrán un impacto destacado en términos relativos, que exigirá una cantidad de profesionales de los cuidados muy superior a la actual. Los centros que apoyan los SPAP se convertirán en una pieza central en un contexto laboral con una implicación plena de todos los miembros de una misma familia en edad laboral. Es decir, en la medida que se cumplan los objetivos de incremento en la población activa más necesario será contar con profesionales que promuevan los SPAP.
- Situación actual muy feminizada. En algunas de las comarcas los datos de mujeres dedicadas a estas tareas supera el 90% del empleo total, cifra que se incrementa hasta prácticamente el 100% cuando se trata de tareas que exigen menor cualificación académica y profesional. La conexión entre empleo femenino y poco cualificado implica una discriminación laboral de facto que tiene consecuencias evidentes en el salario percibido. La normalización del sector pasa por una mayor integración de varones en las plantillas de centros de cuidados.
- Empleo femenino en el segmento informal de la economía próximo al 100%, con una elevada presencia de personal inmigrantes y de edad por encima de los 45 años. Los requisitos de acceso a certificados de profesionalidad excluyen, de hecho, a una parte importante del colectivo de mujeres inmigrantes que no cuentan con la formación mínima de acceso a la profesionalización.
- Mujeres con una baja cualificación (equivalente a graduado escolar -antigua educación general básica- o, incluso se limita a certificados de escolaridad). Este hecho tiene como consecuencia la imposibilidad de adquirir certificados de profesionalidad que exigen el certificado de estudios de ESO superado. La obtención de certificados oficiales de cualificación exige superar la acreditación de estudios básicos, requisito que implica una dificultad añadida.
- Uso de la figura contractual de empleados del hogar como instrumento de cobertura legal que suple a los contratos de personal dedicado a cuidados. Los contratos de empleado o empleada del hogar (mayoritariamente mujeres) no requiere formación previa ni certificado de profesionalidad y, además, se encuentra bonificado cuando el empleador es una unidad familiar. El resultado, aún en este contexto de cierta regulación laboral muestra un peso inferior del segmento de cuidados del que efectivamente le corresponde.
- Problemas de movilidad. Esta es una cuestión que se repite en el colectivo que acabamos de señalar y supone una barrera para empleo localizado en el ámbito comarcal.

⁴Este informe cuenta con la información facilitada y la colaboración del Laboratorio de Servicios Sociales Benicarló-Vinaròs de la Universitat Jaume I. También se ha tenido en cuenta información derivada del proyecto de investigación sobre Envejecimiento Activo.

No hay que descuidar que la atención en residencias tiende a exigir jornadas organizadas en turnos de trabajo que, de hecho, se complican cuando la movilidad del trabajador (o la trabajadora) es menor y con ausencia de transporte público.

- Escasa presencia de empresas locales o comarcales. La mayor parte de las empresas gestoras de residencias y otros centros de atención a personas dependientes son externas al territorio, si bien realizan sus contrataciones y el empleo en la comarca donde se localizan los centros. En el espacio urbano es mayor la presencia de empresas de residencias y gestión de cuidados frente al ámbito rural, en el que el papel de ayuntamientos y mancomunidades es superior en términos relativos.
- Puesta en marcha incipiente de iniciativas de economía social (cooperativas) en municipios de pequeño tamaño con el apoyo de los ayuntamientos (o mancomunidades) que facilitan medios técnicos que van desde el local hasta cocinas o vehículo de transporte.
- Desde el punto de vista territorial, el escenario en datos absolutos es mejor en zonas urbanas, con mayores densidades demográficas. El apoyo proporcionado por la Diputación de Castellón ha permitido la existencia de una red básica de acompañamiento en la totalidad de los municipios de la provincia, lo que ha permitido minimizar las diferencias existentes entre ambos ámbitos territoriales.

A modo de resumen y conclusión, destacamos el potencial de la economía de los cuidados para la creación de empleo y la necesidad de profesionalizar con formación ajustada y certificados de profesionalidad. Los Pactos por el Empleo (es decir, mancomunidades y ayuntamientos) deben adoptar medidas tendentes a implementar cursos de formación, así como cursos que habiliten la opción de lograr certificados de profesionalidad y, además, ayuden a reducir el peso de la economía informal en este sector.



4.6 LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS Y LOS PACTOS POR EL EMPLEO

4.6.1 MUNICIPIOS CERÁMICOS. VISIÓN DE LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS

Olga Oruña

Con la participación del Pacto por el Empleo de los Municipios Cerámicos castellonenses, se realiza a continuación una aproximación cualitativa de la economía de los cuidados en su territorio de referencia, en particular, al cuidado de los mayores. Se ha optado por un análisis a escala municipal.

VILAFAMÉS

En el municipio de Vilafamés se cuenta con el Servicio de Promoción de la Autonomía Personal (antigua Unidades de Respiro Familiar). Dentro del Pla Convivent de la GVA está proyectada la construcción de un Centro de Día.

Y, finalmente, la Mancomunitat de Serveis Socials Plana Alta (en la cual están incluidos) también ofrece servicio de atención a personas mayores y dependientes a través de ayuda

domiciliaria, pues tiene subcontratado este servicio de ayuda domiciliaria a la empresa *Ayuda Familiar de Castellón*, porque es muy difícil encontrar personas formadas en la ayuda a domicilio; y la realización de cursos para cuidadores/as no profesionales.

L'ALCORA

El municipio dispone de un Equipo Base de Servicios Sociales, cuyos profesionales son cuatro trabajadoras sociales, una coordinadora y una educadora, donde se presta asesoramiento en la solicitud y tramitación de ayudas; se orienta sobre los recursos y se hace seguimiento. En el municipio de l'Alcora el ayuntamiento dispone de un servicio de atención domiciliaria que tiene subcontratado con la empresa *Estem per tu*.

Cuenta con una Unidad de Respiro a través de la Asociación de Familiares de Alzheimer, para atender a personas con la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Unas instalaciones que cuentan con atención social y sanitaria, orientación a la realidad, así como terapias cognitivas y funcionales. Por último, en el municipio existe una Residencia de ancianos *Hogar Madre Rosa Ojeda* concertada con la Consellería de Igualdad de la Generalitat Valenciana.

BORRIANA

En el municipio de Borriana, hallamos una residencia de la tercera edad perteneciente a Consellería de la Comunidad Valenciana, un Centro de Día, también de la Consellería (en remodelación por temas de adaptación al transporte, pero funcionando), una residencia de ancianos de Cáritas Interparroquial de gestión privada en concierto con Consellería y un CEAM, Centro de Especialización a Mayores de la Consellería.

El Ayuntamiento cuenta con un servicio de ayuda a domicilio con 5 trabajadores familiares a jornada parcial, vinculado a la situación de dependencia. Se imparten algunos cursos para cuidadores/as no profesionales organizados por la AFA, Asociación de Familiares de Alzheimer, Cruz Roja y Diputación de Castellón. Por último, el ayuntamiento ha solicitado y está pendiente de concesión, de un taller de empleo con un módulo de especialización de trabajador familiar o auxiliar de ayuda a domicilio.

ALMASSORA

En el municipio de Almassora, existen tres residencias de ancianos. La Residencia de Tercera Edad y Centro de Día "Vicente Vilar", pública, con capacidad para 56 personas más 15 del centro de día; la Residencia de Santa María Rosa Molás, privada, con capacidad de 58 (plazas privadas y concertadas); y la Unidad de Respiro-Centro de Día Salomé Moliner, en Santa Quiteria, destinado a personas de la tercera edad con Alzheimer.

Hay una adecuada oferta formativa. Desde el Departamento de Servicios Sociales se ofertan cursos gratuitos a lo largo de todo el año destinados a personas mayores; cursos de memoria, agilidad mental, manualidades, etc. para evitar deterioro cognitivo. Estos cursos se imparten en los centros sociales de San Felipe, Corell y Fátima. Desde el Departamento de Empleo está previsto un curso de 30 horas de "Cuidados a personas dependientes", a impartir en el Centro de Formación de Almassora, para 15 alumnos. El Departamento de Servicios Sociales, se programa un curso anual destinado a los cuidadores de personas dependientes en el municipio, según la legislación relativa a dependencia.

Se cuenta con una empresa, "*Mimamos tus pasos*", que proporciona personal para cuidado de personas mayores o dependientes, acompañamiento, personal interno, cuidados hospitalarios, etc. "Caritas" también dispone de bolsa de trabajo o contactos para cubrir esta demanda.

El Ayuntamiento, además, proporciona programas destinados a teleasistencia, comidas a domicilio y atención a mayores.

SANT JOAN DE MORÓ

En el municipio de Sant Joan de Moró se cuenta con el Servicio de Promoción de la Autonomía Personal (antigua Unidades de Respiro Familiar). Dentro del Pla Convivint de la GVA está proyectada la construcción de una Residencia de la tercera edad.

Y, finalmente, la Mancomunitat de Serveis Socials Plana Alta (en la cual están incluidos) también ofrece servicios de atención a personas mayores y dependientes a través de ayuda domiciliaria a través de la empresa *Ayuda Familiar de Castellón* y la realización de cursos para cuidadores/as no profesionales.

BETXÍ

En el municipio de Betxí existe un Centro de Día, pero aún no está en funcionamiento aunque sí está equipado. En sus instalaciones la asociación de familiares de Alzheimer de Onda presta servicio gestionando una Unidad de Respiro.

Por otra parte, el departamento de servicios sociales del ayuntamiento de Betxí, que cuenta con 7 trabajadores (2 trabajadores sociales, 2 administrativos, 1 educador social, 1 psicólogo y 1 asesor jurídico) 4 a tiempo completo y 3 a tiempo parcial, gestionan y tramitan, dentro del marco de la dependencia, las correspondientes ayudas y realizan las visitas para la valoración, etc.

A través de la Diputación de Castellón se organizan al menos un curso al año dirigidos a cuidadores/as no profesionales.

Las empresas "*Toda una vida*" y "*Estem per tu*", son las que están prestando de ayuda domiciliaria en el municipio.

COSTUR

En el municipio de Costur, a través de la Mancomunitat Alcalatén-Alto Mijares, cuentan con un psicólogo y un trabajador social que presta servicio un día por semana, ayudando en la tramitación de ayudas dentro del marco de la Dependencia. No hay ni está previsto la instalación de residencia de ancianos, ni centro de día, ni unidad de respiro. Por último, a través de la Cruz Roja existe teléfono de teleasistencia.

LES ALQUERIES

El municipio dispone de un Equipo Base de Servicios Sociales, cuyos profesionales son una trabajadora social, una educadora social y una trabajadora familiar.



Los servicios sociales generales son de carácter global y polivalente, y atienden la problemática social de cualquier ciudadano del municipio, así como el desarrollo comunitario y la prevención primaria de situaciones de segregación o de marginación. Cuentan con los siguientes programas:

1.- Programa de información, de asesoramiento y orientación sobre los derechos y recursos sociales existentes para la resolución de las necesidades de los vecinos de Alquerías del Niño Perdido.

2.- Programa de emergencia Social cuyo objetivo es la atención de las necesidades básicas de las personas que no pueden satisfacer por sí mismas, mediante la concesión de ayudas económicas de carácter extraordinario y finalista, destinadas a paliar aquellas situaciones en las que se puedan hallar las personas afectadas por un estado de necesidad, siendo el requisito para poder acceder a la solicitud de este tipo de ayudas, es llevar al menos 6 meses empadronado en el municipio.

3.- Programa de convivencia, cuyo objetivo es favorecer la integración comunitaria. Para ello se presta de servicio de Ayuda a Domicilio, el cual desarrolla la trabajadora familiar trasladándose a los domicilios de las personas que lo precisan. Por otra parte, la trabajadora social en colaboración la trabajadora social de la asociación de familiares de Alzheimer tramita ayudas en el marco de la dependencia y a través de dicha asociación, el municipio cuenta con una unidad de respiro ubicada en dependencia municipales.

4.6.2 EL ALTO PALANCIA. VISIÓN DE LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS

María José Villalba

EL ESCENARIO SOCIAL DE LA COMARCA, PROPICIO PARA LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS

El Alto Palancia es una de las comarcas valencianas junto con el Camp de Turia y el Baix Segura con mayor esperanza de vida: 85,20 años para las mujeres y en los 80,37 años para los hombres. *[Fuente: Indicadores demográficos subprovinciales. Natalidad y mortalidad, 2015. Comunitat Valenciana - año 2020. Portal Estadístico de la Generalitat Valenciana].*

En este contexto, la prestación de servicios a la población, con especial referencia a los más mayores, aparece como una cuestión relevante en relación con la necesaria mejora de la calidad de vida de estas personas, pero también como fuente de empleo.

Tras la situación de crisis sanitaria que hemos vivido a causa de la COVID-19, la sanidad ha surgido como un sector laboral con necesidades permanentes de profesionales. La atención a personas mayores y dependientes en domicilio (personal SAD), trabajo social, auxiliar de geriatría y enfermería, empleados y empleadas de centros de atención en residencias, personal de limpieza y asistentes del hogar se han convertido en profesiones esenciales. El fomento de estos perfiles en la comarca puede abrir vías de nuevos proyectos de empleo para atender a los mayores y personas dependientes de la zona, ya que junto a la acción de las entidades locales, empresas privadas y agentes del territorio pueden desarrollarse centros multifuncionales para una atención integral y centrada en estas personas.

En este escenario demográfico, donde el envejecimiento es una característica social, existe un campo de oportunidades y empleabilidad. De hecho, cada vez más se reciben ofertas de empresas y entidades privadas que buscan profesionales formados en estos campos, existen procesos de selección públicos para el servicio de atención a domicilio y las personas desempleadas buscan formarse en este ámbito a través de la educación reglada de formación profesional o de formación profesional para el empleo como son los certificados de profesionalidad.

Por un lado, existen las personas cuidadoras no profesionales que trabajan en domicilios privados, con o sin contrato, de sexo femenino en la inmensa mayoría (99,9 %), con baja formación y sin estudios básicos obligatorios (ESO). Encabezan este colectivo las mujeres latinoamericanas, mayormente venezolanas, sin estudios homologados en España, lo que les impide acceder a obtener un certificado de profesionalidad.

Por otro lado, la escasez de personal en el sector es una realidad, quizás condicionada por sus condiciones laborales. Las jornadas de trabajo que se ofrecen son, en su mayoría, a tiempo parcial, con horarios discontinuos, en fines de semana y con salarios bajos, lo que resultan poco atractivas para las personas que están en búsqueda activa de empleo.

EL PACTO TERRITORIAL DEL ALTO PALANCIA

El Pacto Territorial por el Empleo y Desarrollo Local Alto Palancia está formado por un total de 28 ayuntamientos, todos integrantes en la Mancomunidad Alto Palancia, el Ayuntamiento de Segorbe, la organización empresarial (FECAP), y las organizaciones sindicales, CCOO y UGT.

El Pacto por el Empleo forma parte del Plan Avalem Territori impulsado por LABORA y con la colaboración del Ministerio de Trabajo y Economía Social. Con este programa LABORA Servicio Valenciano de Empleo y Formación pretende redefinir las políticas activas para hacer políticas territoriales para el empleo de carácter transversal y más adaptadas a las necesidades reales. Por ello, una de las funciones del plan de empleo territorial es identificar los nuevos nichos de trabajo y las necesidades formativas del territorio.

El análisis realizado desde el Pacto por el Empleo sobre el sector de los cuidados a mayores y dependencia en la comarca del Alto Palancia, nos ha permitido identificar los servicios públicos y privados, infraestructuras y formación, entre otros aspectos, en la comarca.

ÁREA BIENESTAR SOCIAL DIPUTACIÓN DE CASTELLÓN

a. Servicio de teleayuda domiciliaria. La Diputación Provincial de Castellón dispone de un Servicio de Teleayuda Domiciliaria, dirigido a los ciudadanos domiciliados en los municipios de esta provincia que, por razón de edad, enfermedad o concurrencia de discapacidad física o sensorial, y, en situación de soledad o a cargo de personas dependientes, precisen de la asignación de este para mejorar su calidad de vida posibilitando, con ello, su permanencia en el entorno inmediato habitual.

b. Servicio de teleasistencia. La Teleasistencia Domiciliaria es un servicio de atención integral y gratuito, que tiene como objetivo ayudar en los casos de soledad no deseada y de acompañamiento a nuestros mayores de la provincia de Castellón. Las personas mayores



tienen el derecho a permanecer en sus hogares, puesto que éstas son sus raíces, y dicho servicio lo hace posible asegurándoles, tanto a ellos como a sus familiares, un acompañamiento, seguimiento cercano y protección integral. Este servicio funciona a través de una línea telefónica y un pulsador portátil en casa de los mayores que podrán utilizar en caso de emergencia las 24 horas del día los 365 días al año, pero va más allá de emergencias sanitarias. El centro de Atención tendrá comunicaciones periódicas con las personas mayores, tendrá un control de citas sanitarias, así como cualquier comunicación que el usuario quiera tener con profesionales especializados en las materias sociosanitarias como psicológicas. Dicho servicio podrán solicitarlo todas las personas empadronadas en la provincia de Castellón (excepto Castelló capital) a través de los Servicio Sociales de Base de cada municipio.

c. Unidades de respiro familiar. En colaboración con los ayuntamientos de la provincia de Castellón, la Diputación Provincial de Castellón ha promovido la habilitación de Unidades Municipales de Respiro Familiar, asumiendo para ello los costes de equipamiento y mantenimiento de estas. Constituidas como unidades de estancia temporal diurna, preferentemente se destinan a personas mayores con problemas de discapacidad física o en fase inicial de deterioro cognitivo. Ofrecen a sus usuarios, atención integral, individualizada y dinámica, de carácter socio-sanitario y de apoyo familiar, con el fin de mejorar su nivel de autonomía personal mientras permanecen en su entorno, constituyendo, a la vez, un idóneo recurso de conciliación familiar y laboral de los familiares o cuidadores a cargo de los mismos.

De titularidad municipal, pero también con acceso a personas mayores domiciliadas en localidades colindantes, actualmente disponen de Unidad Municipal de Respiro las siguientes localidades del Alto Palancia: Altura, Castellnovo, Caudiel, Jérica, Pina de Montalgrao, Sot de Ferrer, Viver. En Soneja se crea una nueva Unidad de Respiro, ahora llamado Servicio de Promoción para la Autonomía Personal (SPAP), con capacidad para 8 personas usuarias.

CONSELLERIA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS INCLUSIVAS, GENERALITAT VALENCIANA

a. Viviendas tuteladas para persona mayores. Existen en Castellnovo, Jérica y Viver, ofrecen estancia de 365 días, 24 horas, y cuentan con habitaciones adaptadas, amplias y confortables, servicio de limpieza y lavandería.

b. Residencias para personas mayores. Hay cuatro. La Residencia para Personas Mayores y Centro de Día de Segorbe (pública). El Centro Residencial de la Tercera Edad "Virgen de la Esperanza" de Segorbe (privada). La Residencia Tercera Edad Navas Altas de Navajas (plazas concertadas). Y la Residencia Tercera Edad Viver de las Aguas (gestión privada y concertada).

c. Plan Convivint de infraestructuras de servicios sociales 2021-2025 de la Generalitat Valenciana.

d. Centros de Día y Puntos de Atención. El centro de día es un espacio matinal donde las personas mayores reciben cuidados y realizan talleres, actividades y ejercicios. Están diseñados para mejorar la autonomía de la persona mayor y mitigar sus carencias físicas, cognitivas o funcionales. Durante el periodo 2021-2025 se construirá un Centro de Día en Soneja con Puntos de Atención Rurales en Chóvar, Castellnovo y Sot de Ferrer. Adicionalmente, un Centro de Día en Montanejos con Punto de Atención Rural en Pina de Montalgrao. Los

Puntos de Atención Rurales son secciones de un centro de día de referencia cercano que estará atendido por personal cualificado en horario de 09.00 horas a 17.00 horas de forma permanente. Hasta estos puntos de atención también acudirán con la periodicidad que se determine profesionales del centro de referencia para la prestación específica de determinados servicios.

Se construirá una Residencia Comarcal para personas de la tercera edad en Altura con Punto de Atención en Torás, Teresa y Viver.

SERVICIO DE ASISTENCIA A DOMICILIO (SAD) DE LA MAN COMUNIDAD ALTO PALANCIA

Es un servicio orientado a las personas y familias que presentan problemas para la realización de las actividades elementales de la vida diaria, proporcionándoles atención directa en el propio hogar mediante intervenciones que favorezcan su permanencia e integración en su entorno habitual. Las actividades se dirigen a la persona usuaria, cuando no puede realizarlas por sí misma o cuando precisa: Apoyo en el aseo y cuidado personal. Ayuda para comer. Supervisión, si procede, de la medicación y del estado de salud. Apoyo a la movilización dentro del hogar. Acompañamiento fuera del hogar. Facilitación de actividades de ocio en el hogar. Otras atenciones de carácter personal. Actividades y tareas que se realicen de forma cotidiana en el hogar: alimentación, ropa, limpieza y mantenimiento de la vivienda.

EMPRESAS PRIVADAS QUE PRESTAN SERVICIOS EN LA COMARCA

Hay tres empresas que prestan servicios de ayuda a domicilio: “*Servocaps de Ayuda a Domicilio Hogaria S.L.*”, ubicada en Puerto de Sagunto; “*Atentia, Servicios de Ayuda a Domicilio*”, ubicada en Alboraiá; e “*Iniciativa Social Integral per al Benestar S.L.*”, de Valencia capital.

FORMACIÓN OFICIAL

Se imparte en Formación Profesional Grado Medio “Atención a Personas en Situación de Dependencia” en el IES Alto Palancia (Segorbe).

En Formación Profesional para el Empleo, a través de los Talleres de Empleo de LABORA, se realizan en la comarca certificados de profesionalidad de Atención Sociosanitaria a personas dependientes en el domicilio y Atención Sociosanitaria a personas dependientes en instituciones sociales. Modalidad formación y empleo, con 1920 horas. Formación requerida: ESO.

En Formación Básica en cuidados a personas dependientes, curso teórico-práctico de 40 horas, oficial, subvencionado por la Diputación de Castellón y organizado por el Pacto Territorial de Empleo Alto Palancia.

Curso a Personas Cuidadoras no profesionales, curso teórico-práctico de 25 horas, oficial, subvencionado por la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas y organizado por el Pacto Territorial de Empleo Alto Palancia y el área de Servicios Sociales, dirigido a todas las personas cuidadoras no profesionales registradas en Servicios Sociales.



4.6.3 ELS PORTS DE MORELLA. VISIÓN DE LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS

Daniel Bergadà

El listado de equipamientos de la comarca de Els Ports para personas mayores asciende a 15: 9 hogares y clubs para personas mayores, 1 vivienda tutelada para personas mayores, 2 centros de día para personas mayores, y 3 residencias para personas mayores dependientes.

La distribución territorial es la siguiente:

- Cinctorres: Viviendas tuteladas para personas mayores.
- Forcall: Residencia para personas mayores dependientes
- Herbes: Hogares y clubs para personas mayores.
- La Mata de Morella: Hogares y clubs para personas mayores.
- Morella: 2 Hogares y clubs para personas mayores, Centro de día para personas mayores, y Residencia para personas mayores dependientes.
- Olocau del Rei: Hogares y clubs para personas mayores
- Portell de Morella: Hogares y clubs para personas mayores
- Todolella: Hogares y clubs para personas mayores
- Vallibona: Hogares y clubs para personas mayores
- Villafranca del Cid: Centro de día para personas mayores. Residencia para personas mayores dependientes.
- La Pobla de Benifassà: Hogares y clubs para personas mayores.

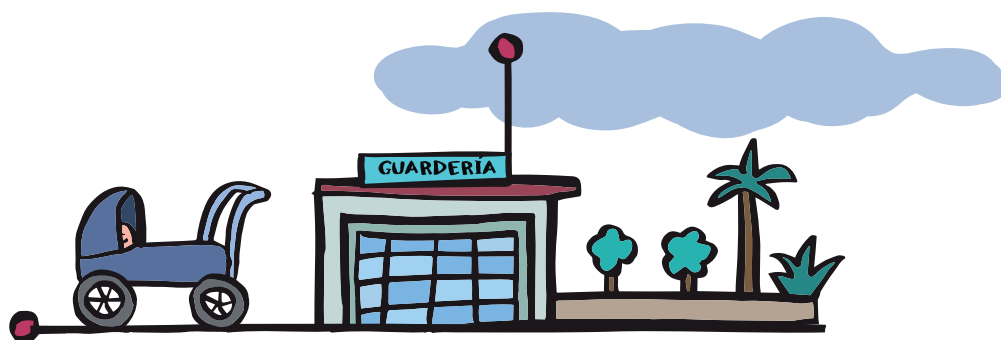
No hay ningún tipo de recurso para personas mayores en los municipios de Ares del Maestrat, Castellfort, Palanques, Villores, Zorita del Maestrazgo, y Castell de cabres, los de menor tamaño.

Dicho equipamiento ofrece en la actualidad la siguiente oferta de plazas: 172 plazas residenciales distribuidas en 40 plazas en la Residencia de Forcall, 68 en la Residencia de Morella y 64 plazas en la Residencia de Vilafranca. En la actualidad está proyectada la ampliación de la Residencia para personas mayores en la localidad de Forcall en 20 plazas más, y también está aprobada una nueva residencia en el municipio de la Todolella.

Recursos adicionales, privados y públicos. Además de los recursos que se han mencionado anteriormente, en la comarca dels Ports, también existen algunos proyectos para ampliar los recursos tradicionales. En el municipio de Palanques, hay una iniciativa por parte de algunos particulares, que han denominado "*Repanseem Palanques*", y consiste en realizar servicios de ayuda a las personas mayores del municipio. Estos servicios consisten en el cocinado, teniendo a disposición una cocina propiedad del Ayuntamiento de Palanques, y seguidamente repartirla para los diferentes usuarios, además se quiere incluir un servicio de atención a las personas mayores como son el acompañamiento al médico, a la compra y la farmacia. Esta propuesta todavía se encuentra en desarrollo. También existe un servicio denominado ITINERANT (GVA), el cual, a partir de una lista amplia de servicios profesionales. Estos profesionales se desplazan a demanda, a los municipios que hayan solicitado sus servicios.

Formación y cursos relacionados con los mayores. En la actualidad existe dos formaciones regladas de Ciclo formativo de grado medio de Formación profesional en Atención a personas en situación de dependencia, en el Instituto de Villafranca del Cid y Morella. Además, se cuenta con el Curso de Diputación de Castellón, de 36 horas de Formación básica en cuidados a personas dependientes.

Durante 2022 se han detectado problemas para cubrir los puestos de trabajo en las Residencias para personas mayores dependientes. Concretamente en la residencia de San Juan Bautista de Morella, faltan por cubrir 2 puestos de enfermería y 2 puestos de auxiliares de enfermería. Desde la dirección del Centro se manifiesta las dificultades que tienen para cubrir los puestos de trabajo sanitarios durante todo el año. El principal problema son los bajos niveles salariales de los trabajadores, así como la falta de vivienda para que trabajadores foráneos de la comarca puedan cubrir estos puestos de trabajo. Contribuye además la falta de formación y la falta de un centro de formación para mejorar la cualificación de los trabajadores.



GUARDERÍA

CENTRO DE MAYORES

PEDIATRÍA





05

**LA ECONOMÍA
DE LOS CUIDADOS
EN LA PROVINCIA
DE ALICANTE**



Juan López Jiménez
Antonio Martínez Puche
Universidad de Alicante

5.1. LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS EN LA PROVINCIA DE ALICANTE.
CONSIDERACIONES GENERALES

5.2. LOS PACTOS POR EL EMPLEO ALICANTINOS Y LA ECONOMÍA
DE LOS CUIDADOS. REFERENCIAS TERRITORIALES

*Juan López Jiménez
Antonio Martínez Puche
Universidad de Alicante*

5.1 LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS EN LA PROVINCIA DE ALICANTE. CONSIDERACIONES GENERALES

La dimensión de la economía y los trabajos de los cuidados en la provincia de Alicante están influenciados por diferentes factores sociodemográficos que afectan a la atención social, de manera directa o indirecta. La dimensión del mercado laboral se debe equiparar a los escenarios y requerimientos en la economía de los cuidados del territorio. Entre los factores sociodemográficos de este territorio se encuentra la estructura de la población y la composición de los hogares. El indicador sociodemográfico de la esperanza de vida de la población mayor de 65 años en la provincia de Alicante ha derivado en una reducción de la tasa de mortalidad y un aumento consecuente del índice de longevidad. A este indicador se le une el descenso sostenido de la natalidad como elementos para entrever unas necesidades actuales y tendentes en cuidados y dependencia por el envejecimiento progresivo de la población.

Se observa un cambio en la composición de los hogares que ha evolucionado hasta alcanzar un mayor porcentaje de hogares unipersonales, muchos de ellos de personas mayores de 65 años, que requieren mayor atención y asistencia dentro de los servicios sociales y sanitarios. De la misma manera, la presencia desde hace años de un número importante de hogares monoparentales con algún hijo menor de 25 años eleva la necesidad de atención a las necesidades físicas, psicológicas y emocionales de la población.

En este contexto, la población con discapacidad en la provincia de Alicante en el periodo comprendido entre 2013 y 2021 ha evolucionado en un 0,11% de tasa interanual de incremento de personas discapacitadas respecto al total. Este dato, siendo elevado, se aleja del 2% del total de la Comunidad Valenciana.

El número de afiliaciones de trabajadores y trabajadoras a la Seguridad Social en el contexto provincial han aumentado de manera generalizada. En los trabajos no remunerados hay un número importante de altas como cotizaciones a la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales en el entorno familiar y que no representan población ocupada.

La economía y trabajo de los cuidados en la provincia de Alicante requiere de una correcta planificación y gestión desde las políticas públicas. El creciente envejecimiento de la pobla-



ción y la cada vez mayor demanda de cuidados se atiende en los últimos años desde el sector público, pero también desde el ámbito privado. En este contexto y escenario, el número de trabajadores ha aumentado progresivamente en casi todas las comarcas y Pactos por el empleo, a excepción de los asalariados en el epígrafe 97 de la sección "T" del CNAE, o actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico, que se mantienen o incluso descienden en número de trabajadores. Para estas actividades en concreto, la característica destacada es la de un trabajo en donde se extiende el carácter informal, a tiempo parcial o jornada completa, dentro de una economía sumergida en la que la mujer trabajadora, en muchos casos con un perfil social de emigrante, soporta el peso de este tipo de trabajos.

Una de las características destacadas en el mercado laboral alicantino en la economía de los cuidados es la predominancia de la mujer trabajadora. Este proceso está aumentando en los últimos años a partir del valor de las contrataciones de personal femenino respecto al total.

En general, es cada vez mayor la profesionalización del sector gracias a la contratación y consolidación de los puestos de trabajo, sobre todo en servicios sociales a la dependencia y diversidad funcional. Aun así, existen márgenes de mejora ante el fuerte aumento de demanda de servicios y la escasa capacidad de reacción de los entes públicos como mancomunidades y ayuntamientos ante la exigencia y burocratización de la contratación de trabajadores públicos. Por otro lado, existen instrumentos de colaboración como la acción concertada que puede erigirse como un espacio de respuesta a estos problemas, o el mecanismo de colaboración-cooperación de los propios servicios públicos con las empresas privadas que doten de rápida y suficiente respuesta ante los cambios.

En la provincia de Alicante se puede observar cierto comportamiento homogéneo entre diferentes áreas geográficas, comarcas o ámbitos de los pactos por el empleo. La zonificación con relación a los datos homogéneos de trabajadores afiliados, empresas y otras variables como la estructura poblacional muestran diferenciadas áreas geográficas con relación a la economía y el trabajo de los cuidados. A grandes rasgos se pueden apreciar mayores contrastes entre el litoral y el interior provincial, tanto a nivel comarcal o nivel de pacto, como también incluso dentro de las propias comarcas litorales. La localización de los equipamientos privados se concentra en algunas comarcas litorales, conforme a unas estrategias de localización en función de la oportunidad, al margen de la localización equitativa por todo el territorio de las dotaciones públicas. En algunas de estas comarcas litorales se produce una mayor concentración demográfica y un índice de envejecimiento muy elevado por el auge y tendencia del turismo residencial de extranjeros de la Unión Europea y toda Europa Occidental. Por consiguiente, también existe una elevada concentración de trabajadores y trabajadoras. Este indicador demográfico también es elevado en las principales aglomeraciones y núcleos urbanos como Alicante y Elche y en las comarcas también litorales de L'Alacantí y Bajo Vinalopó, en donde se produce la mayor concentración de plazas en instalaciones hospitalarias, clínicas y demás equipamientos sanitarios y centros para dependencia, muchas de ellas de carácter privado.

En las comarcas del interior de la provincia de Alicante, pero también en el interior de las comarcas litorales como la Marina Alta y Marina Baixa, se está produciendo un proceso de envejecimiento de la población fruto de procesos territoriales como la despoblación. Este factor genera un aumento de la tendencia a la ayuda en los cuidados como consecuencia de la relación entre vejez y dependencia.

En las comarcas litorales se demanda ayuda asistencial, social, sanitaria, educativa más específica por el mayor número y proporción de hogares unipersonales y, dentro de estos, mayor proporción de hogares unipersonales habitados por mujeres mayores de 65 años. Este fenómeno se produce en las comarcas de la Marina Alta y Marina Baixa.

Respecto a los hogares monoparentales, con hijo menor de 25 años, ha habido un descenso ligero en los últimos años en la provincia, fruto del declive de la tasa de natalidad. En el caso de madres con hijos menores de 25 años los valores se mantienen, e incluso aumentan generalizadamente en el último año, tras el periodo de pandemia de COVID-19. Este fenómeno se produce de manera más intensa en los pactos de Alicante y Elche, pero también en comarcas y pactos territoriales del interior como en el Pacto del Vinalopó y en el territorio que configura ACTAIO. En estos ámbitos, a excepción de ACTAIO, se ubica la mayor presencia de menores de 15 años con necesidades de cuidados específicos. En todos estos casos, el mayor peso del trabajo de cuidado y responsabilidad sobre la mujer implica unas condiciones más difíciles en su inserción laboral. Las labores de cuidado que desempeña la mujer se producen a través de acciones directas en trabajos no remunerados, con motivo de cuidados de niños o adultos enfermos, incapacitados o mayores y que son aproximadamente un 10% del total de inactivos. Muchas de estas personas a cargo de familiares están contratadas a tiempo parcial, no pudiendo optar a empleo estable y de jornada continua por sus situaciones personales, cuestión que se ha agudizado tras la pandemia.

Para asumir de manera remunerada los trabajos relacionados con los cuidados, atribuibles en gran medida a la infravaloración por razón de género y a factores discriminatorios, es preciso fomentar ayudas a los familiares con dependientes a su cargo como cotizantes de la seguridad social y que se tiene que fijar en el tiempo para mejorar la dimensión y la accesibilidad de todas las personas susceptibles de recibir la ayuda. Actualmente las mujeres aglutinan el 90% de los expedientes resueltos en estas ayudas en la provincia de Alicante. La ejecución de las infraestructuras y equipamientos públicos del actual Plan Convivint (Plan de Infraestructuras de los Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana) se plantea como una opción adecuada a la tendencia y futura demanda.



5.2. LOS PACTOS POR EL EMPLEO ALICANTINOS Y LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS. REFERENCIAS TERRITORIALES

5.2.1 ACUERDO COMARCAL EN MATERIA DE EMPLEO Y DESARROLLO LOCAL EN LA MARINA ALTA

El Acuerdo Comarcal en materia de Empleo y Desarrollo Local en la Marina Alta se ubica íntegramente en la comarca homónima. Este territorio presenta una realidad sociodemográfica diferenciada en torno a la economía de los cuidados fruto de sus características geográficas y socioeconómicas. En este sentido, la dualidad existente entre el litoral poblado y dinámico desde el punto de vista socioeconómico, frente a un interior con riesgo de despoblación es la característica más destacada.

El gran número de consultorios de atención primaria prestan servicios sanitarios a un elevado número de municipios comarcales. Estos municipios suponen el 21,7% del total pro-

vincial. Este alto número repercute en el total de entidades, centros y empresas que operan en el territorio. Entre todas destacan las residencias acreditadas y residencias con centros de día para personas mayores dependientes que suponen un total de 15, es decir, el 16,3 % del total provincial, y los dos centros residenciales acreditados en enfermedad mental, que representan el 25% del total de la provincia (véase tabla 1).

Tabla 1. Entidades, centros y empresas de la economía de los cuidados en el territorio del Pacto

ÁREA	ENTIDAD/CENTRO/EMPRESA	Nº	PROPORCIÓN RESPECTO PROVINCIA
Sanidad	Consultorios Atención Primaria	40	21,7 %
	Centros de Salud	9	11,4 %
	Centros de Especialidades	0	0 %
	Centros Sanitarios Integrados	4	26,6 %
	Hospitales Generales Públicos y Privados	2	11,1 %
	Consultorios, Centros de Salud, Centros de Especialidades, Centros Integrados y Hospitales Generales	55	18,15 %
	Farmacias	91	11,2 %
Social	Residencias acreditadas y residencias con centros de día para personas mayores dependientes	15	16,3 %
	Centros residenciales acreditados. Diversidad funcional	1	5 %
	Centros residenciales acreditados. Enfermedad mental	2	25%
	Centros de día y Residencias con Centro de día acreditados para personas mayores dependientes	7	13,5 %
	Centros diurnos y Residencias con Centros diurnos para personas con diversidad funcional	2	4,5%
	Centros diurnos y Residencias con Centros diurnos para personas con enfermedad mental	0	0%
Educativos	Centros Educativos con estudiantes con menos de 14 años	66	10,26 %
Otros	Centros de Atención Temprana	1	5 %
Mancomunidades	Mancomunidades con Servicios Sociales	3	7 %

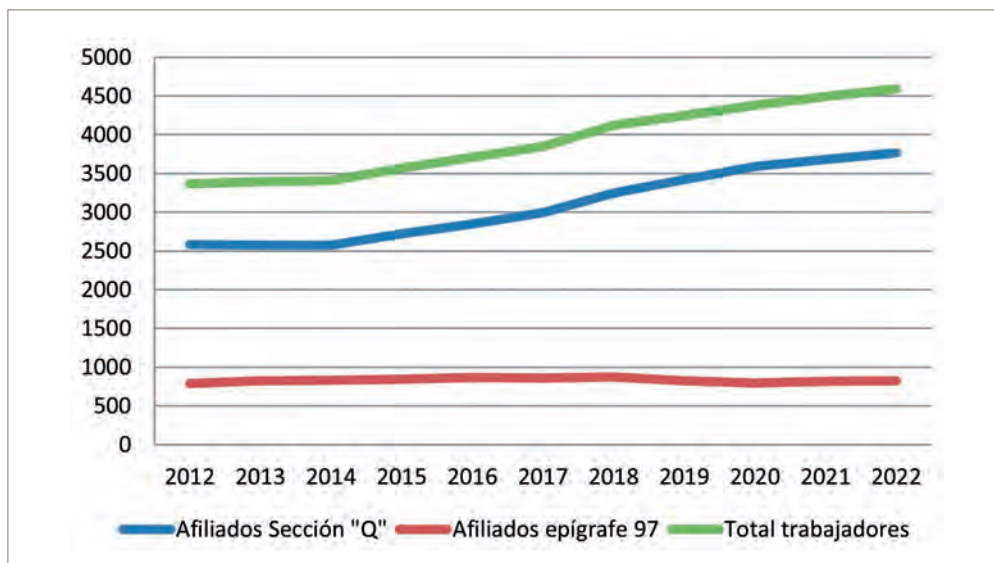
Fuente: LABORA, Consellería de Sanidad Universal i Sanidad Pública, Vicepresidencia y Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas de la Generalitat Valenciana, Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital. Elaboración propia.

Las Mancomunidades con Servicios Sociales en este territorio son 3: Mancomunitat Serveis Socials Marina Alta, Mancomunitat Intermunicipal Vall de Pop y Mancomunitat de Serveis Socials i Turisme de Pego, l'Atzúvia i les Valls. Estas, junto a los principales ayuntamientos ofrecen servicios de teleasistencia a domicilio, prevención de las situaciones de dependencia, servicio de ayuda a domicilio, entre otros servicios sociales.

Desde el punto de vista del mercado laboral, las afiliaciones a la Seguridad Social de trabajadoras y trabajadores sociales y sanitarios en este territorio muestran un crecimiento constante fruto de los altos valores en la contratación (véase figura 1).

En este crecimiento generalizado, únicamente los trabajadores relacionados con actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico han empezado a descender en términos absolutos. El crecimiento de las afiliaciones está basado en las necesidades existentes en torno al cuidado. De hecho, la comarca de la Marina Alta es la comarca con mayor proporción de población de más de 65 años de toda la provincia de Alicante. Por ello, también es esta comarca la que alberga el segundo mayor número de trabajadores y trabajadoras afiliadas en servicios sociales, sanitarios y domésticos hasta el punto de suponer una relación de un trabajador por cada 40 habitantes. Por el contrario, el descenso de las trabajadoras de personal doméstico en los hogares se explica a razones asociadas a la generalización del trabajo informal en esta actividad laboral.

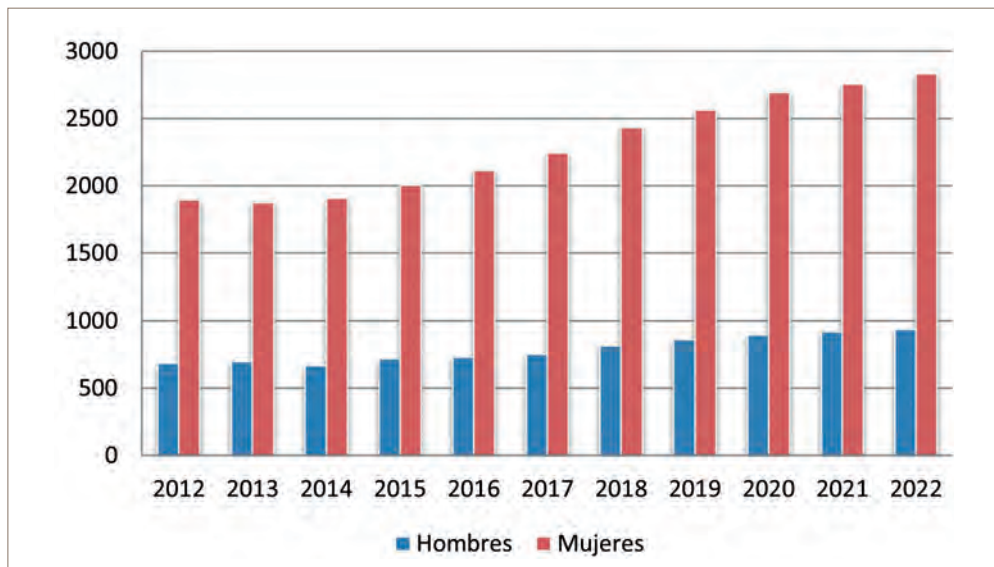
Figura 1. Trabajadores y trabajadoras afiliadas a la Sección "Q" del CNAE09 (actividades sanitarias y de servicios sociales) y epígrafe 97 de la Sección "T" CNAE09 (actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico) en el territorio del Pacto



Fuente: Portal Estadístico de la Generalitat Valenciana. Tesorería General de la Seguridad Social. Elaboración propia.

Una característica destacada en el mercado laboral comarcal es la importancia del empleo femenino en este ámbito que ha crecido y ha aumentado más aún respecto al masculino en los últimos años teniendo en cuenta en los datos el número importante de casos de alta en las cotizaciones a la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales en el entorno familiar [véase figura 2].

Figura 2. Evolución del número de trabajadores y trabajadoras afiliadas a la Sección "Q" del CNAE09

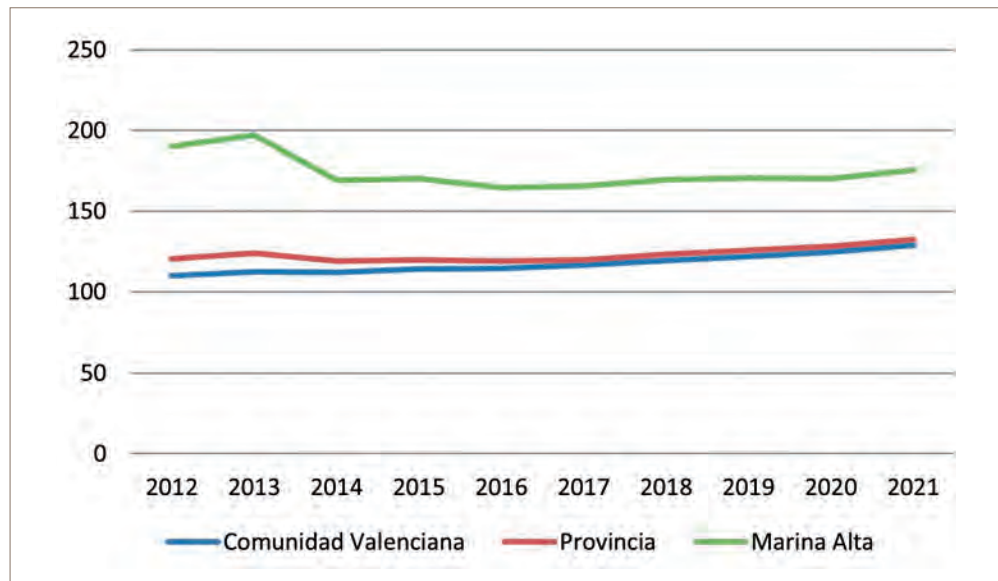


Fuente: Portal Estadístico de la Generalitat Valenciana. Tesorería General de la Seguridad Social. Elaboración propia

La mujer es la protagonista en la atención social, sanitaria y doméstica. Aun así, el porcentaje de hombres trabajadores en este sector sobre el total comarcal supera la media de la provincia. La dimensión del mercado laboral se debe equiparar a los escenarios y requerimientos en la economía de los cuidados del territorio. En la comarca de la Marina Alta se está produciendo un envejecimiento de la población [véase figura 3]



Figura 3. Índice de envejecimiento en el territorio del Pacto



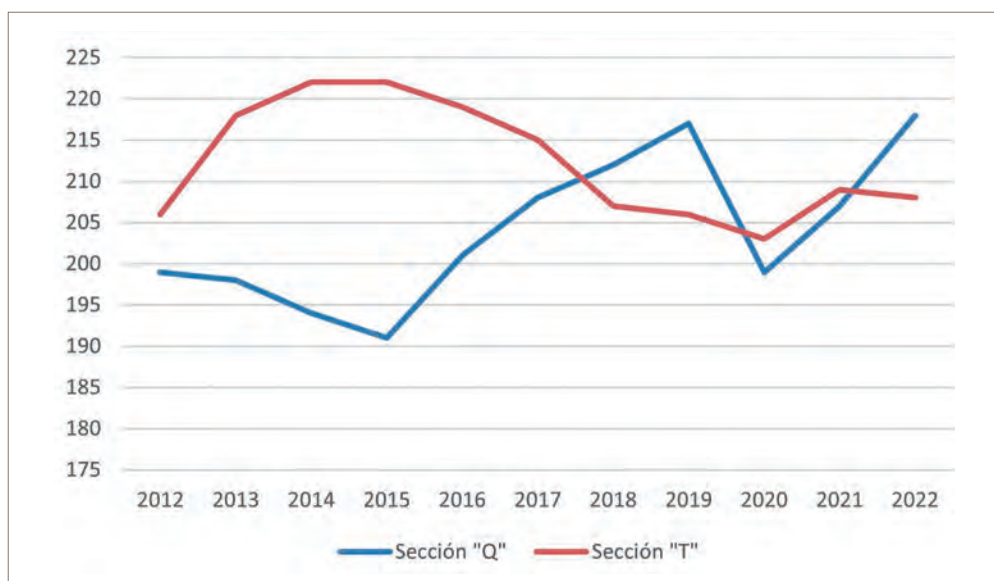
Fuente: Portal Estadístico de la Generalitat Valenciana. Elaboración propia

En esta comarca, tanto en el litoral como en el interior comarcal, presenta un índice de envejecimiento, o relación entre la población mayor de 64 años con la de menos de 16 años, muy por encima de la media provincial. La población extranjera de la Unión Europea con estas características demográficas y residente en la comarca supone el 11,3 % del total de la población. En particular, la población mayor de 80 años es el 7,23% del total, es decir, la cifra más elevada de la provincia. Al mismo tiempo, la esperanza de vida a los 65 años estima el grado de supervivencia de las personas mayores de 65 años. Los valores siguen al alza, con un 22,3 años en la Marina Alta, al igual que en el total de la provincia de Alicante con un 22,5 años.

En definitiva, en este territorio se está produciendo una consecuente demanda tendente de servicios sociales y de ayudas a la dependencia por la relación entre vejez y dependencia. Aun así, para la caracterización sociodemográfica y los escenarios de previsión de requerimientos laborales y de servicios en la economía de los cuidados hay que incluir otras variables como el indicador del número y tipología de hogares unipersonales. La comarca de la Marina Alta es la segunda comarca en número de hogares unipersonales respecto a los hogares totales, con un 28,7% respecto al total, muy superior a la media provincial, si bien, existe un ligero descenso en los últimos años. Dentro de este total de hogares unipersonales, aquellos ocupados por una mujer mayor de 65 años suponen el 55% del total de hogares unipersonales. Esta cifra es muy alta respecto a la media provincial y autonómica. Para estas necesidades en ayudas a los cuidados actuales y tendentes, existe una oferta de centros y servicios repartidos en el territorio. La oferta de residencias es mayoritariamente privada. En la Marina Alta existen 426 empresas que suponen el 12,05% del total de este tipo de empresas en la provincia.

La evolución del número de empresas de servicios en cuidados, dependencia y servicios domésticos en este territorio muestra un aumento progresivo de aquellas con CNAE de la sección Q [servicios sociales y sanitarios] y un descenso de las empresas de la Sección "T", que incluyen las adscritas al epígrafe 97, o actividades de personal doméstico. Estas últimas únicamente tuvieron un alza temporal y reseñable a partir de la pandemia, para continuar con la tendencia decreciente (véase figura 4).

Figura 4: Empresas de la sección "Q" del CNAE09 (servicios sociales y sanitarios) y empresas de la Sección "T", epígrafe 97 del CNAE09 (actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico) en el territorio del Pacto



Fuente: Portal Estadístico de la Generalitat Valenciana

En el caso de los territorios que conforman este Pacto destacan centros privados como Residencia y Centro de Día Ana M. Espinós en Teulada, con 134 plazas. También destacan, entre otros, los centros públicos de Denia como la Residencia y el Centro de día Santa Lucía con 122 plazas.



5.2.2 ACUERDO TERRITORIAL POR EL EMPLEO Y EL DESARROLLO LOCAL ALCOI - IBI - ONTINYENT. ACTAIO

El Acuerdo Territorial por el empleo y el desarrollo local Alcoi-Ibi-Ontinyent (ACTAIO) se ubica en las comarcas alicantinas de L´Alcoià y El Comtat, y la comarca valenciana de la Vall d´Albaida.

Una de las características de este territorio es su extensión y su gran número de municipios. Las comarcas alicantinas de l´Alcoià y El Comtat suman 32 municipios, lo que supone el 22,69% de los municipios de la provincia de Alicante. Estos municipios junto a los 34 de la Vall d´Albaida conforman un extenso espacio geográfico donde la ubicación y distribución de los equipamientos y servicios sociales y sanitarios necesarios requieren de un gran despliegue en el territorio de centros, equipamientos y trabajadores.

Destaca el gran número de consultorios de atención primaria que suponen el 15,2% del total provincial de Alicante. También existe un número elevado de Centros de día y residencias con centro de día acreditados para personas mayores dependientes con un total de 16, es decir, el 36,4 % de la provincia (ver tabla 2).

Tal número de municipios requiere de reorganización de los servicios sociales y sanitarios. En este territorio es importante la labor de los ayuntamientos más poblados, los centros sociales y sanitarios y las mancomunidades con servicios sociales. Estas mancomunidades son la Mancomunitat de l´Alcoià i el Comtat, la Mancomunidad Intermunicipal Foia de Cas-

Tabla 2. Entidades, centros y empresas de la economía de los cuidados en el territorio del Pacto

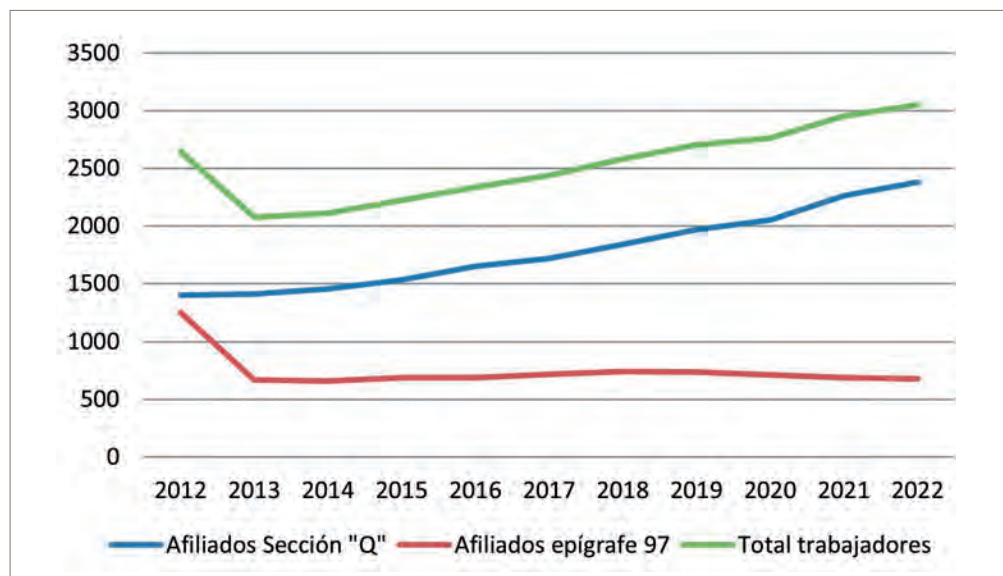
ÁREA	ENTIDAD/CENTRO/EMPRESA	Nº	PROPORCIÓN RESPECTO PROVINCIA (sin contar con Vall d'Albaida)
Sanidad	Consultorios Atención Primaria	37	15,22 %
	Centros de Salud	21	12,6 %
	Centros de Especialidades	2	14,3 %
	Centros Sanitarios Integrados	2	13,3 %
	Hospitales Generales Públicos y Privados	2	6,7 %
	Consultorios, Centros de Salud, Centros de Especialidades, Centros Integrados y Hospitales Generales	64	5,5 %
	Farmacias	126	10,3 %
Social	Residencias acreditadas y residencias con centros de día para personas mayores dependientes	17	20 %
	Centros residenciales acreditados. Diversidad funcional	2	10,5 %
	Centros residenciales acreditados. Enfermedad mental	0	0%
	Centros de día y Residencias con Centro de día acreditados para personas mayores dependientes	16	36,4 %
	Centros diurnos y Residencias con Centros diurnos para personas con diversidad funcional	6	14,6%
	Centros diurnos y Residencias con Centros diurnos para personas con enfermedad mental	1	20%
Educativos	Centros Educativos con estudiantes con menos de 14 años	85	13,21 %
Otros	Centros de Atención Temprana	1	5 %
Mancomunidades	Mancomunidades con Servicios Sociales	6	42,85 %

Fuente: LABORA, Consellería de Sanidad Universal i Sanidad Pública, Vicepresidencia y Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas de la Generalitat Valenciana, Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital. Elaboración propia.

talla, la Mancomunitat El Xarpolar, la Mancomunitat Serveis Socials Mariola y la Mancomunidad Municipis La Vall d'Albaida, de las 14 que existen en la provincia de Alicante.

Con relación al mercado laboral, las afiliaciones a la Seguridad Social de trabajadores y trabajadoras sociales y sanitarias en este territorio muestran la pujante evolución positiva

Figura 5. Trabajadores y trabajadoras afiliadas a la Sección "Q" del CNAE09 (actividades sanitarias y de servicios sociales) y epígrafe 97 de la Sección "T" CNAE09 (actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico) en el territorio del Pacto



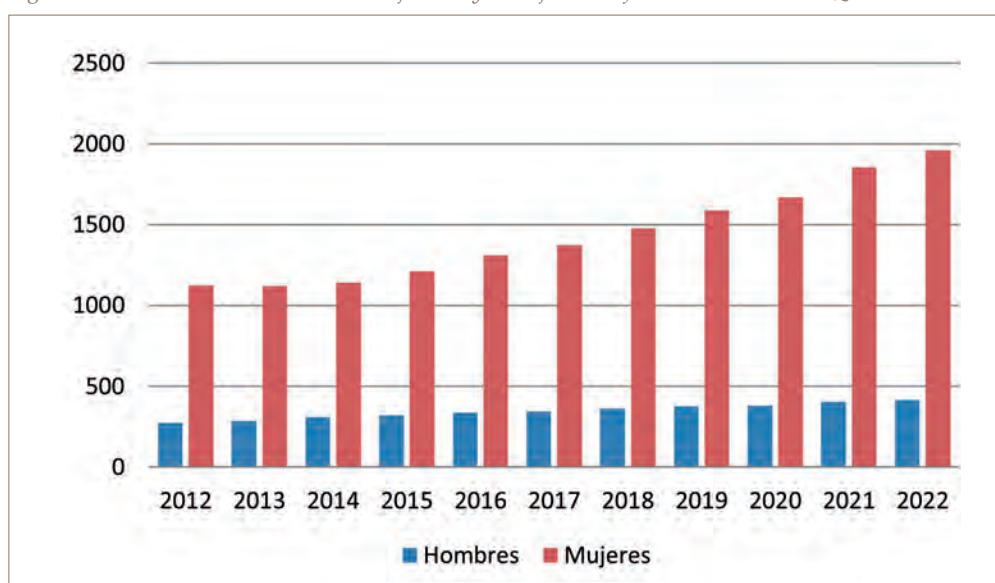
Fuente: Portal Estadístico de la Generalitat Valenciana. Tesorería General de la Seguridad Social. Elaboración propia.

de los contratos de trabajadores en actividades sanitarias y de servicios sociales, frente al descenso de trabajadores en actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico (véase figura 5).

Los empleados del hogar, responsables del cuidado indirecto dentro de este sector, descienden en los últimos años a pesar de las necesidades (elevado número de hogares unipersonales y de hogares monoparentales habitados por una madre con un hijo menor de 25 años, entre otros). En general, la relación de trabajadores sociales y sanitarios respecto al total de población comarcal es la de las más bajas de las comarcas de la provincia de Alicante, con un trabajador para cada 74 habitantes.

El mercado de trabajo en este ámbito tiene un perfil marcadamente femenino y la tendencia es seguir acrecentando la diferencia conforme a los contratos masculinos en los próximos años (véase figura 6). La población femenina es la más contratada, pero también la que aglutina más del 95% del trabajo en el epígrafe 97 del CNAE09 o trabajo en los hogares como personal doméstico y también cuando se trata de trabajo informal e incluso no remunerado para familiares que reciben ayudas ante su solicitud por familiares dependientes a su cargo.

Figura 6. Evolución del número de trabajadores y trabajadoras afiliadas a la Sección "Q" del CNAE09



Fuente: Portal Estadístico de la Generalitat Valenciana. Tesorería General Seguridad Social. Elaboración propia

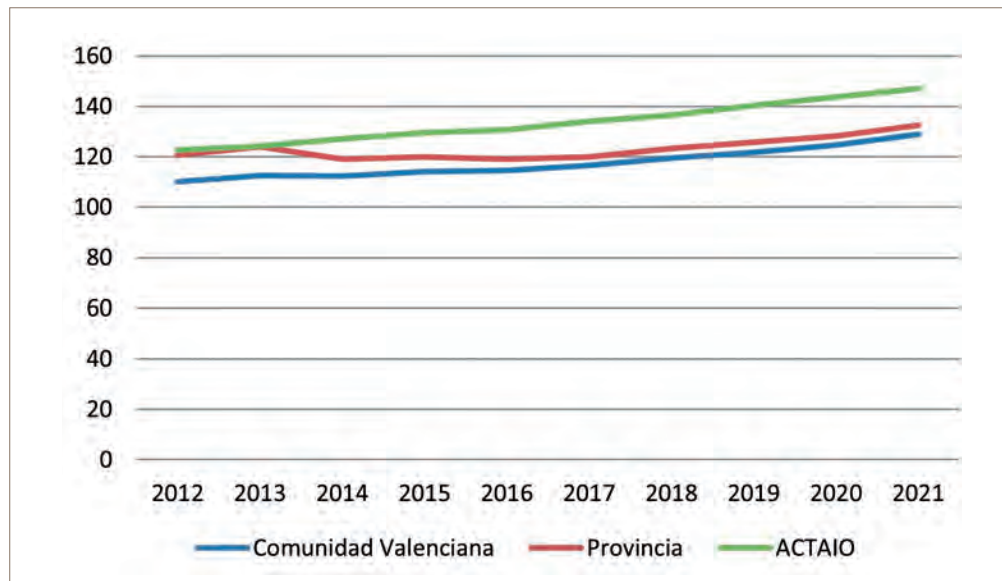
En general se calcula que más del 75% desde este tipo de empleo en el sector es femenino; en esta comarca muy superior al 80%. Hay que tener en cuenta que, en la provincia de Alicante, al igual que en otras provincias españolas, el Sistema Especial de Empleados de Hogar es el único donde las mujeres presentaron mayoría numérica, llegando a alcanzar el 94,08 % del total (95,93% en la Comunidad Valenciana), en el total de estas comarcas donde se integra el Pacto ACTAIO esta valor es del 96,57%.

En este territorio se está produciendo un envejecimiento de la población (véase figura 7).

El índice de envejecimiento fruto del aumento progresivo de la esperanza de vida a los 65 años, es decir, el grado de supervivencia de las personas mayores de 65 años, condiciona



Figura 7. Índice de envejecimiento en el territorio del Pacto



Fuente: Portal Estadístico de la Generalitat Valenciana. Elaboración propia

una necesidad de atención en servicios sociales y de ayudas a la dependencia por la relación entre vejez y dependencia. En estas comarcas la esperanza de vida a los 65 años es de un 22,43 años, y en crecimiento, al igual que en el total de la provincia de Alicante con un 22,52 años.

Por otro lado, el indicador del número y tipología de hogares unipersonales puede mostrar la soledad y la necesidad de ayuda a la población mayor y dependiente. Este territorio presenta una proporción elevada de hogares unipersonales respecto a los hogares totales, con un 25,4% respecto al total. En el caso de hogares monoparentales, estas tres comarcas en conjunto presentan uno de los mayores porcentajes de hogares monoparentales a cargo de una madre con hijo/a menor de 25 años con un valor de 4,86% respecto al total de hogares.

Estas necesidades en ayudas a los cuidados actuales y tendentes se cubren en la actualidad con una oferta de centros y servicios repartidos en el territorio. En estas comarcas existen 226 empresas privadas afiliadas a empresas en servicios sociales, sanitarios y personal doméstico en el hogar que suponen el valor más bajo del total provincial. De estas empresas casi un tercio (88 empresas) pertenecen a la Vall d'Albaida.

5.2.3 LA COMARCA DE LA MARINA BAIXA

La principal característica socioeconómica y demográfica de la comarca de la Marina Baixa para la caracterización de su economía y trabajo en los cuidados es la diferenciación geográfica entre los municipios del litoral, con gran dinamismo económico fruto de la actividad turística, frente a los municipios del interior, con riesgo de despoblación.

En esta comarca existe un número de entidades, centros y empresas para dar cobertura social y sanitaria a los 18 municipios que integran esta comarca (véase tabla 3):

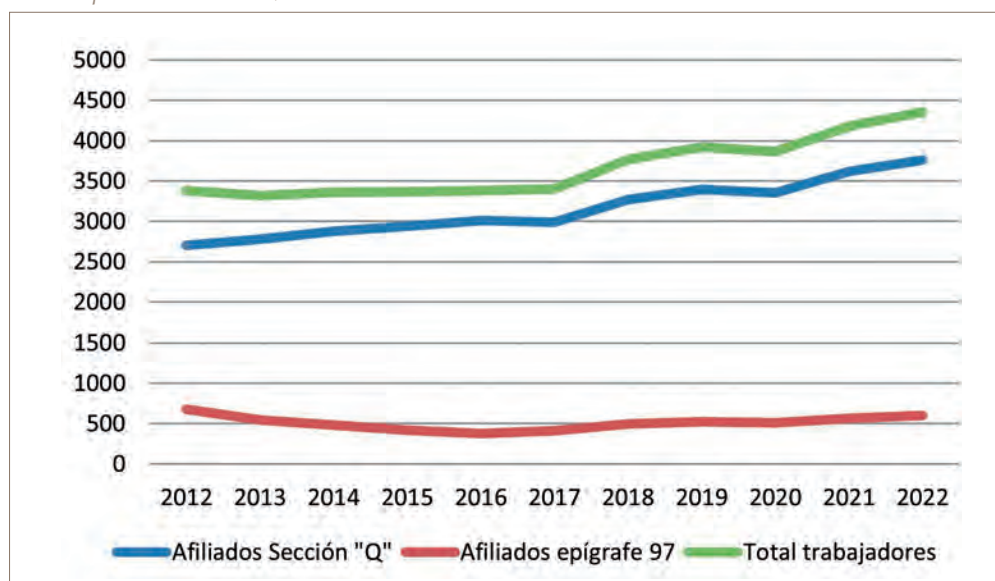
Tabla 3. Entidades, centros y empresas de la economía de los cuidados en el territorio de la Marina Baixa

ÁREA	ENTIDAD/CENTRO/EMPRESA	Nº	PROPORCIÓN RESPECTO PROVINCIA
Sanidad	Consultorios Atención Primaria	24	12,7 %
	Centros de Salud	7	13 %
	Centros de Especialidades	1	8,8 %
	Centros Sanitarios Integrados	1	6,6 %
	Hospitales Generales Públicos y Privados	3	16,6 %
	Consultorios, Centros de Salud, Centros de Especialidades, Centros Integrados y Hospitales Generales	36	11,8 %
	Farmacias	91	11,2 %
Social	Residencias acreditadas y residencias con centros de día para personas mayores dependientes	10	10,9 %
	Centros residenciales acreditados. Diversidad funcional	2	10 %
	Centros residenciales acreditados. Enfermedad mental	1	12,5%
	Centros de día y Residencias con Centro de día acreditados para personas mayores dependientes	7	13,5 %
	Centros diurnos y Residencias con Centros diurnos para personas con diversidad funcional	3	6,8%
	Centros diurnos y Residencias con Centros diurnos para personas con enfermedad mental	1	16,7%
Educativos	Centros Educativos con estudiantes con menos de 14 años	2	9,31 %
Otros	Centros de Atención Temprana	2	9,5 %
Mancomunidades	Mancomunidades con Servicios Sociales	1	4,8 %

Fuente: LABORA, Consellería de Sanidad Universal i Sanidad Pública, Vicepresidencia y Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas de la Generalitat Valenciana, Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital. Elaboración propia.

Los principales entes públicos para la asistencia y ayuda social son los principales ayuntamientos, los centros públicos sociales y la Mancomunidad de Servicios Sociales y de Carácter Cultural de Callosa d'En Sarrià, Polop, Tàrbena, Bolulla, Benimantell, Confrides, el Castell de Guadalest, Benifato y Beniardá (Marina Baixa). Para todos ellos, los trabajadores sociales y sanitarios en esta comarca aumentan cada año. Los trabajadores del hogar (epígrafe 97) aumentan también, a diferencia del resto de comarcas de la provincia de Alicante, que presentan un descenso generalizado en los últimos años (véase figura 8).

Figura 8. Trabajadores y trabajadoras afiliadas a la Sección "Q" del CNAE09 (actividades sanitarias y de servicios sociales) y epígrafe 97 de la Sección "T" CNAE09 (actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico) en el territorio del Pacto



Fuente: Portal Estadístico de la Generalitat Valenciana. Tesorería General de la Seguridad Social. Elaboración propia.

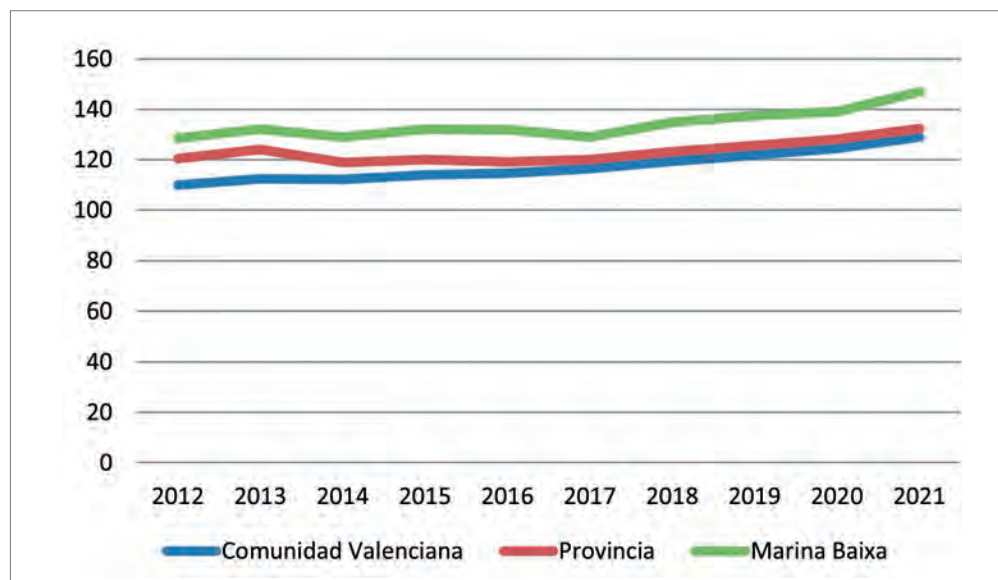


En esta comarca se alberga una importante ratio de trabajadores y trabajadoras afiliadas en servicios sociales, sanitarios y domésticos para suponer un trabajador por cada 47 habitantes, es decir, el segundo mejor dato de la provincia.

A diferencia de otras comarcas y a pesar del empleo mayormente femenino, la diferencia entre trabajadores de ambos sexos es menor que en el resto de las comarcas. Las mujeres representan el 71% del trabajo en cuidados, frente al 29 % de los hombres.

Por otro lado, los escenarios tendentes en torno a la economía de los cuidados y al mercado laboral de la Marina Baixa están condicionados por la evolución del índice de envejecimiento (véase figura 9) fruto del aumento paulatino de la esperanza de vida de la población mayor de 65 años que presenta actualmente un valor de 22,76 años. Estas características sociodemográficas se producen en el litoral turístico donde la población extranjera jubilada procedente de países europeos fijó su residencia, pero también de un interior comarcal en continua despoblación y consecuente envejecimiento de la población.

Figura 9. Índice de envejecimiento en el territorio de la comarca de la Marina Baixa



Fuente: Portal Estadístico de la Generalitat Valenciana. Elaboración propia

El indicador del número y tipología de hogares unipersonales puede mostrar la soledad y la necesidad de ayuda a la población mayor y dependiente. La comarca de la Marina Baixa presenta un número de hogares unipersonales del 26% respecto al total de hogares. Este dato es idéntico a la media provincial. En cambio, un factor a destacar dentro de la atención a la dependencia, asistencia social y sanitaria, servicios domésticos en el hogar y cuidados en general supone que el 63,3% de estos hogares unipersonales están habitados por mujeres mayores de 65 años, valor muy superior a la media de la Comunidad Valenciana (30,41%) y de la provincia de Alicante (29,86%).

La evolución de la estructura de los hogares y de los núcleos familiares está generando un mayor número y proporción de hogares unipersonales, pero también monoparentales. La comarca de la Marina Baixa presenta un valor de proporción de hogares monoparentales respecto al total de hogares similar a la media provincial, pero en cambio es la comarca alicantina con más proporción de hogares unipersonales monoparentales de madres con

hijos de menos de 25 años respecto al total de hogares, con un 4,3 % del total. Las necesidades en ayudas sociales se deben de adaptar a una estructura poblacional cambiante.

Las características de estos hogares participan en la necesidad de atención e incremento de la demanda de trabajadores y trabajadoras en el sector de los cuidados y la dependencia. La mancomunidad recurre a servicios externos privados ante la ingente demanda y necesidad inmediata de atención a la población, además de los problemas para la contratación de personal trabajador público en la ralentización de los tiempos y requisitos administrativos de contratación pública. En esta comarca existe el segundo mayor número de empresas privadas de servicios sociales y sanitarios y empresas de actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico tras la comarca de L´Alacantí. En concreto son 826 empresas que suponen el 23,36% del total de empresas privadas en la economía de los cuidados de toda la provincia.

5.2.4 PACTO TERRITORIAL POR EL EMPLEO DEL VALLE DEL VINALOPÓ

El Pacto Territorial por el Empleo del Valle del Vinalopó lo conforman un gran número de municipios de las comarcas del Alto Vinalopó y del Medio Vinalopó. Estas comarcas cuentan con el 11,8% de la población de la provincia de Alicante y con un considerable 20% de los Centros residenciales acreditados para diversidad funcional y con un 25% de centros para enfermedad mental. En cambio, solo tiene el 5,43% de las residencias acreditadas y residencias con centro de día para personas mayores dependiente (véase tabla 4).

Tabla 4. Entidades, centros y empresas de la economía de los cuidados en el Pacto del Valle del Vinalopó

ÁREA	ENTIDAD/CENTRO/EMPRESA	Nº	PROPORCIÓN RESPECTO PROVINCIA
Sanidad	Consultorios Atención Primaria	12	6,5 %
	Centros de Salud	13	16,4 %
	Centros de Especialidades	1	14,2 %
	Centros Sanitarios Integrados	2	13,3 %
	Hospitales Generales Públicos y Privados	1	5,5 %
	Consultorios, Centros de Salud, Centros de Especialidades, Centros Integrados y Hospitales Generales	29	9,5 %
	Farmacias	84	10,3 %
Social	Residencias acreditadas y residencias con centros de día para personas mayores dependientes	5	5,43 %
	Centros residenciales acreditados. Diversidad funcional	4	20 %
	Centros residenciales acreditados. Enfermedad mental	2	25 %
	Centros de día y Residencias con Centro de día acreditados para personas mayores dependientes	6	11,54 %
	Centros diurnos y Residencias con Centros diurnos para personas con diversidad funcional	9	20,45%
	Centros diurnos y Residencias con Centros diurnos para personas con enfermedad mental	1	16,67 %
Educativos	Centros Educativos con estudiantes con menos de 14 años	89	13,8 %
Otros	Centros de Atención Temprana	3	14,28 %
Mancomunidades	Mancomunidades con Servicios Sociales	2	14,28 %

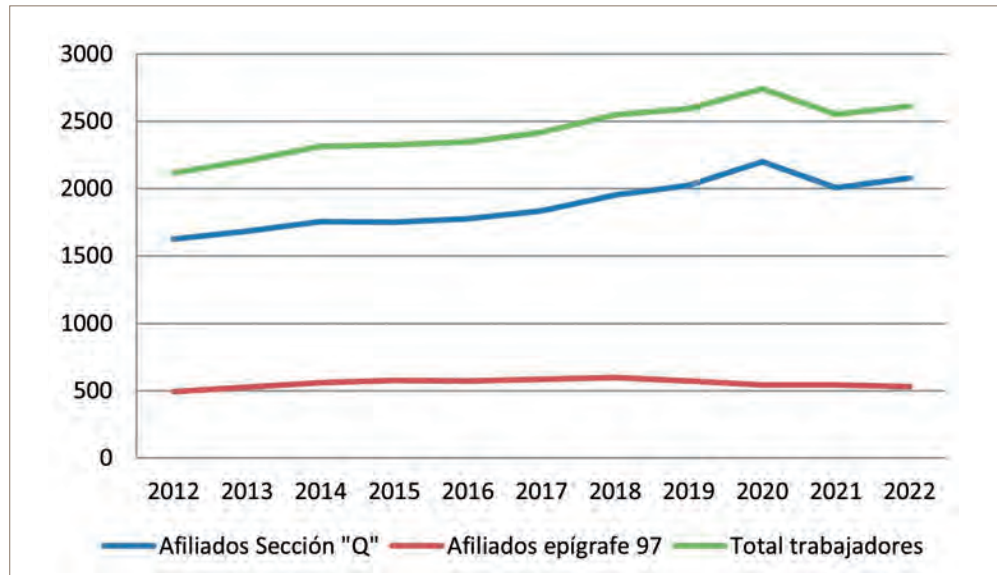
Fuente: LABORA, Consellería de Sanidad Universal i Sanidad Pública, Vicepresidencia y Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas de la Generalitat Valenciana, Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital. Elaboración propia.

A nivel de entidades destaca la asistencia en materia social de las mancomunidades y de los principales ayuntamientos de estas comarcas dentro del Pacto. Las mancomunidades de este territorio son la Mancomunidad Intermunicipal del Valle del Vinalopó y la Manco-



munidad de la Vid y el Mármol. En los últimos años se está produciendo un crecimiento generalizado de trabajadores en el ámbito social y sanitario. Este crecimiento se sustenta en la contratación de trabajadoras y está basado en las necesidades existentes en torno al cuidado. Los empleados del hogar, los responsables del cuidado indirecto dentro de este sector, apenas varían, para incluso descender en los últimos dos años (véase figura 10)

Figura 10. Trabajadores y trabajadoras afiliadas a la Sección "Q" y epígrafe 97 del CNAE09



Fuente: Portal Estadístico de la Generalitat Valenciana. Tesorería General de la Seguridad Social. Elaboración propia

Actualmente, determinados indicadores sociodemográficos esclarecen las necesidades de servicios y prestaciones tendentes y futuras con relación a la economía de los cuidados. Entre estos indicadores destaca el índice de envejecimiento y la esperanza de vida a los 65 años, que en este territorio aumentan a niveles similares al total provincial.

Otro indicador significativo es el del número y tipología de hogares unipersonales. El cambio y evolución de las estructuras demográficas fruto de la soltería, la viudedad, la separación y el divorcio aumenta el número y proporción de los hogares unipersonales. En el Vinalopó no es muy destacado el número de este tipo de hogares sobre el total, pese a que aumentan cada año. La característica de estos hogares es que no están ocupados principalmente por residentes mayores de 65 años, sino de los de menos de esta edad.

Los hogares unipersonales aumentan la necesidad y ayudas a la dependencia. Las personas mayores están generalmente casadas, si bien, las mujeres se reparten en mayor medida entre casadas y viudas dada su mayor longevidad y esperanza de vida. Estas mujeres viudas habitan estos hogares unipersonales. En general para España y según los datos de la Encuesta de Población Activa más del 29,1% de las personas de más de 65 años están viudas.

Otro caso es el de los hogares monoparentales. El conjunto de las dos comarcas del Vinalopó que conforman este acuerdo presenta el mayor número y proporción de hogares monoparentales a cargo de hijo de menos de 25 años de toda la provincia de Alicante. Este factor es diferencial dentro de las ayudas sociales.

Los centros y empresas privadas y los centros públicos se reparten la asistencia en los cuidados. En el caso del Vinalopó destacan centros privados como la Residencia y Centro

de Atención Temprana APADIS, localizada en Villena, con más de 125 plazas o centros públicos de Elda como la Residencia y centro de día Catí de 97 plazas o Residencia y centro de día Domusvi, también de Elda, con 170 plazas.

5.2.5 PACTO TERRITORIAL POR EL EMPLEO DE L 'ALACANTÍ. ACTEI

Los municipios que suponen el pacto ACTEI se integran en la comarca de L´Alacantí. Esta comarca comprende 10 municipios, incluido el de Alicante, que forma parte de otro Pacto, presenta una distribución de entidades y centros sociales y sanitarios conforme al volumen y características de su población (véase tabla 5).

Tabla 5. Entidades, centros y empresas de la economía de los cuidados en el territorio del Pacto ACTEI y Pacto Alicante

ÁREA	ENTIDAD/CENTRO/EMPRESA	Nº	PROPORCIÓN RESPECTO PROVINCIA
Sanidad	Consultorios Atención Primaria	19	10 %
	Centros de Salud	19	24 %
	Centros de Especialidades	3	42,9 %
	Centros Sanitarios Integrados	0	0 %
	Hospitales Generales Públicos y Privados	5	27,7 %
	Consultorios, Centros de Salud, Centros de Especialidades, Centros Integrados y Hospitales Generales	46	15,2 %
	Farmacias	203	25,1 %
Social	Residencias acreditadas y residencias con centros de día para personas mayores dependientes	27	29,3 %
	Centros residenciales acreditados. Diversidad funcional	6	30 %
	Centros residenciales acreditados. Enfermedad mental	1	12,5 %
	Centros de día y Residencias con Centro de día acreditados para personas mayores dependientes	8	15,4 %
	Centros diurnos y Residencias con Centros diurnos para personas con diversidad funcional	10	22,7%
	Centros diurnos y Residencias con Centros diurnos para personas con enfermedad mental	2	33,3 %
Educativos	Centros Educativos con estudiantes con menos de 14 años	144	22,4 %
Otros	Centros de Atención Temprana	5	23,8 %
Mancomunidades	Mancomunidades con Servicios Sociales	1	5 %

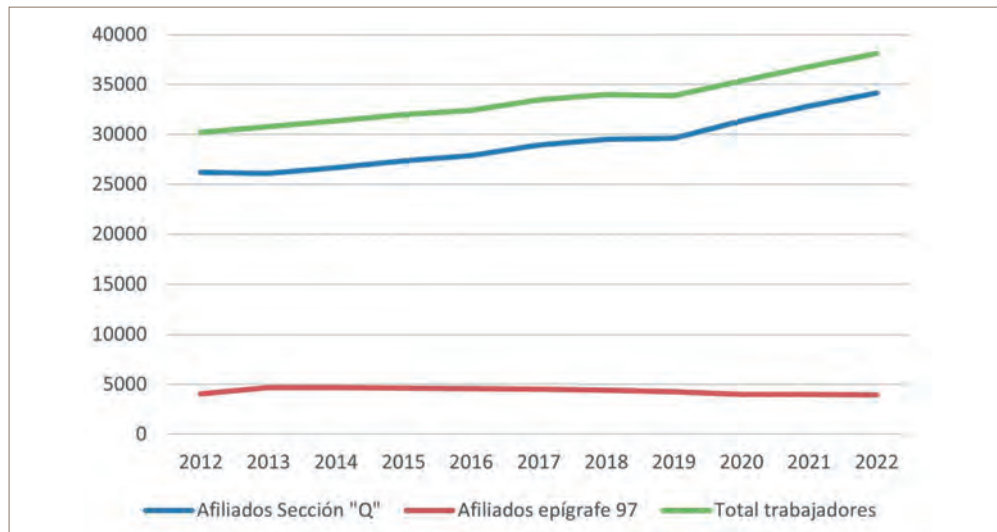
Fuente: LABORA, Consellería de Sanidad Universal i Sanidad Pública, Vicepresidencia y Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas de la Generalitat Valenciana, Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital. Elaboración propia.

En este territorio destaca el número de hospitales. El total de 5 hospitales suponen más de un cuarto del total provincial. Desde el punto de vista de equipamientos sociales las Residencias acreditadas y residencias con centros de día para personas mayores dependientes de la comarca suponen el 29,3% del total de la provincia y los Centros diurnos y residencias con centros diurnos para personas con enfermedad mental el 33,3%.

Los ayuntamientos de municipios más poblados, la Mancomunidad de Bonaigua y los centros sociales de la tabla anterior acaparan las contrataciones de trabajadores desde el ámbito público en los servicios sociales. Desde el punto de vista sanitario, el mercado laboral es muy amplio según el destino de los trabajadores, sea ámbito público o privado. Para todos los casos, el total de las afiliaciones a la Seguridad Social de trabajadoras y trabajadores sociales y sanitarios en este territorio muestran una evolución al alza por el aumento de la contratación (véase figura 11).



Figura 11. Trabajadores y trabajadoras afiliadas a la Sección "Q" del CNAE09 (actividades sanitarias y de servicios sociales) y epígrafe 97 de la Sección "T" CNAE09 (actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico) en el territorio del Pacto ACTEI y Pacto Alicante



Fuente: Portal Estadístico de la Generalitat Valenciana. Tesorería General de la Seguridad Social. Elaboración propia.

El crecimiento de las afiliaciones está basado en las necesidades existentes en torno al cuidado. De hecho, L´Alacantí es la comarca con mayor proporción de población de más de 65 años de toda la provincia de Alicante. Por ello, también es esta comarca la que alberga el mayor número de trabajadores y trabajadoras afiliadas en servicios sociales, sanitarios y domésticos en términos absolutos.

A pesar de la predominancia del empleo femenino, en este ámbito la proporción de hombres supera el 31% del total de trabajadores, por encima de la media provincial.

El 6% de los hogares de esta comarca es monoparental de padre o madre con hijo menor de 25 años a cargo; se trata del valor más alto de las comarcas o pactos de la provincia. Aun así, el dato más relevante es que casi el 90% son madres con hijos menores, el más elevado también con diferencia respecto a la provincia, junto al dato de habitantes menores de 15 años.

Otros indicadores sociodemográficos para la caracterización de los diferentes escenarios de previsión de requerimientos laborales y de servicios en la economía de los cuidados son el número y tipología de hogares unipersonales. A diferencia de otras comarcas, los hogares unipersonales están divididos casi por igual entre los ocupados por población menor de 65 años, respecto a la población mayor de 65 años. Este es un factor de menor riesgo dentro de la relación entre vejez y dependencia.

En el caso de los territorios que conforman este Pacto destacan centros privados como la Residencia de Pensionistas Ferroviarios de Sant Joan d´Alacant, con 471 plazas o el espacio público Centro Asistencial "Doctor Esquerdo" de 240 plazas de la misma localidad.

5.2.6 PACTO TERRITORIAL POR EL EMPLEO DE LA CIUDAD DE ALICANTE

El casi medio millón de habitantes que aglutina esta ciudad y la comarca al completo determina una concentración de centros y equipamientos para la asistencia social y sanitaria (ver tabla 6).

Tabla 6. Entidades, centros y empresas de la economía de los cuidados en el territorio del Pacto Alicante y Pacto ACTEI

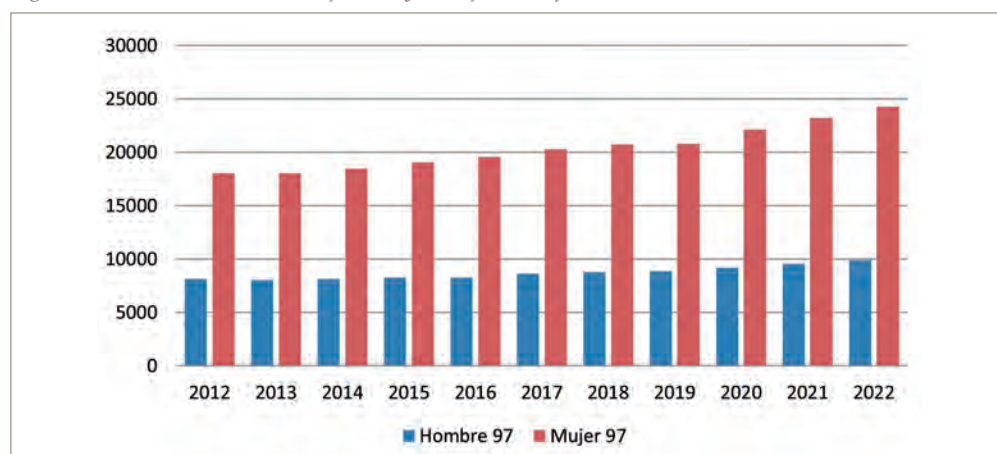
ÁREA	ENTIDAD/CENTRO/EMPRESA	Nº	PROPORCIÓN RESPECTO PROVINCIA
Sanidad	Consultorios Atención Primaria	19	10 %
	Centros de Salud	19	24 %
	Centros de Especialidades	3	42,9 %
	Centros Sanitarios Integrados	0	0 %
	Hospitales Generales Públicos y Privados	5	27,7 %
	Consultorios, Centros de Salud, Centros de Especialidades, Centros Integrados y Hospitales Generales	46	15,2 %
	Farmacias	203	25,1 %
Social	Residencias acreditadas y residencias con centros de día para personas mayores dependientes	27	29,3 %
	Centros residenciales acreditados. Diversidad funcional	6	30 %
	Centros residenciales acreditados. Enfermedad mental	1	12,5 %
	Centros de día y Residencias con Centro de día acreditados para personas mayores dependientes	8	15,4 %
	Centros diurnos y Residencias con Centros diurnos para personas con diversidad funcional	10	22,7 %
	Centros diurnos y Residencias con Centros diurnos para personas con enfermedad mental	2	33,3 %
Educativos	Centros Educativos con estudiantes con menos de 14 años	144	22,4 %
Otros	Centros de Atención Temprana	5	23,8 %
Mancomunidades	Mancomunidades con Servicios Sociales	1	5 %

Fuente: LABORA, Consellería de Sanidad Universal i Sanidad Pública, Vicepresidencia y Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas de la Generalitat Valenciana, Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital. Elaboración propia.



La concentración de centros y empresas en esta ciudad y entorno metropolitano condiciona el número elevado de trabajadores sociales y sanitarios, sobre todo en el ámbito femenino (véase figura 12).

Figura 12. Evolución de los trabajadores y trabajadoras afiliadas a la Sección "Q" del CNAE09



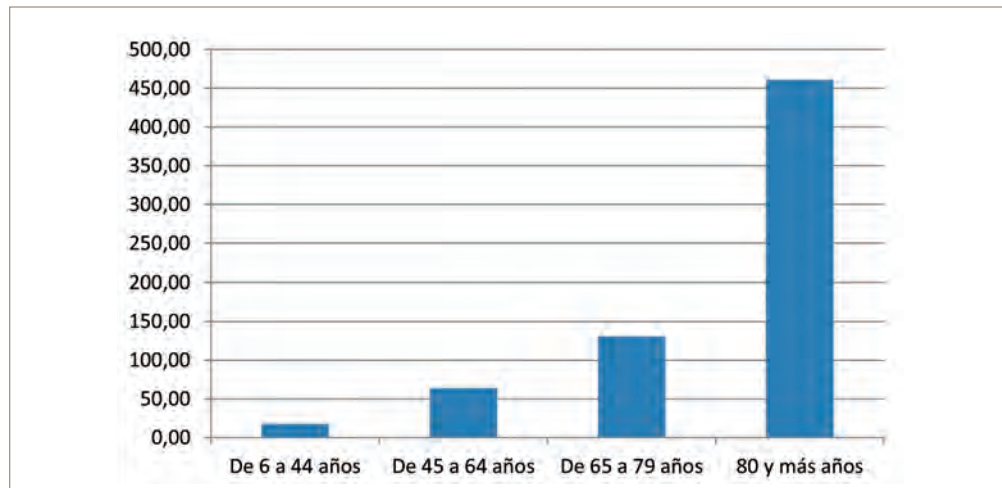
Fuente: Portal Estadístico de la Generalitat Valenciana. Tesorería General de la Seguridad Social. Elaboración propia

La proporción es de 1 trabajador cada 13 habitantes en servicios sociales, sanitarios y domésticos en el hogar es la mejor ratio de la provincia. Aun así, en este espacio comarcal existe un trabajo informal y una consecuente precarización laboral. Esta precarización laboral está muy vinculada al trabajo femenino. En otros casos, el trabajo femenino se orienta al trabajo no remunerado. La prestación de cuidados no remunerados al entorno personal y familiar deriva en una carga adicional a las mujeres, con el consecuente el problema de su retraso o falta de incorporación al ámbito laboral, factor que ahonda más aún en la desigualdad de género. Peso a ello, queda espacio para mejorar la previsión de la Encuesta de Población

ción Activa del Instituto Nacional de Estadística (INE) sobre personas inactivas por no buscar empleo en la Comunidad Valenciana por motivos de cuidados de niños o adultos enfermos, incapacitados o mayores, puesto que son aproximadamente un 10% del total de inactivos. Muchas de estas personas a cargo de familiares están contratadas a tiempo parcial, no pudiendo optar a empleo estable y de jornada continua por sus situaciones personales, cuestión que se ha agudizado tras la pandemia. En otros casos la prestación económica de ayuda en dependencia cumple la finalidad social de apoyar económicamente a la persona dependiente en su relación con la persona cuidadora no profesional, principalmente del entorno familiar.

La esperanza de vida a los 65 años en Alicante está a niveles de la provincia. Aun así, se está produciendo un aumento generalizado del índice de envejecimiento y de la esperanza de vida y una consecuente demanda de servicios sociales y de ayudas por la relación entre vejez (sobre todo mayor de 80 años) y dependencia.

Figura 13. Tasa de discapacidad por grupos de edad en la provincia de Alicante



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Elaboración propia

Por otro lado, el número de hogares unipersonales en la comarca de L´Alacantí, donde se integra la ciudad de Alicante, no es el mayor de la provincia con respecto al total de hogares, pero sí que es el que está ocupado por el mayor porcentaje de mujeres mayores de 65 años respecto al total. Este factor evidencia una necesidad dentro de los cuidados y dependencia. En esta comarca, a pesar de presentar una de las mayores poblaciones en menores de 15 años que no son sino personas también con necesidades de dependencia y cuidados, se desciende en el número de hogares monoparentales con algún hijo menor de 25 años, como en toda la provincia, por el descenso prolongado de la tasa de natalidad, entre otras causas. Aun así, es de destacar que no es el caso cuando es la madre la que habita los hogares monoparentales con hijo a cargo de menos de 25 años. En estos casos los valores de Alicante son más elevados que la media provincial.

5.2.7 ACUERDO TERRITORIAL DEL EMPLEO EN EL TÉRMINO MUNICIPAL DE ELCHE

El Acuerdo territorial de empleo en el término municipal de Elche presenta un programa municipal para atender las necesidades físicas, psicológicas y emocionales de adultos y niños, mayores y jóvenes, personas frágiles y personas sanas de la población. Los servicios de asistencia social y de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia de este Pacto Territorial lo lleva a cabo el ayuntamiento.

El municipio de Elche se ubica en una comarca del Bajo Vinalopó que cuenta con un considerable 15,7% de los hospitales provinciales, pero que en cambio apenas tiene un 6,5% de las residencias acreditadas y residencias con centros de día para personas mayores dependientes [véase tabla 7].

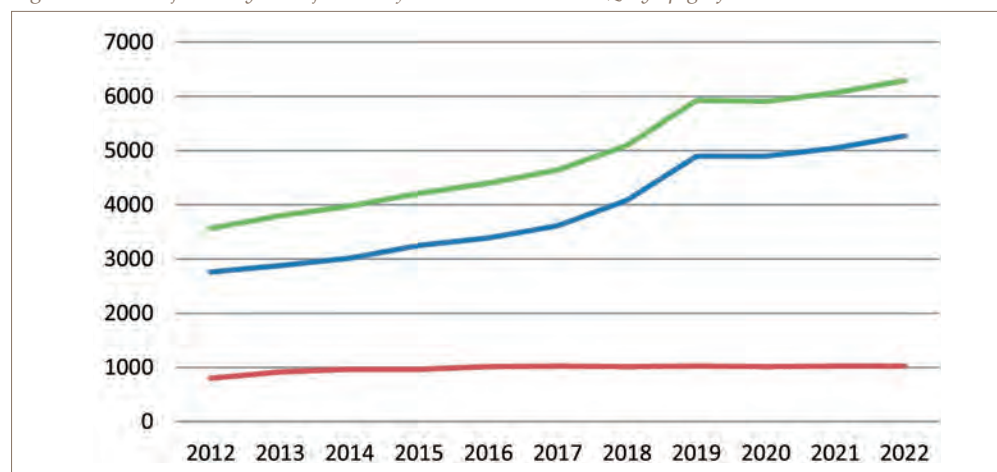
Tabla 7. Entidades, centros y empresas de la economía de los cuidados en el Bajo Vinalopó

ÁREA	ENTIDAD/CENTRO/EMPRESA	Nº	PROPORCIÓN RESPECTO PROVINCIA
Sanidad	Consultorios Atención Primaria	17	9,2 %
	Centros de Salud	9	11,4 %
	Centros de Especialidades	0	0 %
	Centros Sanitarios Integrados	2	13,3 %
	Hospitales Generales Públicos y Privados	3	16,7 %
	Consultorios, Centros de Salud, Centros de Especialidades, Centros Integrados y Hospitales Generales	31	10,2 %
	Farmacias	113	14 %
Social	Residencias acreditadas y residencias con centros de día para personas mayores dependientes	6	6,5 %
	Centros residenciales acreditados. Diversidad funcional	2	10 %
	Centros residenciales acreditados. Enfermedad mental	1	12,5 %
	Centros de día y Residencias con Centro de día acreditados para personas mayores dependientes	5	9,6 %
	Centros diurnos y Residencias con Centros diurnos para personas con diversidad funcional	6	13,6 %
	Centros diurnos y Residencias con Centros diurnos para personas con enfermedad mental	1	16,7 %
Educativos	Centros Educativos con estudiantes con menos de 14 años	92	14,3 %
Otros	Centros de Atención Temprana	3	19 %
Mancomunidades	Mancomunidades con Servicios Sociales	0	0 %

Fuente: LABORA, Consellería de Sanitat, Vicepresidencia y Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas de la Generalitat Valenciana, Diputación de Alicante, Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital. Elaboración propia.

El número de trabajadores y trabajadoras con código de la Sección “Q” o actividades sanitarias y de servicios sociales ha aumentado considerablemente en la última década, no siendo el caso de los trabajadores del hogar en servicio doméstico dentro del epígrafe 97 de la sección “T” del CNAE09 (ver figura 14).

Figura 14. Trabajadores y trabajadoras afiliadas a la Sección “Q” y epígrafe 97 del CNAE09

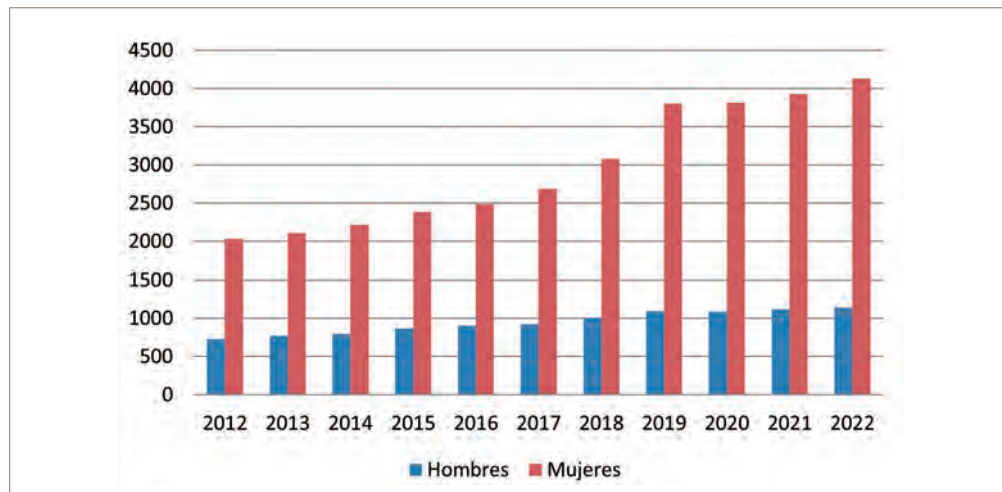


Fuente: Portal Estadístico de la Generalitat Valenciana. Tesorería General de la Seguridad Social. Elaboración propia

La característica más destacada es la importancia del empleo femenino en este territorio que ha aumentado más aún respecto al masculino en los últimos años (véase figura 15).



Figura 15. Evolución de los trabajadores y trabajadoras afiliadas a la Sección "Q" del CNAE09

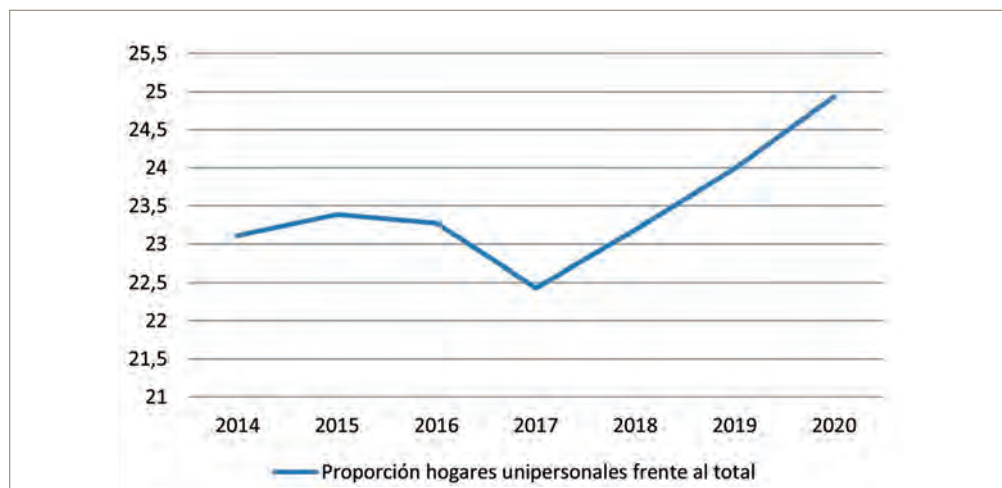


Fuente: Portal Estadístico de la Generalitat Valenciana. Tesorería General de la Seguridad Social. Elaboración propia

La mujer es la protagonista en la atención social, sanitaria y doméstica. Esta proporción hace una década era menor respecto al total provincial, pero en los últimos años ha variado ostensiblemente para alzarse como un valor por encima de la media.

Las necesidades de servicios y prestaciones tendentes con relación al trabajo y economía de los cuidados están supeditadas a una estructura demográfica con un índice alto de envejecimiento y esperanza de vida a los 65 años, pero no al nivel provincial y autonómico. El saldo migratorio favorece un crecimiento natural de la población que mantiene una mayor tasa de natalidad frente a comarcas del interior y una población menor de 15 años con necesidades propias a los cuidados y a la dependencia superior a la media de la población. El indicador de la proporción de hogares unipersonales es adecuado para conocer el apoyo con el que pueden contar las personas ya que la reducción de los vínculos familiares próximos aumenta la necesidad de asistencia. El aumento proporcional de hogares unipersonales respecto al total es muy elevado en la actualidad en este territorio (véase figura 16). Por otro lado, en el territorio del Pacto existen centros y empresas cuyo objeto social y sanitario cubren las necesidades del territorio, además de entidades públicas como el ayuntamiento. En el caso de Elche destacan por su número de plazas ofertadas el Centro de

Figura 16. Proporción de hogares unipersonales frente al total en el Bajo Vinalopó



Fuente: Portal Estadístico de la Generalitat Valenciana. Elaboración propia

Día y Residencia de Elche, de titularidad y gestión pública con 137 plazas, y la Residencia y centro de día Domusvi Carrús y la Residencia y Centro de Día Domusvi L´Aljub, ambas dos de titularidad y gestión privada, y con 170 plazas cada una.

5.2.8 LA COMARCA DE LA VEGA BAJA

La comarca alicantina de la Vega Baja se caracteriza por una gran extensión superficial. Los 27 municipios de esta comarca suponen el 2,1% de los municipios de la provincia de Alicante que a su vez están habitados por el 19,1% de la población provincial. Las características de los equipamientos y centros de servicios a merced de la economía de los cuidados dependen de este número de municipios para comprometer una atención variada en las necesidades físicas, psicológicas y emocionales de adultos y niños, mayores y jóvenes, personas frágiles y personas sanas con actividades como el cuidado directo o el cuidado indirecto [véase tabla 8].

Tabla 8. Entidades, centros y empresas de la economía de los cuidados en el territorio del Pacto

ÁREA	ENTIDAD/CENTRO/EMPRESA	Nº	PROPORCIÓN RESPECTO PROVINCIA
Sanidad	Consultorios Atención Primaria	44	23 %
	Centros de Salud	12	15,2 %
	Centros de Especialidades	1	14,3 %
	Centros Sanitarios Integrados	5	33,3 %
	Hospitales Generales Públicos y Privados	3	16,7 %
	Consultorios, Centros de Salud, Centros de Especialidades, Centros Integrados y Hospitales Generales	65	21,4 %
	Farmacias	147	18,1 %
Social	Residencias acreditadas y residencias con centros de día para personas mayores dependientes	12	13 %
	Centros residenciales acreditados. Diversidad funcional	3	15 %
	Centros residenciales acreditados. Enfermedad mental	1	12,5 %
	Centros de día y Residencias con Centro de día acreditados para personas mayores dependientes	3	5,8 %
	Centros diurnos y Residencias con Centros diurnos para personas con diversidad funcional	8	18,2 %
	Centros diurnos y Residencias con Centros diurnos para personas con enfermedad mental	0	0 %
Educativos	Centros Educativos con estudiantes con menos de 14 años	107	16,6 %
Otros	Centros de Atención Temprana	5	23,8 %
Mancomunidades	Mancomunidades con Servicios Sociales	2	14,3 %

Fuente: LABORA, Consellería de Sanidad Universal i Sanidad Pública, Vicepresidencia y Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas de la Generalitat Valenciana, Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital. Elaboración propia.

La característica más destacada con relación a centros y entidades sociales y sanitarias es el gran número de consultorios de atención primaria que suponen el 23,9% del total provincial. En cuanto a consultorios, centros de salud, centros de especialidades, centros integrados y hospitales generales existen en esta comarca un total de 65, es decir, el 21,4 % del total provincial. Desde el punto de vista de los centros sociales destacan las residencias acreditadas y residencias con centros de día para personas mayores dependientes que suponen un total de 12 (el 13 % del total provincial). Por último, son 107 los centros educativos con estudiantes de menos de 14 años (el 16,6 % del total de la provincia).

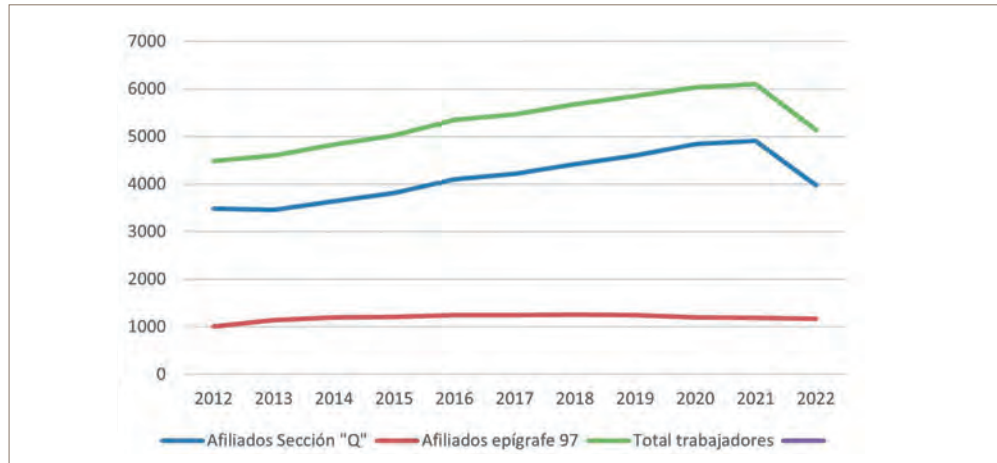
Las Mancomunidades con servicios sociales en este territorio son la Mancomunidad de Servicios Bajo Segura y Mancomunidad La Vega. Estas, junto a los principales ayuntamien-



tos ofrecen servicios de teleasistencia a domicilio, prevención de las situaciones de dependencia, servicio de ayuda a domicilio, entre otros.

Las afiliaciones a la Seguridad Social de trabajadores y trabajadoras sociales y sanitarias en este territorio no han parado de ascender en número en los últimos años, a excepción de los dos últimos años [véase figura 17].

Figura 17. Trabajadores y trabajadoras afiliadas a la Sección "Q" del CNAE09 (actividades sanitarias y de servicios sociales) y epígrafe 97 de la Sección "T" CNAE09 (actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico) en el territorio del Pacto



Fuente: Portal Estadístico de la Generalitat Valenciana. Tesorería General de la Seguridad Social. Elaboración propia.

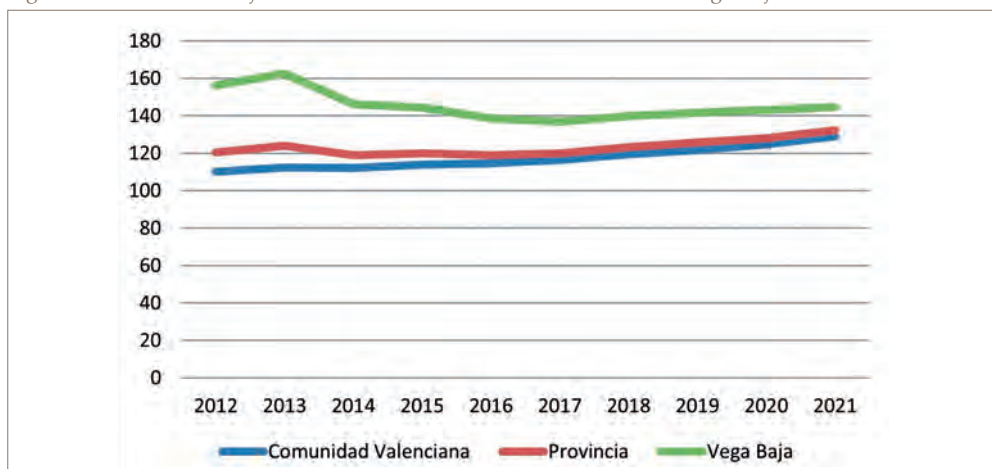
Este descenso en los últimos años es contrario a la tendencia del resto de las comarcas alicantinas, en donde se ha estado produciendo un aumento de trabajadoras y trabajadores afiliados de nueva contratación. La relación de trabajadores sociales y sanitarios es de un trabajador para cada 70 habitantes, es decir, una de las ratios más descompensadas a nivel comarcal en toda la provincia. El descenso de los trabajadores en los dos últimos años, no se corresponde a un cambio en las necesidades existentes en torno al cuidado, dados los datos sociodemográficos comarcales.

Al igual que en otras comarcas, el empleo femenino en este ámbito es el dominante. Este incluso ha aumentado su diferencia respecto al masculino en los últimos años, si bien, mantiene valores equiparables a la provincia y la Comunidad Valenciana respecto al total de empleos. En esta comarcal el empleo femenino en actividades sanitarias y sociales supone poco más del 75% del total y el 94,3% de los empleos domésticos y del hogar.

Los requerimientos en personal y servicios en la economía de los cuidados se entrevén por múltiples indicadores sociodemográficos. Entre ellos, el envejecimiento de la población de la Vega Baja que es un factor a tener en cuenta por cuanto sigue por encima de la media provincial y autonómica y en continuo ascenso (véase figura 18).

Otro indicador sociodemográfico en el que destaca la comarca de la Vega Baja para influir en la economía y el trabajo de los cuidados es el de la tasa de crecimiento de hogares unipersonales. El valor de crecimiento de los hogares unipersonales es muy superior a la media de la provincia. Actualmente el 29% del total de hogares es unipersonal, el mayor dato de una comarca en la provincia de Alicante y muy superior a la media del total provincial. El 51% de estos hogares unipersonales están habitados por mujeres mayores de 65 años, también dato muy superior a la media, y factor que acrecienta la vulnerabilidad social y la necesidad de apoyo y servicios a los cuidados.

Figura 18. Índice de envejecimiento en el territorio de la comarca de la Vega Baja

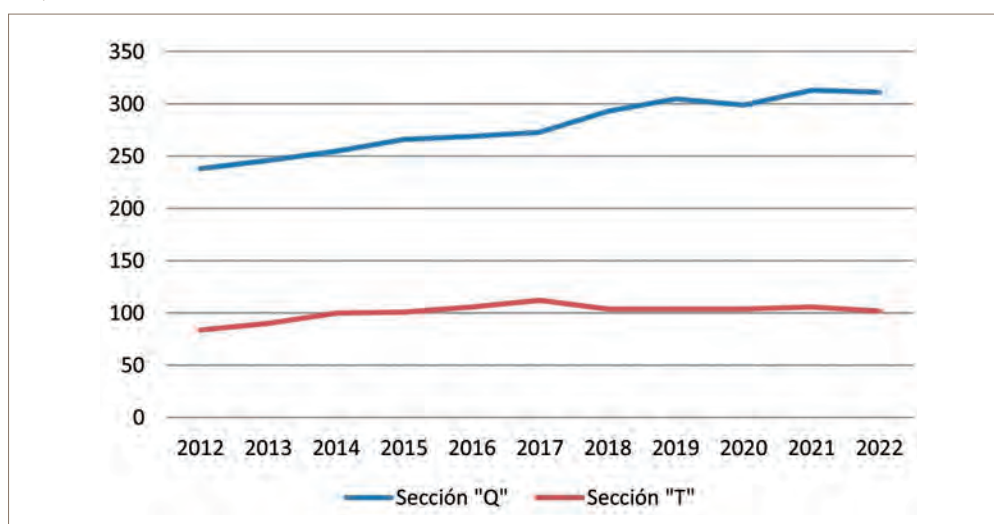


Fuente: Portal Estadístico de la Generalitat Valenciana. Elaboración propia

En esta comarca no está tan extendido el número de empresas privadas en servicios de cuidados, dependencia y servicios domésticos. Las empresas de la sección Q (servicios sociales y sanitarios) del CNAE09 son 311 y las y las de la Sección "T", que incluyen las adscritas al epígrafe 97, o actividades de personal doméstico, un total de 102. El total de ambas supone el 11% provincial o la cuarta comarca en número de empresas privadas con estos servicios.

La evolución de las empresas es de manera más comedida que en otras comarcas (véase figura 19).

Figura 19: Empresas de la sección "Q" del CNAE09 (servicios sociales y sanitarios) y empresas de la Sección "T", epígrafe 97 del CNAE09 (actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico) en el territorio

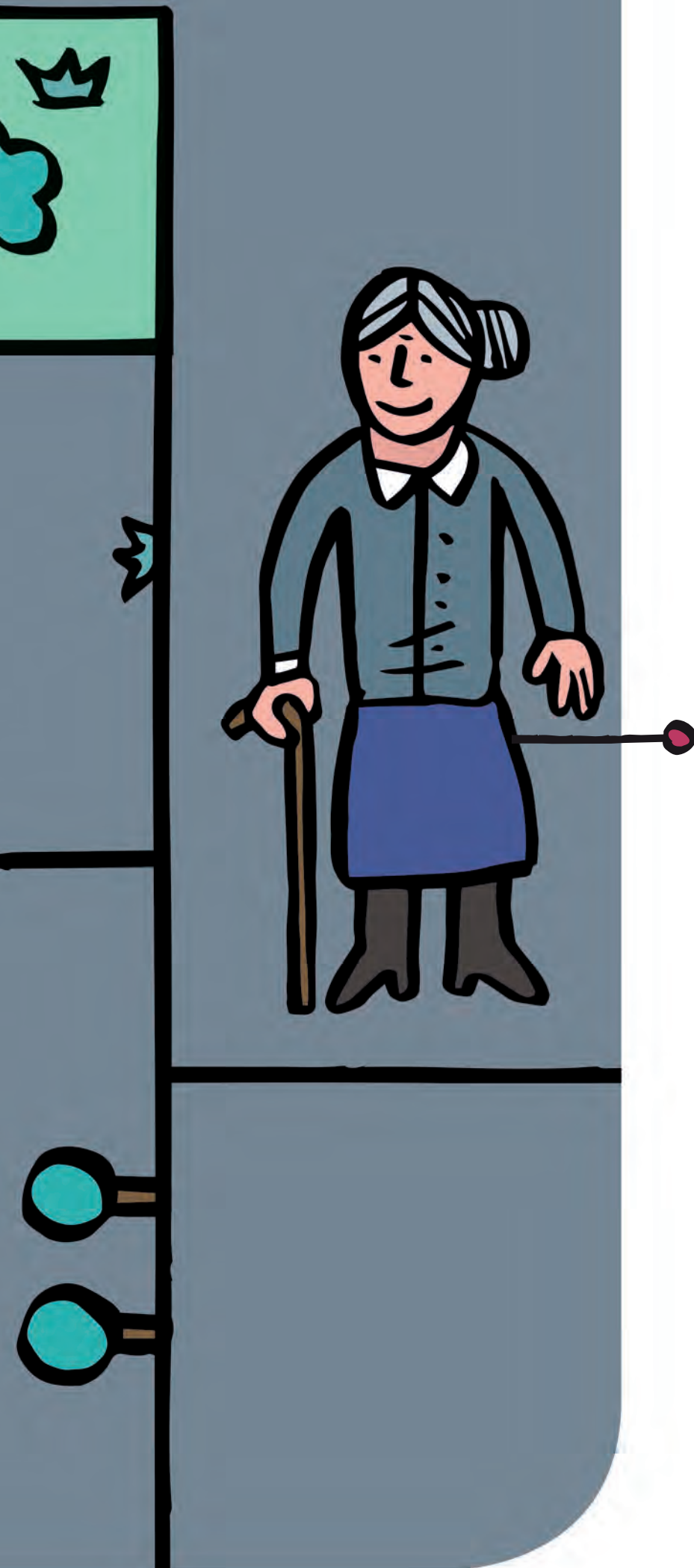


Fuente: Portal Estadístico de la Generalitat Valenciana

Tanto las empresas de cuidado directo, personal y relacional, como las de cuidado indirecto no aumentan conforme a la manifestación estadística. En ámbitos litorales con diferenciadas estructuras familiares existen trabajadores del cuidado por cuenta propia que son mujeres, en muchos casos migrantes. Estos trabajadores que están al margen de cualquier régimen laboral se someten a rasgos de precarización laboral y escasa garantía profesional a la población vulnerable a la que se asiste.







06

**LA ECONOMÍA
VALENCIANA
DE LOS CUIDADOS.
APORTACIONES DE
LAS MANCOMUNIDADES
VALENCIANAS**



Susana Rodrigo Chiner

Mancomunidad La Costera - La Canal

María Teresa Adell Tejedor

Mancomunidad La Hoya de Buñol - Chiva

Equipo Social de Atención Primaria Básica

Mancomunidad del Interior Tierra del Vino

**6.1 EL MODELO DE ENCUESTA-ENTREVISTA,
ENTRE LA ESTADÍSTICA Y LA INFORMACIÓN CUALITATIVA**

6.2 LA MANCOMUNIDAD DE LA COSTERA - LA CANAL

6.3 LA MANCOMUNIDAD DE LA HOYA DE BUÑOL - CHIVA

6.4 LA MANCOMUNIDAD DE TIERRA DEL VINO

06

LA ECONOMÍA VALENCIANA DE LOS CUIDADOS. APORTACIONES DE LAS MANCOMUNIDADES VALENCIANAS

Susana Rodrigo Chiner

Mancomunidad La Costera - La Canal

María Teresa Adell Tejedor

Mancomunidad La Hoya de Buñol - Chiva

Equipo Social de Atención Primaria Básica

Mancomunidad del Interior Tierra del Vino

6.1 EL MODELO DE ENCUESTA-ENTREVISTA, ENTRE LA ESTADÍSTICA Y LA INFORMACIÓN CUALITATIVA

Durante el desarrollo del proyecto del estudio de la Economía de los Cuidados en el territorio valenciano, se recurrió a aquellos Pactos Territoriales por el Empleo con relaciones institucionales con Mancomunidades, entre cuyas funciones mancomunadas se encontrasen los servicios sociales. La respuesta fue en la mayoría de los casos afirmativa, de manera que varios equipos técnicos han colaborado en este apartado. Se optó por una entrevista on-line, que a continuación se detalla. Los resultados se han analizado y recogidos de forma sintética.



Programa AVALEM TERRITORI 2022

Proyecto: La Economía de los Cuidados en la Comunitat Valenciana

Promueve: Labora-GVA

Realiza: Universidades de València, UJI de Castelló y Alicante.

Objetivo: para el conocimiento de la dimensión real de la ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS, y con el fin de complementar los resultados de las estadísticas oficiales, se propone un análisis de dicho sector por parte de técnicos en las áreas sociales de la administración pública, en particular, las mancomunidades.

Metas: Se pretende identificar los procesos que caracterizan la Economía de los Cuidados en el territorio, así como conocer la dimensión en el mercado laboral y las necesidades del sector.

Información e informe requeridos: Se solicita un breve informe (3-4 páginas), elaborado por el cuerpo técnico de la gestión de asuntos sociales, de la entidad (Mancomunidad, Concejalía). Dicho informe debería recoger la siguiente información estructurada:

1. Identificación de las Entidades, los Centros y empresas que operan en la comarca, relacionados con la Economía de los Cuidados.

ÁREA DE LA ECONOMÍA DEL CUIDADO	TIPOLOGÍAS
SANIDAD	Hospitales públicos, hospitales privados Clínicas varias
SOCIAL	Residencias de ancianos Centros de días
EDUCATIVOS	Centros Educativos con estudiantes con menos de 14 años (guarderías, infantil...)
OTROS ESTABLECIMIENTOS	Centros de cuidados y atenciones
AYUNTAMIENTOS, MANCOMUNIDADES	Asistencias a domicilio, hogares

2. Información sobre EMPLEO generado, volumen, diferenciación por sexo, formación de los trabajadores/as.

3. Identificación aproximada de la población usuaria/beneficiada. Estimación en cualquier caso de quiénes se benefician de los servicios prestados.

4. Comentarios sobre la existencia de servicios públicos y privados de algunas de los servicios del cuidado que se ofrecen en la comarca.

5. Comentario en torno al trabajo informal (economía sumergida): ¿qué sectores? ¿qué características?

6. Comentario sobre la dimensión de la Economía de los Cuidados en la estructura económica y social de la comarca. Identificación de su función.

7. Estrategias de futuro para las Economías de los Cuidados. Comentarios en torno a las necesidades detectadas y qué sugerencias se podrían elevar para mejorar el escenario futuro.

6.2 LA MANCOMUNIDAD DE LA COSTERA - LA CANAL

Susana Rodrigo Chiner, Coordinadora de Servicios Sociales de atención primaria básica de la Mancomunitat la Costera-Canal.

El presente informe está referido a los siguientes municipios, todos ellos pertenecientes a los servicios sociales de atención primaria básica (APB) de la Mancomunitat la Costera-Canal (zona básica), con una población atendida de 10.594 habitantes.

1. Cerdà. 331 hab.
2. Granja de la Costera. 285 hab.
3. Llanera de Ranes. 1055 hab.
4. Llosa de Ranes. 3.585 hab.
5. Novetlé. 837 hab.
6. Rotglà i Corberà. 1.138 hab.
7. Torrella. 146 hab.
8. Vallada. 3.060 hab.
9. Vallés. 157 hab.

El aumento de las personas en situación de dependencia por el progresivo incremento de personas ancianas se presenta en un momento en el que se hace incompatible seguir sustentando la estructura de cuidados informales tradicional insertada en la familia, que ya no es capaz de ejercer su papel de institución cuidadora debido a la caída de la natalidad y a la progresiva incorporación de las mujeres en el mercado laboral.

Nuestros municipios presentan un claro envejecimiento de la población y por ello se han ido instaurando una serie de recursos y servicios necesarios para hacer frente a esta situación: centros de día, unidades de respiro, centros residenciales, servicios de ayuda a domicilio, etc.

Dichos recursos suponen una necesidad de mano de obra formada y cualificada para poder desempeñar su trabajo en estos servicios referenciados. A su vez suponen cada vez más una salida laboral para la población de estos municipios, en los que otros trabajos tradicionales, como agricultura e industria han ido decayendo en los últimos años. Es necesario implementar medidas que faciliten dicha formación de profesionales y conseguir que dichos trabajos estén remunerados adecuadamente.

Por todo ello podemos considerar que la economía de los cuidados es una estrategia que va a actuar como promotora del desarrollo, además de revitalizar los territorios. Apostando también por aspectos vitales para las personas: protección social, educación, trabajo de calidad, etc. y consiguiendo así que estas zonas rurales sean territorios en los que desarrollarse y vivir.

IDENTIFICACIÓN DE LAS ENTIDADES Y CENTROS QUE OPERAN EN LA COMARCA, EN EL ENTORNO DE LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS

Sanidad: Un hospital público, Luis Alcañiz, en Xàtiva. Cada municipio cuenta con un Centro de salud, de atención primaria. Las urgencias se atienden en otros municipios cercanos.

Social: Residencia y centro de día José Penadés de Vallada, de titularidad municipal. Se adjunta cuadro explicativo de dicho centro (empleo generado, formación, usuarios atendidos, etc).

Educativos: Los municipios de la Llosa de Ranes, Rotglà i Corberà y Vallada cuentan con escoleta infantil. Se adjunta cuadro explicativo de dichos centros (empleo generado, formación, etc).

Centros de cuidados y atenciones: Centros de respiro para mayores en los municipios de Llosa de Ranes y Rotglà i Corberà. Se adjunta cuadro explicativo de los puestos de trabajo y usuarios atendidos.

CENTRO	MUNICIPIO	EMPLEO	PLAZAS
Residencia de Ancianos José Penadés	Vallada	38	70
Centro de Día José Penadés	Vallada	38	20
Escoleta	Llosa de Ranes	3	
Escoleta	Rotglà i Corberà	4	
Escoleta	Vallada	3	
Centro de Respiro de Mayores	Rotglà i corberà	1	12
Centro de Respiro de Mayores	Llosa de Ranes	1	6
Servicio de Ayuda a Domicilio de la Mancomunitat	Cerdà	1	11
Servicio de Ayuda a Domicilio de la Mancomunitat	Llanera de Ranes	1	12
Servicio de Ayuda a Domicilio de la Mancomunitat	Llosa de Ranes	1	6
Servicio de Ayuda a Domicilio de la Mancomunitat	Rotglà i Corberà	1	6
Servicio de Ayuda a Domicilio de la Mancomunitat	Vallada	3	12
TOTAL		57	155



Servicio de ayuda a domicilio: Se cuenta con un programa de ayuda a domicilio, a través del sistema valenciano de servicios sociales, integrado dentro del equipo de atención primaria básica. Se adjunta cuadro explicativo de los diferentes municipios que cuentan con SAD.

6.3 LA MANCOMUNIDAD DE LA HOYA DE BUÑOL - CHIVA

María Teresa Adell Tejedor

IDENTIFICACIÓN DE LAS ENTIDADES, CENTROS Y EMPRESAS RELACIONADAS CON LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS

En primer lugar, señalamos qué municipios componen la mancomunidad geográficamente: Cheste, Chiva, Buñol, Macastre, Alborache, Yátova, Millares, Dos Aguas, Siete Aguas, Godelleta, y Turís; con un total de 51.271 habitantes. A continuación, indicamos mapificación de servicios sociales: Macastre, Alborache, Yátova, Millares, Dos Aguas, Siete Aguas y Godelleta, con un total de 10.283 habitantes.

Servicios y Programas de los Servicios Sociales Generales de la mancomunidad

Se cuenta con varios servicios: información, orientación y asesoramiento técnico; servicio de ayuda a domicilio; programas de cooperación social; de convivencia e inserción social; renta valenciana de inclusión; y programa de prevención.

Servicio de Atención a personas en situación de dependencia de la mancomunidad

Se prestan los servicios de ayuda a domicilio, teleasistencia, centros de día y noche, y residencias. Para ello las prestaciones son: económica con vinculación a servicio; económica para cuidados en entorno familiar y cuidados no profesionales, y asistencia personal.

Servicios educativos: 84

Centros de Educación Especial: 3. Centros de enseñanzas especializadas: 15. Centros de infantil-Primaria-ESO-Enseñanzas medias: 31. Centros rurales agrupados: 4. Formación de personas adultas: 7. Ciclos formativos de Grado básico, medio y superior: 5, 3 y 2. Centros de Música: 14.

Localización de los servicios educativos: Alborache (4), Buñol (9), Cheste (11), Chiva (11), Dos Aguas (1), Godelleta (4), Macastre (1), Siete Aguas (3), Yátova (4), Cortes de Pallás (3), Millares (1), Turís (5).

Servicios sanitarios: hospitales públicos y privados, clínicas, residencias de ancianos y centros de día.

TIPO DE CENTRO	NÚMERO	MUNICIPIOS
Centro de Salud	3	Cheste, Chiva, Turís
Centro Sanitario Integrado	1	Buñol
Consultorio	15	Alborache, Chiva (2), Dos Aguas, Godelleta, Macastre, Siete Aguas, Yátova, Cortes de Pallás, Millares
Unidad de apoyo de rehabilitación	4	Cheste, Chiva, Buñol
Unidad de Salud mental	1	Buñol
Unidad de Salud sexual y reproductiva	1	Buñol
Unidades de apoyo en odontología	1	Buñol
TOTAL	26	

Servicios de bienestar social: 14

Residencias para Personas mayores dependientes: 6.

Centros ocupacionales para discapacitados: 2.
Residencias para discapacitados psíquicos: 1.
Viviendas tuteladas para discapacitados: 2.
Centros sociales: 3.

Mercado laboral y economía de los cuidados

Los servicios sociales mancomunados para los municipios de Yátova, Macastre, Alborache, Dos Aguas, Millares, Godelleta y Siete Aguas, generan un empleo medio de 10 auxiliares de ayuda a domicilio.

Las personas que son receptoras a través de la ley de dependencia de PVSAD contratan directamente con empresas privadas normalmente de la zona. De las personas contratadas por Ayuntamientos y Mancomunidad, sólo hay dos varones. En las empresas privadas, la totalidad son trabajadoras. La formación exigida mínima es poseer el curso de cuidadores no profesionales, o auxiliar de clínica o auxiliar de geriatría.

Población usuaria. Beneficiarios de los servicios prestados.

A través de contratación directa por parte de ayuntamientos y mancomunidad, en la actualidad se atienden 87 casos simultáneamente; a través de empresas privadas dedicadas a este tipo de servicio en la actualidad se les presta a 52 personas.

Además, en este apartado es interesante señalar que se benefician del cuidado de personas dependientes a través de la ayuda económica para el cuidador principal 363 personas (130 hombres y 233 mujeres).

Según la información municipal, existe cierta paridad entre las figuras cuidadoras de mujeres y hombres. Esta circunstancia se debe a que existe el doble de mujeres dependientes que de hombres, de manera que los cuidadores no profesionales de las mismas suelen ser sus maridos, hijos, etc.

En una población de 10.283 habitantes se acredita atenciones a unas 502 personas dependientes, es decir, el 4,88%.

Economía de Cuidados en la Hoya de Buñol-chiva

La economía de cuidado busca otorgar valor a las actividades de cuidado y de trabajo doméstico no remunerado, dado que estas actividades se consideran bienes o servicios económicos ya que generan un gran valor.

Tradicionalmente este trabajo se ha prestado por mujeres a domicilio con familiares dependientes, o más allá del domicilio, con el cuidado de personas dependientes. Es habitual el trabajo informal.

Como se ha comprobado el porcentaje de población envejecida y dependiente en la comarca es elevado, por lo tanto, crea la necesidad de que existan cuidadores/as para este tipo de personas con el fin de que permanezcan la mayor parte de su vida en su domicilio y evitar así ingresos en residencias.

Estrategias de futuro

Si el personal estuviese lo suficientemente formado sería viable desarrollar una cooperativa



de cuidados, que profesionalizaría a mujeres que se han dedicado habitualmente a los cuidados, a la vez que emplearía personas y daría cobertura a esta problemática.

Como estrategia complementaria, sería interesante colaborar en la formación de una empresa sin ánimo de lucro, que pudiese contratar e impartir formación a las personas interesadas en dichos trabajos.

El sector requiere de acciones dirigidas a alcanzar determinadas metas, como son: la ayuda a revertir la economía sumergida; profesionalizar el trabajo de los cuidados, tradicionalmente condicionado por remuneraciones bajas o inexistentes; y fomentar el empleo de calidad.

6.4 LA MANCOMUNIDAD DE TIERRA DEL VINO

Equipo Social de atención primaria básica

La Mancomunidad del Interior Tierra del Vino está integrada por los siguientes municipios en materia de Servicios Sociales: Camporrobles, Caudete de las Fuentes, Fuenterrobles, Chera, Sinarcas, Venta del Moro y Villargordo del Cabriel.

Se trata de poblaciones rurales dispersas en un marco geográfico con escasez y en algunos casos inexistencia de red de comunicaciones. Principalmente la fuente de la economía es casi exclusivamente la agricultura y en menor medida la ganadería. En los últimos años el sector terciario ha experimentado un gran impulso gracias a iniciativas públicas y programas europeos, aumentando la oferta en turismo rural, restauración y servicios al ciudadano.

IDENTIFICACIÓN DE LAS ENTIDADES, LOS CENTROS, LOS CENTROS Y EMPRESAS QUE OPERAN EN LA COMARCA, RELACIONADOS CON LAS ECONOMÍAS DE LOS CUIDADOS

A. Sanidad pública

Hospital General de Requena
 Centro de Salud de Utiel
 Centro de Salud de Caudete de las Fuentes
 C.A Chera
 C.A Camporrobles
 C.A Fuenterrobles
 C.A Venta del Moro
 C.A Casas de Moya
 C. A Casas de Pradas
 C.A Casas del Rey
 C.A Jaraguas
 C.A Las Monjas
 C.A Los Marcos
 C.A Villargordo del Cabriel
 C.A Sinarcas
 Clínica Avanza

B. Sanidad privada

Clinica Virgen del Remedio

Clinica Lepanto
Clinica Madrid
Umivale Activa Utiel
Valora Prevención

C. Residencias de ancianos y diversidad funcional

Residencia P:M:D Savia de Requena
Residencia Nuestra Señora de los Dolores de Requena
Residencia Los Viñedos (Utiel)
Residencia Parqueluz
Residencia Los Viñedos II (Diversidad funcional)

D. Centros de Día

Centro Ocupacional María Rafolls.
Residencia Los Viñedos II (Diversidad funcional)
Aula Alzheimer Utiel

E. Educativos de Utiel

Colegio Santa Ana
CEIP Enrique Rambal
CEIP Canónigo Muñoz
IES Alameda
IES Miguel Ballesteros Viana
Escuela Oficial de Idiomas
Guardería Infantil Pequeñecos
Escuela Infantil Chupetín
Centro Municipal de Formación de Personas Adultas.
Conservatorio Profesional de Música

F. Centros educativos de la comarca de La Plana de Utiel

CRA Oleana, en Caudete de las Fuentes
CRA Entreviña, en Villargordo del Cabriel, Fuentesrobles y Jaraguas
CEIP Maestro Victorio Montés, en Venta del Moro
CEIP Maestro Aguilar de Camporrobles
CEIP LA Estela en Sinarcas
Aulario de Chera del CRA del Tejo

Beneficiarios y rasgos de los servicios prestados en cuidados

En los últimos años se ha incrementado exponencialmente el número de casos atendidos desde el Equipo de Atención Primaria Básico, debido a la complejidad de la nueva realidad Social que obliga a una mayor y especializada intervención.

En relación a la tipología de las problemáticas atendidas se ha disparado el número de familias desestructuradas y sin recursos, menores y adolescentes, adicciones, enfermedades mentales, violencia de género y familiar, intervenciones judiciales con discapacitados, mayores, inmigración...

Se constata el fenómeno de trasvase de población de la crisis acontecida desde el 2007. Constituimos zona preferente receptora de familias con o sin vinculación a nuestras



poblaciones, procedentes en su mayoría de zonas urbanas y con diversas y arraigadas problemáticas.

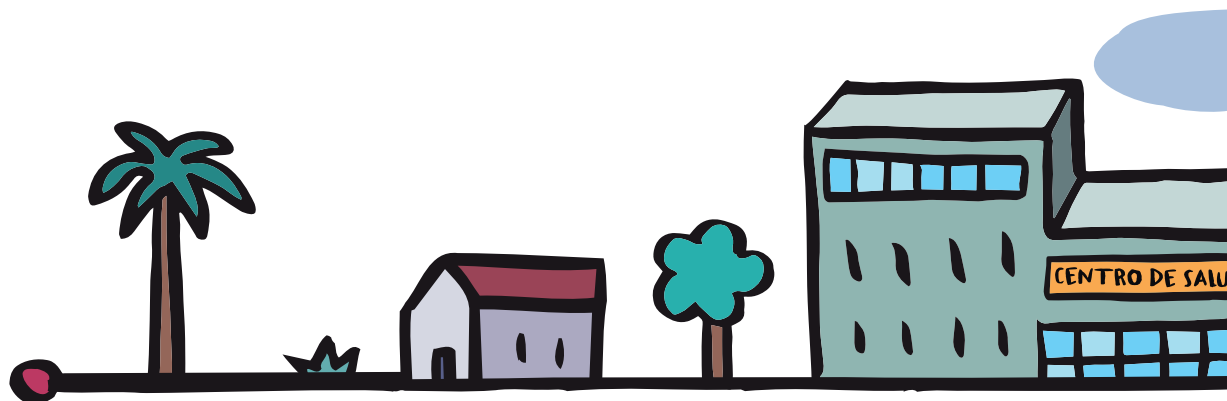
Con todo, se detecta insuficientes recursos tanto a nivel público como privado, ya que la oferta de recursos y servicios no responden a las necesidades y cuidados de la población, especialmente en el ámbito de la tercera edad y diversidad funcional.

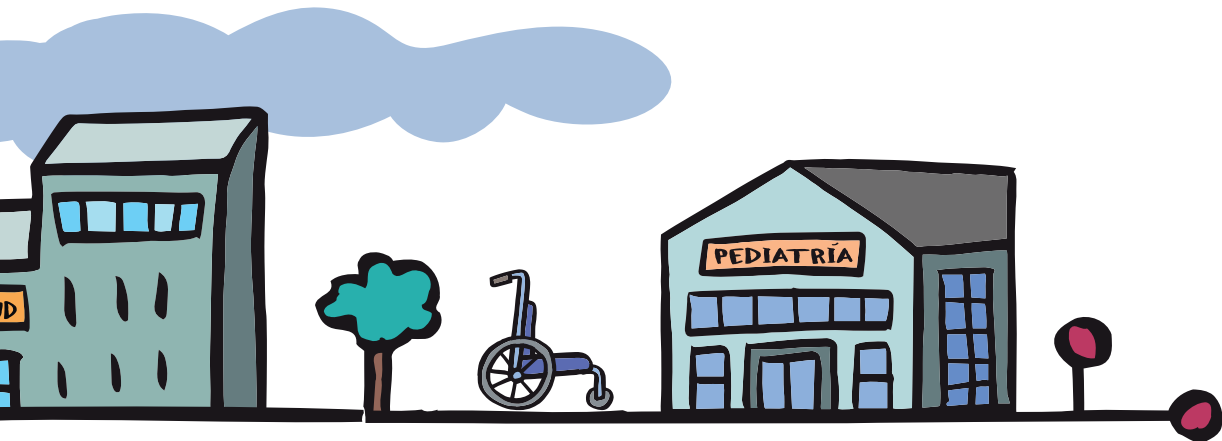
De la misma manera, se percibe la existencia de economía sumergida en el ámbito rural, en diferentes sectores como son las agricultura, ganadería, hostelería, tareas domésticas y cuidados a personas dependientes.

Mayoritariamente la población que realiza este tipo de trabajo informal es población inmigrante en proceso de regularización, mujeres con baja formación académica, personas en situación de riesgo de exclusión social...

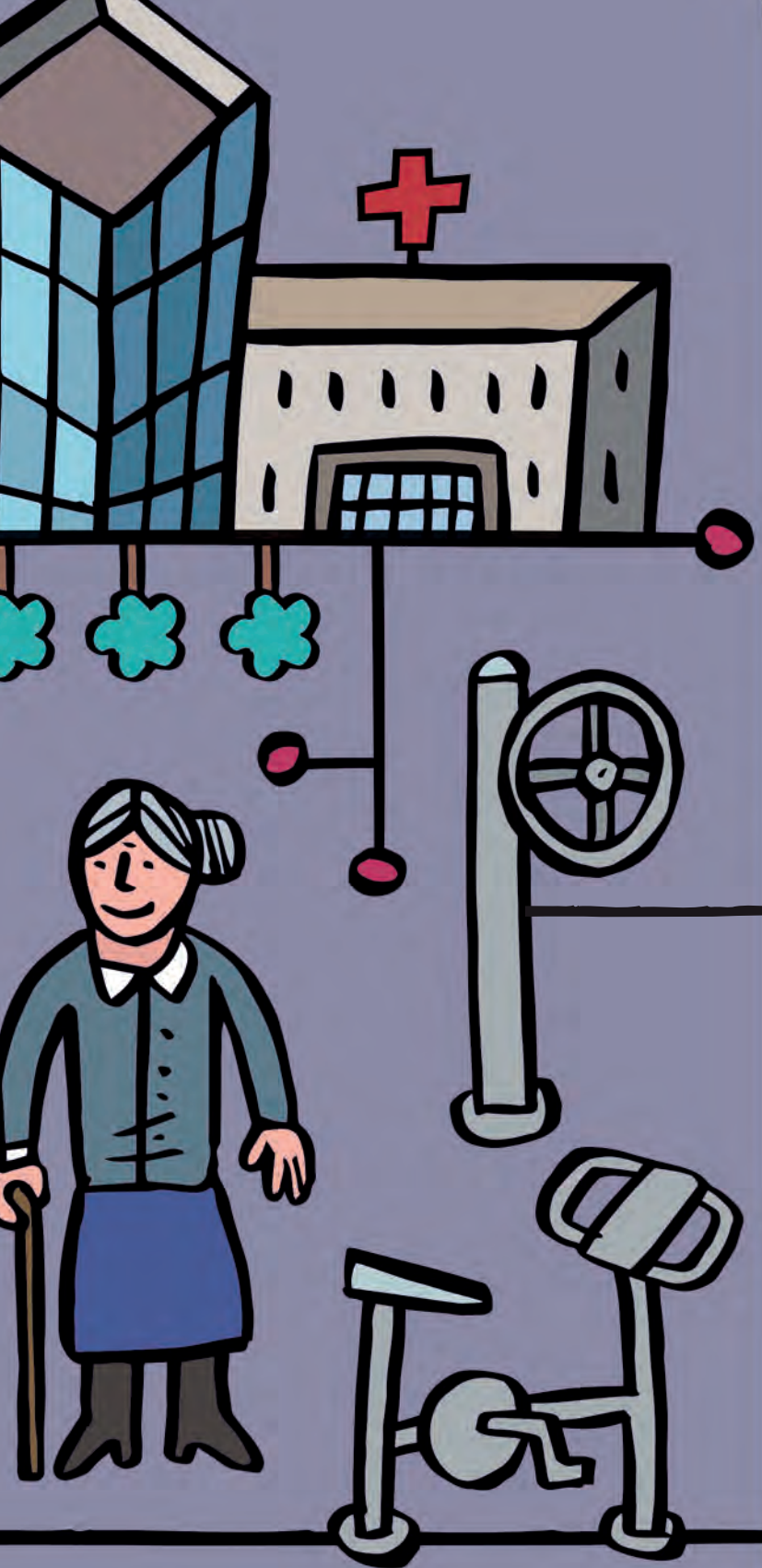
Estrategias de futuro para las Economías de los Cuidados

- Fomento de la empleabilidad en el medio rural y el emprendimiento laboral a través de los diferentes programas y planes de empleo desde los Ayuntamientos y Labora.
- Favorecer la inserción sociolaboral de las mujeres, en particular mediante el estímulo del tejido asociativo.
- Contribuir a conseguir el bienestar y la calidad de vida de la población en especial en aquellos colectivos afectados por la falta de cohesión social.









07

REFLEXIONES FINALES Y CONCLUSIONES



Jorge Hermosilla Pla

Universitat de València

Vicente Budí Orduña

Universitat Jaume I de Castelló

Antonio Martínez Puche

Universidad de Alicante

07

REFLEXIONES FINALES Y CONCLUSIONES

Jorge Hermosilla Pla

Universitat de València

Vicente Budí Orduña

Universitat Jaume I de Castelló

Antonio Martínez Puche

Universidad de Alicante

La consideración de Economía de los Cuidados hace referencia, como se indica en el informe, a todo un conjunto de actividades y relaciones que conlleva atender las necesidades físicas, psicológicas y emocionales de adultos y niños, mayores y jóvenes, personas frágiles y personas sanas. Estas actuaciones se desarrollan por medio de acciones de cuidado directo, como indirecto; y todas ellas pueden realizarse tanto en espacios especializados como en hogares particulares.

La forma en que se prestan los servicios relacionados con los cuidados nos lleva a separar, de acuerdo con la OIT, entre trabajo remunerado y no remunerado. El trabajo remunerado puede realizarse tanto en hogares como en centros de trabajo.

Apuntamos también que la Economía de los Cuidados es un segmento de actividad en alza por razones fundamentalmente demográficas y que exige nuevos enfoques por motivos relacionados con los cambios en la estructura familiar y los requisitos técnicos necesarios para un adecuado desempeño de estas tareas.

Un porcentaje elevado de los cuidados se desarrollan en el entorno del hogar. Estos cuidados son asumidos en un porcentaje muy elevado por mujeres. Sólo una pequeña parte de estas tareas de cuidados reciben apoyo económico como parte de las prestaciones derivadas de la ley de dependencia.

Los afiliados en la Seguridad Social en 2022 en la Comunitat Valenciana ascendían a unos 2.000.000 de afiliados/as, de los cuales en Servicios Sociales se empleaban unos 55.000, el 2,7% del total.

Destaca el protagonismo de la mujer en dichas afiliaciones, de manera que el 86% son cuidadoras no profesionales, y el 89%, corresponde a asistencia en establecimientos residenciales. La economía de los cuidados en la Comunitat Valenciana, al igual que acontece en otros territorios, es un sector "feminizado". Las afiliadas representan el 77,4%. Los hombres, apenas el 22,6%.

Protagonismo de la mujer en los trabajos de la economía del cuidado. Las trabajadoras en este sector se enfrentan a problemas como la segmentación y segregación por motivo de género, disparidad salarial respecto a los hombres, mayor riesgo de violencia y acoso.



El trabajo de cuidados remunerado seguirá siendo una importante fuente de empleo en el futuro, en particular para las mujeres. La naturaleza relacional del trabajo de cuidados limita el potencial de sustitución de la mano de obra humana por robots y otras tecnologías.

La mayoría de los trabajadores domésticos tienen un empleo informal (80 % del total de trabajadores domésticos), lo que representa casi el doble de la proporción de empleo informal de otros trabajadores (40%).

La realización de trabajo de cuidados a domicilio representa un segmento de actividad creciente. Estas contrataciones se realizan en un porcentaje elevado como economía informal o bien sin mecanismos contractuales adecuados, frecuentemente bajo el formato de tareas del hogar. Los trabajadores en este segmento de cuidados en el hogar son en su mayoría mujeres y, en un porcentaje elevado, población emigrante.

En consecuencia, los trabajadores domésticos de la economía informal no están reconocidos ni protegidos por el marco legal y reglamentario y no se benefician de su aplicación efectiva.

La distribución del empleo en la economía de los cuidados no es homogénea según los epígrafes consultados. Varios factores inciden de manera desigual.

El Código CNAE 86: Actividades sanitarias, representa el 61,1% de los afiliados. Está muy condicionado por la distribución de las instalaciones hospitalarias, clínicas y demás equipamientos sanitarios.

El Código CNAE 87: Asistencia en establecimientos residenciales, representa el 13,2% de los empleados/as. Su distribución no es tan concentrada, si bien está condicionada por la existencia de centros residenciales para mayores.

El Código CNAE 88: Actividades de servicios sociales sin alojamiento, representa el 8,2% de los afiliados/as. Se produce de nuevo una mayor concentración territorial, por el tipo de demanda que acude a los Centros de asistencia a mayores.

El Código CNAE 97: Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico, representa el 17,4% del empleo. Somos conscientes que se trata de un epígrafe condicionado por los altos niveles de economía sumergida. Además, se trata de una modalidad de trabajo relacionada con la actividad turística.

La información facilitada por el I.V.E. para 2022 relacionada con las empresas pertenecientes a los epígrafes 86, 87, 88 y 97 del CNAE-09 confirma los desequilibrios territoriales contemplados tras analizar los trabajadores/as y su distribución. En la Comunitat Valenciana hay 14.875 empresas en este sector, que se distribuyen de la siguiente manera:

- Actividades sanitarias, 86: 10.971 afiliados/as, 73,7%.
- Asistencia en establecimientos residenciales, 87: 387, 2,6%.
- Actividades de servicios sociales sin alojamiento, 88: 685, 4,6%.
- Actividades de los hogares como empleadoras de personal doméstico, 97: 2.832, 19%.

Los trabajos de cuidados en centros públicos o privados es una de las actividades con gran potencial de creación de empleo en la próxima década. Son muchos los territorios que cuentan con proyectos de creación de centros de cuidados (de diferente tipología) para los próximos años. Este segmento de cuidados profesionales en un centro de trabajo es también mayoritariamente femenino, aunque en un porcentaje inferior al de cuidado domiciliario.

Desde los territorios valencianos, atendiendo a las diferencias entre el sistema rural y el sistema urbano, se han considerado las siguientes características de la economía de los cuidados:

1. ESCENARIO GENERAL. POBLACIÓN USUARIA. USUARIOS/AS DE LOS SERVICIOS PRESTADOS

A. TERRITORIOS RURALES

Incremento de servicios. En los últimos años se ha incrementado exponencialmente el número de casos atendidos desde el Equipo de Atención Primaria Básico, debido a la complejidad de la nueva realidad social que obliga a una mayor y especializada intervención.

Varios factores son señalados: el proceso de envejecimiento de la población, el cambio en la estructura de los hogares con un mayor número y proporción de hogares unipersonales, la evolución y el cambio de los núcleos familiares con el aumento de los hogares monoparentales con hijo/a menor a cargo de padre madre, la incorporación de la mujer al trabajo remunerado y, en consecuencia, menos oportunidades de cuidado de los núcleos familiares. Sin embargo, es la familia el mejor valedor de los cuidados de los dependientes, siendo la mujer la que en mayor medida se encarga de los trabajos de cuidados no profesionales.

Tipologías de las problemáticas atendidas. Espectacular incremento del número de familias desestructuradas y sin recursos, menores y adolescentes, adicciones, enfermedades mentales, violencia de género y familiar, intervenciones judiciales con discapacitados, mayores, y la inmigración.

Procesos migratorios. Se constata el fenómeno de trasvase de población de la crisis acontecida desde el 2007, e intensificada con el Covid-19. Constituímos zona preferente receptora de familias con o sin vinculación a nuestras poblaciones, procedentes en su mayoría de zonas urbanas y con diversas y arraigadas problemáticas.

Dimensión de los cuidados. Los cálculos aportados por los equipos técnicos de los servicios sociales afirman que están atendidos de forma acreditada entre el 4,5% y el 6% de la población comarcal, con más importancia en las áreas rurales más envejecidas.

B. TERRITORIOS SEMIURBANOS-URBANOS

Amplia variedad de servicios. Los servicios en áreas urbanas son más extensos en número de plazas y de usuarios, y más variados en cuanto a tipología de servicios de cuidados. A su vez, en los territorios semiurbanos-urbanos la oferta es mayor en los ámbitos litorales y turísticos fruto de los criterios de oportunidad por los que se localizaron las empresas privadas dentro de la economía de los cuidados.



Mayor presencia del sector privado. En ámbitos urbanos encontramos residencias de propiedad y gestión privadas, y la gestión de residencias pertenecientes a fundaciones por empresas privadas. Algunos de estos centros forman parte de grupos empresariales especializados en cuidados. Estos centros privados se concentran también en ámbitos litorales donde existe una población envejecida.

2. ESCENARIO ACTUAL DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS Y PRIVADOS DEL CUIDADO

A. TERRITORIOS RURALES

Insuficientes recursos públicos y privados. La oferta de recursos y servicios no responden a las necesidades y cuidados de la población. En muchos casos esta deficiencia en la atención por falta de recursos se solventa con la aportación no profesional de la familia, sobre todo de las mujeres. Muchas de estas mujeres a cargo de familiares están contratadas a tiempo parcial, no pudiendo optar a empleo estable y de jornada continua por sus situaciones personales, cuestión que se ha agudizado tras la pandemia.

Deficiencias singulares en determinados colectivos: la tercera edad y diversidad funcional.

Formación profesional mejorable. Los trabajos relacionados con los cuidados requieren de cierta cualificación y formación, que a su vez constituyen yacimientos de empleo emergentes en estos territorios.

Trabajo feminizado. Los puestos de trabajo generados por los cuidados son ocupados por mujeres, frecuentemente con cursos de cuidadores no profesionales o auxiliar de clínica o geriatría. La mujer también acapara las solicitudes de ayudas y afiliación a la seguridad social de cuidadores no profesionales. La feminización de este trabajo remunerado y no remunerado en las actividades de cuidados de niños o adultos enfermos, incapacitados o mayores es más elevada en el medio rural que en el medio urbano y el ámbito litoral.

B. TERRITORIOS SEMIURBANOS-URBANOS

Insuficientes recursos públicos y privados. Esta situación facilita la entrada de empresas privadas. Las empresas y centros privados se concentran principalmente en las comarcas litorales y turísticas, que coinciden con aquellas con número elevado de personas mayores de 65 años fruto del turismo residencial y llegada paulatina de población extranjera jubilada procedente de países europeos.

Propuestas y proyectos vinculados a hogares, residencias y centros de día relacionados con la administración local. Algunos de ellos en fase de construcción y en el marco de una planificación autonómica en infraestructuras de servicios sociales como el Plan CONVIVINT.

3. TRABAJOS INFORMALES EN LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS

ACTIVIDADES. Se percibe la existencia de economía informal en el ámbito rural, en diferentes sectores como agricultura, ganadería, hostelería, y de mismo modo, tareas domésticas y cuidados a personas dependientes.

ACTRICES DEL TERRITORIO. Protagonismo de la mujer. Mayoritariamente la población que realiza este tipo de trabajo informal es población inmigrante en proceso de regularización, mujeres con baja formación académica, personas en situación de riesgo de exclusión social. Las labores de cuidado que actualmente desempeña la mujer son aproximadamente un 10% del total de inactivos en la Comunidad Valenciana y se produce a través de trabajos no remunerados. En el trabajo de cuidados no remunerado dentro del entorno familiar se observa un intento de compaginar la labor de cuidados con trabajos a tiempo parcial. Este factor deriva en una carga adicional para las mujeres que muchas veces no lo consiguen, con el consecuente problema de su retraso o falta de incorporación al ámbito laboral, factor que ahonda más aún en la desigualdad de género.

MODALIDADES DE TAREAS. Mujeres trabajadoras en el propio domicilio cuidando dependientes familiares, como fuera del mismo, cuidando a personas necesitadas, con motivo de cuidados de niños o adultos enfermos, incapacitados o mayores. El trabajo profesional es muchas veces desde la actividad informal.

DIFICULTADES PARA REGULAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CUIDADOS. La profesionalización del sector de cuidados pasa por cursos de capacitación que, a su vez, requieren de formación mínima acreditada. Se detecta problema de falta de formación básica acreditada en mujeres inmigrantes. Se observa un mayor descenso de las trabajadoras de personal doméstico en los hogares frente al total de las trabajadoras en servicios sociales fruto de la generalización del trabajo informal en esta actividad laboral e personal doméstico y el consecuente alejamiento en las posibilidades de capacitación y profesionalización.

PROBLEMAS DE MOVILIDAD. Dificultades de movilidad intracomarcal de mujeres que desempeñan estos trabajos.



4. DIMENSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL DE LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS

A. TERRITORIOS RURALES

Territorios desfavorecidos. Se trata de poblaciones rurales dispersas en un marco geográfico con escasez de población, y con necesidades de equipamientos en la red de comunicaciones. La evolución de ciertos indicadores sociodemográficos como longevidad y esperanza de vida en estos territorios genera un escenario tendente a la necesidad de mayor demanda en cuidados fruto de la relación entre vejez y dependencia. Principalmente la fuente de la economía es la agropecuaria, con alguna ayuda complementaria de otros sectores. En los últimos años el sector terciario ha experimentado un gran impulso gracias a iniciativas públicas y programas europeos, aumentando la oferta en turismo rural, restauración y servicios al ciudadano.

Actividades protagonistas. En algunos territorios el empleo generado por la Economía de los Cuidados representa una elevada proporción respecto al total.

Reconocimiento del trabajo femenino de los cuidados. Se hace hincapié en el escenario actual que, mediante la ayuda a domicilio de servicios sociales, así como por la ley de dependencia, los/as trabajadores/as pueden oficializar sus jornadas laborales, como cuidadores no profesionales, cotizando a la seguridad social.

Iniciativas de soporte social a escala municipal. Se encuentran en fase inicial algunas iniciativas de trabajo colaborativo para proporcionar servicios de cuidados en municipios en riesgo de despoblación con el apoyo de los ayuntamientos.

B. TERRITORIOS SEMIURBANOS-URBANOS

Capacidad para la creación de empleo. El desarrollo del sector contribuirá a creación de empleo regulado y con formación profesional tanto en el ámbito público como en el privado. Existen centros de ciclos formativos que incluyen estas actividades en su oferta formativa. Mejora la prestación de servicios y permite regularizar las actividades. Formación adicional en centros de formación y centros de formación a mayores.

5. ESTRATEGIAS DE FUTURO PARA LAS ECONOMÍAS DE LOS CUIDADOS

5.1. FOMENTO DEL DESARROLLO TERRITORIAL Desarrollo de la empleabilidad en el medio rural y el emprendimiento laboral a través de los diferentes programas y planes de empleo desde los Ayuntamientos y Labora. Mejora de la inserción laboral ante el fuerte aumento tendente de demanda de trabajos en cuidados. Estrategias para la reducción de tiempos y procesos en la contratación de trabajadores públicos ante la necesidad de fomentar una mejor capacidad de reacción en la contratación de trabajadores en servicios sociales por parte de los entes públicos como mancomunidades y ayuntamientos.

5.2. PLANES DE EMPLEO ESPECÍFICOS PARA LAS MUJERES. La feminización de las actividades del cuidado constituye un interesante yacimiento de empleo. Acciones dirigidas a la inserción laboral de las mujeres, estimular el tejido asociativo, y mejorando el tejido asociativo. Se trata de mejorar la profesionalización del trabajo de los cuidados.

5.3. REALIZACIÓN DE ESTUDIOS Y ANÁLISIS de la población y colectivos en situaciones discriminatorias y en desigualdad.

5.4. PLAN DIRECTOR para la implantación y desarrollo de los Centros de Atención Diurnos. Se aprecia un déficit en esta modalidad de servicio en zonas rurales y urbanas de la Comunitat Valenciana.

5.5. LAS FÓRMULAS DE ECONOMÍA SOCIAL, como es el caso de las “cooperativas de cuidadoras” u organizaciones destinadas a la formación de cuidadoras, constituyen acciones futuras con gran potencial y posibilidades.

5.6. EQUIPAMIENTOS E INFRAESTRUCTURAS FUTURAS. Una de las necesidades detectadas es la adecuación de los hogares de las personas que precisan cuidados, con la incorporación de soluciones domóticas, eliminación de barreras, etc. con la finalidad de crear espacios habitables en sus respectivas viviendas habituales. Otra necesidad es la realización de centros residenciales de reducidas dimensiones; unas fórmulas de viviendas tuteladas donde las personas dependientes puedan sentirse en “su hogar”. Se trata de una alternativa a las residencias.

La Economía de los Cuidados constituye un factor clave en la calidad de vida, en particular, en las sociedades rurales con un importante proceso de envejecimiento.

5.7. CONTINUAR Y REFORZAR LA OFERTA DE CURSOS DE FORMACIÓN EN CUIDADOS. Los cursos deben contemplar los diferentes requisitos técnicos en función de las necesidades detectadas en cada territorio. Desde las Mancomunidades (con participación de los Pactos Territoriales por el Empleo) se plantean cursos de formación y acreditación profesional para trabajadores del sector cuidados. Se detectan problemas para regularizar a trabajadores, en su gran mayoría mujeres de más de 45 años, que se encuentran en economía informal por no disponer de la formación mínima requerida (graduado en ESO).

5.8. Habilitar sistemas que faciliten la HOMOLOGACIÓN DE LA TITULACIÓN REQUERIDA para el acceso a cursos de formación (certificados de estudios en niveles básicos para trabajadores inmigrantes) como paso previo a la realización de formación en cuidados.

Profundizar en el proceso de facilitar y promover certificados de profesionalidad a partir de la experiencia en el ámbito de los cuidados, tanto si se ha desarrollado de forma regular como en economía informal. Incluir en esta propuesta actividades desarrolladas en el contexto de iniciativas de trabajo colaborativo.

5.9. ESTABLECER PROGRAMAS DE IMAGEN destinados a incrementar la contratación de hombres por la excesiva segmentación por sexos del sector de cuidados.

5.10. FOMENTO DEL EMPLEO EN UN YACIMIENTO DE EMPLEO EN CRECIMIENTO. Los trabajos de cuidados en centros públicos o privados es una de las actividades con gran potencial de creación de empleo en la próxima década. Son muchos los territorios que cuentan con proyectos de creación de centros de cuidados (de diferente tipología) para los próximos años. Este segmento de cuidados profesionales en un centro de trabajo es también mayoritariamente femenino, aunque en un porcentaje inferior al de cuidado domiciliario.







BIBLIOGRAFÍA



BIBLIOGRAFÍA

Consejo Económico y Social de España Informe (2022). Mujeres, trabajos y cuidados: propuestas y perspectivas de futuro. <https://www.ces.es/documents/10180/5282746/Inf0122.pdf>

DECRETO 74 /2007, de 18 de mayo, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana. https://dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion.jsp?id=1730&sig=6634/2007&L=1&url_lista=

DECRETO 178/2021, del Consell, de 5 de noviembre, de aprobación de las bases reguladoras para la concesión directa de subvenciones a los ayuntamientos para el desarrollo del proyecto “Bolsas de cuidado profesional para familias con hijas e hijos menores de 14 años”. https://dogv.gva.es/datos/2021/11/12/pdf/2021_11471.pdf Generalitat Valenciana e IVIE (2022): La calidad del empleo en la Comunitat Valenciana. Valencia. ISBN: 978-84-09-37782-4

Generalitat Valenciana (2020). Propuesta de Estrategia Valenciana para la Recuperación, EVR. https://gvaoberta.gva.es/documents/7843050/172202279/20201124_Propuesta_Estrategia_Valenciana_Recuperacion_CAS.pdf/41e7af77-a7f9-4afa-950c-f0b572c85ad2

Generalitat Valenciana (2022): Informe Estadístico Diversidad Funcional y Salud Mental. Vicepresidencia y Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas. Valencia.

Generalitat Valenciana (2022): Portal Estadístico de la Comunitat Valenciana. Banco de Datos Territorial, consultado 2 de junio 2022, <https://pegv.gva.es/es/bdt> consultado 17 julio 2022

Generalitat Valenciana (2022): Portal Estadístico de la Consellería de Sanidad Universal i Sanidad Pública de la Generalitat Valenciana (2022), consultado 13 de junio 2022, <https://www.san.gva.es/es/web/conselleria-sanitat-universal-i-salut-publica/portal-estadistic>

Gobierno de España (2021). ESPAÑA 2050. Fundamentos y propuestas para una Estrategia Nacional de Largo Plazo. Oficina Nacional de Prospectiva y Estrategia del Gobierno de España (coord.). Madrid. Ministerio de la Presidencia.

Gobierno de España (2021). Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia. <https://planderecuperacion.gob.es/>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Base Estatal de Datos de Personas con Valoración del Grado de Discapacidad (2020). Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Informe Servicios Sociales dirigidos a las personas mayores en España (2020). Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Informe 2018. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

Instituto Nacional de Estadística (INE). <https://www.ine.es/>, consultado 1 septiembre 2022 LABORA, Servei Valencià d’Ocupació i Formació (2022). Consellería d’Economia Sostenible, sectors productius, comerç i treballa. <https://labora.gva.es/es/ciudadania>

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2022). Informe de empleo en sector servicios sociales. https://imserso.es/documents/20123/120137/inf_empleo_ss_1trim_2022.pdf/aa0cc3d0-7533-d753-a4a4-be1105e771d6

Ministerio de Igualdad (2021). Aprobación del Plan Corresponsables. <https://www.igualdad.gob.es/comunicacion/notasprensa/Paginas/el-consejo-de-ministros-aprueba-el-plan-correspons.aspx>.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004). Cuidados de larga duración a cargo de la familia. El apoyo informal. Libro Blanco de la dependencia. https://www.uab.cat/Document/580/416/LibroBlancoDependencia_01,0.pdf

Naciones Unidas (2021). Clasificación Internacional de Actividades para Estadísticas sobre el Uso del Tiempo. ICATUS 2016. División de Estadística de las Naciones Unidas. <https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/Standards-and-Methods/files/Handbooks/time-use/23012019-ICATUS-S.pdf>

Organización de las Naciones Unidas. ONU Mujeres (2020). Covid-19 y la Economía de los Cuidados: Acciones inmediatas y transformación estructural para una recuperación con perspectiva de género. <https://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2020/06/policy-brief-covid-19-and-the-care-economy>

Organización de las Naciones Unidas. ONU Mujeres (2020). Abordar las consecuencias económicas del COVID-19: Estrategias y políticas para una recuperación con perspectiva de género. <https://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2020/06/policy-brief-addressing-the-economic-fallout-of-covid-19>

Observatorio de las Ocupaciones del SEPE (2022): Informe del Mercado de Trabajo de la Provincia de Alicante. Datos 2021. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones del Gobierno de España.

Organización Internacional del Trabajo (2013). Conferencia Internacional de Estadísticas del Trabajo (CIET). Resolución sobre las estadísticas del trabajo, la ocupación y la subutilización de la fuerza de trabajo http://www.ilo.ch/wcmsp5/groups/public/-dgreports/-stat/documents/normativeinstrument/wcms_234036.pdf

Organización Internacional del Trabajo (2019). El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente. Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo. https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_737394/lang-es/index.htm

Organización Internacional del Trabajo (2021). ILO Global Estimates on International Migrant Workers. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-dgreports/-dcomm/-publ/documents/publication/wcms_808935.pdf

Organización Internacional del Trabajo (2022). Garantizar un trabajo decente para el personal de enfermería y los trabajadores domésticos, actores claves en la economía del cuidado de personas. Conferencia Internacional del Trabajo 110ª Reunión. https://www.ilo.org/ilc/ILCSessions/110/reports/reports-to-the-conference/WCMS_839731/lang-es/index.htm

Organización Mundial de la Salud (2020). Situación de la enfermería en el mundo. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240003279>

Registro de Entidades Locales del Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital del Gobierno de España. Link: <https://ssweb.seap.minhap.es/REL/frontend/inicio/mancomunidades/10/13419>, Consultado 18 septiembre 2022

Silver Economy Consulting (2021). Informe de Tendencias. Los sénior en España. <https://silvereconomygroup.com/informes/>

Vicepresidencia y Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas de la Generalitat Valenciana. <https://inclusio.gva.es/es/>





L'ECONOMIA DE LES CURES I EL MERCAT LABORAL VALENCIÀ

Coordinació Acadèmica

Jorge Hermosilla Pla
Universitat de València

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Jorge Hermosilla Pla
Ghaleb Fansa
Jose Vicente Aparicio Vayà
Mónica Fernández Villarejo

UNIVERSITAT JAUME I DE CASTELLÓ

Luisa Alamá Sabater
Vicente Budí Orduña
Juan J. Rubert Nebot

UNIVERSITAT D'ALACANT

Nuria Grané Teruel
Antonio Martínez Puche
Juan López Jiménez

Cartografia

Jose Vicente Aparicio Vayà
Ghaleb Fansa
ESTEPA
Universitat de València

Traducció de textos

Rafel Moreno i Giménez

MANCOMUNITATS I PACTES PER L'OcupACIÓ

Mancomunitat de La Costera-La Canal Susana Rodrigo Chiner
Coordinadora de Serveis Socials d'atenció primària bàsica

Mancomunitat de la Foia de Bunyol-Xiva María Teresa Adell Tejedor

Mancomunitat de l'Interior Terra del Vi Equip Social d'atenció primària bàsica

Pacte per l'Ocupació de les Municipis Ceràmics Olga Oruña

Pacte Territorial per l'Ocupació i Desenvolupament Local Alto Palancia María José Villalba

Els Ports Daniel Bergadà

Acord Comarcal en matèria d'Ocupació i Desenvolupament Local a la Marina Alta

Acord Territorial per l'Ocupació i Desenvolupament Local Alcoi-Ibi-Ontinyent. ACTAIO

La Comarca de la Marina Baixa


Pacte Territorial per l'Ocupació de la Vall del Vinalopó

Pacte Territorial per l'Ocupació de L'Alacantí. ACTEI

Pacte Territorial per l'Ocupació de la ciutat d'Alacant

Acord Territorial per l'Ocupació en el terme municipal d'Elx

La comarca de la Vega Baja

**L'ECONOMIA
DE LES CURES
I EL MERCAT
LABORAL 
VALENCIÀ**



VNIVERSITAT
D VALÈNCIA



UNIVERSITAT
JAUME I



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



PRESENTACIÓ

L'Economia de les Cures és un segment d'activitat en alça per raons fonamentalment demogràfiques i que, a més, exigeix nous enfocaments per motius relacionats amb els canvis en l'estructura familiar i els requisits tècnics necessaris per a un adequat acompliment d'aquestes tasques.

En aquest context, es considera treball de cures al conjunt d'activitats i relacions que comporta atendre les necessitats físiques, psicològiques i emocionals d'adults i xiquets, majors i joves, persones fràgils i persones sanes. Aquesta prestació de serveis pot realitzar-se en situacions molt diverses, des de sectors relacionats amb la salut, l'educació, el treball social fins als dedicats al treball domèstic, la qual cosa implica la cura directa i personal. També cal incloure les activitats de cura indirecta com la restauració o la neteja. Un altre factor per a tindre en compte és si es tracta d'una prestació de caràcter remunerat o no remunerat, fins i tot si es desenvolupa en entorns públics o privats.

Respecte a la prestació remunerada aquesta és especialment complexa per la diversitat de la naturalesa de les persones treballadores, perquè hi ha diferències substancials quant al grau d'educació i formació, competències i remuneració, disciplines i nivells professionals. Pel que la persona ocupadora pot ser un particular o una llar, un organisme públic, una empresa privada o poden treballar per compte propi.

Tot l'exposat demostra l'enorme complexitat de la realitat social que presenta l'Economia de les Cures, que inclou múltiples activitats realitzades en la seua major part per dones, la necessitat de les quals va en augment, però amb problemàtiques diverses. La majoria derivades de la seua immersió en l'economia submergida, la no professionalització dels treballs remunerats en l'àmbit domèstic, la realització de molts treballs de cures no remunerades, la infravaloració social de treballs tan necessaris per a totes les fases del cicle de la vida, etc. Com a problema afegit, també cal referir-se al fet que siguen treballs feminitzats, infravalorats i en la seua major part amb baixos salaris. Pel que tot això redunda en l'augment de la bretxa de gènere.

En tractar-se de llocs de treball necessaris en el futur, tant o més que en el moment actual, i que poden suposar oportunitats d'ocupació, es fa necessari estudiar les seues característiques per a veure les oportunitats de creació de treball digne que poden presentar.

Per tot això, LABORA Servei Valencià d'Ocupació i Formació amb el suport de la Universitat de València, la Universitat d'Alacant i la Universitat Jaume I de Castelló, dins del Pla AVALEM TERRITORI, ha considerat necessari realitzar la sistematització i organització del treball de les cures com un segment d'activitat que necessitava ser estudiat i els resultats de la qual s'exposen en la present publicació.

Rocío Briones Morales
Directora general
d'Ocupació i Formació de LABORA



GUARDERÍA

CENTRO DE MAYORES

PEDIATRÍA

VOLUNTARIADO

CENTRO DE SALUD



ÍNDEX



ÍNDEX

160 | PRESENTACIÓ



Jorge Hermosilla Pla
Mónica Fernández Villarejo
Universitat de València

01 171 | ELS TREBALLS DE CURES I L'ECONOMIA DE LES CURES. CONCEPTES, DEFINICIONS I CLASSIFICACIÓ

- 171 | 1.1 El treball de les cures
- 172 | 1.2 L'economia de les cures
- 175 | 1.3 Igualtat de gènere i economia de les cures



Jorge Hermosilla Pla
Mónica Fernández Villarejo
Universitat de València

02 181 | L'ECONOMIA DE LES CURES I ELS PROCESSOS ECONÒMICS I SOCIALS VINCULATS

- 181 | 2.1 Variables demogràfiques i estructura de la població
- 181 | 2.2 L'economia de les cures, els serveis socials i el mercat laboral a l'Espanya de les autonomies
- 182 | 2.3 L'economia de les cures en un escenari d'economia submergida i informal
- 183 | 2.4 La igualtat de gènere i l'economia de les cures
- 185 | 2.5 La sostenibilitat dels nous models de cures
- 185 | 2.6 La incidència de la covid-19 en les cures
- 186 | 2.7 L'economia de les cures a Espanya



Jorge Hermosilla Pla
Ghaleb Fansa
José Vicente Aparicio
Universitat de València

03 193 | EL SECTOR DE CURES A LA COMUNITAT VALENCIANA

- 193 | 3.1 La dimensió de l'economia de les cures en l'escenari valencià: els treballadors
- 198 | 3.2 Anàlisi empresarial de l'economia de les cures
- 199 | 3.3 La dimensió de l'economia de les cures en l'escenari valencià: centres assistencials
- 215 | 3.4 La dimensió de l'economia de les cures en l'escenari valencià: centres sanitaris de la Comunitat Valenciana
- 231 | 3.5 Estratègies valencianes relacionades amb l'economia de les cures: l'Estratègia Valenciana per a la Recuperació 2020 i el Pla Corresponsables del Ministeri d'Igualtat



Luisa Alama Sabater
Vicente Budí Orduña
Juan J. Rubert Nebot
 Universitat Jaume I de Castelló

María José Villalba
 Alt Palància

Olga Oruña
 Municipis Ceràmics

Daniel Bergadà
 Ports

239

04

L'ECONOMIA DE LES CURES A LA PROVÍNCIA DE CASTELLÓ

239

4.1 Característiques de la població i necessitats associades a l'economia de les cures

240

4.2 Estructura dels centres de serveis sanitaris i d'atenció social a la província de Castelló

243

4.3 Zonificació del sistema públic de serveis socials a la província de Castelló

248

4.4 El paper de la Diputació de Castelló

249

4.5 El context d'economia de les cures des del punt de vista laboral

251

4.6 L'economia de les cures i els pactes per l'ocupació



Juan López Jiménez
Antonio Martínez Puche
 Universitat d'Alacant

263

05

L'ECONOMIA DE LES CURES A ALACANT

263

5.1. La economia de les cures a la província d'Alacant. Consideracions generals

265

5.2 Els pactes per l'ocupació alacantins i l'economia de les cures. Referències territorials



Susana Rodrigo Chiner
 Mancomunitat de la Costera-la Canal

María Teresa Adell Tejedor
 Mancomunitat de la Foia de Bunyol - Xiva

Equip Social d'Atenció Primària bàsica
 Mancomunitat de l'Interior Terra del Vi

289

06

L'ECONOMIA VALENCIANA DE LES CURES. APORTACIONS D'ALGUNES DE LES MANCOMUNITATS VALENCIANES

289

6.1 El model d'enquesta-entrevista, entre l'estadística i la informació qualitativa

290

6.2 Mancomunitat de la Costera-la Canal

292

6.3 Mancomunitat de la Foia de Bunyol-Xiva

294

6.4 Mancomunitat Terra del Vi



Jorge Hermosilla Pla (UV)
Vicente Budí Orduña (UJI)
Antonio Martínez Puche (UA)

301

07

REFLEXIONS FINALS I CONCLUSIONS

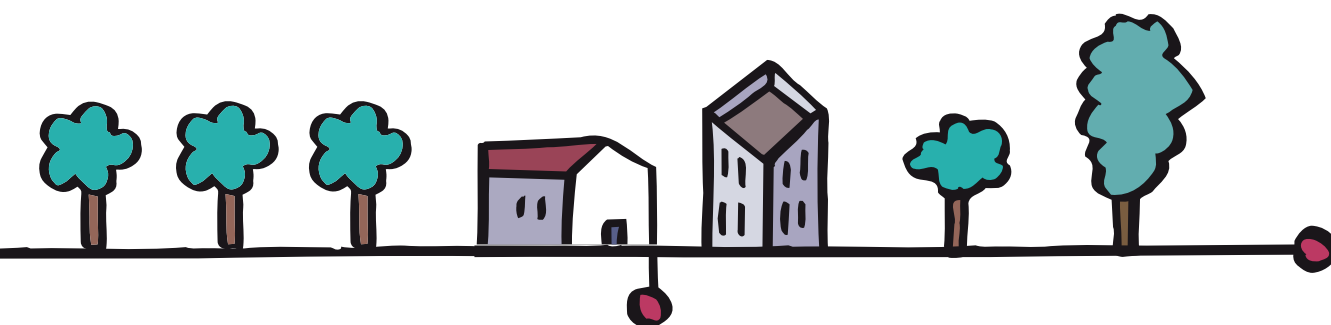
310 | BIBLIOGRAFÍA

ÍNDIX DE MAPES

Mapa 1. Treballadors afiliats a la Seguretat Social en l'Economia de les cures de la Comunitat Valenciana. Primer Trimestre del 2022.....	195
Mapa 2. Distribució percentual comarcal dels treballadors afiliats a la Seguretat Social en l'Economia de les cures de la Comunitat Valenciana. Primer Trimestre del 2022.....	196
Mapa 3. Residències acreditades i residències amb centres de dia per a persones majors dependents de la Comunitat Valenciana. 2021.....	203
Mapa 4. Distribució percentual comarcal de les residències acreditades i residències amb centres de dia per a persones majors dependents de la Comunitat Valenciana.....	204
Mapa 5. Centres residencials acreditats per a persones amb diversitat funcional de la Comunitat Valenciana. 2021.....	205
Mapa 6. Distribució percentual dels centres residencials acreditats per a persones amb diversitat funcional de la Comunitat Valenciana. 2021.....	206
Mapa 7. Centres residencials acreditats per a persones amb malaltia mental de la Comunitat Valenciana. 2021.....	207
Mapa 8. Distribució percentual comarcal dels centres residencials acreditats per a persones amb malaltia mental de la Comunitat Valenciana. 2021.....	208
Mapa 9. Centres de dia acreditats per a persones majors dependents de la Comunitat Valenciana. 2021.....	209
Mapa 10. Distribució percentual comarcal dels centres de dia acreditats per a persones majors dependents de la Comunitat Valenciana. 2021.....	210
Mapa 11. Centres diürns acreditats per a persones amb diversitat funcional de la Comunitat Valenciana. 2021.....	211
Mapa 12. Distribució percentual comarcal dels centres diürns acreditats per a persones amb diversitat funcional de la Comunitat Valenciana. 2021.....	212



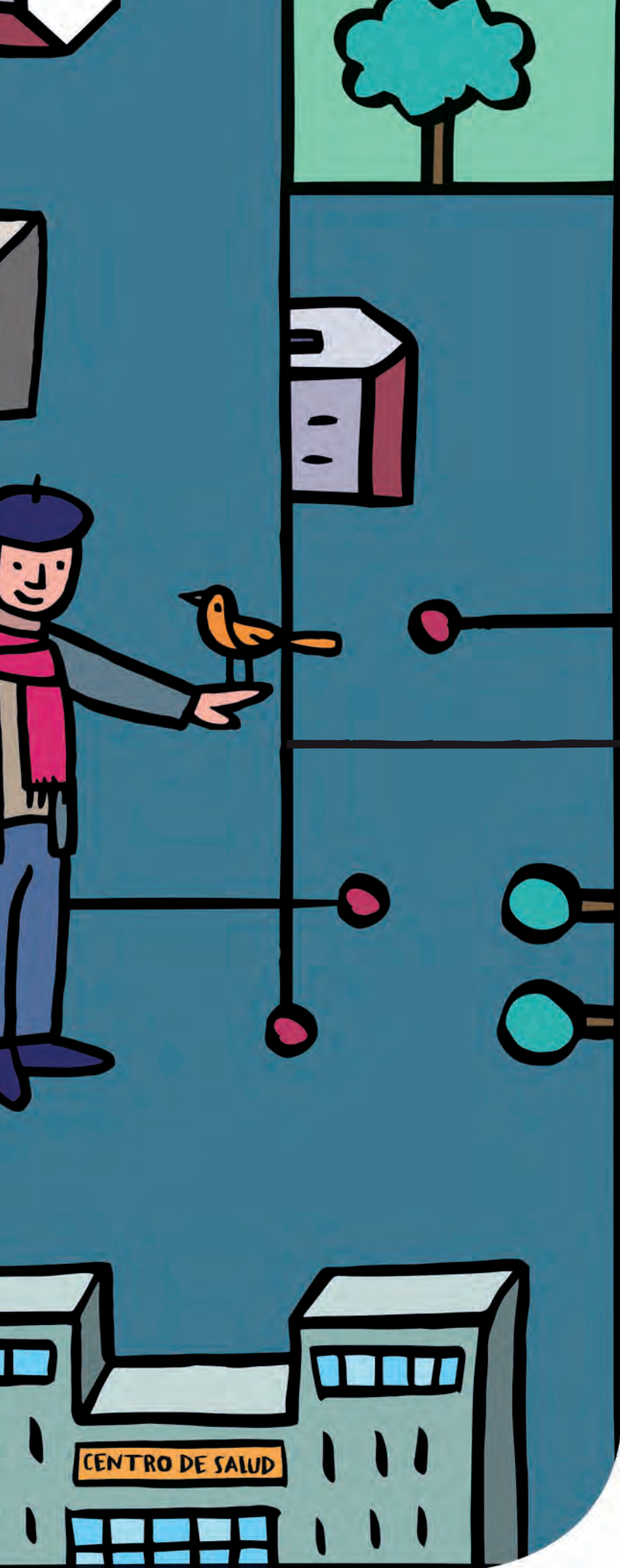
Mapa 13. Centres diürns acreditats per a persones amb diversitat funcional de la Comunitat Valenciana. 2021.....	213
Mapa 14. Distribució percentual comarcal dels centres diürns acreditats per a persones amb malaltia mental de la Comunitat Valenciana. 2021.....	214
Mapa 15. Centres d'atenció primària de la Comunitat Valenciana. 2021.....	221
Mapa 16. Distribució percentual comarcal dels centres d'atenció primària sobre el total de la Comunitat Valenciana. 2021.....	222
Mapa 17. Centres d'especialitats de la Comunitat Valenciana. 2021.....	223
Mapa 18. Distribució percentual comarcal dels centres d'especialitats sobre el total de la Comunitat Valenciana. 2021.....	224
Mapa 19. Centres de Salut de la Comunitat Valenciana. 2021.....	225
Mapa 20. Distribució percentual comarcal dels centres de salut sobre el total de la Comunitat Valenciana. 2021.....	226
Mapa 21. Centres sanitaris integrats de la Comunitat Valenciana. 2021.....	227
Mapa 22. Distribució percentual comarcal dels centres sanitaris integrats sobre el total de la Comunitat Valenciana. 2021.....	228
Mapa 23. Hospitals generals públics i privats de la Comunitat Valenciana. 2021.....	229
Mapa 24. Distribució percentual dels hospitals generals públics y privats sobre el total de la Comunitat Valenciana. 2021.....	230



CENTRO DE MAYORES

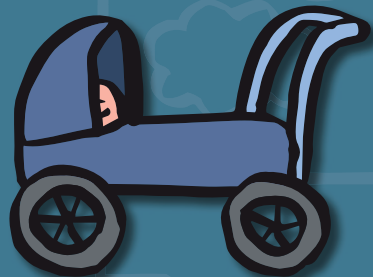
PEDIATRÍA





01

**ELS TREBALLS
DE CURES
I L'ECONOMIA
DE LES CURES.
CONCEPTES,
DEFINICIONS
I CLASSIFICACIÓ**



Jorge Hermosilla Pla
Mónica Fernández Villarejo
Universitat de València

1.1 EL TREBALL DE LES CURES

1.2 L'ECONOMIA DE LES CURES

1.3 IGUALTAT DE GÈNERE I ECONOMIA DE LES CURES

01

ELS TREBALLS DE CURES I L'ECONOMIA DE LES CURES. CONCEPTES, DEFINICIONS I CLASSIFICACIÓ

Jorge Hermosilla Pla
Mónica Fernández Villarejo
Universitat de València

1.1 EL TREBALL DE LES CURES

Què s'entén per *treball de les cures*? L'Organització Internacional del Treball (2022), en la Conferència Internacional del Treball en dona una definició clara i concisa.

El treball de cures pot definir-se, en sentit ampli, com les activitats i relacions que comporta atendre les necessitats físiques, psicològiques i emocionals d'adults i infants, joves i vells, persones fràgils i persones sanes.

A més, pot incloure activitats d'atenció directa (serveis d'infermeria, atenció infantil, cura de persones malaltes, amb discapacitat o d'edat avançada) i activitats d'atenció indirecta (cuinar i netejar, entre d'altres).

Els serveis de cures directes i indirectes poden prestar-se en contextos molt diversos com ara hospitals, clíniques, centres de cures de llarga duració i altres institucions, i també en domicilis particulars.

Els treballs de les cures es caracteritzen per la diversitat. L'Organització Internacional del Treball divideix el treball de les cures en quatre blocs:

- a. Dimensió sanitària
- b. Dimensió social
- c. Dimensió educativa
- d. Altres cures

I assenyalava dues modalitats de treball: remunerat i no remunerat.

A. El treball de cures **no remunerat** consisteix a cuidar persones o fer faenes domèstiques sense rebre una compensació monetària explícita a canvi.

La major part del treball de cures no remunerat en quasi totes les societats té lloc a casa i el solen fer dones i xiquetes. No obstant això, les cuidadores i els cuidadors no remunerats també cuiden persones que no pertanyen a la seua família, com ara amics, veïns i membres



de la comunitat, i dins de diverses institucions (públiques, basades en el mercat, sense ànim de lucre) de manera voluntària.

B. El treball de cures **remunerat** és el treball de cures que es fa a canvi d'una remuneració o per a obtenir-ne un benefici o un guany en diversos entorns:

- a. Als domicilis, com en el cas de les treballadores i els treballadors domèstics.
- b. En llocs aliens als domicilis: hospitals públics o privats, clíniques, residències d'ancians, centres de dia, escoles i centres educatius fins als 14 anys i altres establiments i empreses de cura i assistència.

Els treballadors i les treballadores de la cura poden tenir una relació de treball en els casos en què l'ocupador és un particular o una llar, un organisme públic, una empresa privada amb ànim de lucre o una organització privada sense ànim de lucre, o poden treballar per compte propi (treballadors autònoms).

1.2 L'ECONOMIA DE LES CURES

ANTECEDENTS

El concepte *economia de les cures* el va crear l'economia feminista en els anys noranta als Estats Units d'Amèrica, mentre que a Espanya ha anat escampant-se durant els últims vint anys. No obstant això, ha adquirit especial rellevància a partir de la pandèmia de covid-19. L'Administració pública ha anat assumint el protagonisme que ha adquirit, i fins i tot hi ha iniciatives internacionals, com ara a Corea del Sud, on es vol que el govern estatal es responsabilitze de les cures i ha passat a ser d'interès macroeconòmic.

UNA ESTRUCTURA FAMILIAR EN PROCÉS DE CANVI

Com s'indica en l'informe de l'OIT "El treball de cures i els treballadors de la cura per a un futur amb treball digne", els treballs de les cures estan relacionats amb un món en procés de canvi, uns antecedents de la situació actual. Els canvis en les estructures familiars, els índexs més elevats de dependència de les cures i les necessitats de cura en evolució contínua, juntament amb l'increment de la taxa d'ocupació de les dones en alguns països, han reduït la disponibilitat de la prestació de cures no remunerades i ha conduït a l'augment de la demanda de treball de cures remunerat.

Algunes expressions dels canvis de les estructures familiars:

- Persones necessitades de cures, concretament població de menys de 15 anys (718.697 a la Comunitat Valenciana), i en particular amb menys de 6 anys (244.683 a la CV); també persones que han superat l'esperança de vida, els 80 anys (287.159 a la CV).
- Les perspectives-tendències per al 2030 indiquen un increment aproximat d'aquestes xifres del 20%.
- Ha augmentat la demanda de treball de cures a domicili, tant remunerat com no remunerat, per a atendre persones amb discapacitat, sovint relacionat amb el procés d'envelliment.

- Es redueix la dimensió de les unitats familiars. Les famílies nuclears (45%) dupliquen pràcticament les famílies ampliades (25% de les persones). Les llars monoparentals representen el 5% de la població en edat de fer feina.
- Les dones progressivament van assumint més responsabilitats financeres i de cura de xiquetes i xiquets sense ajuda dels pares.
- L'increment de les necessitats de cura addicionals, si no són abordades per polítiques públiques concretes, és assumit per la participació de les dones, la qual cosa suposa una càrrega addicional per a les dones que accentua més encara la desigualtat de gènere en el treball.

L'Informe de la 110 reunió de la Conferència Internacional del Treball (2022) indica la manera com el sector de les cures està relacionat amb els canvis demogràfics i amb el mercat laboral, en particular: a) Des del punt de vista demogràfic, el procés d'envelliment de la població i també el creixent nombre de persones que viuen amb malalties no transmissibles. b) El mercat laboral va transformant-se a causa de l'increment de les necessitats de cures. Hi ha més demanda de feina, especialment per a les dones. Criden l'atenció les condicions de precarització de les feines relacionades amb les cures, atribuïbles en gran manera a la infravaloració per raó de sexe i per factors discriminatoris.

EL MERCAT LABORAL DEL TREBALL DE LES CURES

El treball de les cures pot definir-se, en sentit ampli, com les activitats i relacions que comporta atendre les necessitats físiques, psicològiques i emocionals d'adults i infants, joves i vells, persones fràgils i persones sanes. A més, pot incloure activitats de cura directa (serveis d'infermeria, atenció infantil o atenció de persones malaltes, amb discapacitat o d'edat avançada) i activitats de cura indirecta (cuinar i netejar, entre d'altres). Els serveis de cures directes i indirectes poden prestar-se en contextos molt diversos com ara hospitals, clíniques, centres d'atenció de llarga duració i altres institucions, i també en cases particulars (Organización Internacional del Trabajo, 2022).

CLASSIFICACIÓ DE TRABALLADORS I D'ACTIVITATS DE L' ECONOMIA DE LES CURES

L'informe de l'OIT, titulat "El treball de cures i els treballadors de la cura per a un futur amb treball digne", identifica la intersecció dels sistemes sanitari i social.

S'hi distingeixen diversos sectors relacionats amb la salut, l'educació, el treball social i treballs en altres sectors, com els dedicats al treball domèstic i la neteja d'instal·lacions sanitàries.

L'economia de la cura es caracteritza per una enorme complexitat i diversitat de la naturalesa dels treballadors remunerats, perquè hi ha diferències en grau d'educació i formació, competències i remuneració, disciplines i nivells professionals (doctors, psicòlegs, dentistes i personal d'infermeria, treballadors d'atenció infantil, agents de salut comunitaris, treballadors socials i treballadors de la cura personal).

Així mateix, inclou homes i dones que ofereixen treball de cures no remunerat. Es tracta de nou d'una gran diversitat de serveis prestats.



ACTIVITATS DEL TREBALL DE LES CURES

S'hi aprecien dos tipus d'activitats, d'una banda, les d'atenció directa, personal i relacional (donar menjar, cuidar el familiar malalt...) i, d'altra banda, les activitats d'atenció indirecta (cuinar, netejar).

D'altra banda, cal diferenciar els treballs de cures remunerades del que no ho són. En els dos casos es consideren treballs.

L'ampli espectre de necessitats de cures que poden sorgir durant el cicle vital d'una persona significa que hi ha una gran varietat d'activitats que poden constituir el treball de cures. No obstant això, hi ha diversos aspectes comuns:

- a. La gran majoria dels treballadors de les cures són dones i molts són treballadors migrants.
- b. S'hi distingeixen trets de precarització laboral com ara segregació vertical i horitzontal de gènere, condicions de treball precàries, jornades laborals extremament llargues, diferències salarials entre homes i dones i més risc de violència i assetjament.
- c. Socialment, el treball de cures està infravalorat i sovint mal remunerat per a determinades categories de treballadors de la cura, com els treballadors que presten serveis de cures personals i de llarga durada i els agents de salut comunitària. Aquests treballadors, en particular, sovint s'identifiquen com a treballadors voluntaris, sense a penes formació ni dret a rebre prestacions socials (assistència sanitària, desocupació i seguretat social), amb remuneracions que no s'adiuen amb la faena que fan.

Per tot això cal que els agents del mercat laboral (governos, sindicats, ocupadors i associacions de ciutadans) **reorganitzen el treball de les cures**.

És necessària una sistematització i organització del treball de cures en què cal tenir en compte les dues modalitats de treball, el remunerat i el no remunerat (OIT, 2022):

- a. El treball de les cures **no remunerat** consisteix a cuidar persones o a fer faenes domèstiques sense rebre una compensació monetària explícita a canvi. La major part de vegades té lloc a domicili i va a càrrec de dones. També s'hi inclouen les cuidadores i els cuidadors no remunerats que cuiden persones voluntàriament.
- b. El treball de les cures **remunerat** és el treball de cures realitzat a canvi d'una remuneració o un guany. Es produeix en diversos entorns: a) Privats. Domicilis privats, com en el cas de les treballadores i treballadors domèstics. b) Públics. Hospitals públics o privats, clíniques, residències d'ancians, escoles i altres establiments de cura.

NATURALESIA DE L'OCUPADOR

Hi ha gran diversitat d'ocupadors perquè poden ser un particular o una llar, un organisme públic, una empresa privada amb ànim de lucre o una organització privada sense ànim de lucre, o poden treballar per compte propi (treballadors autònoms).

DIFERÈNCIES ENTRE LA CURA DELS XIQUETS I LES PERSONES MAJORS

Si comparem el grau de càrrega de la cura de les persones majors amb l'atenció als infants, és sens dubte més considerable el d'aquelles. Diversos arguments ho expliquen:

- a. Procés de degeneració de la persona atesa.
- b. Imprevisibilitat de les fases futures de la persona atesa.
- c. No hi ha serveis específics per als majors que cal cuidar.
- d. La relació entre la persona cuidadora i la persona major cuidada és complexa i sovint crea tensions.
- e. L'atenció a persones ancianes és imprevisible; a penes es pot programar l'evolució de la dependència.
- f. Sovint, els cuidadors són de la mateixa generació que els cuidats.
- g. Alt risc de sobrecàrrega dels cuidadors, que generalment no tenen la formació tècnica i psicològica necessàries.

En definitiva, la societat espanyola (i valenciana) requereix avançar en la creació de serveis d'ajuda a les famílies que tenen persones majors dependents. Així mateix, és necessària la incorporació dels homes en la funció de cuidadors (Rodríguez, P. en Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004).

1.3 IGUALTAT DE GÈNERE I ECONOMIA DE LES CURES

De l'informe O1-2022 "Dones, treballs i cures: propostes i perspectives de futur", del Consell Econòmic i Social d'Espanya, es dedueix que la distribució del treball de les cures es caracteritza per una desigualtat *estructural* tant en el treball remunerat com en el no remunerat, agreujada per la crisi de la covid-19.

L'escenari de partida és definit per una desigualtat endèmica del treball de la dona en les cures. Unes bretxes de gènere que són una sobrecàrrega de treball total de les dones, prolongació de la *dobla jornada*, que es visualitzen en les dades estadístiques següents per al cas espanyol:

- a. Les dones fan el 67% de les faenes no remunerades.
- b. En el repartiment del treball total, les dones espanyoles hi dediquen 78 hores setmanals enfront de les 62 hores dels homes.

La pandèmia originada per la covid-19 ha creat de nou problemes en la bretxa de gènere. Alguns processos s'han intensificat i, alhora, han aparegut problemes nous:

- a. Els sectors més feminitzats s'han vist més exposats a la pèrdua de faena, reducció de faena o la incertesa sobre el seu futur, en particular els serveis.
- b. La vida social s'ha orientat cap a l'àmbit privat, més que el públic, de manera que hi ha hagut més càrrega de treball no remunerat en les dones. Les famílies s'han fet càrrec de faenes i activitats per a les quals abans tenien ajuda externa formal o informal.



- c. Ha augmentat el treball no remunerat de la cura i l'atenció a les persones, en particular el de les dones. S'estima que des de la covid-19 aquesta sobrecàrrega de treball ha augmentat per a un 60% dels cuidadors/ores, aproximadament un 40% de treball sobrevingut.
- d. Durant els cursos 2020-2021 i 2021-2022, moltes unitats familiars han assumit les cures dels menors a causa del tancament dels centres escolars.

LA TRANSFORMACIÓ DELS MODELS FAMILIARS I LA BRETXA DE GÈNERE

El *Llibre blanc de l'IMSEERSO* ens permet caracteritzar les estructures familiars contemporànies, que en el cas espanyol (i valencià) s'allunyen dels models d'antany. Diversos processos i factors han anat configurant els models actuals de família i ens permeten interpretar els tipus de models de família que hi ha a hores d'ara:

- a. Procés de desaparició de la família extensa, nombrosa. Una visió tradicional de la família encara preval en països, regions i territoris en desenvolupament. És habitual la convivència a casa de diverses generacions i d'un nombre alt de fills/filles. A Espanya, en 1970, el 71% de les persones majors vivien amb els fills i altres familiars.
- b. La família nuclear. Habitual en les àrees desenvolupades. Es caracteritza per un nombre de descendents més baix a causa de la caiguda de la natalitat. A Espanya, la fecunditat és de les més baixes del món: 1,2 fills per dona.
- c. Inestabilitat de la institució familiar, perquè els matrimonis no tenen caràcter permanent com en dècades passades. Diversos factors condicionen aqueixa falta d'estabilitat familiar, com ara els processos de democratització i laïcització de la societat i la consegüent generalització del principi de lliure elecció.
- d. Retard en l'edat en què es contrau matrimoni o en formen unions de parella, com també de l'edat de la mare a tenir el primer fill/a.
- e. Les noves situacions laborals han donat lloc a un grau més alt de mobilitat i de distanciament geogràfic dels membres de la unitat familiar.
- f. Augment progressiu de les famílies monoparentals a causa de l'increment de separacions i divorcis, i també per la decisió de les dones de tenir fills sense parella.
- g. Augment de llars unipersonals, motivat tant per decisions personals com per circumstàncies com ara la viudetat, especialment en el cas de les dones en edat avançada.
- h. Unions de fet tant heterosexuals com homosexuals, que van deixant de ser excepcions.
- i. Retard en l'edat d'independència dels fills i filles. En el cas valencià es calcula que és al voltant dels 30 anys.
- j. Increment del mestissatge, amb la incorporació d'immigrants a les unitats familiars.

- k. Reducció de la dimensió mitjana dels habitatges, en funció del preu mitjà del metre quadrat edificat (elevat) i dels nivells dels salaris mitjans (1.100 euros/mes). Una circumstància que no afavoreix la convivència de membres al mateix domicili.

- l. El canvi radical, la transformació imparabile, del rol social de les dones. Les estructures del patriarcat s'han anat substituint per unes de més modernes que inclouen la incorporació de la dona a la vida econòmica, social, cultural i política. I això porta una nova concepció en la manera d'entendre les relacions de parella.

Els processos i les circumstàncies enumerats influeixen inevitablement en les formes de convivència de les persones majors i amb discapacitat. En l'actualitat, el 22% de les persones majors viuen soles i la majoria són dones; el 49% viuen amb el cònjuge i fills no emancipats, i només el 16% pertanyen al model de família extensa.

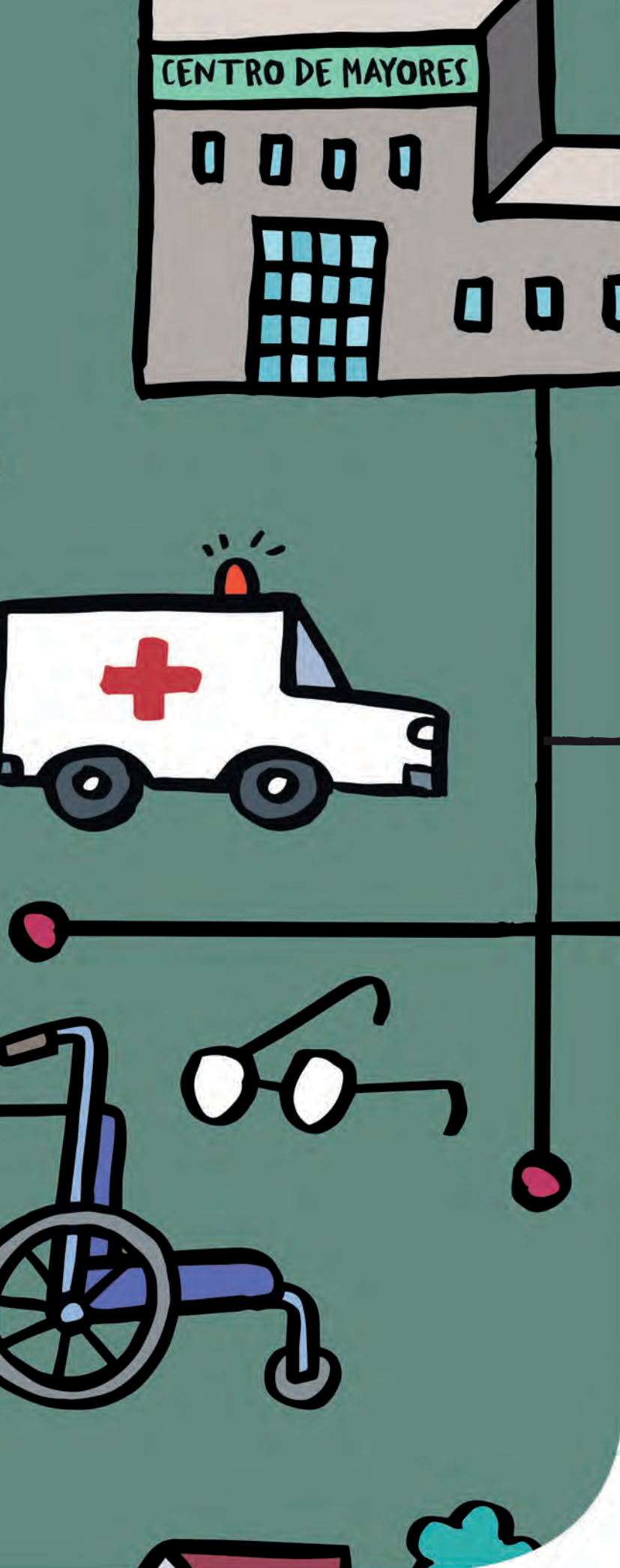
Com a **conclusió**, la societat valenciana és testimoni d'uns canvis radicals en les unitats familiars, en la família, que repercuteixen directament en les formes de vida de les persones majors. Ha sigut necessari un reajustament de les *expectatives de les garanties de cures* de la tercera edat. La norma no escrita, la *lei natural*, per la qual els majors serien cuidats pels fills/filles s'ha frustrat. S'ha implantat el principi de la *independència dels dos col·lectius*, els progenitors (majors, classes passives) i els descendents (classes actives treballadores), avalada per aspectes positius per als majors, com ara que l'autonomia els facilita llibertat per a organitzar-se el temps o per a decidir sobre els seus béns. I també, inevitablement, el sentiment de soledat.





PEDIATRÍA

VOLUNTARIADO



02

**L'ECONOMIA
DE LES CURES
I ELS PROCESSOS
ECONÒMICS
I SOCIALS
VINCULATS**



*Jorge Hermosilla Pla
Mónica Fernández Villarejo
Universitat de València*

- 2.1 VARIABLES DEMOGRÀFIQUES I ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓ
- 2.2 L'ECONOMIA DE LES CURES, ELS SERVEIS SOCIALS I EL MERCAT LABORAL A L'ESPANYA DE LES AUTONOMIES
- 2.3 L'ECONOMIA DE LES CURES EN UN ESCENARI D'ECONOMIA SUBMERGIDA I INFORMAL
- 2.4 LA IGUALTAT DE GÈNERO I L'ECONOMIA DE LES CURES
- 2.5 LA SOSTENIBILITAT DELS NOUS MODELOS DE CURES
- 2.6 LA INCIDÈNCIA DEL COVID-19 EN LES CURES
- 2.7 L'ECONOMIA DE LES CURES A ESPANYA

02

L'ECONOMIA DE LES CURES I ELS PROCESSOS ECONÒMICS I SOCIALS VINCULATS

Jorge Hermosilla Pla
Mónica Fernández Villarejo
Universitat de València

2.1 VARIABLES DEMOGRÀFIQUES I ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓ

El significat de l'estructura per edats de la població d'una societat, és a dir, la piràmide demogràfica, va vinculada a l'economia de les cures. És condicionada pel comportament de la natalitat, de la mortalitat i pels fluxos migratoris.

Els dependents que necessiten atenció se situen en els grups següents: xiquets menors de 15 anys i persones majors o que han superat l'esperança de vida sana, establida en 60 anys. Els països d'ingressos alts tenen els coeficients més alts de dependència de les persones majors, vora el 7%; mentre que als països d'ingressos baixos, quasi la totalitat del coeficient de dependència inclou persones de menys de 15 anys perquè representen al voltant del 36% de la població total. A la Comunitat Valenciana, els menors de 15 anys són el 14,2% de la població, i els majors de 60 anys el 26,1%.

2.2 L'ECONOMIA DE LES CURES, ELS SERVEIS SOCIALS I EL MERCAT LABORAL A L'ESPANYA DE LES AUTONOMIES

En les últimes dècades assistim a un procés de professionalització del sector, si bé els darrers càlculs a Espanya sobre les cures no remunerades equivalen a 28 milions d'ocupacions a temps complet. L'Informe d'ocupació en el sector de serveis socials 2022, del Ministeri de Drets Socials i Agenda 2030, inclou una interessant informació estadística de les CA, del mercat laboral, en centres de residència, centres de dia i altres activitats. No tracta tota l'economia de les cures perquè se centra en els serveis socials. Concretament tracta les divisions 87 [assistència en establiments residencials] i 88 [activitats de serveis socials sense allotjament] segons la CNAE-09. Destaquem la informació següent d'aquest informe:

- a. Els afiliats a la Seguretat Social el primer trimestre del 2022 a la Comunitat Valenciana ascendien a uns 2.000.000, dels quals uns 55.000 treballaven



en serveis socials, el 2,7% del total. Per al conjunt d'Espanya, les xifres són 19.764.000 i 642.900, respectivament, xifra que representa el 3,3% del total.

- b. Les CA més ben situades són Castella i Lleó (5,5%), Extremadura (4,7%) i el País Basc (4,5%), a més de Melilla (6,2%) i Ceuta (4,4%).
- c. Destaca el protagonisme de la dona en aquestes afiliacions, entre el 86% i el 89% (cuidadores no professionals i assistència en establiments residencials, respectivament).
- d. Els contractes indefinits representen a la Comunitat Valenciana el 45,8% del total, mentre que per a Espanya el 43,5%; els eventuais, 17,5% i 15,3%, respectivament; els fixos discontinus, 1,3% i 1,9%.

2.3 L'ECONOMIA DE LES CURES EN UN ESCENARI D'ECONOMIA SUBMERGIDA I INFORMAL

Es constata un gran nombre d'activitats relacionades amb el treball de les cures, no remunerades i, per tant, lligades a una economia subterrània, informal.

La Resolució I de la 19a CIET (OIT, 2013) i la ICATUS 2016 (ONU, 2021) en paral·lel, defineixen els treballs de cures no remunerat. S'entén per treball de cures no remunerat la prestació de serveis per a ús final propi, el treball voluntari de cures que es presta en altres domicilis i el treball de cures en formació no remunerat.

La ICATUS 2016 identifica diverses activitats **de serveis no remunerats de cures** i comprenen:

A. Serveis domèstics no remunerats per a casa i per als membres de la família, en què s'inclouen:

- L'administració i preparació d'aliments i menjar.
- La neteja i el manteniment de l'habitatge i dels voltants.
- La decoració mitjançant bricolatge, el manteniment i les reparacions.
- La cura i el manteniment de tèxtils i calçat.
- L'administració de la casa per a ús propi.
- La cura d'animals de companyia.
- Les compres per a casa i per als membres de la família.
- Els viatges, els desplaçaments, el transport o l'acompanyament de béns i persones relacionats amb serveis domèstics no remunerats per a casa i per als membres de la família.
- Els altres serveis domèstics no remunerats per a casa i per als membres de la família.

B. Serveis no remunerats de prestació de cures per a membres de casa i familiars, en què s'inclouen:

- L'atenció i l'educació de xiquets.
- L'atenció d'adults dependents.
- L'ajuda per a membres adults de la casa no dependents i familiars.
- Els viatges i l'acompanyament de béns o persones en relació amb serveis no remunerats de prestació de cures per a membres de casa i familiars.
- Les altres activitats relacionades amb serveis no remunerats de prestació de cures per a membres de casa i familiars.

De les ponències de la Conferència Internacional del Treball, 110a reunió, 2022, se n'extrauen, entre d'altres, les afirmacions següents:

- a. La majoria dels treballadors domèstics tenen una ocupació informal (80% del total de treballadors domèstics), xifra que representa quasi el doble de la proporció d'ocupació informal d'altres treballadors (40%).
- b. En conseqüència, els treballadors domèstics de l'economia informal no estan reconeguts ni protegits pel marc legal i reglamentari i no es beneficien de l'aplicació efectiva d'aquest marc.
- c. Elevat grau de vulnerabilitat, relacionat amb molt baixa pertinença a associacions sindicals, aïllament del treball domèstic, altes taxes d'informalitat, feminització del sector del treball domèstic, falta de mecanismes de control i supervisió.
- d. Relació habitual entre el treball de cures informal i un nivell de pobresa alt.
- e. Relació amb determinades condicions socials i econòmiques, en particular quan es tracta de dones. Discriminació per raons de raça, color, religió, origen social i, per descomptat, sexe.
- f. En les últimes dècades s'ha produït un augment constant del nombre de treballadors domèstics migrants que representen una proporció considerable de la mà d'obra domèstica, la gran majoria dones. Hi ha una sèrie de factors que fan que els treballadors domèstics migrants siguin especialment vulnerables, com ara el desconeixement de la llengua i la cultura locals i de la legislació laboral i migratòria nacional.



2.4 LA IGUALTAT DE GÈNERO I L'ECONOMIA DE LES CURES

En termes generals, tradicionalment les cures en l'àmbit domèstic han correspost a les dones. La incorporació al mercat laboral formal ha transformat aquesta situació, de manera que les faenes de casa i la cura dels xiquets s'externalitzen. No obstant això, hi ha notables

dificultats per a valorar les faenes traslladades al mercat laboral. A més, la pandèmia originada per la covid-19 ha evidenciat aquestes desigualtats.

La reunió 110 de la Conferència Internacional del Treball (2022) i l'Informe de l'OIT "El treball de cures i els treballadors de la cura per a un futur amb treball digne" ofereixen unes quantes consideracions interessants que permeten caracteritzar l'escenari actual del treball de les cures i la bretxa de gènere:

- a. Protagonisme de la dona en els treballs de l'economia de la cura. Es calcula que més del 75% de l'ocupació en el sector és femení.
- b. Les treballadores en aquest sector s'enfronten a problemes com la segmentació i segregació per motiu de sexe, disparitat salarial respecte als homes, més risc de violència i assetjament.
- c. El treball de cures no remunerat és un factor clau per a determinar si les dones accedeixen a l'ocupació i hi continuen, com també la qualitat dels treballs que realitzen. La majoria dels treballadors de la cura remunerats són dones, sovint migrants, i quan treballen en l'economia informal ho fan en condicions precàries i a canvi d'un salari molt baix.
- d. El treball de cures remunerat continuarà sent una considerable font d'ocupació en el futur, en particular per a les dones. La naturalesa relacional del treball de cures limita el potencial de substitució de la mà d'obra humana per robots i altres tecnologies.
- e. L'actitud respecte de la divisió sexual del treball remunerat i no remunerat va canviant. L'escenari de partida és protagonitzat per la dona, que és qui fa la funció de cuidadora en la família. Consultes recents per a Espanya ens indiquen que el 70% de les dones i el 65% dels homes prefereixen que les dones tinguin una faena remunerada. No obstant això, el principal obstacle per a la incorporació de les dones al mercat laboral és precisament el treball de cures no remunerat.
- f. La primera etapa de criança, de fills/filles fins a cinc anys, constitueix una penalització en l'ocupació de les dones, en comparació amb els pares. Es produeix una manifesta penalització en l'ocupació vinculada amb la maternitat.
- g. La dimensió de la força de treball mundial dedicada a la prestació de cures, remunerada, representa l'11,5% de l'ocupació mundial total. El 20% aproximadament correspon a l'ocupació femenina mundial, i el 7% de l'ocupació masculina mundial.

DONES E IMMIGRACIÓ

El document de l'OIT, "2021 ILO Global estimates on international migrant workers", identifica un increment de la demanda de mà d'obra en els sectors de la salut i del treball domèstic, on hi ha de nou predomini de dones (infermeres i treballadores domèstiques).

Donen lloc a moviments migratoris Sud-Nord, atrets per aqueixos jaciments d'ocupació, de manera que es crea una confluència de factors socials (raça, color, sexe, religió, ascendència nacional) i factors econòmics (habitualment nivells de pobresa, situacions de partida precàries).

2.5 LA SOSTENIBILITAT DELS NOUS MODELS DE CURES

Els principis del desenvolupament sostenible, inclosos en l'Agenda 2030 i estructurats mitjançant els 17 objectius de desenvolupament sostenible (ODS), són aplicables al mercat laboral de les cures. De fet, diversos informes, com el titulat "Situació de la infermeria al món 2020" (Organización Mundial de la Salud, 2020), assenyalen el rol decisiu dels col·lectius professionals de la cura, com és el cas dels infermers i les infermeres, per a fer realitat els ODS.

La Conferència Internacional del Treball, en la 110 reunió del 2022, va permetre identificar i sistematitzar els ODS més relacionats amb l'economia de la cura:

ODS 3. Garantia d'una vida sana i la promoció del benestar. En particular, la meta 3.8, que fa referència a una cobertura sanitària universal.

ODS 4. Relacionat amb l'educació.

ODS 5. Relatiu a la igualtat entre sexes, en particular la meta 5.4., que tracta sobre l'accés als serveis públics. Concretament fa referència al reconeixement i la valoració de les cures i del treball domèstic no remunerats mitjançant serveis públics, infraestructures i polítiques de protecció social. En aquesta meta es vol promoure la responsabilitat compartida a casa i la família; és a dir, es reconeix que el treball no es limita a l'ocupació remunerada.

ODS 8. Relatiu a la plena ocupació i el treball digne. Aquest objectiu ofereix una gran oportunitat per a la consecució d'altres ODS.



2.6 LA INCIDÈNCIA DE LA COVID-19 EN LES CURES

Després de la pandèmia s'han fet molts estudis que s'han centrat a identificar com la crisi generada per la covid-19 ha incidit en l'economia de les cures. Tant en el confinament del 2020 com durant els mesos posteriors (2021-2022) hi ha hagut nombroses evidències dels efectes d'aquesta crisi. Com a conclusió general, es pot afirmar que les bretxes prèvies a la pandèmia s'han aguditzat en detriment del treballador/a de les cures: bretxa salarial, precarització laboral i bretxa de gènere.

Com a reacció a aquestes desigualtats, alguns organismes internacionals i estatals han sistematitzat propostes encaminades a invertir aquesta situació mitjançant l'edició d'informes tècnics. Entre aquests informes destaquem la publicació de l'ONU (2020) "Covid-19 i l'economia de les cures: accions immediates i transformació estructural per a una recuperació amb perspectiva de gènere", com també l'informe també de l'ONU (2020) "Dones. Tractar les conseqüències econòmiques de la covid-19". Cal fer esment de les accions i mesures següents:

A. Necessitat de suport immediat a les cures de dependents

Amb l'aparició i l'aprofundiment de la pandèmia de covid-19, les mesures de resposta immediata a la crisi han de garantir la continuïtat de l'atenció infantil, de les persones

adultes majors i de les persones amb discapacitat, com també de les que contrauen la covid-19, i alhora reduir la càrrega que recau sobre dones i xiquetes.

1. Reconèixer les treballadores i treballadors, tant remunerats com no remunerats, com a personal essencial i garantir-los seguretat laboral.
2. Ampliar la protecció social a les persones que tenen responsabilitats de cures.
3. Oferir un nivell mínim de serveis de cura infantil, especialment per a filles i fills del personal essencial.
4. Donar prioritat a l'accés a aliments i serveis bàsics.
5. Fomentar una millor distribució del treball domèstic i de cures no remunerat.

B. Invertir en l'economia de les cures per a una recuperació i resiliència a llarg termini

1. Crear sistemes de cures amb perspectiva de gènere sòlids i resilients.
2. Invertir en infraestructura bàsica accessible i tecnologies per a l'estalvi de temps.
3. Transformar el mercat laboral per a conciliar l'ocupació remunerada amb les cures no remunerades.
4. Reorientar les polítiques macroeconòmiques per a una economia de les cures més pròspera.

2.7 L'ECONOMIA DE LES CURES A ESPANYA

2.7.1 UN ESCENARI POBLACIONAL AVANÇAT, DESENVOLUPAT, I AMB REPTES

El comportament demogràfic espanyol es troba en un estadi de plena maduresa que es tradueix en una esperança de vida de les més altes al món. Servisquen de referència les dades següents: a) En poc més d'un segle, l'esperança de vida espanyola ha passat de 35 anys (1900) a 83 (2020). b) És la tercera esperança de vida més alta del món, per darrere de Suïssa i el Japó. c) Per al 2050, segons el document "Espanya 2050. Fonaments i propostes per a una estratègia nacional a llarg termini" (Gobierno de España, 2021), un de cada tres espanyols tindrà més de 65 anys i l'esperança de vida haurà assolit el llindar dels 85 anys.

Aquest procés d'envelliment de la població espanyola ha anat acompanyat d'una contrastada millora de salut i d'autonomia a conseqüència d'una millora de l'alimentació, adopció d'hàbits de vida més saludables, desenvolupament d'un sistema sanitari públic a l'abast de la societat i adopció d'un estat del benestar modern.

Espanya i la Comunitat Valenciana són territoris envellits. I per als pròxims anys continuarà augmentant l'envelliment i la dependència. Aquesta situació suscita reptes i la necessitat de proposar estratègies específiques. Entre aqueixos desafiaments destaquen els següents:

- a. Increment de la despesa pública de les pensions. Caldrà garantir la sostenibilitat de les pensions.
- b. Augment de la despesa sanitària, per la qual cosa serà necessària una reforma del sistema sanitari nacional.
- c. Increment de persones beneficiàries d'ajudes a la dependència.
- d. Més participació, més activa, en la vida econòmica i social dels majors. Incorporació dels treballadors sènior al mercat laboral compatibilitzant pensió i faena.
- e. Millora de la xarxa pública de cures de llarga duració. Es tracta d'un jaciment d'ocupació present i futur, amb enormes possibilitats de desenvolupament, fins al punt que pot convertir-se en un altre bastió del sistema econòmic futur i clau per a la sostenibilitat del sistema descrit.
- f. Les demandes generades pel grup dels majors, l'economia de plata (*silver economy*), constitueixen excel·lents al·licients per a determinats sectors com les reformes domèstiques (banys, domòtica, cuina, accessibilitat, seguretat); mobilitat, oci i cultura, digitalització, etc. (Silver Economy Consulting: "Informe de tendències: los sénior en España", 2021).

2.7.2 ACCIONS FUTURES. EL PLA DE RECUPERACIÓ, TRANSFORMACIÓ I RESILIÈNCIA

L'estratègia espanyola per a canalitzar els fons destinats per Europa a reparar els danys provocats per la crisi de la covid-19 s'inclou en el Pla de Recuperació, Rransformació i Resiliència (Gobierno de España, 2021).

Aquest Pla s'instrumentalitza mitjançant deu polítiques palanca:

1. Agenda urbana i rural contra la despoblació.
2. Infraestructures i sistemes resilents.
3. Transició econòmica justa i inclusiva.
4. Una Administració per al segle XXI.
5. Modernització i digitalització del teixit industrial i de la pime, recuperació del turisme i impuls d'una Espanya com a nació emprenedora.
6. Pacte per la ciència i la innovació, reforç de les capacitats del sistema nacional de salut.
7. Educació i coneixement, formació contínua i desenvolupament de capacitats.
8. Nova economia de les cures i polítiques d'ocupació.
9. Impuls de la indústria de la cultura i l'esport.
10. Modernització del sistema fiscal per a un creixement inclusiu i sostenible.



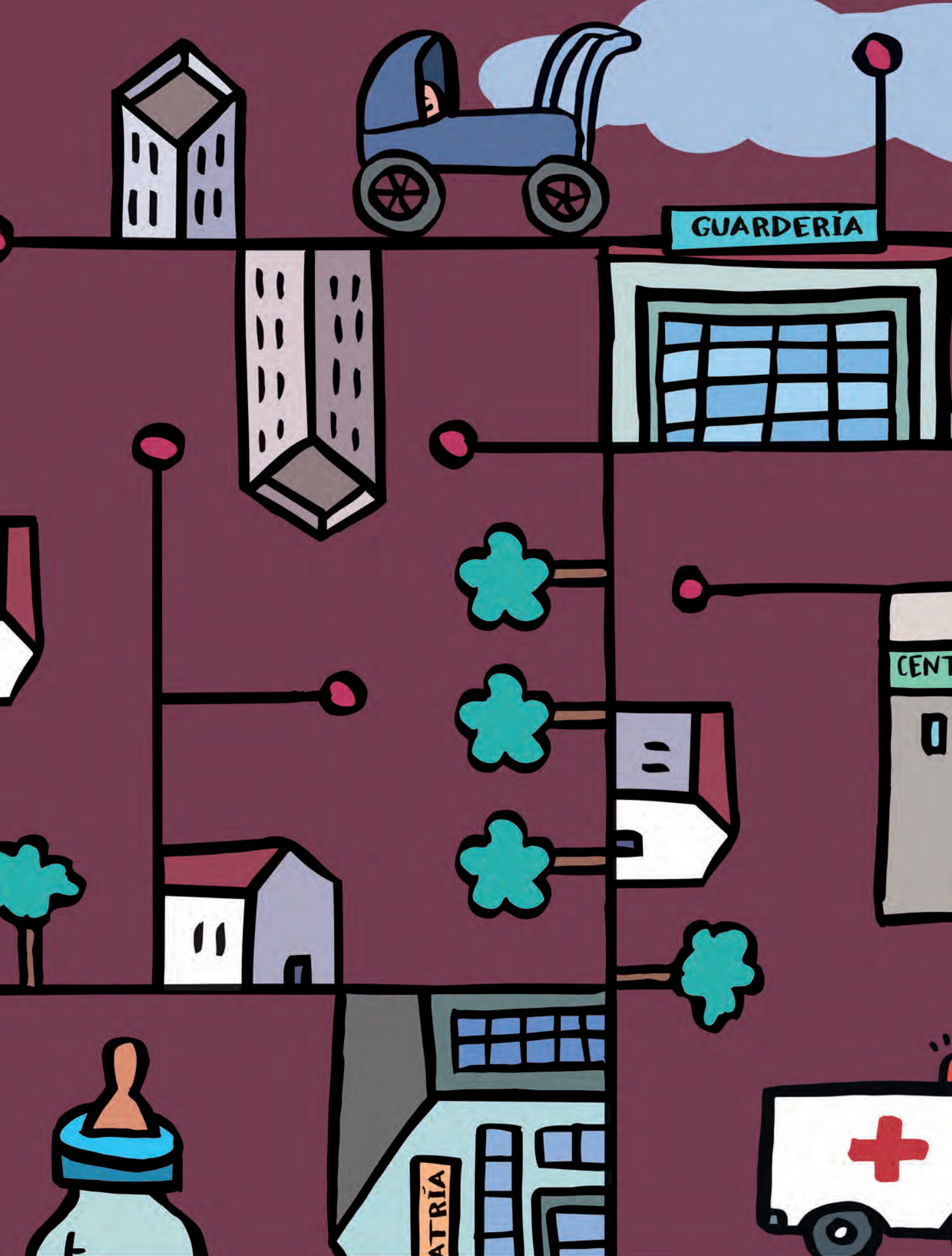
El capítol VIII d'aquest Pla fa referència a la "Nova economia de les cures i polítiques d'ocupació". En l'apartat 22 hi ha el "Pla de xoc per a l'economia de les cures i reforç de les polítiques d'igualtat i inclusió".

L'objectiu principal d'aquest component és la modernització i el reforç del conjunt dels serveis socials, amb especial atenció al model de cures de llarga duració, i la promoció de la innovació i d'un model d'atenció centrada en la persona.

Els objectius específics d'aquest Pla figuren en el quadre següent::

1. Reforçar l'atenció a persones dependents i transformar el model d'ajuda i cures de llarga duració a fi de facilitar la transició cap a un model desinstitucionalitzat, l'atenció centrada en la persona i el desenvolupament de serveis comunitaris i de l'atenció domiciliària.
2. Promoure una llei marc de serveis socials i una llei de diversitat familiar.
3. Promoure la innovació i les noves tecnologies en els serveis socials: per a garantir la prestació dels serveis en tot el territori, millorar la qualitat de l'atenció, disposar de sistemes d'informació adequats, identificar les necessitats d'atenció i reforçar la formació dels professionals.
4. Reforçar els serveis d'atenció a la infància.
5. Fomentar l'accessibilitat universal en tots els àmbits.
6. Ampliar els serveis d'atenció integral a totes les potencials víctimes de qualsevol forma de violència contra la dona.
7. Reformar el model d'acolliment de sol·licitants d'asil i protecció humanitària a fi de garantir capacitats ajustades a les necessitats i incrementar l'eficiència d'aquest model: suprimir llistes d'espera, adaptar les prestacions segons la vulnerabilitat i maximitzar la capacitat d'inclusió dels itineraris d'acompanyament implementats per les comunitat autònomes.
8. Donar suport al creixement inclusiu, reduir la desigualtat de la renda i les taxes de pobresa extrema i moderada mitjançant el desplegament de l'ingrés mínim vital, racionalitzar i modernitzar el sistema de prestacions econòmiques no contributives.
9. Augmentar la taxa d'ocupació de les persones beneficiàries de l'ingrés mínim vital mitjançant el desenvolupament de l'incentiu a l'ocupació i millorar la coordinació i la gestió entre els agents rellevants per a la política d'inclusió.







03

**EL SECTOR
DE LES CURES
A LA COMUNITAT
VALENCIANA**



Jorge Hermosilla Pla
Ghaleb Fansa
José Vicente Aparicio
Universitat de València

- 3.1 LA DIMENSÍO DE L'ECONOMIA DE LES CURES EN L'ESCENARI VALENCIÀ: ELS TREBALLADORS
- 3.2 ANÀLISI EMPRESARIAL DE L'ECONOMIA DE LES CURES
- 3.3 LA DIMENSÍO DE L'ECONOMIA DE LES CURES EN L'ESCENARI VALENCIÀ: CENTRES ASSISTENCIALS
- 3.4 LA DIMENSÍO DE L'ECONOMIA DE LES CURES EN L'ESCENARI VALENCIÀ: CENTRES SANITARIS DE LA COMUNITAT VALENCIANA
- 3.5 ESTRATÈGIES VALENCIANES RELACIONADES AMB L'ECONOMIA DE LES CURES: L'ESTRATÈGIA VALENCIANA PER A LA RECUPERACIÓ 2020 I EL PLA CORRESPONSABLES DEL MINISTERI D'IGUALTAT

03

EL SECTOR DE LES CURES A LA COMUNITAT VALENCIANA

Jorge Hermosilla Pla

Ghaleb Fansa

José Vicente Aparicio

Universitat de València

A la Comunitat Valenciana s'evidencia la importància de les cures després del confinament per la pandèmia i les conseqüències posteriors. Es confirma que l'economia de les cures respon a una necessitat social. I és una realitat en l'estructura econòmica valenciana.

3.1 LA DIMENSIÓ DE L'ECONOMIA DE LES CURES EN L'ESCENARI VALENCIÀ: ELS TREBALLADORS

S'han analitzat les dades facilitades per l'Institut Valencià d'Estadística (IVE) per a l'any 2022 relatives a la Classificació nacional d'activitats econòmiques (CNAE) 2009. En concret s'ha analitzat la informació facilitada per a l'apartat Q, activitats sanitàries i serveis socials, que correspon als epígrafs 86 (activitats sanitàries), 87 (assistència en establiments residencials) i 88 (activitats de serveis socials sense allotjament). A més, s'ha tingut en compte la informació de l'epígraf 97, relacionada amb activitats de les llars com a ocupadors de personal domèstic.

No s'hi ha inclòs l'epígraf 85, educació, perquè no sols comprèn els docents d'estudiants de menys de 14 anys, sinó que s'hi integren els professionals d'educació per als diversos nivells educatius (educació secundària, universitària, formació professional, etc.), de manera que la informació no és la més apropiada per a aquesta anàlisi.

A la Comunitat Valenciana hi ha uns **191.325 treballadors en l'economia de les cures** (sense comptabilitzar l'educació d'infants). Es pot fer **una certa zonificació** d'aquests treballadors segons el volum d'afiliats per comarques i territoris de funcions similars:

- a. Una gran concentració de treballadors i treballadores allí on es produeix més concentració demogràfica, que coincideix amb la distribució de les principals aglomeracions i nuclis urbans valencians.
 - a. València i la seua àrea metropolitana, AMV, concentren el 46,4% de l'ocupació.
 - b. L'Alacantí (20,3%) i la Plana Alta (9,1%) són les altres concentracions destacades. Els tres territoris absorbeixen el 75% de l'ocupació.



- b. Territoris del litoral, amb una certa xarxa urbana, que complementen les tres aglomeracions urbanes esmentades. L'eix de les comarques de la Safor, la Marina Alta i la Marina Baixa, amb el 6,7%; i l'eix del Baix Vinalopó i el Baix Segura, amb el 6%.
- c. Hi ha huit comarques, totes de l'interior, relacionades amb la despoblació i el procés d'envelliment, en què els valors absoluts en ocupació en l'economia de les cures no supera en cap cas els 400 afiliats: l'Alt Millars, l'Alt Palància, el Comtat, el Racó d'Ademús, la Vall de Cofrents-Aiora, els Ports, la Canal de Navarrés, l'Alcalatén, l'Alt Maestrat i la Serrania.

La distribució de l'ocupació en l'economia de les cures **no és homogènia** segons els epígrafs consultats. Hi influeixen diversos factors de manera desigual.

- **Codi CNAE 86:** activitats sanitàries. Representa el 61,1% dels afiliats. Està molt condicionat per la distribució de les instal·lacions hospitalàries, clíniques i altres equipaments sanitaris.
- **Codi CNAE 87:** assistència en establiments residencials. Representa el 13,2% dels treballadors/ores. La distribució no és tan concentrada, si bé està condicionada per l'existència de centres residencials per a persones d'edat.
- **Codi CNAE 88:** activitats de serveis socials sense allotjament. Representa el 8,2% dels afiliats/ades. Es produeix de nou més concentració territorial per la classe de demanda que acudeix als centres d'assistència a majors.
- **Codi CNAE 97:** activitats dels domicilis com a ocupadors de personal domèstic. Representa el 17,4% de l'ocupació. Som conscients que es tracta d'un epígraf condicionat pels alts nivells d'economia submergida. A més, es tracta d'una modalitat de treball relacionada amb l'activitat turística.

L'economia de les cures a la Comunitat Valenciana, igual que ocorre en altres territoris, és un **sector feminitzat**. Les afiliades representen el 77,4% del total. Els homes, a penes el 22,6%.

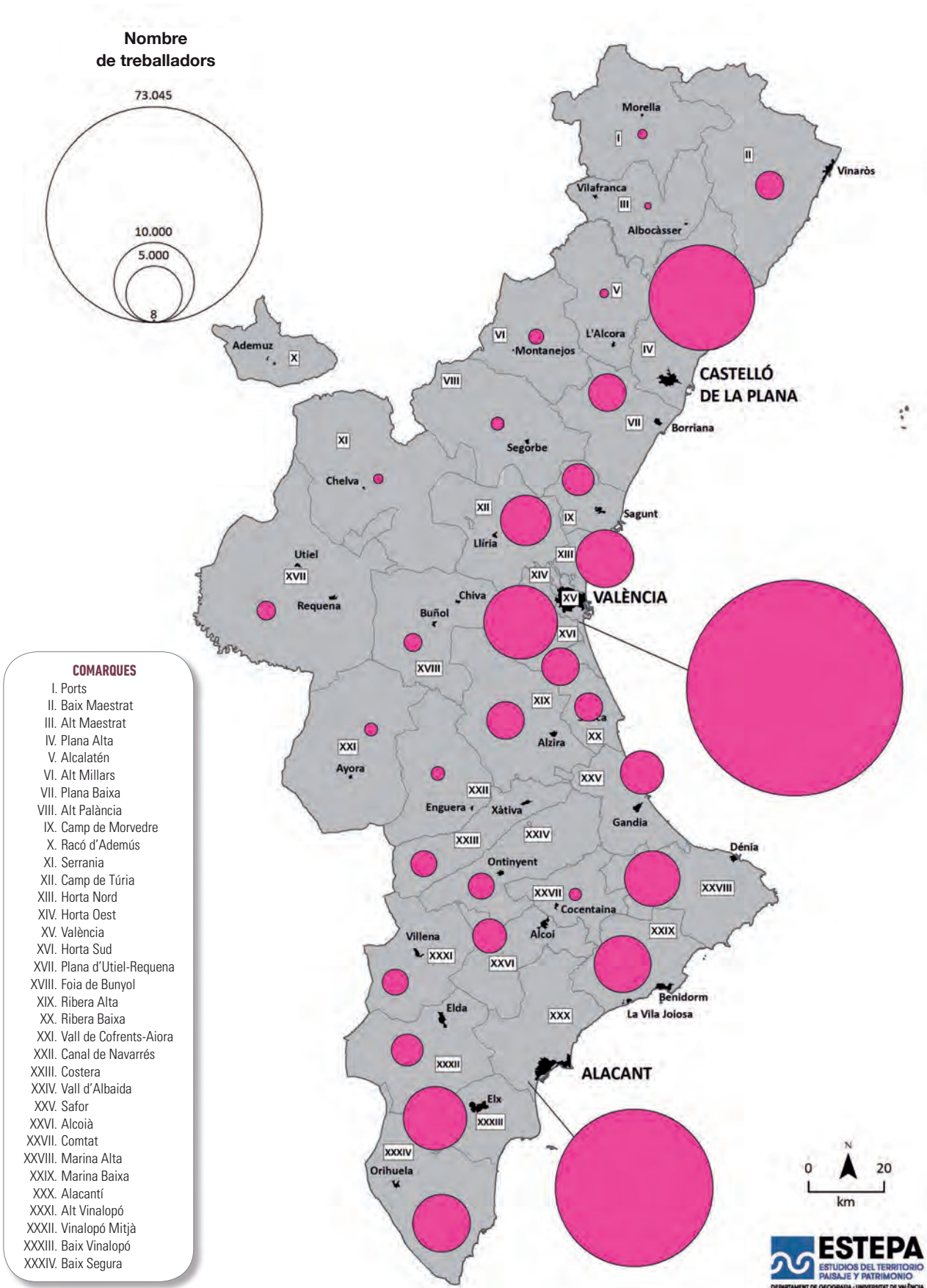
No hi ha diferències notables per epígrafs. Val a destacar el protagonisme de la dona:

CNAE-09	DESCRIPCIÓ	TOTAL	DONES	HOMES
Q+97	Economia de les cures	191.325	77,4%	22,6%
86	Activitats sanitàries	116.914	74%	16%
87	Assistència en establiments residencials	25.324	80,2%	19,8%
88	Activitats de serveis socials sense allotjament	15.769	73,6%	26,4%
97	Activitats de les llars, personal domèstic	33.318	89,1%	10,9%

Aspectes destacats en l'anàlisi territorial-comarcal d'aquestes **diferències entres sexes**:

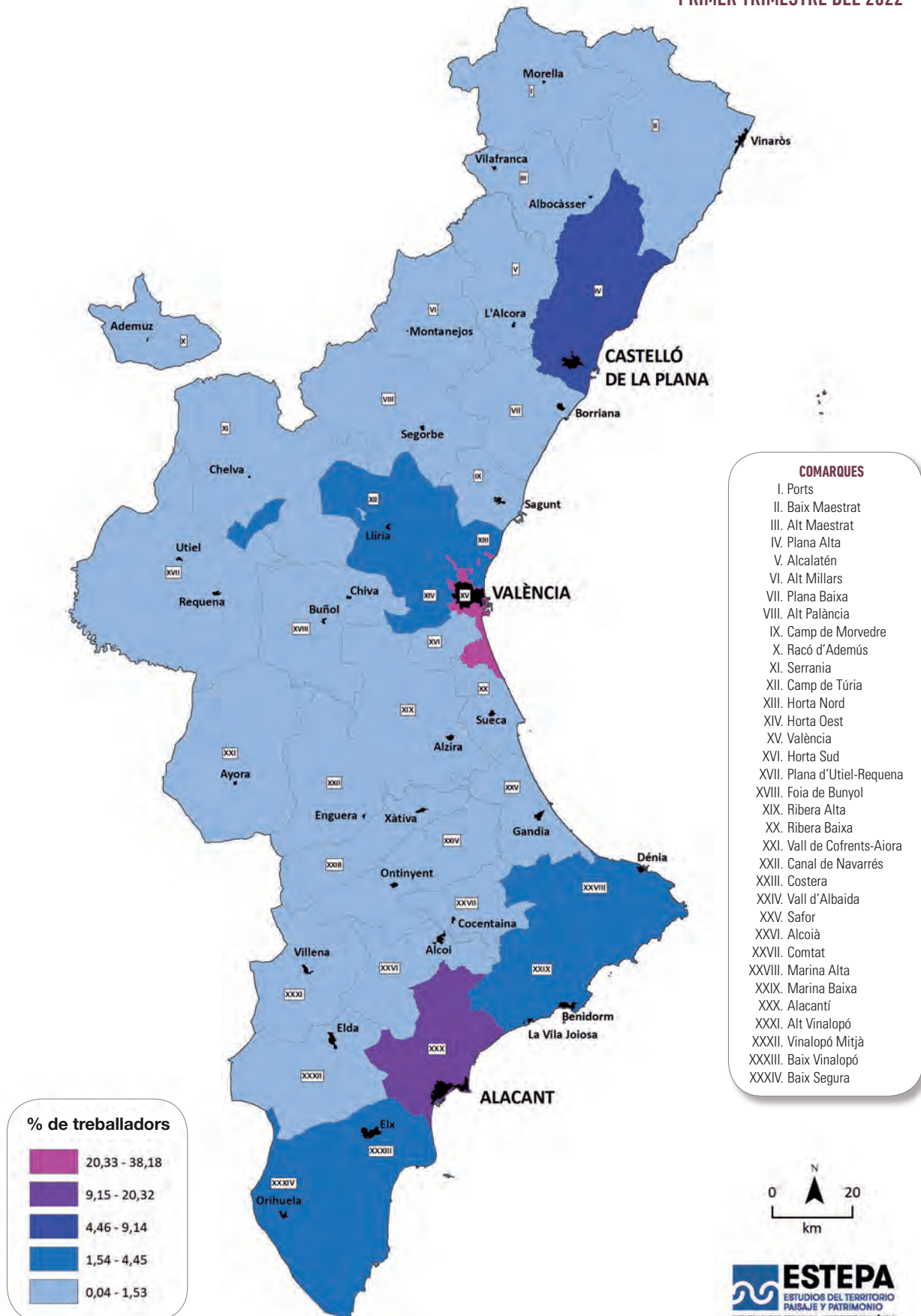
- En les activitats sanitàries (86) destaquen les comarques del Camp de Túria i la Serrania, on la proporció de l'ocupació femenina es redueix al 60%.
- En les activitats de serveis socials sense allotjament (88), els valors del treball femení apareixen relativament distorsionats, concretament a València i Alacant, amb més del 85% de l'ocupació.
- En les activitats de cures a domicili (97), es constata que hi ha 15 comarques on més del 95% de l'ocupació és treball femení.

**TREBALLADORS AFILIATS
A LA SEGURETAT SOCIAL EN L'ECONOMIA
DE LES CURES DE LA COMUNITAT VALENCIANA.
PRIMER TRIMESTRE DEL 2022**



Mapa 1. Treballadors afiliats a la Seguretat Social en l'Economia de les cures de la Comunitat Valenciana. Primer Trimestre del 2022.
Font: elaboració pròpia a partir de les dades del Portal Estadístic de la Generalitat Valenciana.

**DISTRIBUCIÓ PERCENTUAL COMARCAL
DELS TREBALLADORS AFILIATS A LA SEGURETAT
SOCIAL EN L'ECONOMIA DE LES CURES
DE LA COMUNITAT VALENCIANA.
PRIMER TRIMESTRE DEL 2022**



Mapa 2. Distribució percentual comarcal dels treballadors afiliats a la Seguretat Social en l'Economia de les cures de la Comunitat Valenciana. Primer Trimestre del 2022. Font: elaboració pròpia a partir de les dades del Portal Estadístic de la Generalitat Valenciana.

3.1.1 ANÀLISI DELS EPÍGRAFS DE LA CNAE-09

Les activitats professionals que comprenen l'economia de les cures, per la seua naturalesa i pels factors que les configuren, es distribueixen pel territori valencià de manera desigual, amb considerables desequilibris espacials. El sistema urbà i la distribució de la població constitueixen dos factors fonamentals en aquest àmbit.

A. Activitats sanitàries: CNAE 86

El protagonisme de l'àrea metropolitana de València és indiscutible perquè representa el 50% de l'ocupació en aquest epígraf. El conjunt de les tres principals aglomeracions urbanes, AMV, l'Alacantí i la Plana Alta, representen aproximadament el 85% del total.

L'eix litoral format per la Safor, la Marina Alta i la Marina Baixa representa el 5,1% de l'ocupació en aquest epígraf. L'eix litoral meridional, entre el Baix Vinalopó i el Baix Segura, el 4,6%.

Destaquen, finalment, les comarques amb pocs afiliats en aquest epígraf: deu comarques tenen menys de 100 afiliats/ades. Es tracta dels territoris condicionats per la despoblació i la crisi del sistema rural.

B. Assistència en establiments residencials: CNAE 87

La distribució de les residències per a ancians condiona la zonificació territorial d'aquest epígraf. D'una banda, destaca el conjunt de territoris integrats per les principals aglomeracions urbanes i els entorns pròxims. Així, València, la seua àrea metropolitana i el Camp de Túria, la conurbació d'Alacant i Elx i Castelló de la Plana i la seua comarca representen el 67% dels afiliats. D'altra banda, l'eix litoral de les comarques centrals, és a dir, la Safor, la Marina Alta i la Marina Baixa, representen l'11% dels afiliats. L'eix litoral meridional, integrat pel Baix Segura i el Baix Vinalopó, el 10,4%.

Allunyats d'aquest escenari laboral hi ha territoris de l'interior condicionats per la despoblació: nou comarques tenen menys de 100 afiliats/ades.

C. Activitats de serveis socials sense allotjament: CNAE 88

Els centres de dia per a la tercera edat i també altres equipaments destinats a serveis socials sense allotjament proporcionen els llocs de treball d'aquesta classe d'activitat laboral. La zonificació mostra més concentració espacial, amb valors més alts en els territoris de concentració i, en canvi, més comarques amb pocs afiliats/ades.

D'una banda, sobreix el conjunt de València i la seua àrea metropolitana, l'Alacantí i la Plana Alta, que representa pràcticament el 75% d'aquest epígraf. L'eix litoral meridional, comprès pel Baix Vinalopó i el Baix Segura, el 7%.

D'altra banda, s'identifiquen 14 comarques que no arriben a 100 treballadors/ores; es tracta de nou dels territoris de l'interior, amb baixíssimes densitats demogràfiques.

D. Activitats de les llars com a ocupadors de personal domèstic: CNAE 97

L'ocupació oficial remunerada ascendeix a uns 33.300 afiliats/ades, si bé som conscients que hi ha un gran volum de treballadores sense registrar. L'economia informal, sovint protagonitzada per immigrants, és molt habitual en aquest epígraf.



València, la seua àrea metropolitana i el veí Camp de Túria; l'Alacantí i la Plana Alta (Castelló de la Plana) representen el 69% de l'ocupació. L'eix litoral de les comarques centrals, entre la Safor, la Marina Alta i la Marina Baixa, el 16%.

Valors que contrasten amb els que trobem a l'interior valencià. Una desena de comarques no arriben a 100 afiliats/ades.

3.2 ANÀLISI EMPRESARIAL DE L'ECONOMIA DE LES CURES

La informació facilitada per l'IVE per al 2022 relacionada amb les empreses pertanyents als epígrafs 86, 87, 88 i 97 de la CNAE-09 confirma els desequilibris territorials detectats després d'analitzar els treballadors/ores i com es distribueixen.

A la Comunitat Valenciana hi ha 14.875 empreses en aquest sector que es distribueixen de la manera següent:

Activitats sanitàries, 86:	10.971 afiliados/as, 73,7%.
Assistència en establiments residencials, 87:	387, 2,6%.
Activitats de serveis socials sense allotjament, 88:	685, 4,6%.
Activitats de les llars com a ocupadores de personal domèstic, 97:	2.832, 19%.

València (23,8%) i la seua àrea metropolitana (10,2%) representen el 34% del total. A la província de València destaquen a més la Safor (3,1%), la Ribera Alta (2,7%) i el Camp de Túria (2,4%). Ascendeix al 42,3%.

Al sud destaquen l'Alacantí (13,3%), la Marina Baixa (7%), la Marina Alta (4,8%), el Baix Segura (5,1%) i el Baix Vinalopó (4,5%). És a dir, el 34,7% aproximadament.

Al nord destaquen la Plana Alta (6,7%) i la Plana Baixa (2,6%).

En canvi, hi ha 19 comarques de les tres províncies en què cap de les quals té el 2% dels afiliats/ades.

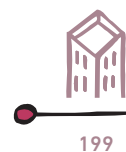
3.2.1 LES EMPRESES DE CURES I LES DIFERÈNCIES ENTRE COMARQUES

A continuació analitzem els nivells de concentració intracomarcal de les empreses de cures. Per a fer-ho hem procedit a identificar el volum d'empreses de les capitals comarcals i l'hem relacionat amb el total comarcal. Els resultats mostren diferents comportaments segons:

- a. l'existència de sistemes urbans policèntrics que dilueixen el protagonisme de les capçaleres comarcals;
- b. les aglomeracions i les concentracions demogràfiques, que a vegades incrementen el rol de les capitals;
- c. les baixes densitats demogràfiques, les comarques rurals.

S'identifiquen tres categories entre els territoris estudiats, amb els valors següents: més del 60%, entre el 30% i el 60% i menys del 30%.

MUNICIPI	NOMBRE D'EMPRESES	COMARCA	NOMBRE D'EMPRESES	VALOR %
Morella	7	Ports	8	87
L'Alcora	12	Alcalatén	17	70
Castelló	703	Plana Alta	997	70
Sogorb	21	Alt Palància	36	60
Sagunt	145	Camp de Morvedre	204	71
Aiora-Cofrents	12	Vall de Cofrents-Aiora	14	85
Xàtiva	85	Costera	142	60
Alcoi	165	Alcoià	276	60
Villena	81	Alt Vinalopó	116	70
Alacant	1.551	Alacantí	1.982	78
Eix	551	Baix Vinalopó	675	81
LLINDAR 60%				
Vinaròs	102	Baix Maestrat	242	42
Bunyol-Xiva	28	Foia de Bunyol-Xiva	64	43
Sueca	94	Ribera Baixa	279	33
Énguera	10	Canal de Navarrés	23	43
Ontinyent	91	Vall d'Albaida	167	55
Cocentaina	14	Comtat	30	46
Elda	130	Vinalopó Mitjà	330	40
Dénia	223	Marina Alta	721	31
Benidorm	548	Marina Baixa	1.043	52
Vila-real	118	La Plana Baixa	384	31
LLINDAR 30%-60%				
El Villar	5	Serrania	18	27
Llíria	43	Camp de Túria	363	12
Puçol	38	Horta Nord	531	7
Torrent	182	Horta Oest	651	28
Catarroja	64	Horta Sud	329	19
Requena-Utiel	10	Plana d'Utiel-Requena	64	15
Alzira	112	Ribera Alta	396	28
Gandia	263	Safor	961	27
Oriola	191	Baix Segura	766	25



3.3 LA DIMENSIÓ DE L'ECONOMIA DE LES CURES EN L'ESCENARI VALENCIÀ: CENTRES ASSISTENCIALS

Es pot deduir del quadre 1 que a la Comunitat Valenciana hi ha 584 centres d'assistència distribuïts entre les modalitats següents:

- Centres per a majors dependents: 367. Es distribueixen entre residències per a majors, 300, i centres de dia, 67.
- Centres destinats a persones amb diversitat funcional: 176. Es divideixen en residències, 54, i centres de dia, 122.

- c. Centres per a persones amb malalties mentals: 41. Dels quals 26 són residències i 15 centres de dia.

Aqueixos 584 centres assistencials es distribueixen entre 190 municipis.

Quadre 1. Modalitats de centres assistencials segons el volum i els municipis.

TIPUS DE CENTRE	Residències acreditades i residències amb centres de dia per a persones majors dependents. Total	Centres residencials acreditats. Diversitat funcional. Total	Centres residencials acreditats. Malaltia mental. Total	Centres de dia acreditats per a persones majors dependents. Total	Centres diürns per a persones amb diversitat funcional. Total	Centres diürns per a persones amb malaltia mental. Total	Total de centres
Nombre de centres, residències en municipis amb serveis	300	54	26	67	122	15	584
Nombre de municipis	155	43	21	50	74	9	
TOTAL DE MUNICIPIES AMB CENTRES	190						

Font: elaboració pròpia a partir dels censos de la Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives.

La distribució territorial dels centres assistencials resta condicionada lògicament per la demanda dels serveis, de manera que les principals aglomeracions urbanes solen concentrar més oferta de centres. Per tant, es pot establir una zonificació diferenciada que pràcticament es repeteix per a qualsevol modalitat de centre assistencial (quadre 2).

A. Residències per a persones majors que, a més, tenen centres de dia: 300. En l'àrea metropolitana de València n'hi ha 82, a les quals cal afegir les del Camp de Túria (26), el Camp de Morvedre (10) i la Ribera (14). En total, un territori que concentra 122 residències. La Plana Alta (15) i la Plana Baixa (9) tenen 24 residències. El front litoral alacantí destaca en aquest aspecte perquè entre la Marina, l'Alacantí, el Baix Vinalopó i el Baix Segura en concentren vora 70.

En total, entre aquests tres territoris es concentren $\frac{3}{4}$ parts de les residències de majors de la Comunitat Valenciana (73%).

Els centres de dia per a majors es distribueixen d'una manera homòloga a les residències per a majors. N'hi ha 67 a la Comunitat Valenciana, de les quals 23 són a l'àrea metropolitana de València; vora 10 al litoral castellonenc i 15 a la Marina Alta, la Marina baixa i la Vall d'Albaida. En total, més del 70%.

B. Residències per a diversitat funcional: 54. A l'àrea metropolitana de València n'hi ha 10; al litoral castellonenc i a l'Alacantí, 10, respectivament. Representen en total el 55% de les residències.

Els centres de dia per a malalts amb diversitat funcional són 122. A l'àrea metropolitana n'hi ha 49; al litoral alacantí n'hi ha 17 i al litoral castellonenc 13. En total uns 79 centres que representen el 64% del total.

C. Centres residencials acreditats per a malalties mentals: 26. La distribució d'aquests centres està molt repartida pel territori, de manera que només destaca la concentració parcial a l'àrea metropolitana de València, amb 6, i el Camp de Túria, amb 5. Els centres de dia de l'AMV són 8 d'un total de 15.

Quadre 2. Distribució de centres assistencials per tipus i comarques.

COMARCA	1	2	3	4	5	6	Total de centres
Baix Maestrat	4	2	0	3	1	0	10
Plana Alta	15	6	1	3	8	1	34
Plana Baixa	9	2	1	4	5	0	21
Ports	2	0	0	1	0	0	3
Alt Maestrat	1	0	1	0	0	0	2
Alcalatén	1	0	0	1	0	0	2
Alt Millars	2	0	0	0	0	0	2
Alt Palància	4	1	0	0	1	0	6
Camp de Morvedre	10	1	0	0	2	0	13
Horta Nord	18	2	0	4	9	1	34
València	21	5	3	13	28	4	74
Horta Sud	43	3	3	6	12	3	70
Ribera Baixa	6	2	1	0	3	0	12
Safor	13	1	2	2	5	1	24
Racó d'Ademús	1	0	0	0	0	0	1
Serrania	2	1	0	0	2	0	5
Camp de Túria	26	0	5	3	4	0	38
Plana d'Utiel-Requena	3	1	0	1	2	0	7
Foia de Bunyol	6	1	1	0	1	0	9
Ribera Alta	8	4	1	2	6	1	22
Vall de Cofrents-Aiora	5	0	0	0	1	0	6
Canal de Navarrés	3	2	0	0	1	0	6
Costera	5	1	1	2	2	1	12
Vall d'Albaida	7	1	0	7	2	1	18
Marina Alta	15	1	1	3	2	0	22
Marina Baixa	10	2	1	4	2	0	19
Alacantí	27	6	1	1	4	2	41
Baix Vinalopó	6	2	1	1	5	0	15
Baix Segura	12	3	1	1	6	0	23
Alt Vinalopó	1	1	0	2	1	0	5
Alcoià	8	1	0	1	2	0	12
Comtat	2	0	0	1	0	0	3
Vinalopó Mitjà	4	2	1	1	5	0	13
Total general	300	54	26	67	122	15	584

1. Residències acreditades i residències amb centres de dia per a persones majors dependents. Total.

2. Centres residencials acreditats. Diversitat funcional. Total.

3. Centres residencials acreditats. Malaltia mental. Total.

4. Centres de dia acreditats per a persones majors dependents. Total.

5. Centres diürns per a persones amb diversitat funcional. Total.

6. Centres diürns per a persones amb malaltia mental. Total.

Font: elaboració pròpia a partir dels censos de la Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives.

Així, malgrat la concentració geogràfica de centres en determinats territoris de la Comunitat Valenciana, els més poblats, en el quadre 3 s'observa que les comarques més poc poblades són, en general, les que tenen millor dotació per habitant. Per exemple, pel que fa a les residències per a majors dependents, les comarques més afavorides són els Ports, l'Alt Maestrat, l'Alt Millars, l'Alt Palància, el Racó d'Ademús, la Serrania, el Camp de Túria, la Vall d'Aiora-Cofrents i la Canal de Navarrés. En les altres modalitats de centres assistencials també es produeix aquesta correlació.



Quadre 3. Distribució de centres assistencials, per tipus i comarques, per 100.000 habitants.

COMARCA	1	2	3	4	5	6
Baix Maestrat	22,56	2,84	0,00	16,92	1,42	0,00
Plana Alta	31,40	2,78	0,46	6,28	3,70	0,46
Plana Baixa	25,29	1,24	0,62	11,24	3,10	0,00
Ports	163,27	0,00	0,00	81,63	0,00	0,00
Alt Maestrat	48,97	0,00	16,85	0,00	0,00	0,00
Alcalatén	28,27	0,00	0,00	28,27	0,00	0,00
Alt Millars	155,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Alt Palància	65,92	4,71	0,00	0,00	4,71	0,00
Camp de Morvedre	51,18	1,27	0,00	0,00	2,53	0,00
Horta Nord	35,09	0,79	0,00	7,80	3,57	0,40
València	12,42	0,74	0,44	7,69	4,12	0,59
Horta Sud	52,31	0,76	0,76	7,30	3,05	0,76
Ribera Baixa	35,98	2,90	1,45	0,00	4,34	0,00
Safor	38,11	0,67	1,35	5,86	3,37	0,67
Racó d'Ademús	153,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Serrania	44,37	6,82	0,00	0,00	13,63	0,00
Camp de Túria	98,77	0,00	3,58	11,40	2,87	0,00
Plana d'Utiel-Requena	34,14	3,08	0,00	11,38	6,17	0,00
Foia de Bunyol	71,71	2,68	2,68	0,00	2,68	0,00
Ribera Alta	18,90	2,13	0,53	4,72	3,19	0,53
Vall de Cofrents-Aiora	178,13	0,00	0,00	0,00	11,61	0,00
Canal de Navarrés	76,53	14,52	0,00	0,00	7,26	0,00
Costera	35,88	1,64	1,64	14,35	3,27	1,64
Vall d'Albaida	39,48	1,33	0,00	39,48	2,67	1,33
Marina Alta	35,28	0,64	0,64	7,06	1,29	0,00
Marina Baixa	25,66	1,22	0,61	10,26	1,22	0,00
Alacantí	29,28	1,44	0,24	1,08	0,96	0,48
Baix Vinalopó	11,47	0,80	0,40	1,91	2,00	0,00
Baix Segura	14,98	0,98	0,33	1,25	1,96	0,00
Alt Vinalopó	9,93	2,26	0,00	19,87	2,26	0,00
Alcoià	35,01	1,06	0,00	4,38	2,13	0,00
Comtat	31,86	0,00	0,00	15,93	0,00	0,00
Vinalopó Mitjà	12,04	1,39	0,70	3,01	3,48	0,00
Total general	30,12	1,26	0,61	6,73	2,85	0,35

1. Residències acreditades i residències amb centres de dia per a persones majors dependents. Centres per 100.000 habitants.

2. Centres residencials acreditats. Diversitat funcional. Centres per 100.000 habitants.

3. Centres residencials acreditats. Malaltia mental. Centres per 100.000 habitants.

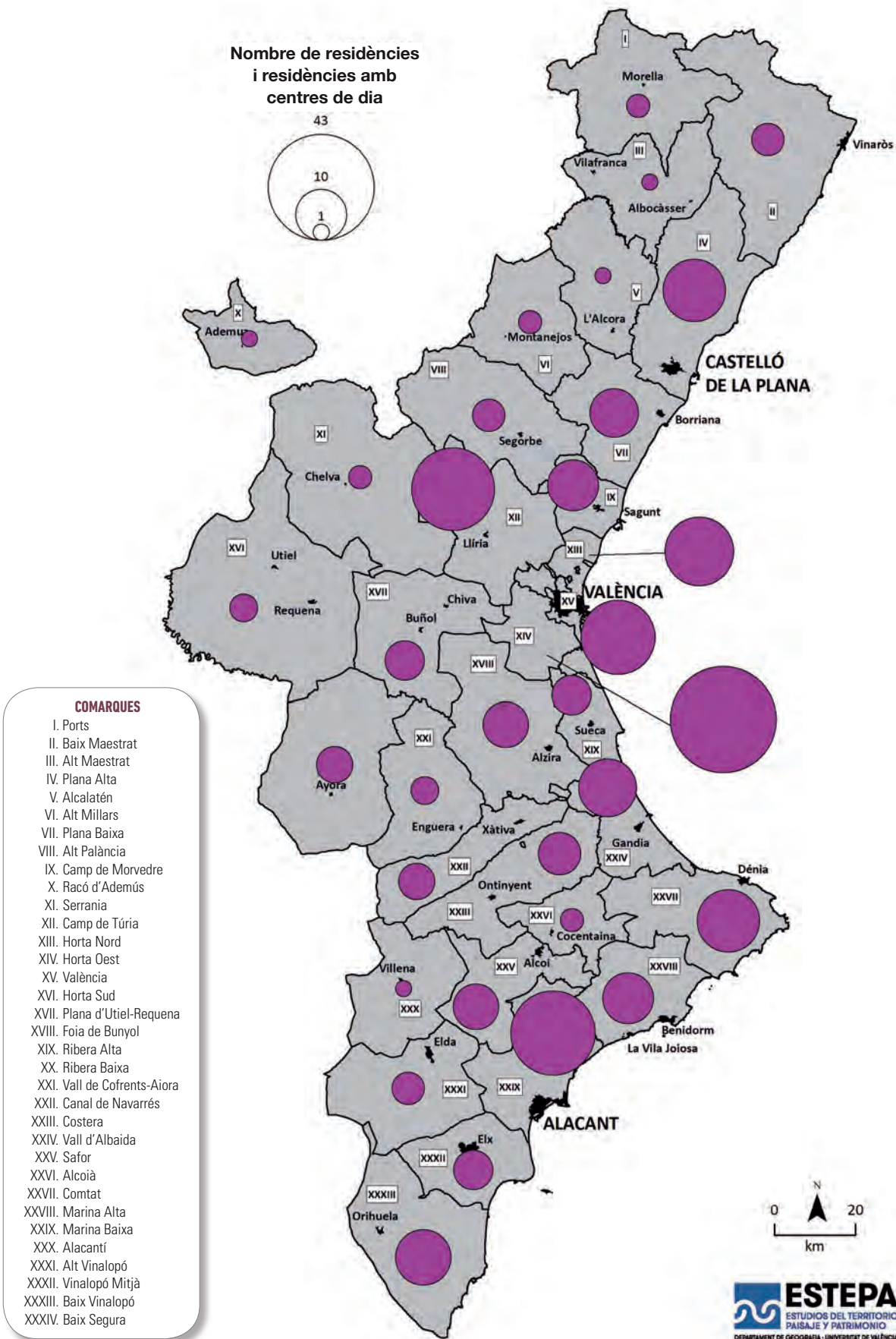
4. Centres de dia acreditats per a persones majors dependents. Centres per 100.000 habitants.

5. Centres diürns per a persones amb diversitat funcional. Centres per 100.000 habitants.

6. Centres diürns per a persones amb malaltia mental. Centres per 100.000 habitants.

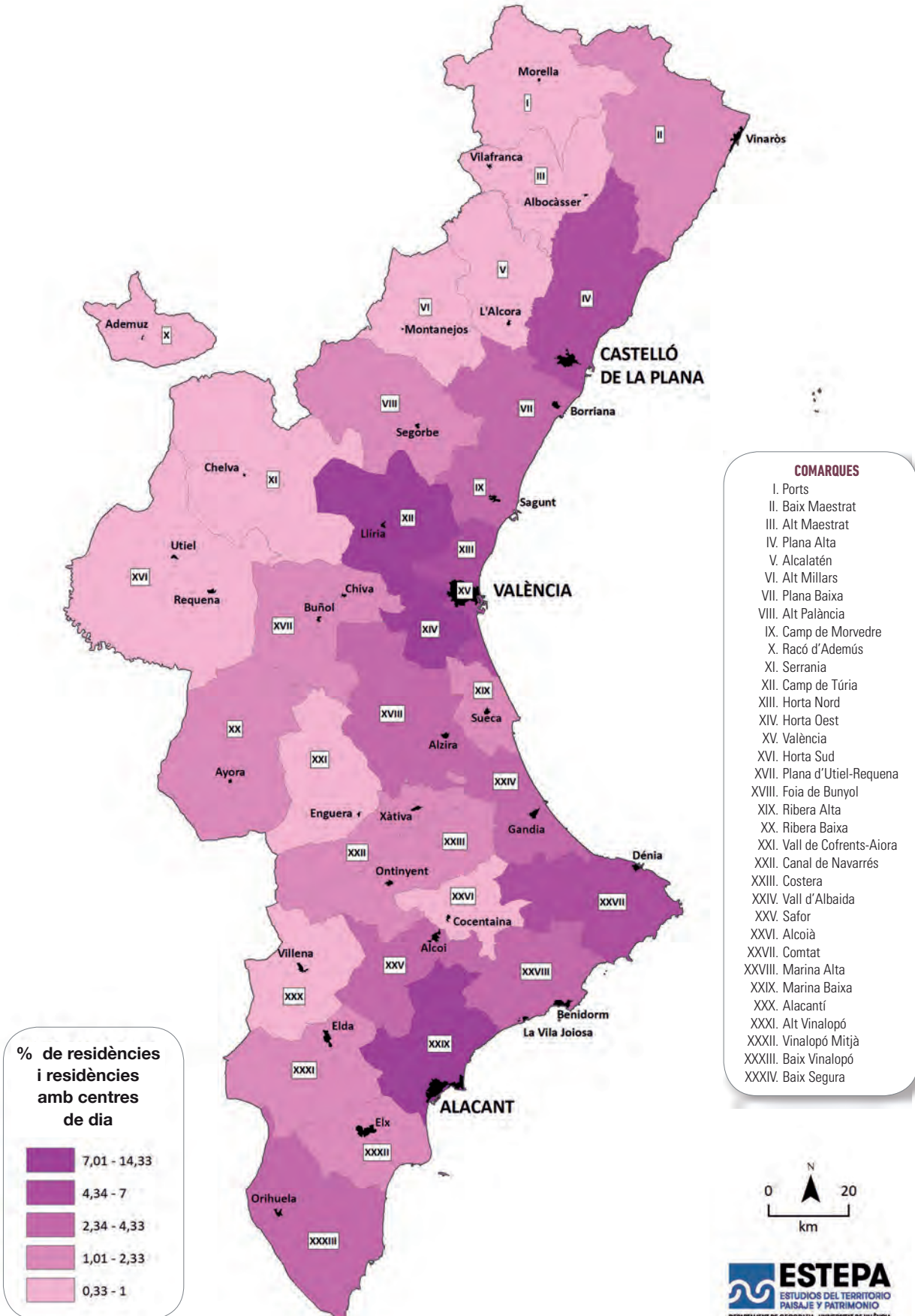
Font: elaboració pròpia a partir dels censos de la Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives.

**RESIDÈNCIES ACREDITADES
I RESIDÈNCIES AMB CENTRES DE DIA
PER A PERSONES MAJORS DEPENDENTS
DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021**



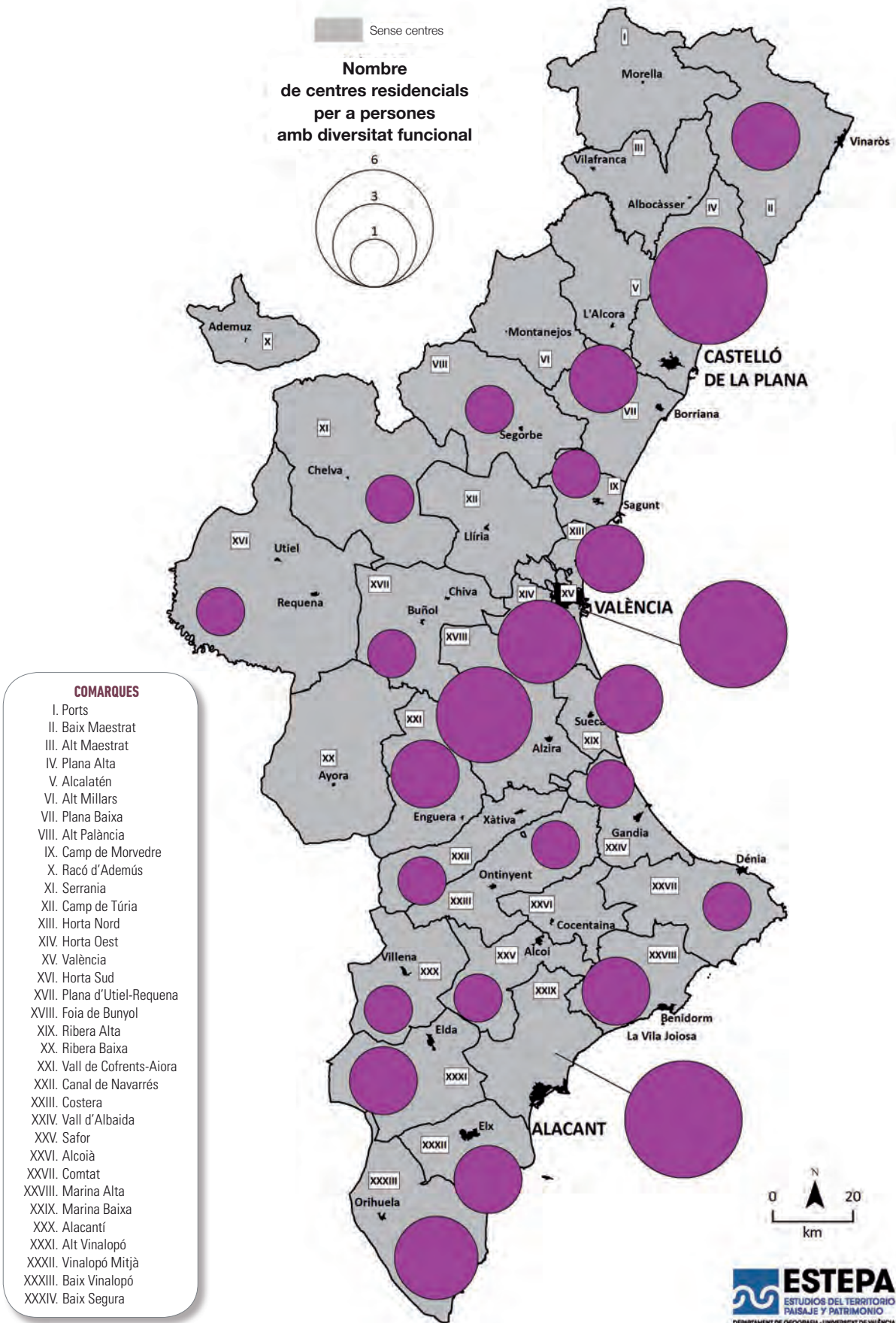
Mapa 3. Residències acreditades i residències amb centres de dia per a persones majors dependents de la Comunitat Valenciana. 2021.
Font: elaboració pròpia a partir dels censos de la Vicepresidència i de la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives.

DISTRIBUCIÓ PERCENTUAL COMARCAL DE LES RESIDÈNCIES ACREDITADES I RESIDÈNCIES AMB CENTRES DE DIA PER A PERSONES MAJORS DEPENDENTS DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021



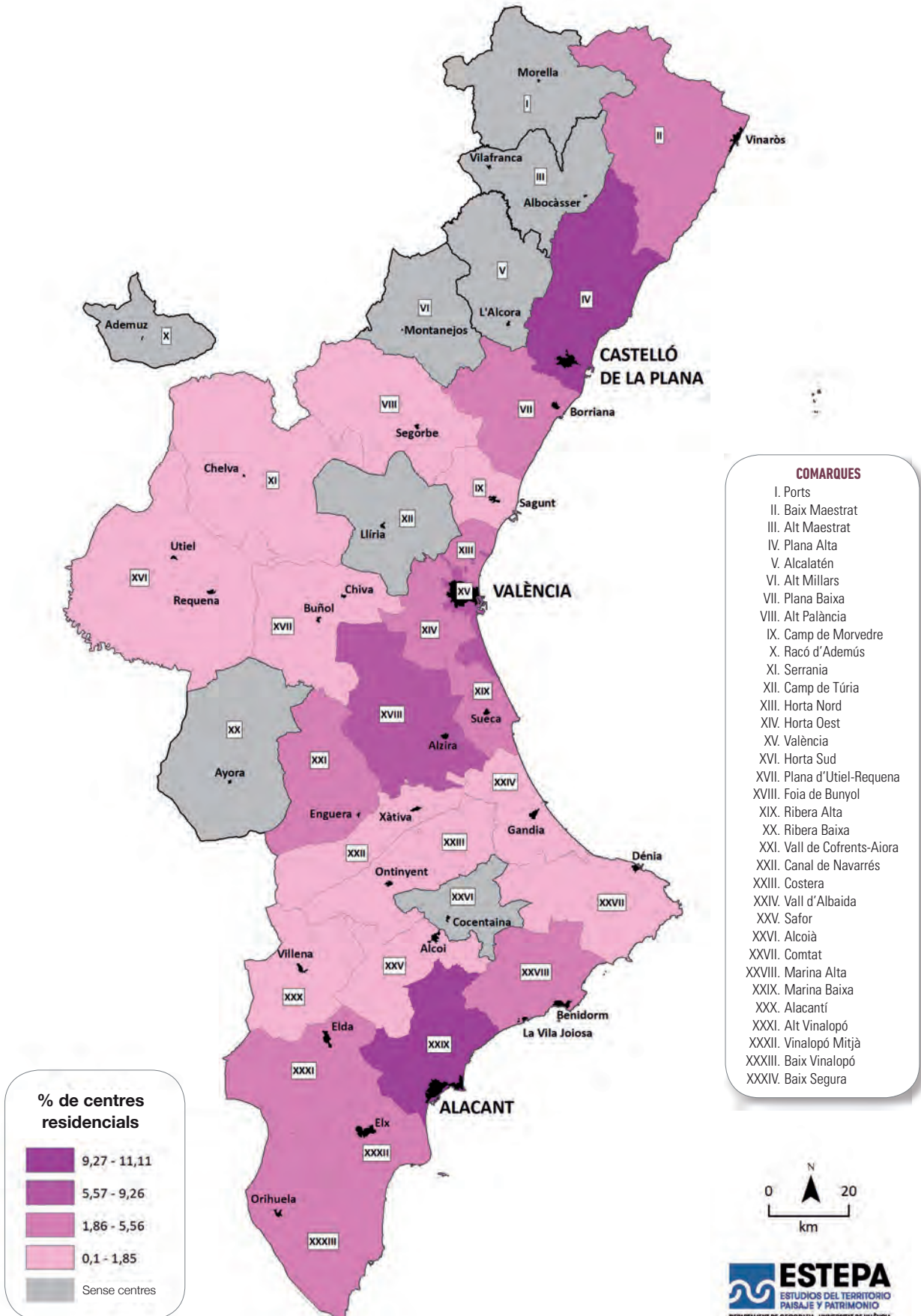
Mapa 4. Distribució percentual comarcal de les residències acreditades i residències amb centres de dia per a persones majors dependents de la Comunitat Valenciana. Font: elaboració pròpia a partir dels censos de la Vicepresidència i de la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives.

**CENTRES RESIDENCIALS ACREDITATS
PER A PERSONES AMB DIVERSITAT FUNCIONAL
DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021**



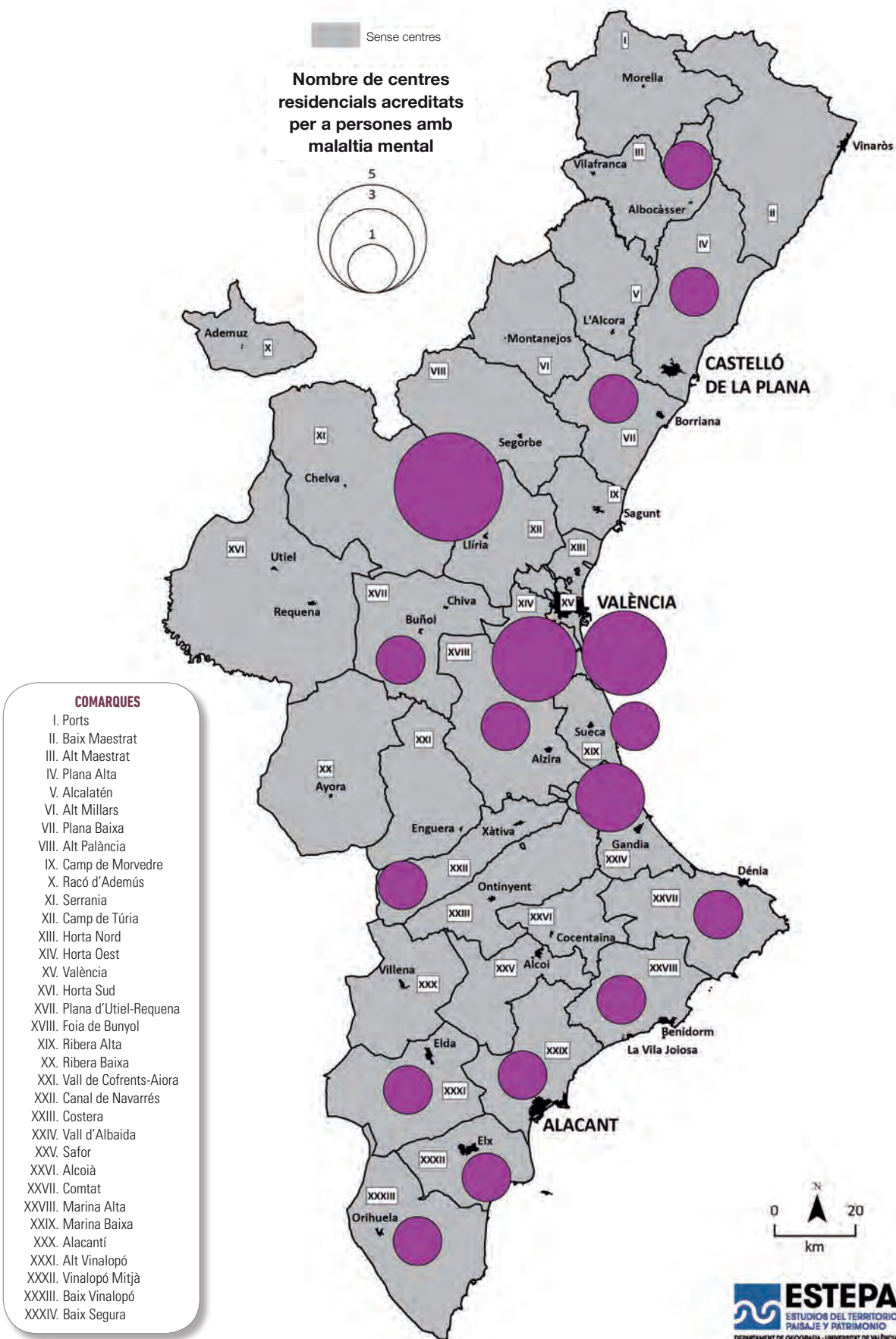
Mapa 5. Centres residencials acreditats per a persones amb diversitat funcional de la Comunitat Valenciana. 2021.
Font: elaboració pròpia a partir dels censos de la Vicepresidència i de la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives

DISTRIBUCIÓ PERCENTUAL DELS CENTRES RESIDENCIALS ACREDITATS PER A PERSONES AMB DIVERSITAT FUNCIONAL DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021



Mapa 6. Distribució percentual dels centres residencials acreditats per a persones amb diversitat funcional de la Comunitat Valenciana. 2021. Font: elaboració pròpia a partir dels censos de la Vicepresidència i de la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives

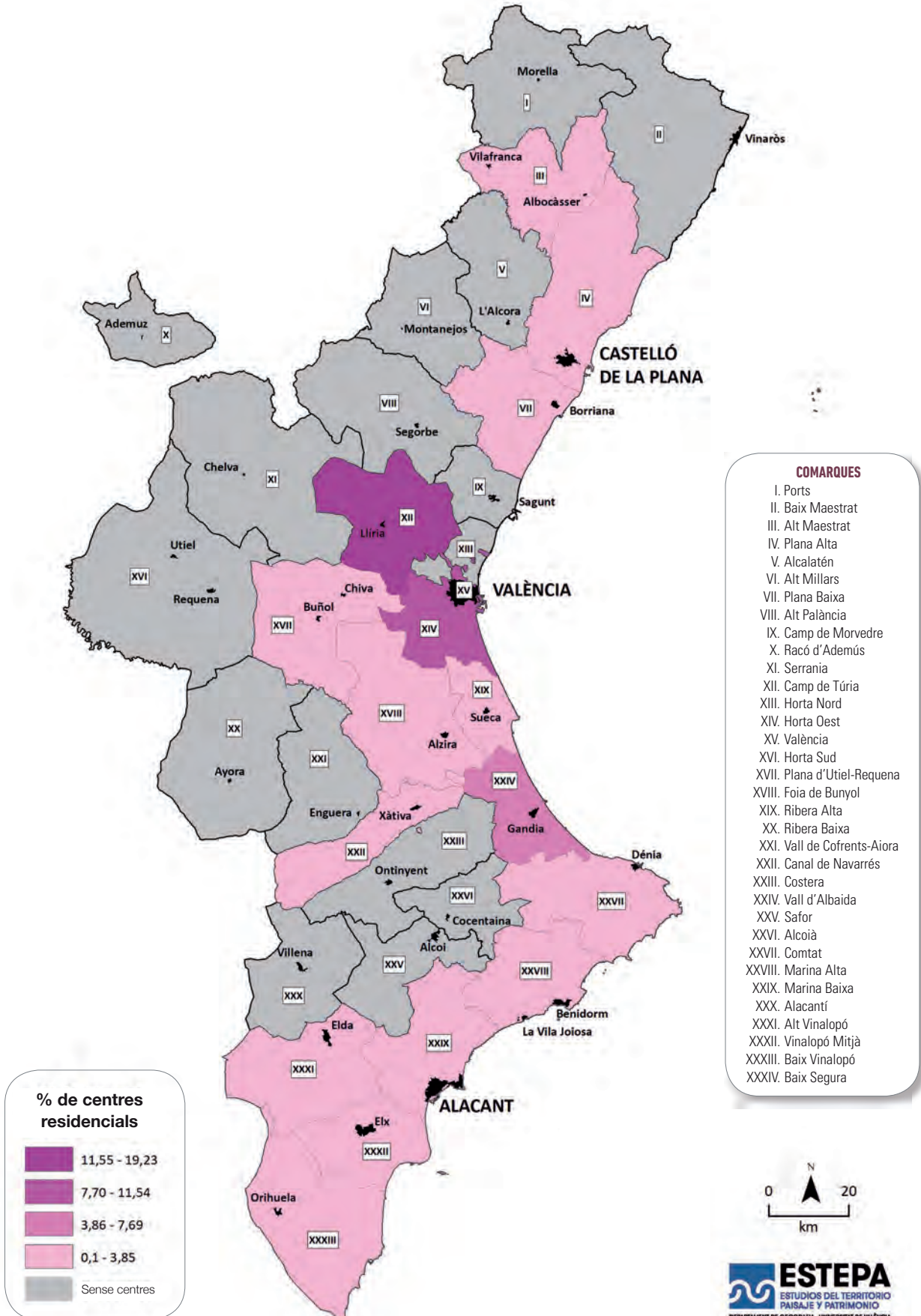
**CENTRES RESIDENCIALS ACREDITATS
PER A PERSONES AMB MALALTIA MENTAL
DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021**



Mapa 7. Centres residencials acreditats per a persones amb malaltia mental de la Comunitat Valenciana. 2021.
Font: elaboració pròpia a partir dels censos de la Vicepresidència i de la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives.

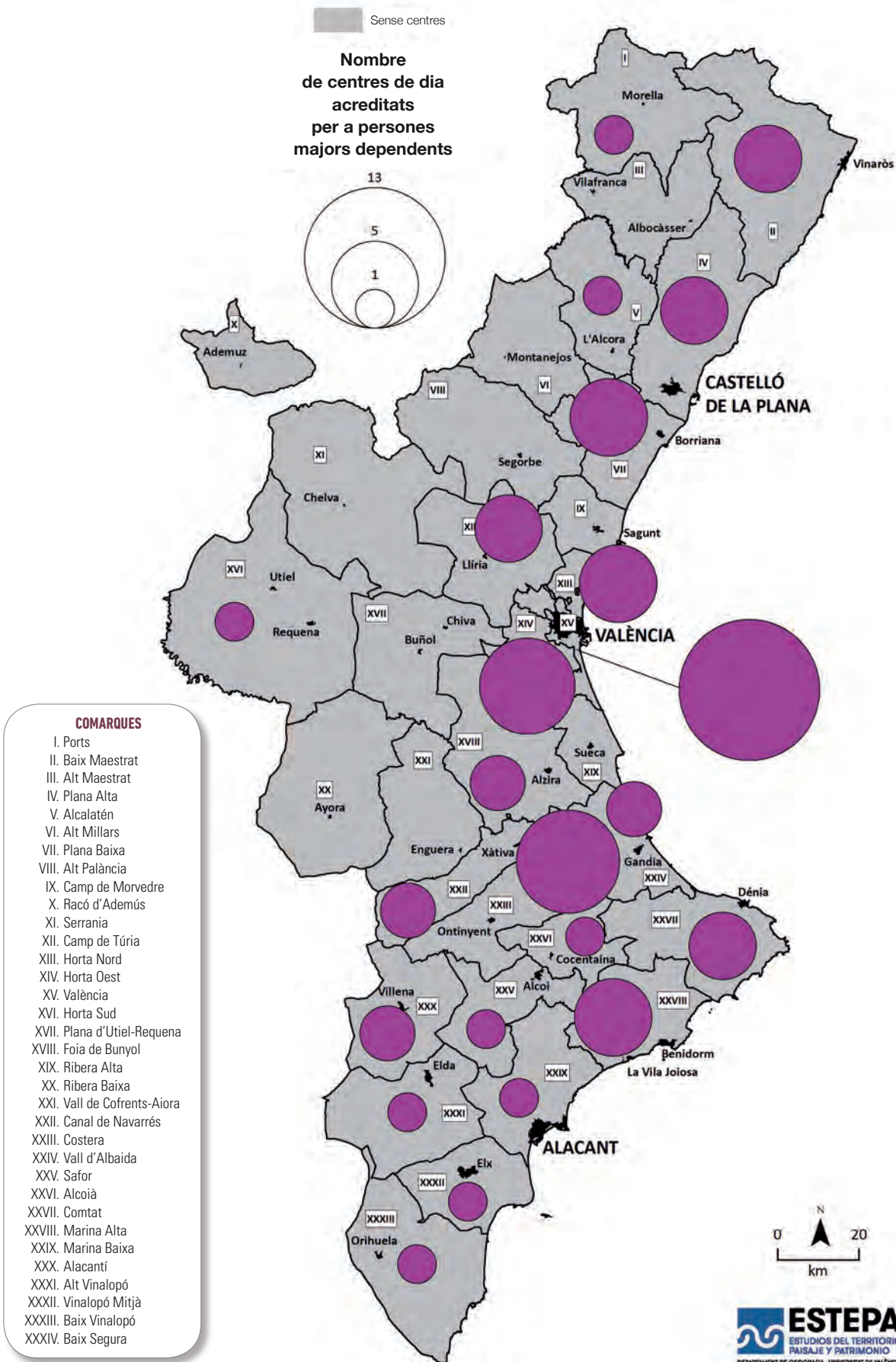


DISTRIBUCIÓ PERCENTUAL COMARCAL DELS CENTRES RESIDENCIALS ACREDITATS PER A PERSONES AMB MALALTIA MENTAL DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021



Mapa 8. Distribució percentual comarcal dels centres residencials acreditats per a persones amb malaltia mental de la Comunitat Valenciana. 2021.
 Font: elaboració pròpia a partir dels censos de la Vicepresidència i de la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives

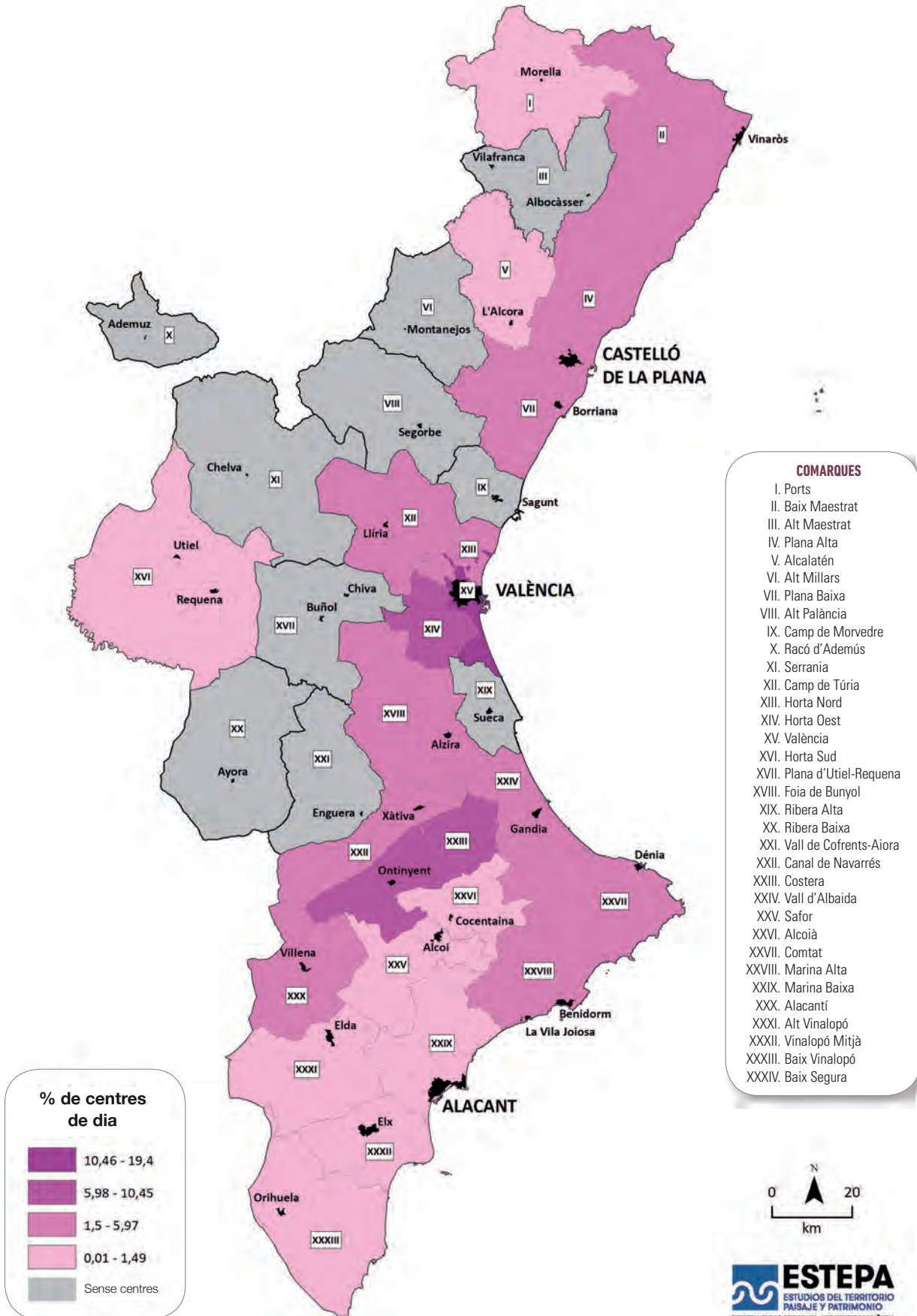
**CENTRES DE DIA ACREDITATS
PER A PERSONES MAJORS DEPENDENTS
DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021**



Mapa 9. Centres de dia acreditats per a persones majors dependents de la Comunitat Valenciana. 2021.
Font: elaboració pròpia a partir dels censos de la Vicepresidència i de la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives

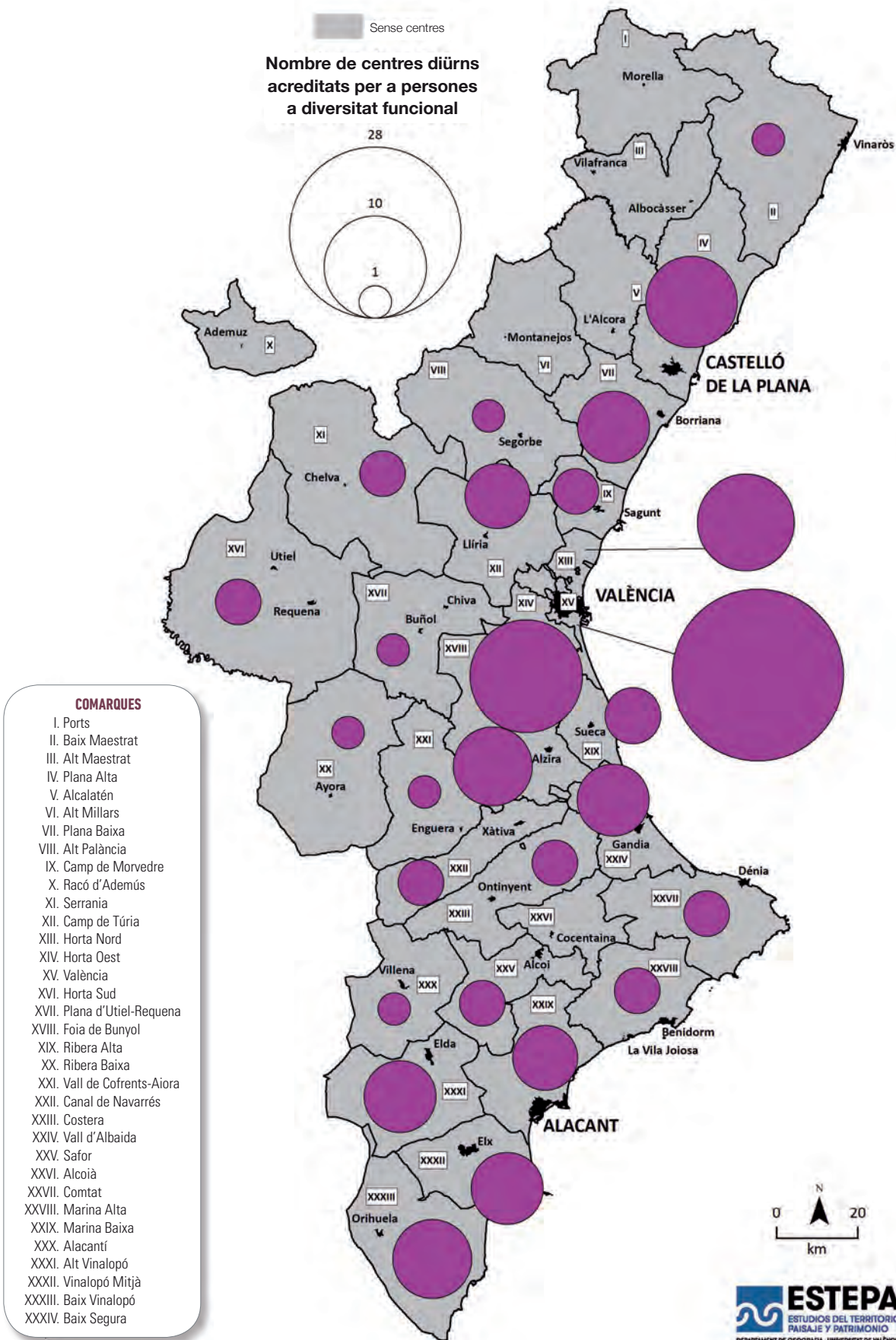


**DISTRIBUCIÓ PERCENTUAL COMARCAL
DELS CENTRES DE DIA ACREDITATS
PER A PERSONES MAJORS DEPENDENTS
DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021**



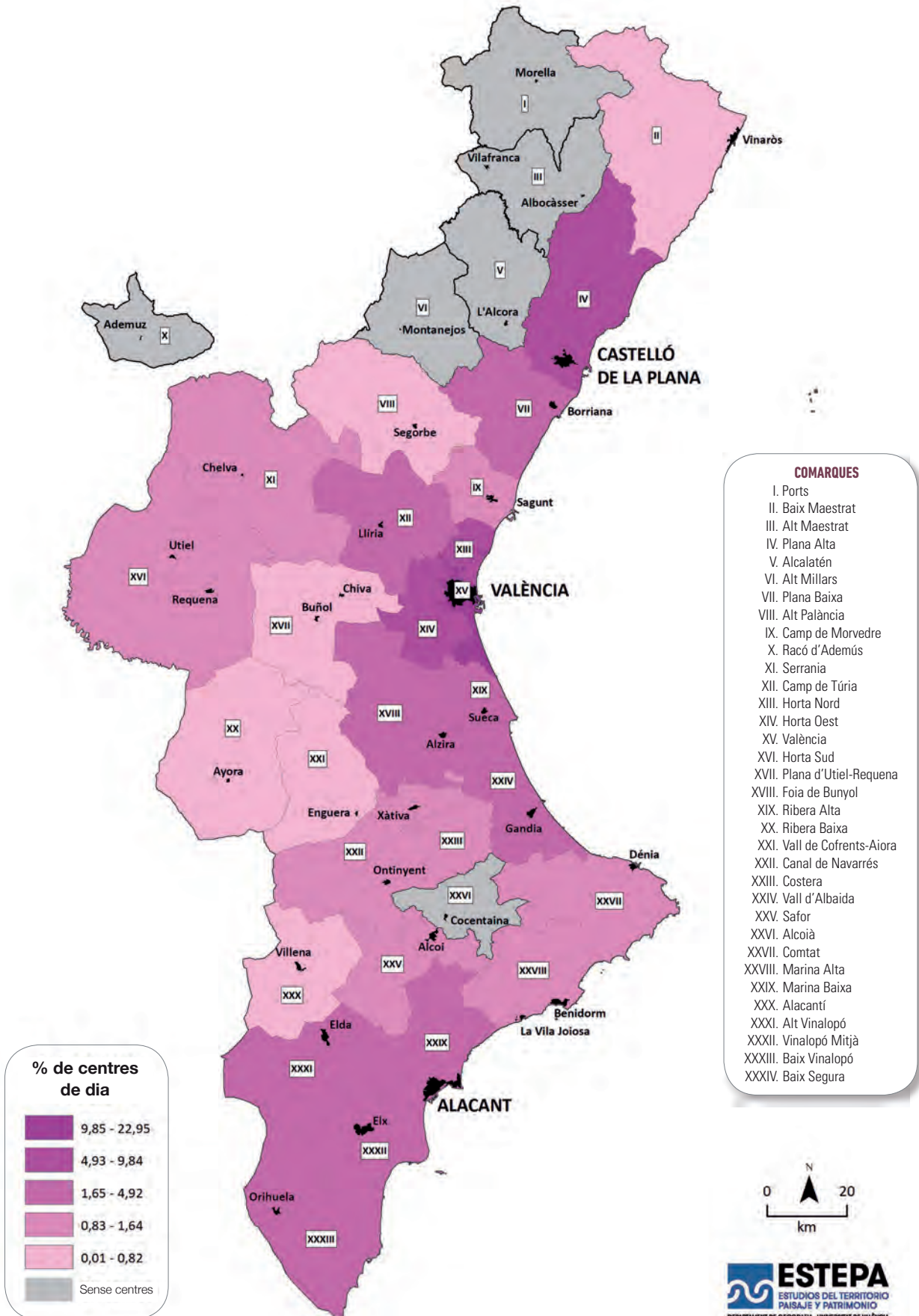
Mapa 10. Distribució percentual comarcial dels centres de dia acreditats per a persones majors dependents de la Comunitat Valenciana. 2021.
Font: elaboració pròpia a partir dels censos de la Vicepresidència i de la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives.

**CENTRES DIÛRNS ACREDITATS
PER A PERSONES AMB DIVERSITAT FUNCIONAL
DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021**



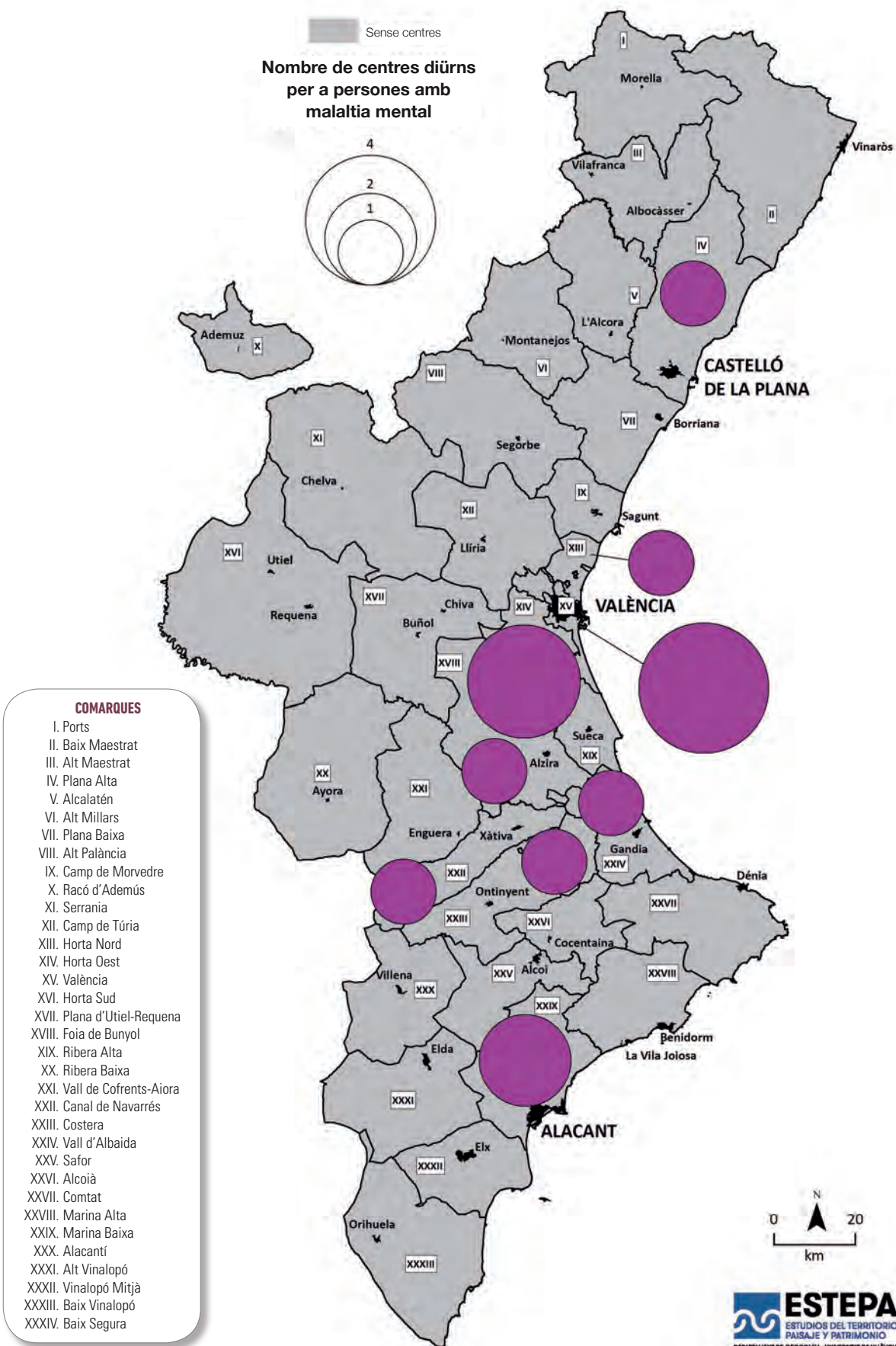
Mapa 11. Centres diürns acreditats per a persones amb diversitat funcional de la Comunitat Valenciana. 2021.
Font: elaboració pròpia a partir dels censos de la Vicepresidència i de la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives.

**DISTRIBUCIÓ PERCENTUAL COMARCAL
DELS CENTRES DIÛRNS ACREDITATS
PER A PERSONES AMB DIVERSITAT FUNCIONAL
DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021**



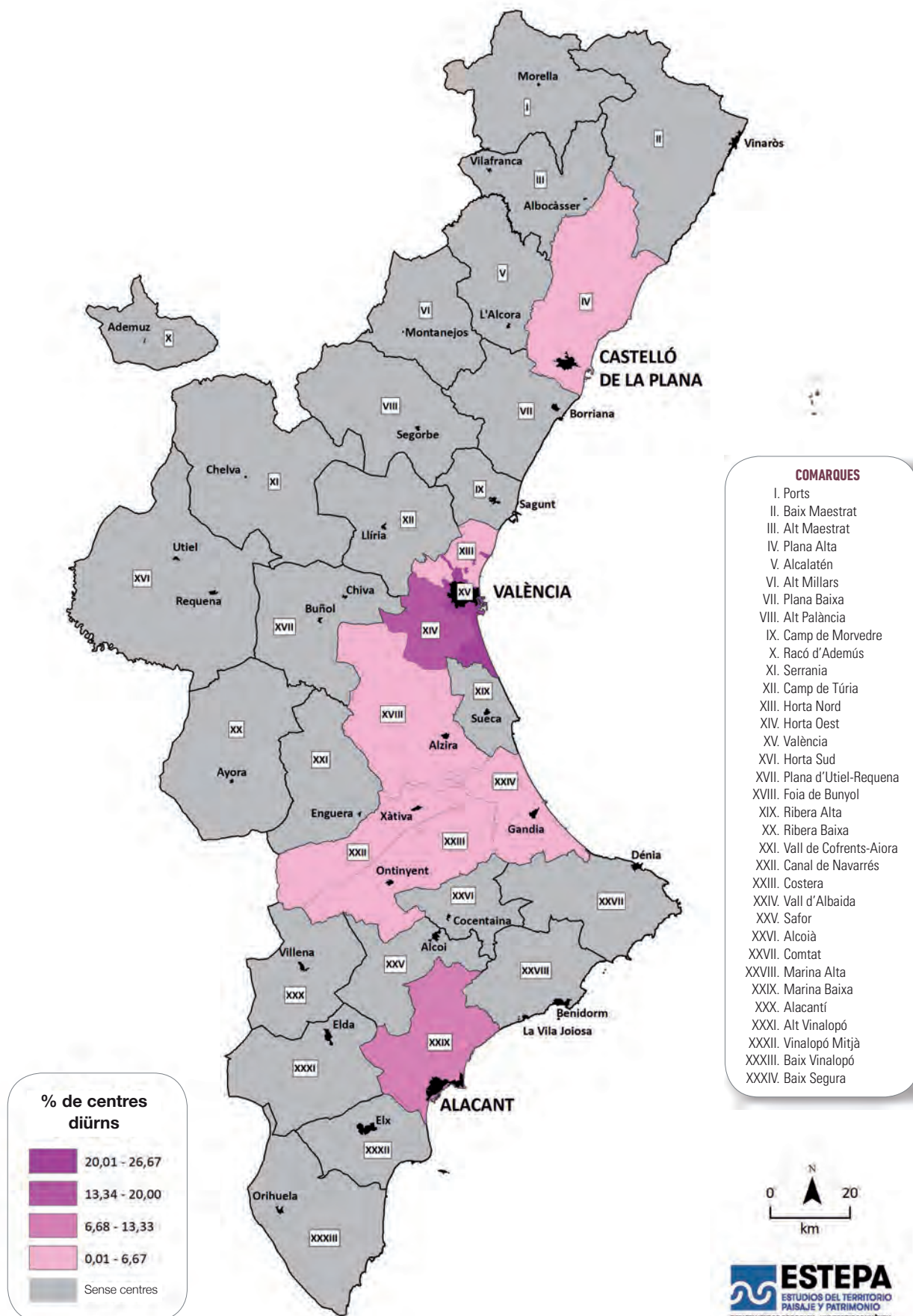
Mapa 12. Distribució percentual comarcals dels centres diürns acreditats per a persones amb diversitat funcional de la Comunitat Valenciana. 2021.
Font: elaboració pròpia a partir dels censos de la Vicepresidència i de la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives

CENTRES DIÛRNS ACREDITATS PER A PERSONES AMB MALALTIA MENTAL DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021



Mapa 13. Centres diürns acreditats per a persones amb diversitat funcional de la Comunitat Valenciana, 2021.
Font: elaboració pròpia a partir dels censos de la Vicepresidència i de la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives.

DISTRIBUCIÓ PERCENTUAL COMARCAL DELS CENTRES DIÛRNS ACREDITATS PER A PERSONES AMB MALALTIA MENTAL DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021



Mapa 14. Distribució percentual comarcal dels centres diürns acreditats per a persones amb malaltia mental de la Comunitat Valenciana. 2021.

Font: elaboració pròpia a partir dels censos de la Vicepresidència i de la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives

3.4 LA DIMENSIÓ DE L'ECONOMIA DE LES CURES EN L'ESCENARI VALENCIÀ: CENTRES SANITARIS DE LA COMUNITAT VALENCIANA

A la Comunitat Valenciana hi ha 956 centres sanitaris, distribuïts en 618 consultoris d'atenció primària, 245 centres de salut, 19 centres d'especialitats, 31 centres sanitaris integrats i 43 hospitals, entre públics i privats.

DECRET 74 /2007, de 18 de maig, del Consell, pel qual s'aprova el Reglament sobre estructura, organització i funcionament de l'atenció sanitària a la Comunitat Valenciana.

Atenció ambulatoria: atenció primària i especialitzada

Secció 1a

Article 11. Àmbit

L'atenció **ambulatoria** és aquella prestació sanitària, de qualsevol índole, que es fa als pacients **sense necessitat d'internament**. Dins de la modalitat d'atenció ambulatoria té especial rellevància, tant pel volum com perquè és la porta d'entrada al sistema sanitari, l'atenció primària de salut. L'atenció ambulatoria va a càrrec dels professionals d'atenció primària o dels professionals d'atenció especialitzada corresponents a través dels **diversos centres o dispositius sanitaris existents en cada departament i que són:**

- Centres de salut i consultoris
- Unitats de suport
- Centres sanitaris integrats
- Centres d'especialitats i activitat ambulatoria especialitzada
- Aquells dispositius i unitats que per la seua naturalesa s'assignen al Departament de Salut

Article 12. Centres de salut i consultoris

12.1. Els centres de salut i consultoris constitueixen l'**accés inicial** al sistema sanitari.

Ací s'articulen els recursos necessaris per a oferir les prestacions següents:

- L'atenció sanitària, a demanda, programada i urgent, tant a la consulta com al domicili del pacient.
- Realització dels programes de salut específics relatius a la dona, la infància, els adults, la tercera edat, els grups de risc, els malalts crònics, els malalts terminals i tots aquells que s'incorporen a la cartera de servicis basant-se en el Pla de salut de la Comunitat Valenciana.
- Promoció i educació per a la salut en l'individu, família, grup o comunitat per mitjà d'activitats integrades en els programes de salut.
- L'atenció a la salut bucodental.
- L'atenció a la salut sexual i reproductiva.
- La prevenció enfocada fonamentalment a la realització d'activitats dirigides a la detecció precoç de les patologies de més incidència i prevalença de la zona.
- Atenció a problemes de salut mental i conductes addictives.



- Rehabilitació bàsica.
- Treball social.
- Cirurgia menor.
- Les prestacions de tipus juridicolegal derivades de la legislació vigent.
- Totes les funcions assistencials de més nivell de complexitat que es determinen.

12.2. Els responsables d'estes prestacions són els membres de l'equip d'atenció primària (EAP), els professionals de les unitats de suport i els altres especialistes del departament que es determinen a fi d'acostar els serveis a l'usuari i que actuen tots ells de forma coordinada i integrada.

Article 13. Unitats de suport

13.1. Les unitats de suport actuen com a equips interdisciplinaris i han de coordinar-se adequadament amb els recursos socials del seu àmbit i prestar-los assessorament i ajuda quan siga procedent. **El seu àmbit territorial d'actuació supera la zona bàsica de salut i actuen de forma integrada i coordinada amb els recursos especialitzats del departament en l'àmbit corresponent a cada especialitat.**

13.2. Tenen la **consideració d'unitats de suport les següents:** les unitats bàsiques de rehabilitació, les unitats d'odontologia, les unitats de salut mental, les unitats de conductes addictives, les unitats de salut sexual i reproductiva i les unitats de prevenció de càncer de mama.

13.3. L'Agència Valenciana de Salut pot crear altres unitats de suport segons les necessitats de salut de la població.

Article 14. Centres sanitaris integrats

14.1. Són institucions sanitàries que donen servei a la població, fonamentalment en règim ambulatori, i **que integren els professionals i les tècniques pròpies dels centres de salut i de l'hospital,** amb l'objectiu d'acostar les prestacions més especialitzades a l'usuari.

14.2. Els centres sanitaris integrats disposen d'una extensa cartera de serveis que inclou **tant prestacions pròpies de l'àmbit de l'atenció primària com de l'especialitzada, i poden prestar atenció d'hospitalització de curta estada i atenció quirúrgica de cirurgia major ambulatoria.**

Article 15. Centres d'especialitats i activitat ambulatoria hospitalària

15.1. Els centres d'especialitats són institucions sanitàries que **presten atenció sanitària a la població en règim ambulatori, integrats totalment en l'hospital com una prolongació de les consultes externes pròpies.** El personal d'estos centres d'especialitats depèn dels serveis corresponents de l'hospital en què s'integren.

Secció 2a

Atenció d'hospitalització

Article 16. Àmbit

L'atenció d'**hospitalització** és la prestació sanitària de qualsevol índole que es fa als pacients **amb necessitat d'internament**. Depenent de les característiques i del grau de complexitat de l'atenció requerida, es presta a través dels diversos centres o unitats sanitàries existents en cada departament i que són:

- Hospitalització convencional
- Unitats d'hospitalització a domicili
- Unitats mèdiques de curta estada

Article 17. Hospitalització convencional

17.1. L'hospital és la institució sanitària on s'atén la demanda de la població amb problemes de salut de més complexitat o especificitat o que requereix internament, actua com a suport d'altres estructures sanitàries i garanteix la continuïtat de l'atenció integral al pacient.

17.2. Els hospitals que depenen de l'Agència Valenciana de Salut en relació amb la funció que fan i amb les unitats que tenen incorporades es classifiquen en:

- **Hospitals Generals**, que, al seu torn, es classifiquen en:
 - a) Hospitals de departament.
 - b) Hospitals amb servicis o unitats de referència de la Comunitat Valenciana.
 - c) Hospitals amb servicis o unitats de referència multidepartamentals.
- Hospitals complementaris de departament.
- Hospitals d'atenció a malalts crònics, de mitjana i de llarga estada.
- Hospitals monogràfics.

17.3. Els hospitals amb servicis o unitats de referència, i també els hospitals d'atenció a malalts crònics, de mitjana i de llarga estada, donen **cobertura assistencial a les demarcacions territorials superiors al Departament de Salut**, segons els criteris de planificació que s'establisquen. Els servicis constitueixen les estructures fonamentals dels hospitals.



La distribució geogràfica dels centres sanitaris valencians no és homogènia. El quadre A així ho mostra, de manera que hi ha una correlació positiva entre la concentració demogràfica i més oferta de centres. No obstant això, s'observen algunes diferències segons els tipus indicats.

- a. Hi ha una certa dispersió territorial en els consultoris d'atenció primària (618 en total), precisament per a atendre la població en condicions similars, de manera que en 16 comarques se supera el 3% d'aquests centres. Les comarques amb més població disposen de més consultoris d'atenció primària, com ocorre al litoral castellonenc, amb el 10,7% (Plana Alta, Plana Baixa, Baix Maestrat); en

l'àrea metropolitana de València, amb el 8,9% (València, Horta Nord, Horta Sud); i el litoral alacantí, amb el 23% del total (Marina Alta, Marina Baixa, Alacantí, Baix Segura). Així mateix, destaquen les comarques amb més quantitat de municipis, com l'Alt Palància (27 municipis; 4,2% dels consultoris), la Safor (31; 5,8%), la Ribera Alta (35; 3,8%) i la Vall d'Albaida (34; 4,3%).

- b. El factor que condiciona la distribució dels centres de salut (245) és, principalment, el sistema urbà valencià. A les comarques on hi ha un cert predomini de nuclis urbans hi ha més presència d'aquests centres. A Castelló es localitzen en les tres comarques litorals, amb el 12% (Plana Alta, Plana Baixa, Baix Maestrat). Les altres comarques castellenques, localitzades a l'interior, no arriben a l'1%. En l'àrea metropolitana de València hi ha el 25% dels centres de salut de la Comunitat Valenciana. A la Ribera Alta, el 4,9%, i a la Vall d'Albaida, el 3,6%. A la província d'Alacant destaquen les comarques litorals, amb el 12,6% (Marina Alta, Marina Baixa, Alacantí, Baix Vinalopó i Baix Segura). Al Vinalopó Mitjà n'hi ha el 3,2%, seguit de l'Alcoià, amb el 2,8%.
- c. En canvi els centres d'especialitats (19) es distribueixen de forma molt concentrada en el territori. L'àrea metropolitana de València concentra més del 31% dels centres de la Comunitat Valenciana. A més, s'aprecia una certa concentració d'aquests centres a les comarques centrals: el 10,5% entre la Costera i la Vall d'Albaida. A la província d'Alacant destaca la conurbació d'Alacant i Elx, les comarques respectives, l'Alacantí i el Baix Vinalopó, amb 21%. Altres comarques són el Baix Segura, el Comtat i el Vinalopó Mitjà, amb el 5,2%, respectivament.
- d. Els centres sanitaris integrats (31), així mateix, estan molt concentrats. Són a la Plana de Castelló (22,5%), a l'àrea metropolitana de València (9,6%), a la Marina Alta i Baixa (16%) i al Baix Vinalopó i al Baix Segura (22,5%).
- e. Els hospitals generals (43) es localitzen a les regions urbanes. El litoral castellanenc concentra al voltant del 10% dels centres hospitalaris; l'àrea metropolitana de València més del 25%; la conurbació d'Alacant i Elx el 18,5%, que juntament amb el Baix Segura, sumen més del 25% d'aquests centres hospitalaris. A més, destaquen les instal·lacions hospitalàries a les comarques centrals de la Costera, la Vall d'Albaida, la Marina Alta i la Marina Baixa, amb el 16,2%; com també la Safor (4,6%) i la Ribera Alta (4,6%).

Quadre A. Distribució percentual de tipus de centres sanitaris de la Comunitat Valenciana.

COMARCA	1	2	3	4	5
Baix Maestrat	3,07	2,04	0,00	3,23	2,33
Plana Alta	4,53	6,12	5,26	9,68	6,98
Plana Baixa	3,24	4,08	5,26	12,90	2,33
Ports	2,10	0,82	0,00	0,00	0,00
Alt Maestrat	1,62	0,82	0,00	0,00	0,00
Alcalatén	1,29	0,82	0,00	0,00	0,00
Alt Millars	3,88	0,41	0,00	0,00	0,00
Alt Palància	4,21	0,82	0,00	3,23	0,00
Camp de Morvedre	2,75	2,04	5,26	0,00	2,33
Horta Nord	3,40	6,12	5,26	0,00	2,33
València	4,21	11,84	15,79	3,23	20,93
Horta Sud	1,29	7,35	15,79	6,45	2,33
Ribera Baixa	2,91	1,22	0,00	3,23	0,00
Safor	5,83	2,86	0,00	0,00	4,65
Racó d'Ademús	1,62	0,41	0,00	0,00	0,00
Serrania	2,59	1,63	0,00	0,00	0,00
Camp de Túria	1,46	2,86	0,00	0,00	2,33
Plana d'Utiel-Requena	5,02	1,22	0,00	0,00	2,33
Foia de Bunyol	1,29	1,22	0,00	0,00	0,00
Ribera Alta	3,88	4,90	0,00	9,68	4,65
Vall de Cofrents-Aiora	1,78	1,22	0,00	0,00	0,00
Canal de Navarrés	0,97	1,22	0,00	0,00	0,00
Costera	2,91	2,04	5,26	0,00	2,33
Vall d'Albaida	4,37	3,67	5,26	0,00	2,33
Marina Alta	6,47	3,67	0,00	12,90	4,65
Marina Baixa	3,88	2,86	5,26	3,23	6,98
Alacantí	3,07	7,76	15,79	0,00	11,63
Baix Vinalopó	2,75	3,67	0,00	6,45	6,98
Baix Segura	7,12	4,90	5,26	16,13	6,98
Alt Vinalopó	0,81	2,04	0,00	3,23	0,00
Alcoià	0,81	2,86	5,26	3,23	2,33
Comtat	3,72	1,22	0,00	0,00	0,00
Vinalopó Mitjà	1,13	3,27	5,26	3,23	2,33
Total general	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

1. Consultoris d'atenció primària

2. Centres de salut

3. Centres d'especialitats

4. Centres sanitaris integrats

5. Hospitals generals públics i privats

Font: elaboració pròpia a partir de les dades de la Conselleria de Sanitat Uniuersal i Salut Pública, 2021 i dades obertes GVA.



Quadre B. Distribució de centres sanitaris per tipus a la Comunitat Valenciana.

COMARCA	1	2	3	4	5	6	7	8
Baix Maestrat	19	5	0	1	1	26	41	17
Plana Alta	28	15	1	3	3	50	113	16
Plana Baixa	20	10	1	4	1	36	74	20
Ports	13	2	0	0	0	15	6	6
Alt Maestrat	10	2	0	0	0	12	9	9
Alcalatén	8	2	0	0	0	10	12	9
Alt Millars	24	1	0	0	0	25	20	20
Alt Palància	26	2	0	1	0	29	28	26
Camp de Morvedre	17	5	1	0	1	24	49	15
Horta Nord	21	15	1	0	1	38	105	23
València	26	29	3	1	9	68	491	1
Horta Sud	8	18	3	2	1	32	164	20
Ribera Baixa	18	3	0	1	0	22	40	12
Safor	36	7	0	0	2	45	77	31
Racó d'Ademús	10	1	0	0	0	11	6	6
Serrania	16	4	0	0	0	20	20	19
Camp de Túria	9	7	0	0	1	17	56	16
Plana d'Utiel-Requena	31	3	0	0	1	35	21	9
Foia de Bunyol	8	3	0	0	0	11	18	9
Ribera Alta	24	12	0	3	2	41	91	35
Vall de Cofrents-Aiora	11	3	0	0	0	14	8	7
Canal de Navarrés	6	3	0	0	0	9	9	8
Costera	18	5	1	0	1	25	34	19
Vall d'Albaida	27	9	1	0	1	38	52	34
Marina Alta	40	9	0	4	2	55	91	33
Marina Baixa	24	7	1	1	3	36	91	17
Alacantí	19	19	3	0	5	46	203	10
Baix Vinalopó	17	9	0	2	3	31	113	3
Baix Segura	44	12	1	5	3	65	147	27
Alt Vinalopó	5	5	0	1	0	11	20	7
Alcoià	5	7	1	1	1	15	54	8
Comtat	23	3	0	0	0	26	28	23
Vinalopó Mitjà	7	8	1	1	1	18	64	11
Baix Maestrat	618	245	19	31	43	956	2.355	526

1. Consultoris d'atenció primària

2. Centres de salut

3. Centres d'especialitats

4. Centres sanitaris integrats

5. Hospitals generals públics i privats

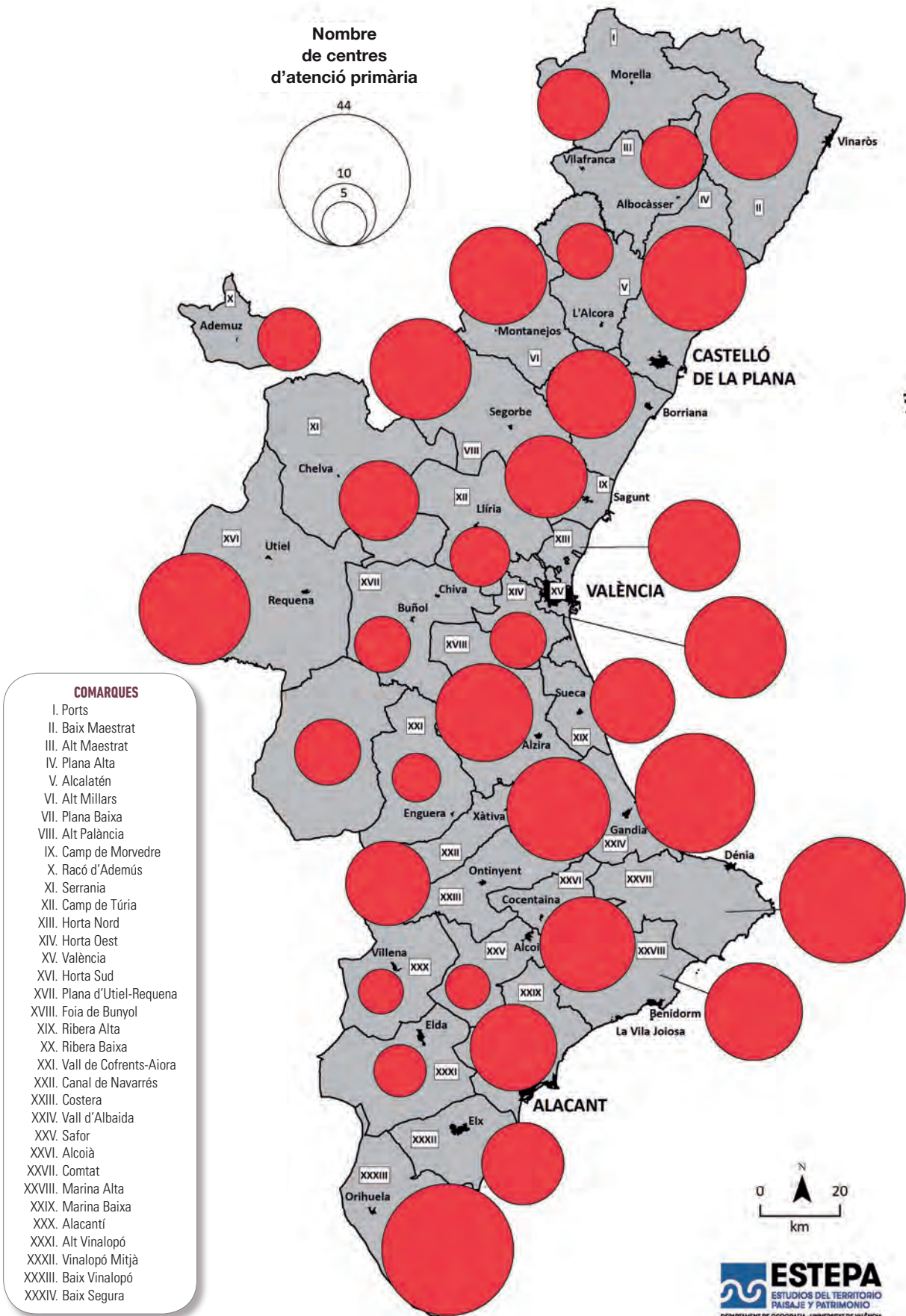
6. Suma d'1 a 5.

7. Farmàcies

8. Municipis amb farmàcia

Font: elaboració pròpia a partir de les dades de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2021 i dades obertes GVA.

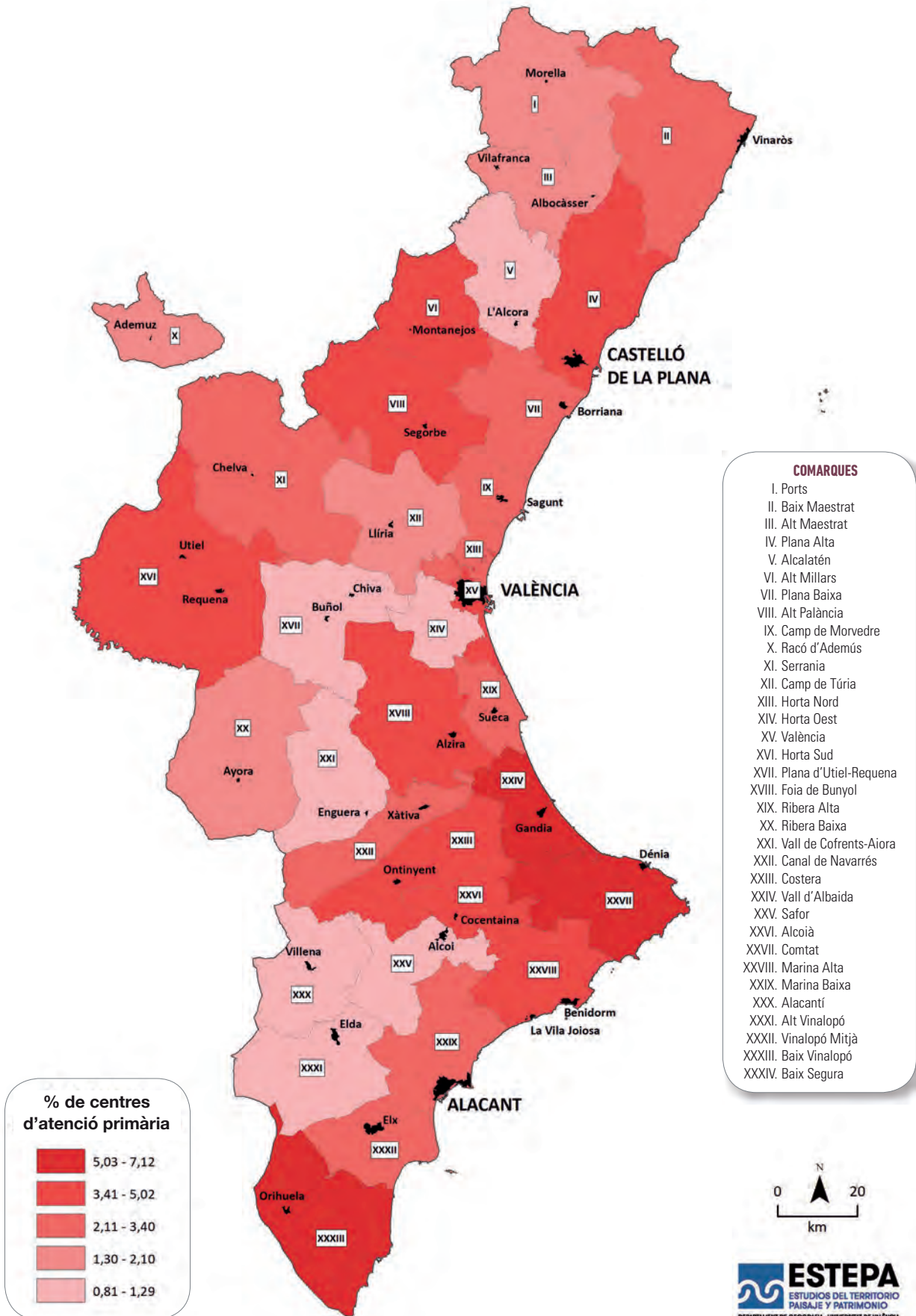
**CENTRES D'ATENCIÓ PRIMÀRIA
DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021**



Mapa 15. Centres d'atenció primària de la Comunitat Valenciana. 2021.

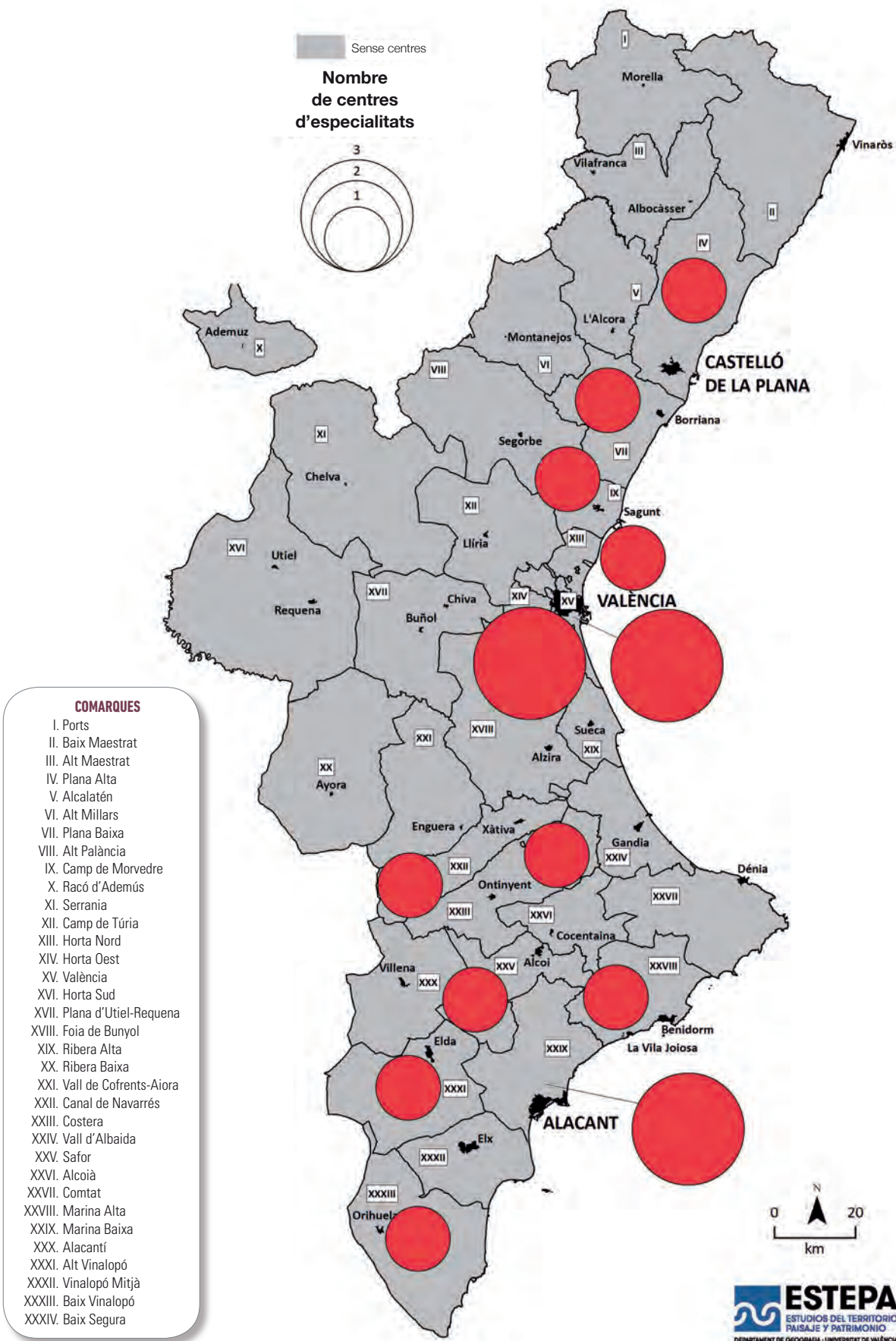
Font: elaboració pròpia a partir de les dades de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

DISTRIBUCIÓ PERCENTUAL COMARCAL DELS CENTRES D'ATENCIÓ PRIMÀRIA SOBRE EL TOTAL DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021



Mapa 16. Distribució percentual comarcals dels centres d'atenció primària sobre el total de la Comunitat Valenciana. 2021.
Font: elaboració pròpia a partir de les dades de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

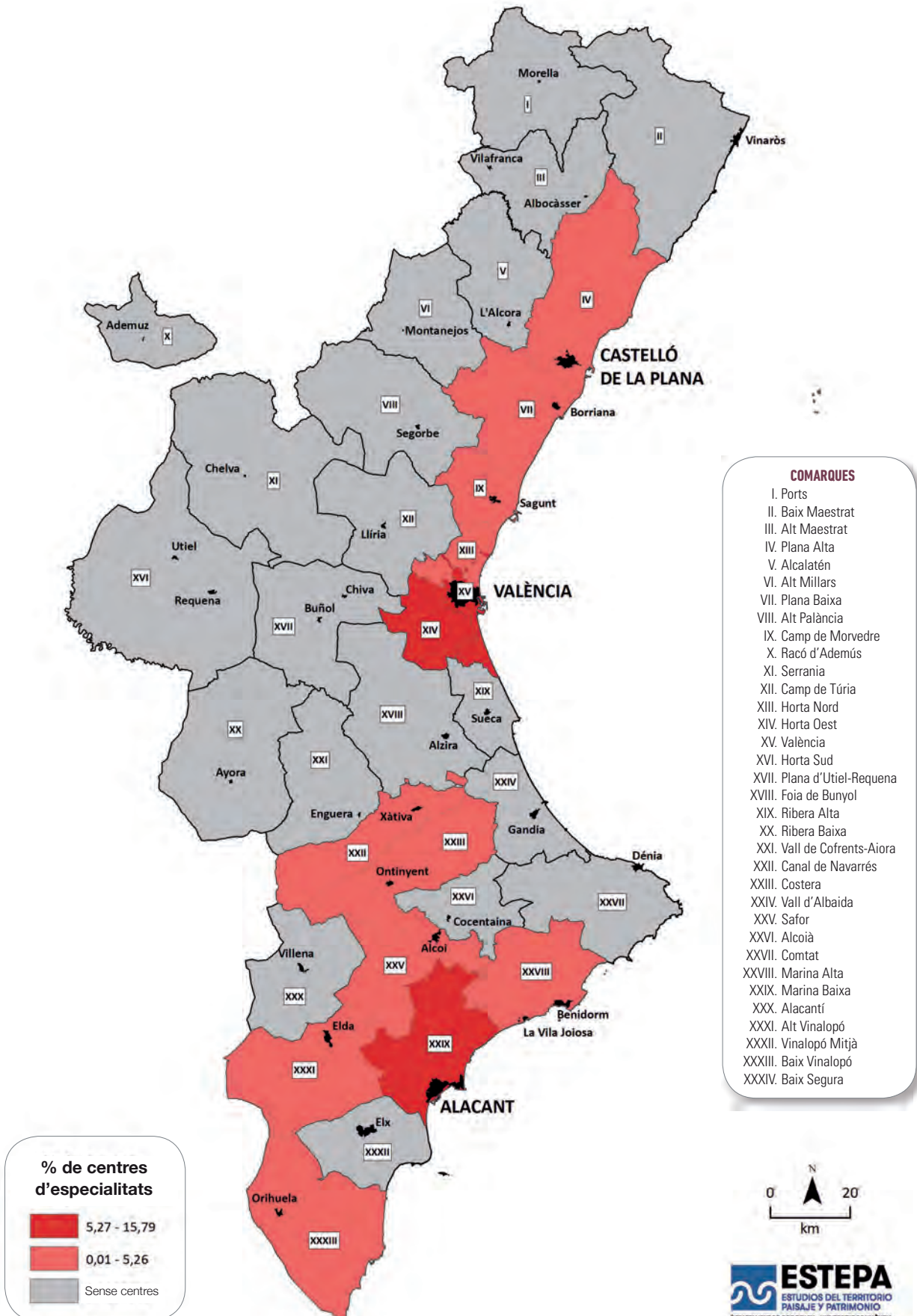
**CENTRES D'ESPECIALITATS
DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021**



Mapa 17. Centres d'especialitats de la Comunitat Valenciana. 2021.

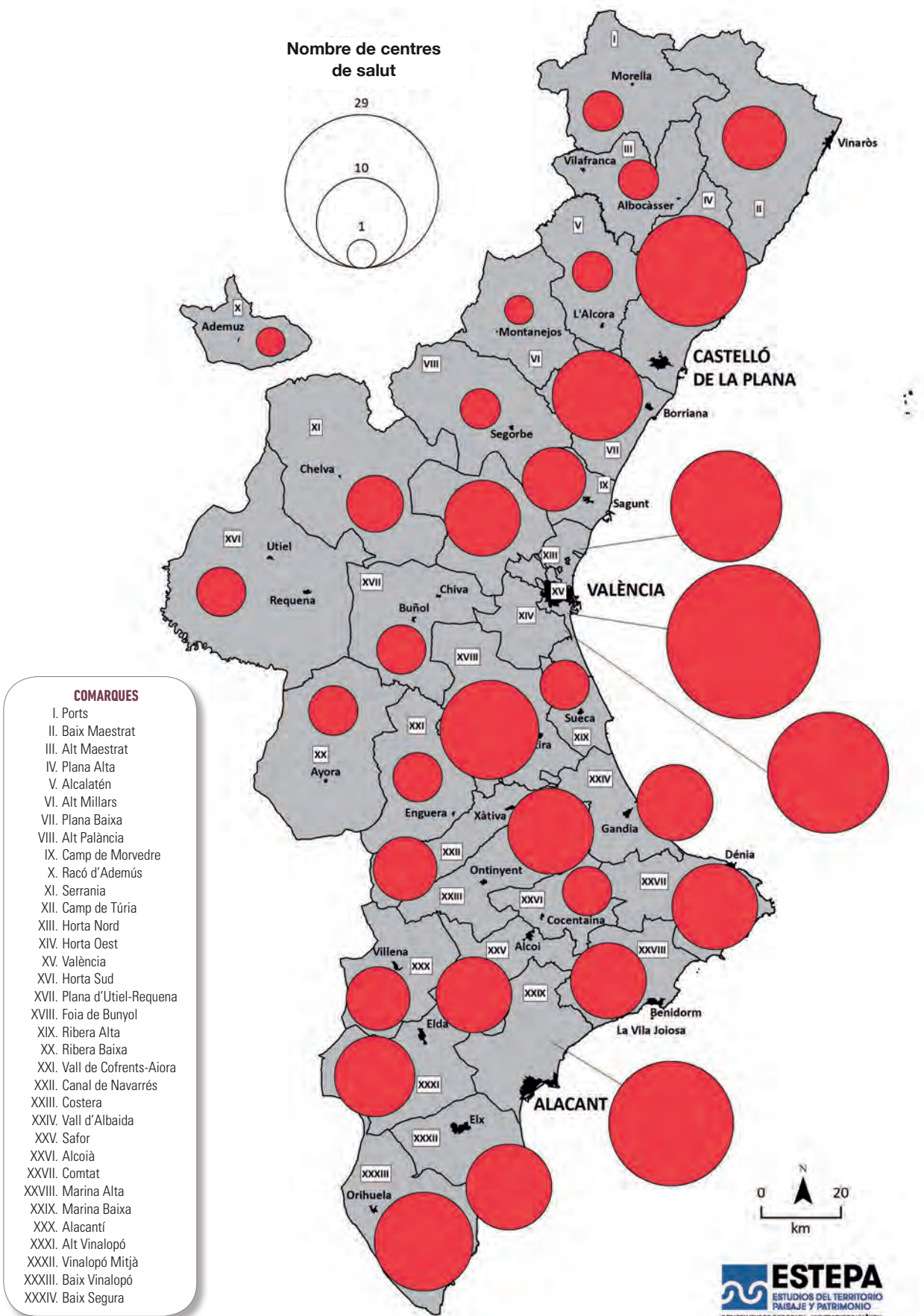
Font: elaboració pròpia a partir de les dades de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

**DISTRIBUCIÓ PERCENTUAL COMARCAL
DELS CENTRES D'ESPECIALITATS SOBRE
EL TOTAL DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021**



Mapa 18. Distribució percentual comarcals dels centres d'especialitats sobre el total de la Comunitat Valenciana. 2021.
Font: elaboració pròpia a partir de les dades de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

**CENTRES DE SALUT
DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021**

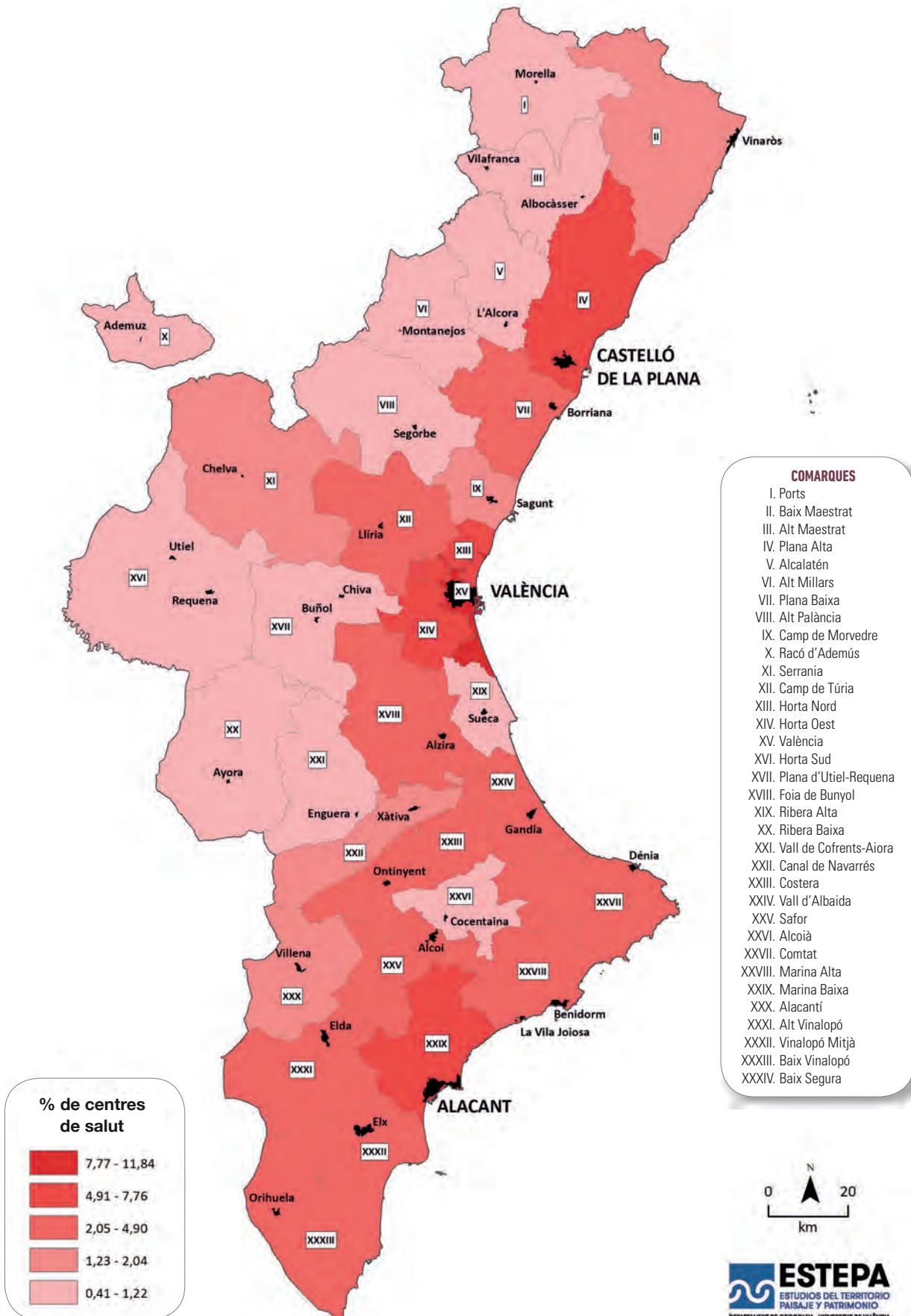


Mapa 19. Centres de Salut de la Comunitat Valenciana. 2021.

Font: elaboració pròpia a partir de les dades de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

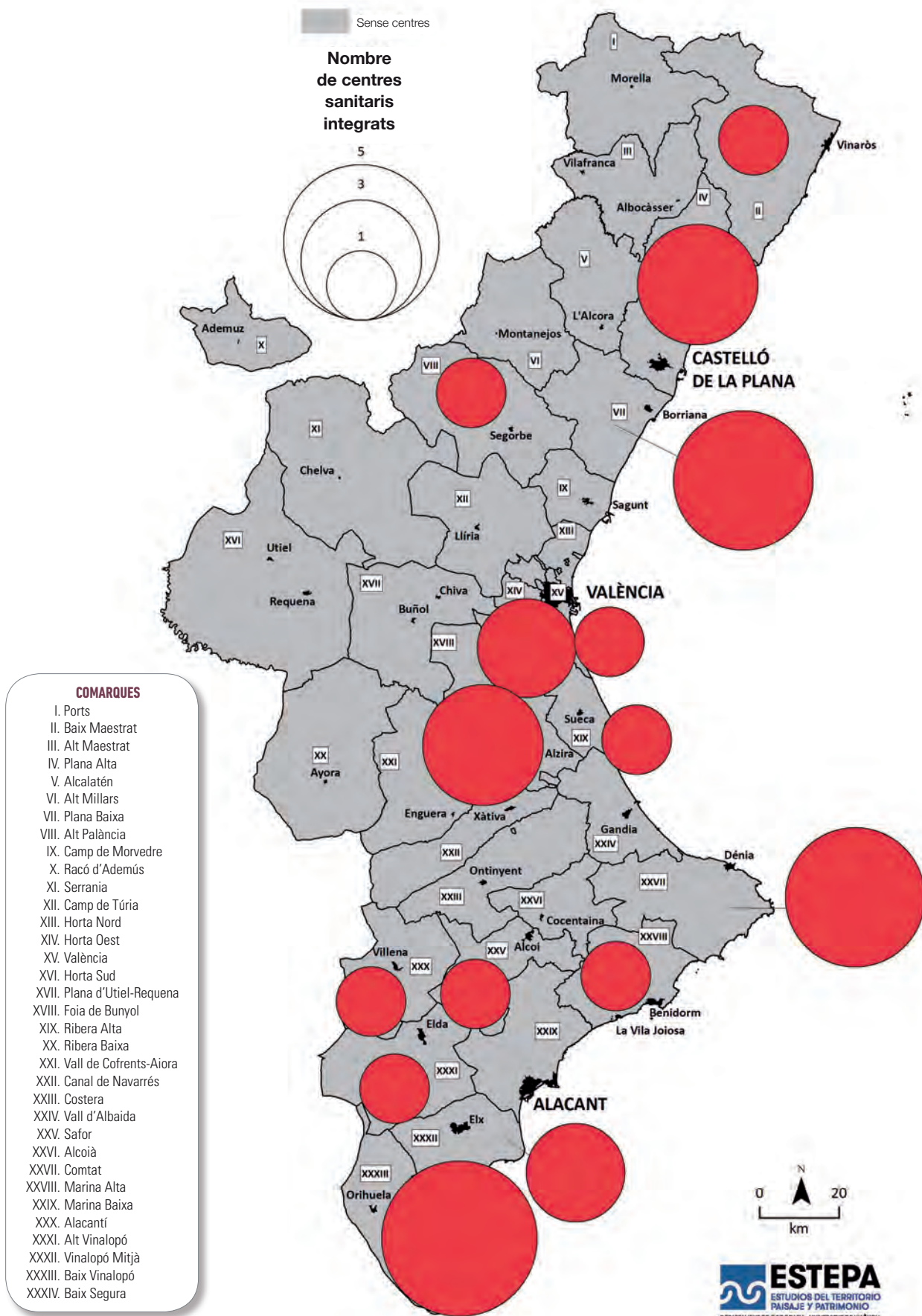


**DISTRIBUCIÓ PERCENTUAL COMARCAL
DELS CENTRES DE SALUT SOBRE EL TOTAL
DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021**



Mapa 20. Distribució percentual comarcals dels centres de salut sobre el total de la Comunitat Valenciana. 2021.
Font: elaboració pròpia a partir de les dades de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

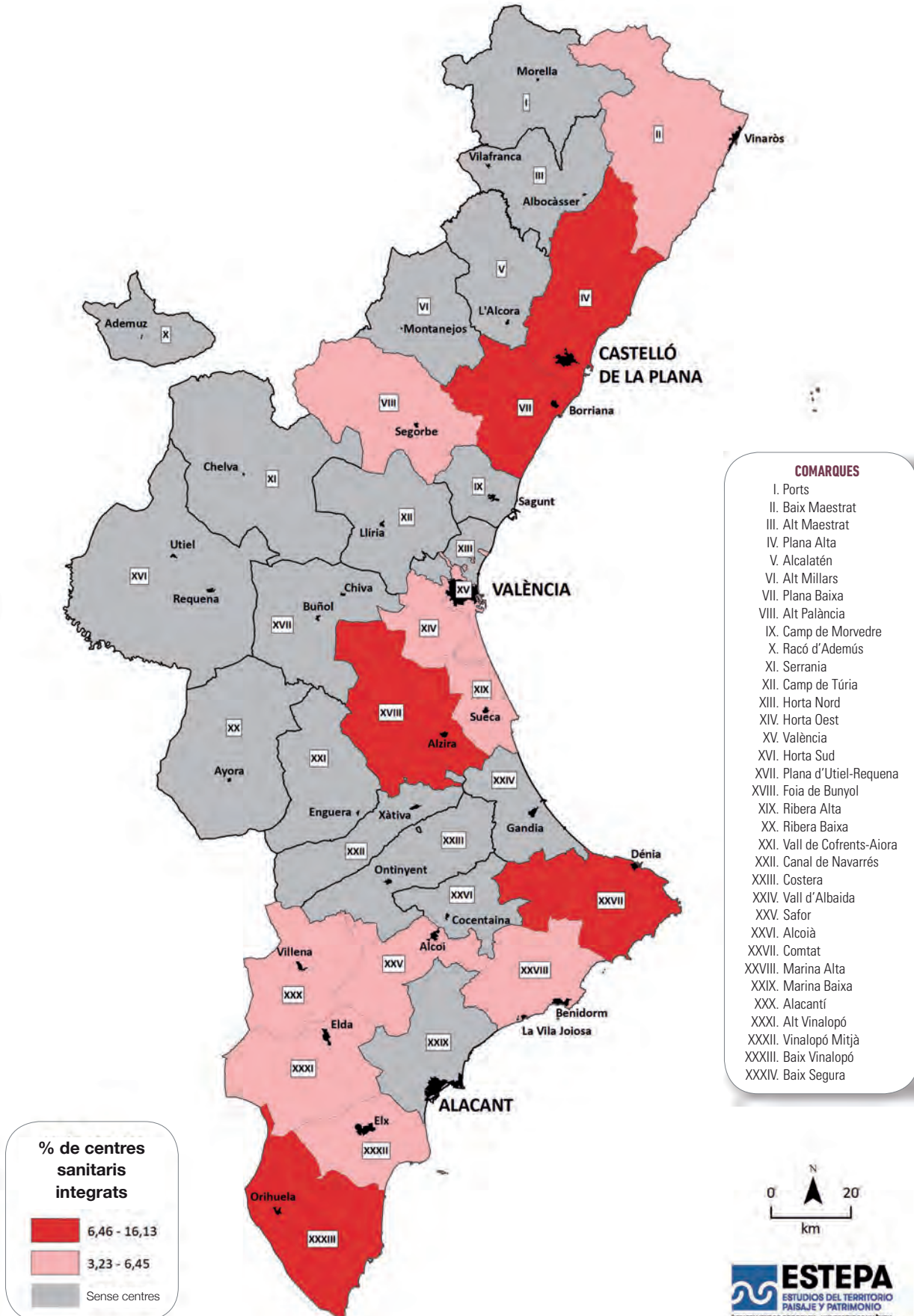
**CENTRES SANITARIS INTEGRATS
DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021**



Mapa 21. Centres sanitaris integrats de la Comunitat Valenciana. 2021.

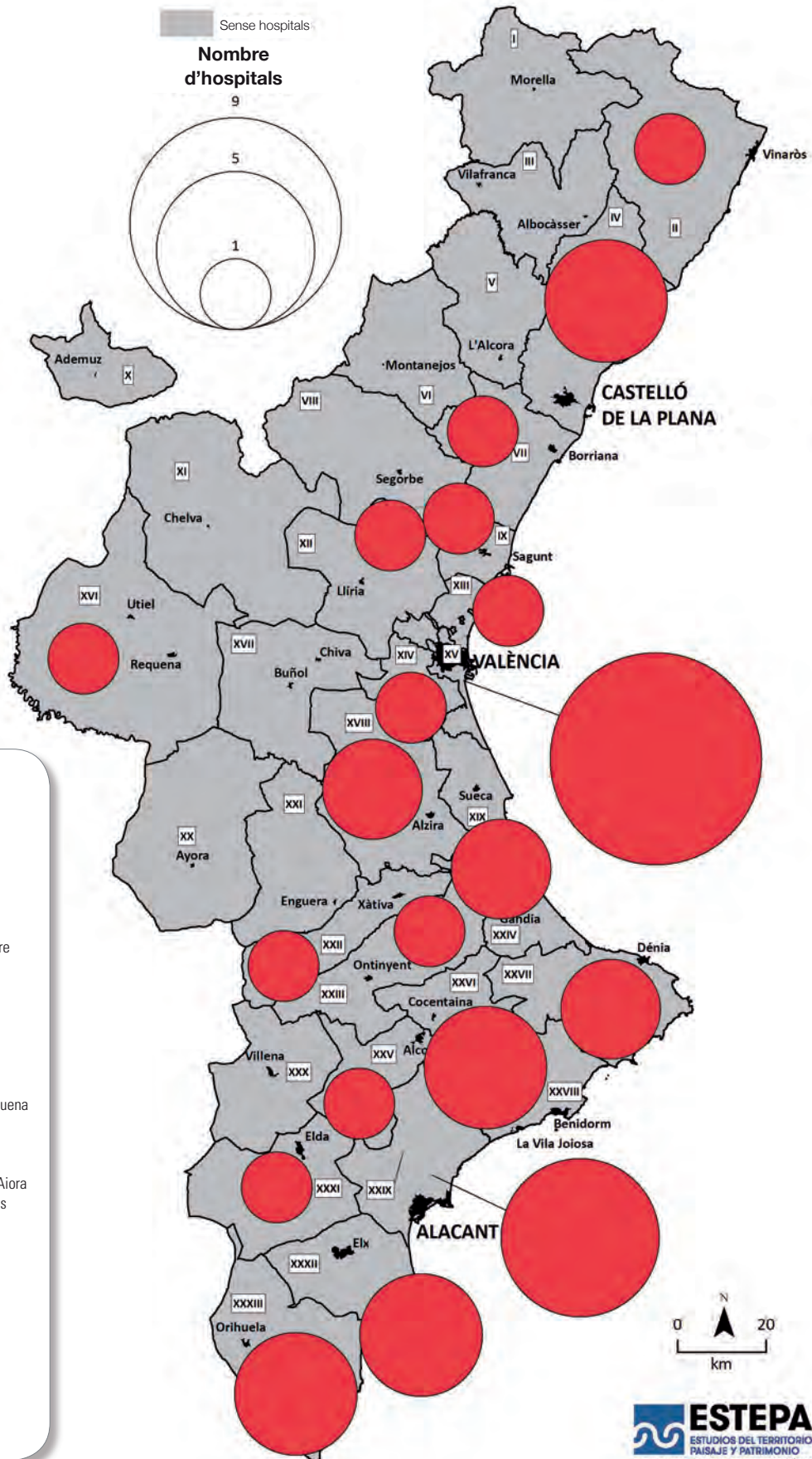
Font: elaboració pròpia a partir de les dades de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

**DISTRIBUCIÓ PERCENTUAL COMARCAL
DELS CENTRES SANITARIS INTEGRATS
SOBRE EL TOTAL DE LA
COMUNITAT VALENCIANA. 2021**



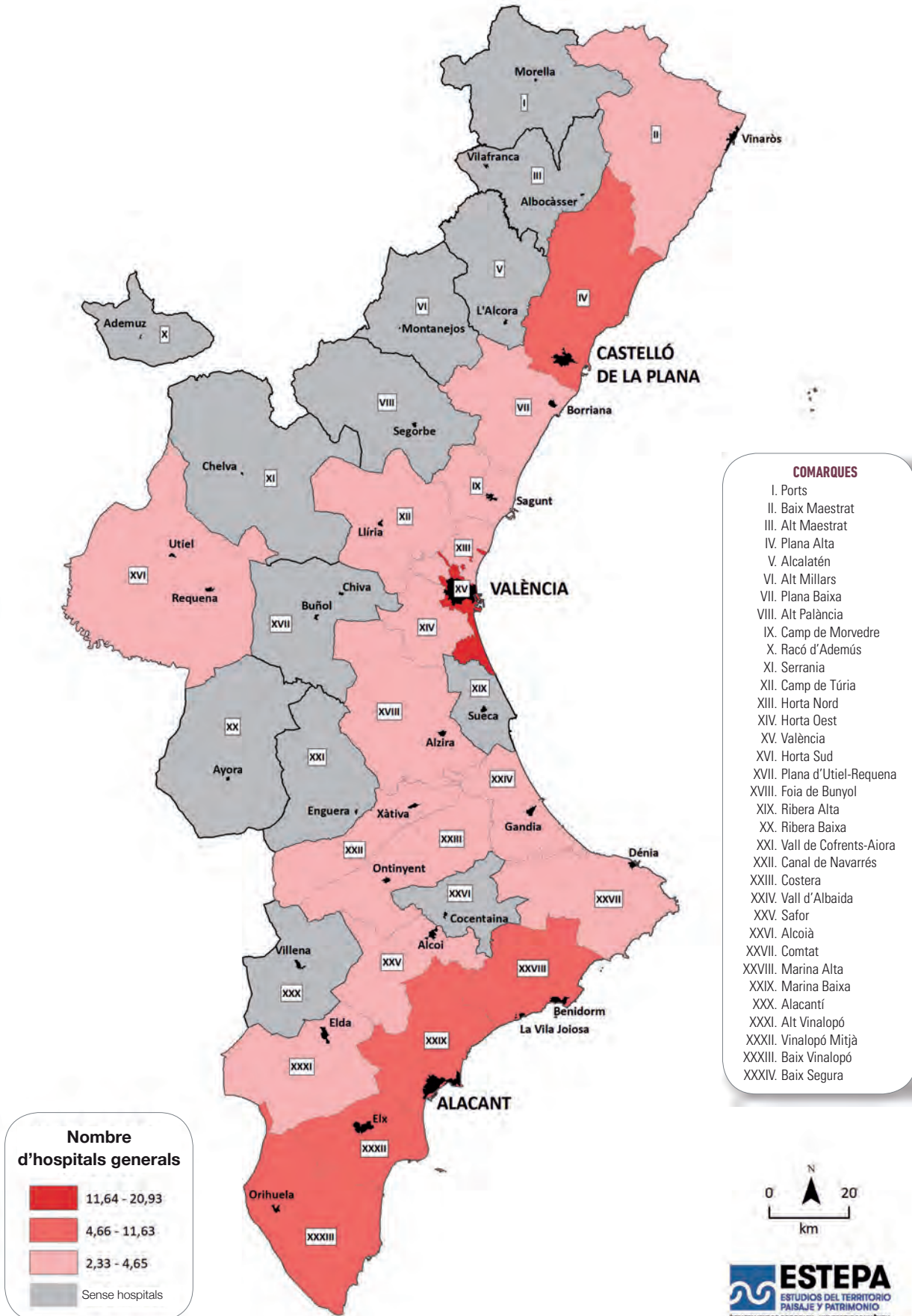
Mapa 22. Distribució percentual comarcals dels centres sanitaris integrats sobre el total de la Comunitat Valenciana. 2021.
Font: elaboració pròpia a partir de les dades de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

**HOSPITALS GENERALS PÚBLICS
I PRIVATS DE LA COMUNITAT
VALENCIANA. 2021**



Mapa 23. Hospitals generals públics i privats de la Comunitat Valenciana, 2021.
Font: elaboració pròpia a partir de les dades de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

DISTRIBUCIÓ PERCENTUAL DELS HOSPITALS GENERALS PÚBLICS I PRIVATS SOBRE EL TOTAL DE LA COMUNITAT VALENCIANA. 2021



Mapa 24. Distribució percentual dels hospitals generals públics i privats sobre el total de la Comunitat Valenciana. 2021.
Font: elaboració pròpia a partir de les dades de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

3.5 ESTRATÈGIES VALENCIANES RELACIONADES AMB L'ECONOMIA DE LES CURES: L'ESTRATÈGIA VALENCIANA PER A LA RECUPERACIÓ 2020 I EL PLA CORRESPONSABLES DEL MINISTERI D'IGUALTAT

Com s'ha apuntat més amunt, l'economia de les cures és hui un dels puntals de l'economia dels països desenvolupats. Més del 10% de l'ocupació està relacionada directament amb els treballs de les cures; és un jaciment de contractacions laborals, a més, en alça a causa del procés d'envelliment de la societat valenciana. L'economia de les cures, així mateix, és la resposta social a les necessitats creixents dels dependents.

El Govern Valencià ha proposat plans i estratègies que ofereixen respostes als reptes sorgits a partir de la pandèmia de covid-19. Ens referim a l'Estratègia valenciana per a la recuperació 2020, i el Pla Corresponsables del Ministeri d'Igualtat.

3.5.1 PROPOSTA D'ESTRATÈGIA VALENCIANA PER A LA RECUPERACIÓ 2020 (EVR)

Es vol aprofitar la recuperació postcovid per a impulsar canvis estructurals postergats, amb la finalitat de convergir en prosperitat i serveis amb els altres territoris. Per a fer-ho es necessita recuperar el creixement, la modernització del teixit productiu valencià i també del sector públic. L'EVR s'agrupa a l'entorn de cinc grans eixos estratègics:

- (a) Ocupació, coneixement i recerca.
- (b) Resiliència econòmica i transformació digital.
- (c) Transició ecològica i cohesió territorial.
- (d) Cura de les persones i inclusió social.
- (e) Governança regional i administració eficient.

Així mateix, l'EVR s'estructura en 14 polítiques palanca, projectes tractors que permeten concretar-la i caracteritzar-la:

1. Digitalització de serveis públics valencians

1. Educació digital. 2. Govern intel·ligent. 3. Justícia moderna. 4. Sanitat digital.

2. Digitalització del teixit productiu

1. Tecnologies habilitadores per a indústria i serveis. 2. Digitalització del sector agrari. 3. Transformació digital del teixit productiu valencià.

3. Reforç de la resiliència del teixit productiu valencià

1. Instruments financers per a la competitivitat empresarial i l'ocupació. 2. Instruments financers per a la solvència d'empreses viables. 3. Instruments financers per a impulsar l'ecosistema emprenedor. 4. Clúster industrial per a la salut i qualitat de vida.

4. Pla Recuperatur CV per al reforç de la digitalització, la sostenibilitat i la resiliència de la cadena de valor turística

1. Digitalització, innovació i intel·ligència turística generadora de coneixement. 2. Clúster d'empreses turístiques innovadores, tecnològiques i sostenibles. 3. Reforç



de la sostenibilitat del turisme. 4. CDT+I: formació i innovació d'agents de turisme i residents en zones interior. 5. II Pla estratègic de turisme accessible de la CV 2021-2025. 6. Ajudes per a la resiliència i la implantació de criteris de sostenibilitat. 7. Màrqueting de turisme postcovid i bonoviatge.

5. Foment de les cadenes de valor de sectors clau

1. Desenvolupament urbanístic de l'àrea logística Parc Sagunt II. 2. Pol econòmic de l'aeroport de Castelló. 3. Reforç de la cadena de valor d'automoció: MiV. 4. Reforç de la cadena de valor agroalimentària. 5. Reforç de la competitivitat i la recuperació del sector agroalimentari. 6. Pla estratègic de desenvolupament de l'aqüicultura.

6. Gestió eficient dels recursos hídrics i protecció contra riudes.

1. Estratègia valenciana de regadius. 2. Intervenció integral en la gestió d'aigües residuals. 3. Pla Vega Renace.

7. Despoblament i preservació de la biodiversitat

1. Infància i adolescència activa en el medi rural. 2. Pacte pels boscos. 3. Actuació integral a l'Albufera

8. Energia sostenible

1. València Battery Alliance. 2. Hidrogen verd en grans infraestructures. 3. Energies renovables innovadores per a la transició justa.

9. Arquitectura bioclimàtica i sostenibilitat energètica

1. Pla per a la rehabilitació residencial, pública i privada. 2. Pla d'acció ER en edificis no residencials. 3. Renovació bioclimàtica de l'arquitectura.

10. Infraestructures per a la competitivitat i la transició ecològica

1. Corredor Mediterrani i infraestructures ferroviàries estratègiques. 2. Pla de millora del transport públic per ferrocarril i interurbà per carretera. 3. Pla de potenciació i desenvolupament d'una xarxa d'infraestructures per a bicicletes i viants. 4. Electrogasolineres per a la mobilitat sostenible.

11. Educació i oportunitats per a joves: Pla Ariadna

1. Foment de l'FP. 2. Pla de reforç de centres educatius en entorns socioeconòmics desfavorables. 3. Pla d'ocupació jove de Labora. 4. Reciclatge formatiu de joves. 5. Suport a la carrera professional d'investigadors joves. 6. Parc públic d'habitatges per a la transició ecològica i la innovació social.

12. Cura de persones

1. Pla d'ampliació i reforma de centres hospitalaris. 2. Pla de construcció, ampliació i reforma de centres d'atenció primària. 3. Pla d'infraestructures de serveis socials 2020-2024. 4. Centre internacional d'envelliment.

13. Competències transformadores per a la igualtat entre sexes en la societat i l'economia digital

1. Competències transformadores digitals per a la igualtat entre sexes. 2. Pla de comunicació d'una societat igualitària i tecnològica. 3. Impuls de la dona en l'entorn científic i tecnològic. 4. Perspectiva de gènere en entorns laborals i empresarials. 5. Habilitats digitals bàsiques per a grups en risc d'exclusió.

14. Avanç del coneixement

1. Pla GenT. 2. Incorporació i retenció de persones investigadores d'excel·lència internacional al SV R+D+I. 3. Transferència del resultat de recerca a les empreses. 4. Programa d'ajuda a grups de recerca. 5. Suport a infraestructures i equipaments per a l'R+D+I d'excel·lència. 6. Centre d'Alta Tecnologia Sanitària. 7. Estratègia valenciana d'intel·ligència artificial. 8. Centre Europeu de Gestió i Anàlisi de Dades.

A continuació s'identifiquen els plans i les accions del Projecte tractor 12 "cura de persones":

PROJECTE TRACTOR 12. Cura de persones

12.1 Pla d'ampliació i reforma de centres hospitalaris

Els espais públics on es presten els serveis sanitaris han d'adaptar-se a les condicions canviants de la prestació: l'increment dels tractaments ambulatoris i de les consultes de dia, la creació i l'actualització de nous centres de dia, els avanços tècnics assistencials o la necessitat d'adaptar els edificis a noves condicions tècniques. La demanda assistencial s'incrementa i canvia amb el pas del temps en una progressió previsible. La pandèmia ha accelerat el volum d'aquesta demanda i ha accelerat la necessitat d'actuar sobre un creixent nombre d'infraestructures i edificis dissenyats amb criteris, en contextos i condicions que han quedat obsolets, especialment als hospitals.

Les actuacions d'ampliació i reforma de centres hospitalaris milloraran la capacitat de resposta del nostre sistema sanitari i ajudaran a incrementar notablement la capacitat d'hospitalització, necessària per a aconseguir la ràtio idònia atesa la població valenciana, després d'un període durant el qual els ajustos pressupostaris han mantingut les inversions en nivells baixos.

12.2 Pla de construcció, ampliació i reforma de centres d'atenció

L'atenció primària és un eix bàsic del nostre sistema de salut perquè és la porta d'entrada i el recurs sanitari més pròxim a la ciutadania. La pandèmia ha demostrat la necessitat de reforçar l'estructura de l'atenció primària a fi de consolidar-la com un model d'atenció sanitària competent, resiliència, autoorganitzada i orientada a la comunitat, capaç de poder assumir funcions de vigilància epidemiològica de camp contra la covid-19 i altres emergències similars, i fer un seguiment correcte de la salut de la població.

La qualitat en la prestació del servei d'atenció primària depèn, en bona part, de la infraestructura (edificis, espais) on es presta l'atenció sanitària a la ciutadania i de l'equipament corresponent.

Els edificis on es presta l'atenció primària a la Comunitat Valenciana requereixen intervencions de construcció, ampliació i renovació d'espais i instal·lacions per a adequar-se a les necessitats canviants de l'atenció, a la normativa actual, als canvis tecnològics,



als desafiaments generats per la pandèmia que obliguen a reforçar les mesures per a garantir circuits diferenciats d'atenció a pacients amb covid-19 i sense covid-19 i, en general, per a oferir una atenció de qualitat als pacients. El Pla d'ampliació i reforma de centres sanitaris d'atenció primària de la Comunitat Valenciana s'orienta a aqueixos objectius i, seguint la línia establida per la Directiva (UE) 2018/844, incorpora mesures de sostenibilitat ambiental, estalvi energètic, accessibilitat universal, flexibilitat i humanització per a adaptar els centres a les noves necessitats assistencials.

12.3 Pla d'infraestructures de serveis socials 2020-2024

A fi d'afavorir la inclusió social de les persones que per edat o per diverses circumstàncies requereixen ajuda per a dur a terme una vida més autònoma i possible, la Comunitat Valenciana disposa d'una xarxa de centres i places, tant públics com privats, significativament inferior a la mitjana espanyola.

D'altra banda, hi ha una desigualtat manifesta en la distribució d'aqueixos recursos al llarg del territori valencià, amb menys presència als territoris d'interior i en zones rurals en risc de despoblament, els més envellits. A més, cal tenir present que la pandèmia ha deixat al descobert les febleses dels centres de la tercera edat per a enfrontar-se a les exigències derivades de les crisis sanitàries, atesa la vulnerabilitat de la majoria dels residents. Aquesta iniciativa impulsa un Pla d'infraestructures per a atendre les prioritats detectades en el mapa de necessitats de serveis socials, del qual es desprèn falta de places en tots els sectors poblacionals: infància, diversitat funcional, salut mental i dones que pateixen violència de gènere.

Es tracta d'un problema que es va agreujant especialment en el cas de les persones majors i amb malaltia mental. Com que l'envelliment és un dels principals reptes del segle XXI, es necessitarà ampliar la xarxa de centres i fer-ho de manera que s'afavorisca l'autonomia de les persones majors i un envelliment actiu oferint-los un entorn residencial segur i confortable. El Pla preveu construir nous centres, residències, cases d'acolliment i habitatges tutelats arreu del territori valencià, i millorar els centres propis mitjançant la reforma integral dels centres dependents de la Generalitat per a actualitzar-ne les infraestructures, els requisits actuals d'habitabilitat, l'accessibilitat i la seguretat contra incendis.

També preveu adaptar els centres existents a les necessitats de nous models residencials, basats en unitats de convivència més reduïdes i afavoridores de l'autonomia sorgits per a prestar una atenció segura i de qualitat, tenint en compte l'experiència assolida amb la covid-19.

12.4 Centre internacional d'envelliment

L'objectiu és crear un centre de recerca biomèdica d'àmbit internacional per a estudiar l'envelliment amb una perspectiva pluridisciplinària que incloga les aproximacions socioeconòmiques juntament amb les de les ciències de la salut.

3.5.2 EL PLA CORRESPONSABLES DEL MINISTERI D'IGUALTAT

La Secretaria d'Estat d'Igualtat i contra la Violència de Gènere, del Ministeri d'Igualtat, va aprovar l'any 2021 el Pla Corresponsables. Una nova política pública amb suport específic per a la conciliació de famílies amb xiquets i xiquetes menors de 14 anys (Ministeri d'Igualtat, 2021). El Pla Corresponsables proposa una sèrie d'actuacions estructurades en tres tipus de projectes, entre ells el denominat «Borses de cura professional per a famílies amb filles i fills menors de 14 anys». Així, la Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives de la GVA va aprovar el decret 178/2021, que regula ajudes en aquest aspecte. Es pretén actuar en àmbit de l'economia de les 3C (criar, cuidar i curar), amb la finalitat de crear ocupació de qualitat.

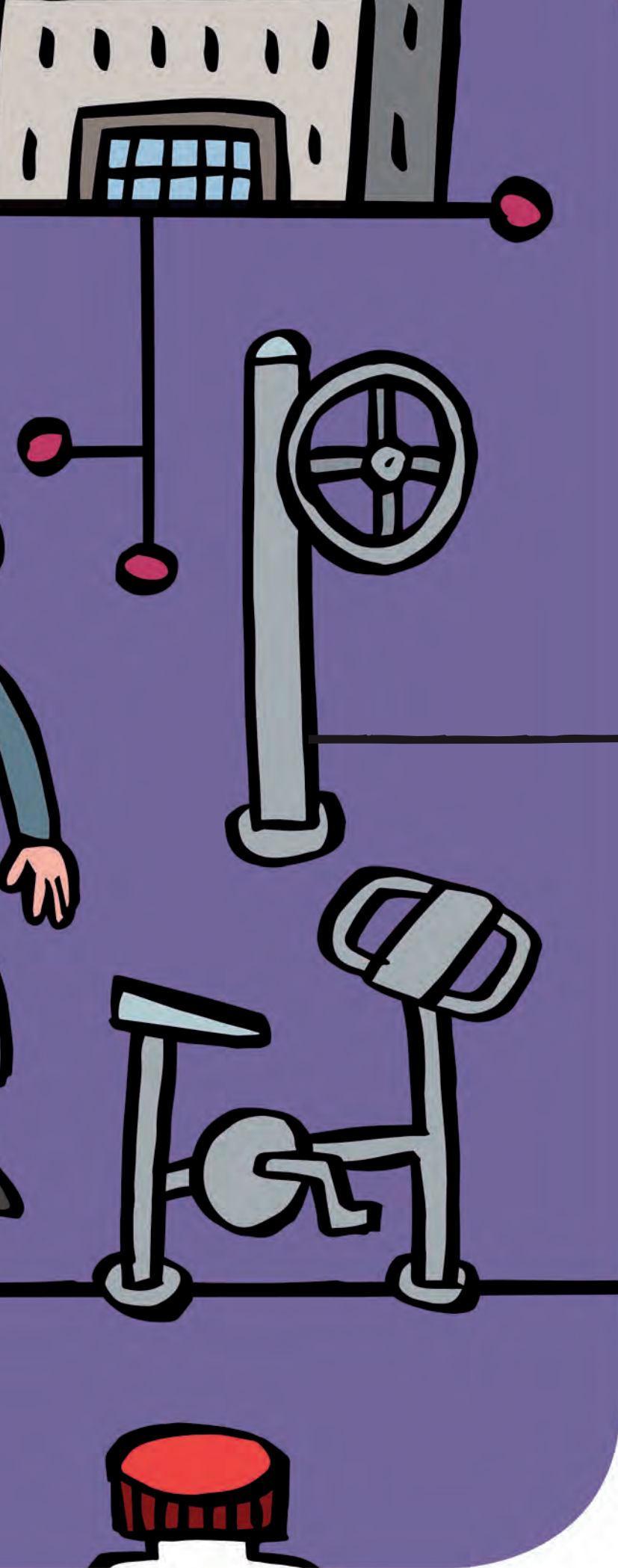
En concret, el decret del Consell regula la concessió directa de subvencions a les entitats locals per a habilitar serveis de cura professional de qualitat d'infants, que es prestaran en dependències públiques habilitades aquest efecte, com per exemple escoles, centres municipals o poliesportius, entre d'altres.

Les cures es poden prestar en períodes no lectius mitjançant projectes d'oci educatiu com ara escoles d'estiu, d'hivern o similars; o mitjançant serveis de cangur prestats en una instal·lació adequada. També es poden prestar en dies lectius, a través de l'ampliació d'horaris matinal i vespertí als centres escolars i altres instal·lacions municipals.

A més, la posada en funcionament d'aquests serveis ha d'anar aparellada a la contractació de persones joves i dones de 45 anys, que són els col·lectius més afectats en termes de desocupació per la crisi econòmica i sanitària.







04

**L'ECONOMIA
DE LES CURES
A LA PROVÍNCIA
DE CASTELLÓ**



Luisa Alama Sabater

Vicente Budí Orduña

Juan J. Rubert Nebot

Universitat Jaume I de Castelló

María José Villalba

Alto Palancia

Olga Oruña

Municipis Ceràmics

Daniel Bergadà

Els Ports

4.1 CARACTERÍSTIQUES DE LA POBLACIÓ I NECESSITATS ASSOCIADES A L'ECONOMIA DE LES CURES

4.2 ESTRUCTURA DELS CENTRES DE SERVEIS SANITARIS I D'ATENCIÓ SOCIAL A LA PROVÍNCIA DE CASTELLÓ

4.3 ZONIFICACIÓ DEL SISTEMA PÚBLIC DE SERVEIS SOCIALES A LA PROVÍNCIA DE CASTELLÓ

4.4 EL PAPER DE LA DIPUTACIÓ DE CASTELLÓ

4.5 EL CONTEXT D'ECONOMIA DE LES CURES DES DEL PUNT DE VISTA LABORAL

4.6 L'ECONOMIA DE LES CURES I ELS PACTES PER L'OcupACIÓ

04

L'ECONOMIA DE LES CURES A LA PROVÍNCIA DE CASTELLÓ

*Luisa Alama Sabater
Vicente Budí Orduña
Juan J. Rubert Nebot*

Universitat Jaume I de Castelló

*María José Villalba
Alto Palancia*

*Olga Oruña
Municipis Ceràmics*

*Daniel Bergadà
Els Ports*

4.1 CARACTERÍSTIQUES DE LA POBLACIÓ I NECESSITATS ASSOCIADES A L'ECONOMIA DE LES CURES

Afrontar l'anàlisi de l'ocupació i els serveis públics o privats associats al concepte d'economia de les cures definit més amunt ens porta a delimitar en primer lloc les característiques de la població objectiu i la localització al territori.

La dada més important, com s'ha indicat, és la que fa referència a l'estructura d'edat de la població de la Comunitat Valenciana i, en aquest cas, de la província de Castelló. La diferència entre la dada agregada autonòmica i provincial l'estableix l'envelliment més alt que s'observa a la província de Castelló i que augmenta quan ens fixem en la situació dels municipis més menuts que, a més, se situen majoritàriament a l'interior de la província. Aquestes dades estan en línia amb les publicacions elaborades en el context del projecte Avalem Territori els últims anys¹.

En dades més concretes, les diferències s'observen per a diverses grandàries de població que, d'acord amb l'estructura de serveis socials i economia de les cures de la Conselleria² ens porta a indicar com a grandària de referència els municipis de més (o de menys) de 5.000 habitants.

Les piràmides de població actualitzades per a la província de Castelló i la piràmide per als municipis de menys de 5.000 habitants mostren que en gran manera l'estretiment de la base de la piràmide es produeix principalment en municipis més menuts, cosa que també s'observa en la dimensió més gran de les cohorts de més edat que, en definitiva, mostren un grau més alt d'envelliment de la població i un ús potencialment més gran dels serveis socials i les prestacions relacionades amb l'economia de les cures, quan ens referim a la tercera edat.

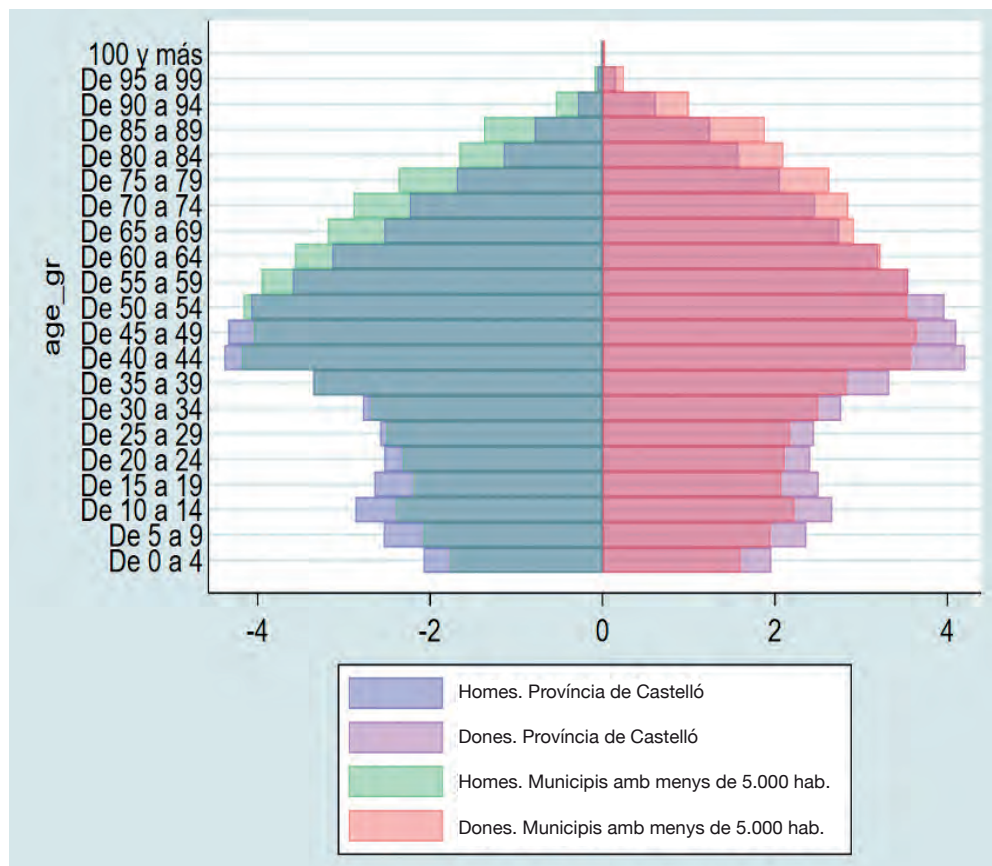
La piràmide que es mostra més avall resulta de la superposició de les piràmides per a municipis de més i menys de 5.000 habitants. En aquesta imatge es mostra el comportament diferencial segons grandària, i se'n dedueix que l'envelliment afecta més els municipis més menuts.



¹Publicacions AVALEM Territori disponibles en línia a: <https://avalemterritori.es/es/publicaciones/>.

²Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives.

Figura 1. Piràmide d'edat. Població segons municipi de residència entre localitats de més i menys de 5.000 habitants (província de Castelló).



D'altra banda, i com posen de manifest diverses publicacions sobre anàlisi de la despoblació i l'envelliment a la Comunitat Valenciana,³ la concentració d'aquests municipis més menuts i afectats per l'envelliment elevat i la despoblació se situen quasi exclusivament a l'interior, i ocorre especialment a la província de Castelló, que concentra una mica menys del 50% dels municipis en risc de despoblació de la Comunitat Valenciana. I tot això, als efectes que interessa en aquest informe, amplifica les necessitats d'atenció a les persones, serveis socials i, en definitiva, del desenvolupament i l'adequat funcionament del sector de les cures.

4.2 ESTRUCTURA DELS CENTRES DE SERVEIS SANITARIS I D'ATENCIÓ SOCIAL A LA PROVÍNCIA DE CASTELLÓ

Una qüestió prèvia de gran interès en l'economia de les cures, i com s'ha assenyalat en el capítol de contextualització de la situació en el conjunt de la Comunitat Valenciana, el constitueix la informació sobre centres d'atenció sanitària en els diversos nivells en l'àmbit provincial.

Les dades de la taula 4.1 mostren una oferta considerable de centres sanitaris a la província. Es destacable el nombre de centres a les àrees de la Plana, en concret en centres d'especialitats i hospitals, perquè són aquestes dues àrees i al Baix Maestrat on hi ha els hospitals de referència situats a la província de Castelló.

³Budí i Alamà (ed.) 2022 (disponible ací: <https://fundacionxe.org/publicacions/el-despoblament-al-territori-valencia-una-visio-poliedrica/>).

Hem d'assenyalar, en el costat positiu, l'existència de farmàcies en la pràctica totalitat de municipis, igual que ocorre amb els consultoris mèdics. No obstant això, i com una manca en la informació, no es disposa de dades concretes sobre horaris i dies d'atenció que, en alguns municipis més menuts, mostren comportaments més erràtics amb ajustos a la baixa en el nivell d'atenció ofert pel sistema sanitari públic.

Taula 4.1. Centres sanitaris a la província de Castelló per comarques

COMARCA	Població	Total de municipis	Consultoris d'atenció primària	Centres de salut	Centres d'especialitats	Centres sanitaris integrats	Hospitals generals	Consultoris, centres de salut, d'especialitats, integrats i hospitals	Farmàcies	Municipis amb farmàcia
Baix Maestrat	83.143	18	19	5	0	1	1	26	41	17
Plana Alta	256.413	17	28	15	1	3	3	50	113	16
Plana Baixa	192.495	20	20	10	1	4	1	36	74	20
Ports	4.373	13	13	2	0	0	0	15	6	6
Alt Maestrat	6.668	9	10	2	0	0	0	12	9	9
Alcalatén	15.649	9	8	2	0	0	0	10	12	9
Alt Millars	3.922	22	24	1	0	0	0	25	20	20
Alt Palància	24.401	27	26	2	0	1	0	29	28	26
Total general	587.064	135	148	39	2	9	5	203	303	123



Taula 4.2. Centres residencials a la província de Castelló segons comarca en taxa percentual per 100.000 habitants.

COMARCA	Residències acreditades i residències amb centres de dia per a persones majors dependents	Centres residencials acreditats. Diversitat funcional	Centres residencials acreditats. Malaltia mental	Centres de dia i residències amb centre de dia acreditats per a persones majors dependents	Centres diürns i residències amb centres diürns per a persones amb diversitat funcional	Centres diürns i residències amb centres diürns per a persones amb malaltia mental
Baix Maestrat	22,56	2,84	0,00	22,56	2,84	0,00
Plana Alta	31,40	3,24	0,93	16,75	6,02	0,46
Plana Baixa	25,29	1,24	0,62	25,29	3,10	0,00
Ports	163,27	0,00	0,00	81,63	0,00	0,00
Alt Maestrat	48,97	0,00	16,85	48,97	0,00	16,85
Alcalatén	28,27	0,00	0,00	28,27	0,00	0,00
Alt Millars	155,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Alt Palància	65,92	4,71	0,00	16,48	4,71	0,00

La informació sobre centres residencials per comarques aporta dues conclusions interessants (taula 4.2): la primera, el lloc de la proporció de centres situats als Ports i l'Alt Millars, amb una ràtio superior a 100 respecte del nombre d'habitants (ràtios per 100.000 habitants), xifra que ens indica més concentració d'aquests centres en les comarques especialment afectades per l'envelliment i, també, que es tracta de comarques receptores de clients d'altres comarques castellonenques. Les dades permeten concloure, a més, que hi ha un cert grau d'especialització en l'economia de les cures.

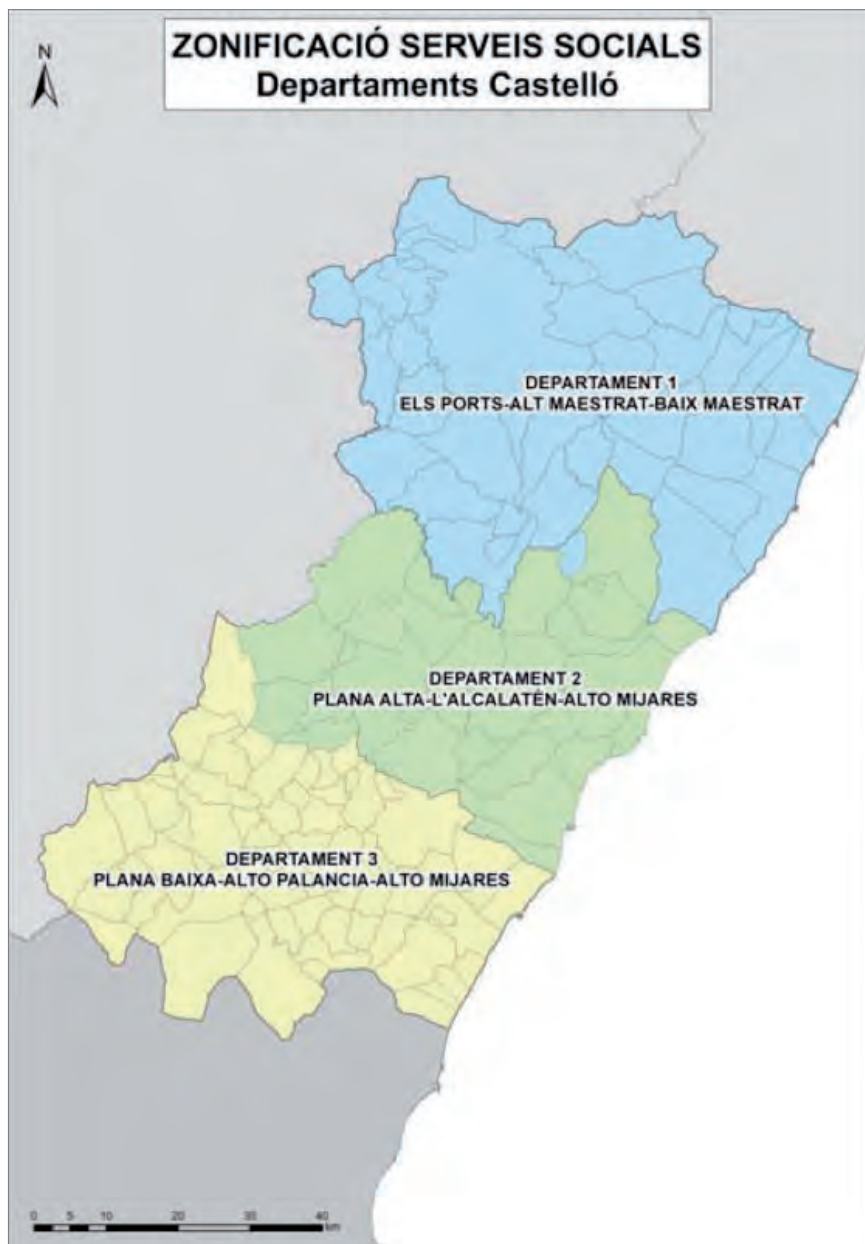
En segon lloc, aquesta informació posa de manifest l'absència d'alguns centres especialitzats en determinades comarques, perquè estan concentrats en comarques específiques com a resultat de decisions sobre ubicació de centres (públics o privats) preses en el passat. L'anàlisi per municipis permet constatar el pes de la ciutat de Castelló de la Plana, seguit de les localitats més poblades, Vila-real, Benicarló i la Vall d'Uixó, a més d'altres municipis més menuts on es van situar alguns d'aquests centres (taula 4.3).

Taula 4.3. Centres segons especialitat per municipis, província de Castelló

COMARCA	Residències acreditades i residències amb centres de dia de majors dependents	Centres de dia acreditats per a majors de pendents	Centres residencials acreditats. Diversitat funcional	Centres residencials acreditats. Malaltia mental	Centres diürns per a persones amb diversitat funcional	Centres diürns per a persones amb malaltia mental	Total de centres
Albocàsser	0	0	0	1	0	0	1
L'Alcora	1	1	0	0	0	0	2
Almassora	2	1	0	0	0	0	3
Benicarló	2	1	2	0	1	0	6
Benicàssim	2	0	0	1	0	0	3
Borriol	0	0	1	0	0	0	1
Borriana	2	0	0	0	1	0	3
Cabanes	1	0	0	0	0	0	1
Castelló de la Plana	9	1	4	0	7	1	22
Les Coves de Vinromà	0	1	0	0	0	0	1
El Forcall	1	0	0	0	0	0	1
Moncofa	1	0	0	0	0	0	1
Montant	1	0	0	0	0	0	1
Morella	1	1	0	0	0	0	2
Navaixes	1	0	0	0	0	0	1
Nules	1	0	0	0	0	0	1
Onda	1	2	0	0	1	0	4
Peníscola	1	0	0	0	0	0	1
Sogorb	2	0	1	0	1	0	4
Torreblanca	1	0	0	0	1	0	2
La Vall d'Uixó	1	1	1	0	2	0	5
Vilafamés	0	0	1	0	0	0	1
Vilafranca	1	0	0	0	0	0	1
Vilafermosa	1	0	0	0	0	0	1
Vila-real	3	1	1	1	1	0	7
Vinaròs	1	2	0	0	0	0	3
Viver	1	0	0	0	0	0	1
	38	12	11	3	15	1	80

4.3 ZONIFICACIÓ DEL SISTEMA PÚBLIC DE SERVEIS SOCIALS A LA PROVÍNCIA DE CASTELLÓ

Per a caracteritzar els serveis socials a la província de Castelló cal, en primer terme, identificar l'estructura territorial d'aquests serveis amb una escala més àmplia fins a arribar a l'àmbit municipal. La distribució territorial s'escomet a partir de quatre nivells: departaments, àrees, zones bàsiques i municipis. L'estructura dels departaments s'assimila a les àrees hospitalàries segons els hospitals de referència existents a la província de Castelló, si bé amb algunes matisacions. El mapa reflecteix aquesta zonificació.



Des de l'enfocament dels informes elaborats per al projecte Avalem Territori és important assenyalar la forma en què la creació de zones bàsiques de serveis socials ha contribuït a crear pactes per l'ocupació i, fins i tot, ha incentivat l'aparició de noves mancomunitats. Tal com s'assenyala des dels pactes per l'ocupació, la creació d'aquestes zones bàsiques per raons fonamentalment relacionades amb una millor prestació de serveis assistencials ha sigut un primer pas per a la col·laboració entre entitats locals que, després d'un període de treball en comú, van donant lloc a col·laboració en altres aspectes del desenvolupament territorial.

DEPARTAMENT 1: ELS PORTS, ALT MAESTRAT I EL BAIX MAESTRAT

El Departament 1, que engloba els Ports, l'Alt Maestrat i el Baix Maestrat amb una població

ÀREA	ZONA BÀSICA	MUNICIPI(S)
1.1	1.1.1. Vinaròs	Vinaròs
1.2	1.2.1. Benicarló	Benicarló
1.3	1.3.1. Peníscola	Peníscola
	1.3.2. Alcalà de Xivert	Alcalà de Xivert
1.4	1.4.1. Baix Maestrat	Càlig Traiguera Rosell La Jana Canet lo Roig San Rafael del Río
	1.4.2. Castelló Nord	Sant Mateu Sant Jordi Santa Magdalena de Pulpis Catí La Salzadella Xert Cervera del Maestrat
1.5	1.5.1. Els Ports	Morella Vilafranca del Cid Forcall Cinctorres La Pobla de Benifassà Portell de Morella Ares del Maestrat Castelfort La Mata de Morella Tudoella Olocau del Rey Zorita del Maestrazgo Vallibona Herbers Villores Palanqués Castell de Cabres
	1.5.2. Alt Maestrat	Albocàsser Benassal Culla Tírig Vilar de Canes La Torre d'en Besora La Serratella

de referència, en el moment de constituir aquests departaments, d'uns 93.000 habitants i 41 localitats, té com a hospital de referència el de Vinaròs. Dins d'aquesta comarca, els serveis es distribueixen en zones bàsiques on destaquen els municipis més grans, Vinaròs i Benicarló, amb àrees integrades únicament per aquests municipis. La situació és molt diferent en el cas de la zona bàsica dels Ports que engloba els 17 municipis que componen la comarca, inclòs en aquesta assignació el municipi de Vilafranca, que amb caràcter general està integrat a la comarca, mancomunitat i Pacte per l'ocupació dels Ports.

Un altre dels elements que es constaten en aquesta estructura de serveis socials és l'opció de separar municipis més grans de municipis més menuts. Aquest fet s'observa amb nitidesa en l'àrea 3 (del departament 1) que inclou Peníscola i Alcalà de Xivert i no planteja integrar combinacions amb el municipi de Santa Magdalena de Polpís. D'altra banda, i serveixen aquests mateixos municipis d'exemple, la distribució és fidel al sistema de comarques històriques i la connexió amb els hospitals de referència, assenyalats en un apartat anterior, i que eviten incorporar en aquest esquema de serveis, el cas de les Coves de Vinromà o Torreblanca.

DEPARTAMENT 2: LA PLANA ALTA, L'ALCALATÉN I L'ALT MIJARES

El departament 2 integra les comarques de l'Alcalatén, la Plana Alta i parcialment l'Alt Millars. Aquest departament és el més important en nombre total d'habitants, amb prop de 270.000 habitants i 29 municipis. És evident que el centre neuràlgic és la ciutat de Castelló de la Plana, que per si sola forma una àrea i zona bàsica, igual que passa amb els municipis d'Almassora, Benicàssim i l'Alcora. D'altra banda, Torreblanca i Orpesa integren una mateixa àrea, amb dues zones bàsiques integrades per cadascun d'aquests municipis amb un aparent salt sobre el terme municipal de Cabanes. Hem d'assenyalar que aquest salt que es produeix en la línia de costa a l'altura de Cabanes afecta els residents en alguns dels emplaçaments turístics de la zona de platja, pròxima a Orpesa i Torreblanca, i que té grups de residents durant tot l'any, i no limitats al període estival.

Com s'ha indicat més amunt, algunes zones bàsiques han afavorit la integració de municipis limítrofs interessats en la prestació de serveis socials, col·laboració que s'ha ampliat a altres aspectes relacionats amb l'aprofitament comú de recursos i plans de desenvolupament que, en més o menys grau, són compartits en el territori. Així, tenim els casos de les zones bàsiques del Penyagolosa, que coincideix amb la Mancomunitat del Penyagolosa-pobles del nord; la zona bàsica de l'Alcalatén i l'Alt Millars que dona lloc a la Mancomunitat i a la constitució del pacte territorial per l'ocupació integrada per tots els municipis de la mancomunitat llevat de Costur. Assenyalarem també la divisió de la comarca de l'Alt Millars entre aquest departament 2 i el número 3, que inclourà els altres municipis que formen la comarca.

Aquesta segmentació de la comarca de l'Alt Millars, hem d'interpretar-la en clau de comunicacions i facilitat d'accés, cosa que indirectament es relaciona amb els hàbits i fluxos ciutadans predominants i que corresponen a l'eix que forma la Vall del Palància i per la connexió amb els hospitals de referència de la Plana a Vila-real i l'hospital de Sagunt.



ÀREA	ZONA BÀSICA	MUNICIPI(S)
2.1	2.1.1. L'Alcora	L'Alcora
	2.1.2. L'Alcalatén - Alto Mijares	Lucena Les Useres Costur Figueroles Villahermosa del Rio Zucaina Ludiente Castillo de Villamalefa
	2.1.3. Penyagolosa	Atzeneta del Maestrat Vistabella del Maestrat Benafigos Xodos
2.2	2.2.1. Plana Alta	Sant Joan de Moró Vilafamés Les Coves de Vinromà La Pobla Tornesa Benlloch Sierra Engarceran
	2.2.2. Cabanes - Vall d'Alba	Cabanes Vall d'Alba Vilanova d'Alcolea La Torre d'en Doménec
	2.2.3. Borriol	Borriol
2.3	2.3.1. Torreblanca	Torreblanca
	2.3.2. Orpesa	Orpesa
2.4	2.4.1. Benicàssim	Benicàssim
2.5	2.5.1. Almassora	Almassora
2.6	2.6.1. Castelló de la Plana	Castelló de la Plana

DEPARTAMENT 3: LA PLANA BAIXA, L'ALT PALÀNCIA I L'ALT MILLARS

El departament 3 de la província de Castelló inclou els altres 65 municipis i atén un nombre aproximat de 272.000 habitants. La ciutat més important és Vila-real que, igual que passa amb les zones bàsiques d'Almenara, Moncofa, Nules, Betxí, les Alqueries, la Vall d'Uixó, Onda, Borriana i Sogorb, estan formades exclusivament per aquests mateixos municipis.

En relació amb el projecte Avalem Territori, destaquem la zona bàsica d'Espadà-Millars, unida a la mancomunitat del mateix nom i amb el pacte per l'ocupació que funciona des del principi d'aquest projecte de LABORA. Una altra de les zones destacables és l'Alt Palància, dividit en dues zones bàsiques, la zona nord i sud, que van marcades pel municipi de Navaixes. Cal no oblidar la potencialitat de la Mancomunitat de l'Alt Palància pel que fa a l'oferta de serveis socials i suport a la població comarcal, la qual s'inicia molt abans de la implantació d'aquests plans de demarcació territorial que han motivat la divisió en aquestes dues àrees bàsiques de la comarca. Finalment, assenyalem el cas de l'Alt Millars, amb els municipis que integren la zona bàsica i que ha permès posar en funcionament la Mancomunitat Riu Millars, que previsiblement ampliarà les seues actuacions a altres aspectes relacionats amb la prestació de serveis i el desenvolupament territorial.

Pel que fa a la integració d'aquests departaments i els hospitals de referència, es constata que no succeeix en el cas de l'hospital de Sagunt, que és el centre de referència per als municipis de la Vall del Palància, qüestió que afecta especialment la comarca de l'Alt Palància.

ÀREA	ZONA BàSICA	MUNICIPI(S)
3.1	3.1.1. Almenara	Almenara
	3.1.2. Xitxes	Xitxes La Llosa Alfondeguilla
	3.1.3. Moncofa	Moncofa
3.2	3.2.1. Nules	Nules
	3.2.2. Betxí	Betxí
	3.2.3. La Vilavella - Artana - Eslida	La Vilavella Artana Eslida
	3.2.4. Les Alqueries	Les Alqueries
3.3	3.3.1. La Vall d'Uixó	La Vall d'Uixó
3.4	3.4.1. Onda	Onda
3.5	3.5.1. Espadán - Mijares	Ribesalbes Tales Suera Fanzara Alcudia de Veo Ayódar Ain Argelita Toga Fuentes de Ayódar Torrechiva Espadilla Torralba del Pinar Villamalur Vallat
	3.5.2. Alto Mijares	Montanejos Montán Cortes de Arenoso Cirat Puebla de Arenoso Arañuel
3.6	3.6.1. Borriana	Borriana
3.7	3.7.1. Vila-real	Vila-real
3.8	3.8.1. Alto Palancia 1	Jérica Viver Caudiel Bejis El Toro Teresa Torás Gaibiel Barracas Benafer Pina de Montalgrao Matet Sacañet Pavias Villanueva de Viver Higueras Fuente la Reina
	3.8.2. Alto Palancia 2	Altura Soneja Castellnovo Navajas Geldo Sot de Ferrer Azuébar Chóvar Vall de Almonacid Algimia de Almonacid Almedijar
	3.8.3. Segorbe	Segorbe



4.4 EL PAPER DE LA DIPUTACIÓ DE CASTELLÓ

Les diputacions provincials han condicionat les diferències territorials dels serveis socials oferits. En aquest sentit, la Diputació de Castelló va impulsar una de les fórmules inicials d'ajuda a les famílies amb persones majors dependents, amb la posada en marxa de les unitats de respir l'any 2017. La unitat de respir familiar és un recurs dirigit a persones majors amb problemes de discapacitat física o en fase inicial de deterioració cognitiva. La finalitat del servei era millorar el nivell d'autonomia personal d'usuaris directes dels centres i fomentar les relacions personals a fi de facilitar la permanència d'aquestes persones en el seu entorn habitual. Es tractava d'unitats destinades a ajudar les famílies, amb la idea d'alleujar la sobrecàrrega per a les famílies cuidadores que comporta l'atenció a persones dependents. La idea central de la unitat s'articulava en l'atenció de la persona dependent durant unes quantes hores al dia a fi de permetre l'activitat laboral principal de les persones encarregades de cuidar-la i, al seu torn, sense assumir desplaçaments o trasllats a centres residencials. És a dir, es tractava d'un recurs que facilitava la conciliació de la vida personal, familiar i laboral.

Aquestes unitats de respir es van crear com una mesura de política municipal consistent a oferir un conjunt de serveis d'ajuda a les famílies i, sobretot, es van centrar en petits municipis com a principals destinataris, municipis on no són viables residències o altres tipus de centres. Hem d'assenyalar també el paper que aquestes unitats han exercit en l'entorn immediat de l'usuari a l'hora de facilitar-li la permanència en el municipi. En aquest sentit, les unitats de respir es van vincular de bell principi a l'estratègia de la Diputació de Castelló respecte a la despoblació, ja que es tracta d'un servei central per a la permanència en el municipi de les persones majors ateses.

Les unitats de respir que van tenir com a element motor i de finançament la Diputació de Castelló s'han adaptat als requisits de la Llei valenciana de serveis socials inclusius i s'han transformat en un servei de promoció de l'autonomia personal (SPAP) que ofereixen els ajuntaments que tenen menys de 10.000 habitants i que la Diputació continua finançant.

Els objectius concrets de les unitats de SPAP es detallen a continuació:

- Prestar assistència tècnica i econòmica i la supervisió que garantisca als ajuntaments de població inferior a 10.000 habitants capacitat econòmica i de gestió, en l'exercici de les seues competències en matèria de serveis socials.
- Col·laborar en la provisió dels serveis socials, d'acord amb la planificació estratègica de la Generalitat.
- Impulsar la conciliació familiar i laboral, especialment en els municipis en risc de despoblació.
- Optimitzar les oportunitats de salut, participació i seguretat amb la finalitat de millorar la qualitat de vida a mesura que les persones envelleixen.
- Promoure l'envelliment actiu, la conciliació familiar i les activitats socials.

L'any 2022 el nombre de SPAP existents a la província de Castelló assoleix els 97 municipis; s'adjudica a tots els sol·licitants amb l'únic requisit de sol·licitar-ho i que no hi haja en la localitat altres centres com ara residències o centres de dia acreditats. Aquesta condició reforça la idea que es tracta d'una mesura que fa front també a la despoblació, tal com s'assenyala en els objectius.

Les dades, segons comarques i municipi el 2022 indiquen SPAP a les comarques i els municipis següents:

- L'ALCALATÉN: Atzeneta del Maestrat, Figueroles, Lucena del Cid, Les Useres.
- L'ALT MAESTRAT: Albocàsser, Ares del Maestrat, Benassal, Catí, Culla, Tírig, Torre d'en Besora.
- L'ALT MILLARS: Arañuel, Argelita, Ayódar, Castillo de Villamalefa, Cirat, Cortes de Arenoso, Espadilla, Fanzara, Fuentes de Ayodar, Ludiente, Montan, Montanejos, Puebla de Arenoso, Toga, Torrechiva, Villahermosa del Río, Villamalur
- ALTO PALANCIA: Altura, Algimia de Almonacid, Almedijar, Azuebar, Castellnovo, Caudiel, Geldo, Jérica, Pina de Montalgrao, Soneja, Sot de Ferrer, Torás, El Toro, Vall de Almonacid, Villanueva de Viver, Viver.
- BAIX MAESTRAT: Càlig, Canet lo Roig, Cervera del Maestre, La Jana, Peñíscola, Poble de Benifassà, Rossell, La Salzadella, Sant Jordi, Sant Mateu, San Rafael del Río, Santa Magdalena de Pulpis, Traiguera, Xert.
- PLANA ALTA: Benlloc, Borriol, Cabanes, Les Coves de Vinromà, Sant Joan de Moró, La Serra d'en Galzeràn, La Serra d'en Galzeràn (Els Ibarsos), La Serratella, La Torre d'en Domènec, La Vall d'Alba, Vilafamés, Vilanova d'Alcolea
- PLANA BAIXA: Ain, Alcudia de Veo, Artana, Eslida, La Llosa, Moncofa, Ribesalbes, Suera, Tales, La Vilavella, Xilxes.
- ELS PORTS: Castellfort, Cinctorres, Forcall, Herbers, La Mata, Morella, Olocau del Rey, Palanques, Portell de Morella, Todolella, Vallibona, Villores, Zorita del Maestrazgo.

La llista anterior de centres per a aconseguir l'autonomia personal (SPAP) mostra la importància que la xarxa de la Diputació té en el territori. Aquesta iniciativa s'ha convertit en el germen dels serveis socials de moltes de les mancomunitats que centralitzen aquest quefer en l'àmbit provincial.

4.5 EL CONTEXT D'ECONOMIA DE LES CURES DES DEL PUNT DE VISTA LABORAL

Per a l'anàlisi del mercat laboral castellonenc relacionat amb l'economia de les cures s'han tingut en compte tres fonts d'informació: les dades disponibles sobre el sector de cures i la distribució en el territori que apareixen en els apartats anteriors; els resultats presentats



pels pactes per l'ocupació que han participat en aquesta part de l'informe i, finalment, el resultat d'entrevistes a agents territorials i experts universitaris que treballen directament en la prestació de serveis socials i de les cures.⁴ Així doncs, i d'acord amb aquesta informació, es poden fer les afirmacions següents en relació amb la importància de les activitats relacionades amb les cures:

- Es tracta d'un sector en creixement, conseqüència de l'evolució de la població, del grau d'envelliment i de la situació de despoblació a les comarques d'interior de la província de Castelló. Les dades demogràfiques, provincials, de la Comunitat Valenciana i per al conjunt d'Espanya mostren projeccions a 15 i 30 anys amb un nombre absolut de persones dependents elevat que, a més, tindran un impacte destacat en termes relatius, situació que exigirà una quantitat de professionals de les cures molt superior a l'actual. Els centres que donen suport als SPAP es convertiran en una peça central en un context laboral amb implicació plena de tots els membres d'una mateixa família en edat laboral. És a dir, en la mesura que es complisquen els objectius d'increment en la població activa, més necessari serà disposar de professionals que promoguen els SPAP.
- Situació actual molt feminitzada. En algunes comarques, les dades de dones dedicades a aquestes faenes supera el 90% de l'ocupació total, xifra que s'incrementa fins pràcticament el 100% quan es tracta de faenes que no demanen tanta qualificació acadèmica i professional. La connexió entre ocupació femenina i poca qualificació implica una discriminació laboral *de facto* que té conseqüències evidents en el salari percebut. La normalització del sector passa per més integració d'homes en les plantilles de centres de cures.
- Ocupació femenina en el segment informal de l'economia pròxim al 100%, amb elevada presència d'immigrants i amb una edat superior a 45 anys. Els requisits d'accés a certificats de professionalitat exclouen, de fet, una part important del col·lectiu de dones immigrants que no tenen la formació mínima d'accés a la professionalització.
- Dones amb baixa qualificació acadèmica (equivalent a graduat escolar —antiga educació general bàsica— o, fins i tot es limita a certificats d'escolaritat). Aquest fet té com a conseqüència la impossibilitat d'adquirir certificats de professionalitat que exigeixen el certificat d'estudis d'ESO superat. L'obtenció de certificats oficials de qualificació exigeix superar l'acreditació d'estudis bàsics, requisit que implica una dificultat afegida.
- Ús de la figura contractual de treballadors de la llar com a instrument de cobertura legal que supleix els contractes de personal dedicat a cures. Els contractes de treballador o treballadora de la llar (majoritàriament dones) no requereix formació prèvia ni certificat de professionalitat i, a més, està bonificat quan l'ocupador és una unitat familiar. El resultat, fins i tot en aquest context d'una certa regulació laboral, mostra un pes inferior del segment de cures al que efectivament li correspon.
- Problemes de mobilitat. Aquesta és una qüestió que es repeteix en el col·lectiu que acabem d'assenyalar i és una barrera per a ocupació localitzada en l'àmbit comarcal. Cal tenir en compte que l'atenció en residències tendeix a exigir jornades organitzades en torns de treball que, de fet, es compliquen quan la mobilitat del treballador o la treballadora és reduïda i no hi ha transport públic.

⁴Aquest informe disposa d'informació obtinguda gràcies a la col·laboració del Laboratori de Serveis Socials Benicarló-Vinaròs de la Universitat Jaume I. També s'ha tingut en compte informació derivada del projecte de recerca sobre envelliment actiu.

- Poca presència d'empreses locals o comarcals. La major part de les empreses gestores de residències i altres centres d'atenció a persones dependents són externes al territori, si bé fan contractacions i donen feina a la comarca on se situen els centres. En l'espai urbà és més alta la presència d'empreses de residències i gestió de cures enfront de l'àmbit rural, en què el paper d'ajuntaments i mancomunitats és superior en termes relatius.
- Posada en marxa incipient d'iniciatives d'economia social (cooperatives) en municipis menuts amb l'ajuda dels ajuntaments o mancomunitats que faciliten mitjans tècnics que van de locals a cuines i vehicles de transport.
- Des del punt de vista territorial, l'escenari en dades absolutes és millor en zones urbanes, amb densitats demogràfiques més altes. El suport proporcionat per la Diputació de Castelló ha permès l'existència d'una xarxa bàsica d'acompanyament en tots els municipis de la província, cosa que ha permès minimitzar les diferències existents entre els dos àmbits territorials.

A manera de resum i conclusió, destaquem el potencial de l'economia de les cures per a la creació d'ocupació i la necessitat de professionalitzar aquest àmbit amb formació ajustada i certificats de professionalitat. Els pactes per l'ocupació (és a dir, mancomunitats i ajuntaments) han d'adoptar mesures tendents a implementar cursos de formació i cursos que oferisquen l'opció d'aconseguir certificats de professionalitat i que, a més, ajuden a reduir el pes de l'economia informal en aquest sector.



4.6 L'ECONOMIA DE LES CURES I ELS PACTES PER L'OCUPACIÓ

4.6.1 MUNICIPIS CERÀMICS. VISIÓ DE L'ECONOMIA DE LES CURES

Olga Oruña

A continuació oferim, amb la participació del Pacte per l'ocupació dels municipis ceràmics castellonencs, una aproximació qualitativa a l'economia de les cures en el territori de referència, en particular a la cura dels majors. Hem optat per una anàlisi a escala municipal.

VILAFAMÉS

El municipi de Vilafamés disposa del Servei de Promoció de l'Autonomia Personal (antiga unitats de respir familiar). Dins del Pla Convivent de la GVA, s'ha projectat la construcció d'un centre de dia.

I, finalment, la Mancomunitat de Serveis Socials de la Plana Alta (en la qual estan inclosos) també ofereix servei d'atenció a persones majors i dependents a través d'ajuda domiciliària, servei que ha subcontractat a l'empresa Ayuda Familiar de Castellón, perquè és molt difícil trobar persones formades en l'ajuda a domicili; i la realització de cursos per a cuidadors i cuidadores no professionals.

L'ALCORA

El municipi disposa d'un equip base de serveis socials format per quatre treballadores socials, una coordinadora i una educadora, que ofereix assessorament en la sol·licitud i tramitació d'ajudes, orienta sobre els recursos i fa el seguiment del procés. L'Ajuntament de l'Alcora disposa d'un servei d'atenció domiciliària que té subcontractat amb l'empresa Estem per Tu.

Disposa d'una unitat de respir a través de l'Associació de Familiars d'Alzheimer, per a atendre malalts d'Alzheimer i d'altres demències. També té unes instal·lacions que ofereixen atenció social i sanitària, orientació a la realitat i teràpies cognitives i funcionals. Finalment, al municipi hi ha una residència d'ancians, Hogar Madre Rosa Ojeda, concertada amb la Conselleria d'Igualtat de la Generalitat Valenciana.

BORRIANA

Al municipi de Borriana hi ha una residència de la tercera edat que pertany a la Generalitat Valenciana, un centre de dia, també de la Conselleria (en remodelació per qüestions d'adaptació al transport, però funcionant), una residència d'ancians de Càritas interparroquial, de gestió privada en concert amb la Generalitat Valenciana, i un CEAM, Centre Especialitzat d'Assistència a Majors de la Conselleria.

L'Ajuntament disposa d'un servei d'ajuda a domicili amb cinc treballadors familiars a jornada parcial, vinculat a la situació de dependència. S'imparteixen alguns cursos per a cuidadors i cuidadores no professionals organitzats per l'AFA (Associació de Familiars d'Alzheimer), la Creu Roja i la Diputació de Castelló. Finalment, l'Ajuntament ha sol·licitat un taller d'ocupació amb un mòdul d'especialització de treballador familiar o auxiliar d'ajuda a domicili.

ALMASSORA

Al municipi d'Almassora hi ha tres residències d'ancians. La Residència de Tercera Edat i Centre de Dia Vicente Vilar, pública, amb capacitat per a 56 persones més 15 del centre de dia; la Residència de Santa María Rosa Molás, privada, amb capacitat per a 58 persones (places privades i concertades); i la Unitat de Respir-Centre de Dia Salomé Moliner, a Santa Quitèria, destinada a persones de la tercera edat amb Alzheimer.

Hi ha una oferta formativa adequada. El Departament de Serveis Socials ofereix cursos gratuïts al llarg de tot l'any destinats a persones majors; cursos de memòria, agilitat mental, manualitats, etc. per a evitar deterioració cognitiva. Aquests cursos s'imparteixen als centres socials de Sant Felip, Corell i Fàtima. El Departament d'Ocupació té previst un curs de 30 hores, Cures a persones dependents, impartit al Centre de Formació d'Almassora, per a 15 alumnes. El Departament de Serveis Socials programa un curs anual destinat als cuidadors de persones dependents al municipi, segons la legislació relativa a dependència.

Hi ha una empresa, Mimamos tus pasos, que proporciona personal per a atenció de persones majors o dependents, acompanyament, personal intern, cures hospitalàries, etc. Càritas també disposa de borsa de treball i contactes per a cobrir aquesta demanda.

L'Ajuntament, a més, proporciona programes destinats a teleassistència, menjar a domicili i atenció a majors.

SANT JOAN DE MORÓ

El municipi de Sant Joan de Moró disposa del Servei de Promoció de l'Autonomia Personal (antiga Unitats de Respir Familiar). Dins del Pla Convivent de la GVA, s'ha projectat la construcció d'una residència de la tercera edat.

I, finalment, la Mancomunitat de Serveis Socials de la Plana Alta (en la qual estan inclosos) també ofereix serveis d'atenció a persones majors i dependents a través d'ajuda domiciliària mitjançant l'empresa Ayuda Familiar de Castellón i la realització de cursos per a cuidadors i cuidadores no professionals.

BETXÍ

Al municipi de Betxí hi ha un centre de dia, equipat però encara no està en funcionament. A les instal·lacions d'aquest centre, l'Associació de Familiars d'Alzheimer d'Onda ofereix servei gestionant una unitat de respir.

D'altra banda, el departament de serveis socials de l'Ajuntament de Betxí, que té set treballadors (dos treballadors socials, dos administratius, un educador social, un psicòleg i un assessor jurídic) quatre a temps complet i tres a temps parcial, gestionen i tramiten, dins del marc de la dependència, les ajudes corresponents i fan les visites de valoració i altres gestions.

A través de la Diputació de Castelló s'organitza almenys un curs a l'any dirigit a cuidadors i cuidadores no professionals.

Les empreses Toda una vida i Estem per tu són les que ofereixen ajuda domiciliària al municipi.

COSTUR

Al municipi de Costur, a través de la Mancomunitat Alcalatén-Alt Millars, tenen un psicòleg i un treballador social que presta servei un dia per setmana i col·labora en la tramitació d'ajudes dins del marc de la dependència. No hi ha residència d'ancians, centre de dia ni unitat de respir; i no es preveu que s'hi instal·le cap d'aquests serveis. Finalment, hi ha un telèfon de teleassistència gestionat per la Creu Roja.

LES ALQUERIES

El municipi disposa d'un Equip Base de Serveis Socials format per una treballadora social, una educadora social i una treballadora familiar.

Els serveis socials generals són de caràcter global i polivalent, gestionen afers socials de qualsevol ciutadà del municipi i el desenvolupament comunitari i la prevenció primària de situacions de segregació o de marginació. Disposen dels programes següents:

1. Programa d'informació, d'assessorament i orientació sobre els drets i recursos socials per a la resolució de les necessitats dels veïns de les Alqueries.
2. Programa d'emergència social que té per objectiu l'atenció de les necessitats bàsiques de les persones que no poden satisfer per si mateixes, mitjançant la concessió d'ajudes



econòmiques de caràcter extraordinari i finalista, destinades a pal·liar les situacions en què es puguen trobar les persones afectades per un estat de necessitat. El requisit per a poder accedir a aquesta mena d'ajudes és estar empadronat almenys sis mesos en el municipi.

3. Programa de convivència, amb l'objectiu d'afavorir la integració comunitària. Aquest programa és un servei d'ajuda a domicili que presta la treballadora familiar traslladant-se als domicilis de les persones que ho necessiten. D'altra banda, la treballadora social, en col·laboració amb la treballadora social de l'Associació de Familiars d'Alzheimer, tramita ajudes en el marc de la dependència i a través d'aquesta associació el municipi disposa d'una unitat de respir situada en dependències municipals.

4.6.2 L'ALT PALÀNCIA. VISIÓ DE L'ECONOMIA DE LES CURES

María José Villalba

L'ESCENARI SOCIAL DE LA COMARCA, FAVORABLE A L'ECONOMIA DE LES CURES

L'Alt Palància és una de les comarques valencianes, juntament amb el Camp de Túria i el Baix Segura, amb una esperança de vida més alta: 85,20 anys per a les dones i 80,37 anys per als homes (font: Indicadors demogràfics subprovincials. Natalitat i mortalitat, 2015. Comunitat Valenciana. Any 2020. Portal Estadístic de la Generalitat Valenciana).

En aquest context, la prestació de serveis a la població, de manera especial a la tercera edat, apareix com una qüestió rellevant en relació amb la necessària millora de la qualitat de vida d'aquestes persones, però també com a font d'ocupació.

Després de la situació de crisi sanitària que hem viscut a causa de la covid-19, la sanitat s'ha convertit en un sector laboral amb necessitats permanents de professionals. L'atenció a persones majors i dependents a domicili (personal SAD), treball social, auxiliar de geriatria i infermeria, treballadors i treballadores de centres d'atenció en residències, personal de neteja i assistents domèstics s'han convertit en professions essencials. El foment d'aquests perfils a la comarca pot obrir vies de nous projectes de faena per a atendre els majors i persones dependents de la zona, ja que, juntament amb l'acció de les entitats locals, empreses privades i agents del territori, poden crear-se centres multifuncionals per a una atenció integral i centrada en aquestes persones.

En aquest escenari demogràfic, en què l'envelliment és una característica social, hi ha un extens camp d'oportunitats i d'ocupabilitat. De fet, cada vegada més es reben ofertes d'empreses i entitats privades que busquen professionals formats en aquests camps, hi ha processos de selecció públics per al servei d'atenció a domicili i les persones sense faena busquen formar-se en aquest àmbit a través de l'educació reglada de formació professional o de formació professional per a l'ocupació, com ara els certificats de professionalitat.

D'una banda, hi ha les persones cuidadores no professionals que treballen en domicilis privats, amb contracte o sense, dones la immensa majoria (99,9%), amb baixa formació i sense estudis bàsics obligatoris (ESO). Encapçalen aquest col·lectiu les dones llatinoamericanes, principalment veneçolanes, sense estudis homologats a Espanya, la qual cosa els impedeix accedir a obtenir un certificat de professionalitat.

D'altra banda, l'escassetat de personal en el sector és una realitat, potser condicionada per les condicions laborals. Les jornades de treball que s'ofereixen són, majoritàriament, a temps parcial, amb horaris discontinus, en caps de setmana i amb salaris baixos, i per això són poc atractives per a les persones que estan en cerca activa de feina.

EL PACTE TERRITORIAL DE L'ALT PALÀNCIA

El Pacte territorial per l'ocupació i el desenvolupament local de l'Alt Palància està format per 28 ajuntaments, tots integrants de la Mancomunitat Alt Palància, l'Ajuntament de Sogorb, l'organització empresarial (FECAP) i les organitzacions sindicals CCOO i UGT.

El Pacte per l'ocupació forma part del Pla Avalem Territori impulsat per LABORA i té la col·laboració del Ministeri de Treball i Economia Social. Amb aquest programa, LABORA Servei Valencià d'Ocupació i Formació, vol redefinir les polítiques actives per a fer polítiques territorials per a l'ocupació de caràcter transversal i més adaptades a les necessitats reals. Per això, una de les funcions del pla d'ocupació territorial és identificar els nous nínxols de treball i les necessitats formatives del territori.

L'anàlisi que s'ha fet dins del Pacte per l'ocupació sobre el sector de les cures a majors i dependència a la comarca de l'Alt Palància ens ha permès identificar els serveis públics i privats, les infraestructures i la formació, entre altres aspectes, a la comarca.

ÀREA DE BENESTAR SOCIAL DE LA DIPUTACIÓ DE CASTELLÓ

a. Servei de teleajuda domiciliària. La Diputació Provincial de Castelló disposa d'un Servei de Teleajuda Domiciliària dirigit als ciutadans domiciliats als municipis d'aquesta província que, per raó d'edat, malaltia o discapacitat física o sensorial, i en situació de soledat o a càrrec de persones dependents, necessiten l'assignació d'aquest servei per a millorar la seua qualitat de vida i possibilitar, així, que puguen romandre en l'entorn immediat habitual.

b. Servei de teleassistència. La teleassistència domiciliària és un servei d'atenció integral i gratuït que té com a objectiu ajudar en els casos de soledat no desitjada i d'acompanyament als nostres majors de la província de Castelló. Les persones majors tenen el dret a continuar vivint a sa casa, perquè aquestes són les seues arrels, i aquest servei ho fa possible assegurant-los, tant a ells com als familiars, acompanyament, seguiment pròxim i protecció integral. Aquest servei funciona a través d'una línia telefònica i un polsador portàtil a casa dels majors que poden usar en cas d'emergència a qualsevol hora tots els dies de la setmana. Aquest servei, però, va més enllà d'emergències sanitàries. El centre d'atenció estableix comunicacions periòdiques amb les persones majors, té un control de cites sanitàries i permet qualsevol comunicació que l'usuari vulga establir amb professionals especialitzats en matèries sociosanitàries i psicològiques. Aquest servei poden sol·licitar-lo totes les persones empadronades a la província de Castelló (excepte Castelló capital) a través dels serveis socials de base de cada municipi.

c. Unitats de respir familiar. En col·laboració amb els ajuntaments de la província de Castelló, la Diputació Provincial de Castelló ha promogut l'habilitació d'unitats municipals de respir familiar, i ha assumit els costos d'equipament i manteniment d'aquestes unitats. Constituintes com a unitats d'estada temporal diürna, preferentment es destinen a persones majors amb problemes de discapacitat física o en fase inicial de deterioració cognitiva. Ofereixen



als usuaris atenció integral, individualitzada i dinàmica, de caràcter sociosanitari i de suport familiar, amb la finalitat de millorar el seu nivell d'autonomia personal mentre estan en el seu entorn i, alhora, constitueixen un recurs idoni de conciliació familiar i laboral dels familiars o cuidadors a càrrec d'aquestes persones.

De titularitat municipal, però també amb accés a persones majors domiciliades en localitats limítrofes, actualment disposen d'unitat municipal de respir les localitats de l'Alt Palància següents: Altura, Castellnou, Caudiel, Xèrica, Pina, Sot de Ferrer i Viver. A Soneja es crea una nova unitat de respir, ara anomenat Servei de Promoció per a l'Autonomia Personal (SPAP), amb capacitat per a huit persones.

CONSELLERIA D'IGUALTAT I POLÍTIQUES INCLUSIVES DE LA GENERALITAT VALENCIANA

a. Habitatges tutelats per a persones majors. N'hi ha a Castellnou, Xèrica i Viver. Ofereixen estada de 365 dies, 24 hores i tenen habitacions adaptades, àmplies i confortables, servei de neteja i bugaderia.

b. Residències per a la tercera edat. N'hi ha quatre. La Residencia para Personas Mayores i Centro de Día de Segorbe (pública). El Centro Residencial de la Tercera Edad Virgen de la Esperanza de Sogorb (privada). La Residencia Tercera Edad Navas Altas de Navajas (places concertades). I la Residencia Tercera Edad Viver de las Aguas (gestió privada i concertada).

c. Pla Convivint d'Infraestructures de Serveis Socials 2021-2025 de la Generalitat Valenciana.

d. Centres de dia i punts d'atenció. El centre de dia és un espai matinal on les persones majors reben cures i fan tallers, activitats i exercicis. Estan dissenyats per a millorar l'autonomia de la persona i mitigar-li les mancances físiques, cognitives o funcionals. En el període 2021-2025 es construirà un centre de dia a Soneja amb punts d'atenció rurals a Xóvar, Castellnou i Sot de Ferrer. També s'alçarà un centre de dia a Montanejos amb punt d'atenció rural a Pina. Els punts d'atenció rurals són seccions d'un centre de dia de referència pròxim que és atès per personal qualificat de les nou del matí a les cinc de la vesprada de manera permanent. Fins a aquests punts d'atenció també acudirán amb la periodicitat que es determine professionals del centre de referència per a la prestació específica de determinats serveis.

Es construirà una residència comarcal per a persones de la tercera edat a Altura amb punts d'atenció a Toràs, Teresa i Viver.

SERVEI D'ASSISTÈNCIA A DOMICILI (SAD) DE LA MANCOMUNITAT DE L'ALT PALÀNCIA

És un servei orientat a persones i famílies que tenen problemes per a fer les activitats elementals de la vida diària. Proporciona atenció directa a domicili mitjançant intervencions que afavorisquen la permanència i integració d'aquestes persones i famílies en el seu entorn habitual. Les activitats es dirigeixen a la persona usuària quan no pot fer-les per si mateixa o quan necessita ajuda per a la higiene i cura personal; ajuda per a menjar; supervisió, si cal, de la medicació i de l'estat de salut; ajuda a la mobilització dins de casa; acompanyament fora del domicili; facilitació d'activitats d'oci a casa; altres atencions de caràcter

personal; activitats i tasques que es fan de manera quotidiana a casa: alimentació, roba, neteja i manteniment de l'habitatge.

EMPRESES PRIVADES QUE PRESTEN SERVEIS A LA COMARCA

Hi ha tres empreses que presten serveis d'ajuda a domicili: Servocops de Ayuda a Domicilio Hogaria, SL, situada al Port de Sagunt; Atentia, Servicios de Ayuda a Domicilio, situada a Alboraia, i Iniciativa Social Integral per al Benestar, SL, de València capital.

FORMACIÓ OFICIAL

A l'IES Alto Palancia (Sogorb), s'imparteix el curs de formació professional de grau mitjà Atenció a persones en situació de dependència.

A través dels tallers d'ocupació de LABORA, es fan a la comarca diversos cursos conduents a obtenir un certificat de professionalitat: Atenció sociosanitària a domicili de persones dependents i Atenció sociosanitària en institucions socials de persones dependents. Modalitat formació i ocupació, 1.920 hores. Formació requerida: ESO.

Formació bàsica en cures a persones dependents, curs teoricopràctic de 40 hores, oficial, subvencionat per la Diputació de Castelló i organitzat pel Pacte Territorial d'Ocupació de l'Alt Palància.

Curs per a persones cuidadores no professionals, curs teoricopràctic de 25 hores, oficial, subvencionat per la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives i organitzat pel Pacte Territorial d'Ocupació de l'Alt Palància i l'Àrea de Serveis Socials, dirigit a totes les persones cuidadores no professionals registrades en Serveis Socials.



4.6.3 ELS PORTS DE MORELLA. VISIÓ DE L'ECONOMIA DE LES CURES

Daniel Bergadà

La llista d'equipaments de la comarca dels Ports per a la tercera edat ascendeix a 15: nou llars i clubs per a persones majors, un habitatge tutelat per a persones majors, dos centres de dia per a persones majors i tres residències per a persones majors dependents.

La distribució territorial és la següent:

- Cinctorres: habitatges tutelats per a persones majors.
- El Forcall: residència per a persones majors dependents.
- Herbers: llars i clubs per a persones majors.
- La Mata de Morella: llars i clubs per a persones majors.
- Morella: dos clubs i llars per a persones majors, un centre de dia per a persones majors i una residència per a persones majors dependents.
- Olocau del Rei: llars i clubs per a persones majors.
- El Portell de Morella: llars i clubs per a persones majors.
- La Todolella: llars i clubs per a persones majors.
- Vallibona: llars i clubs per a persones majors.
- Vilafranca: centre de dia per a persones majors. Residència per a persones majors dependents.
- La Pobla de Benifassà: llars i clubs per a persones majors.

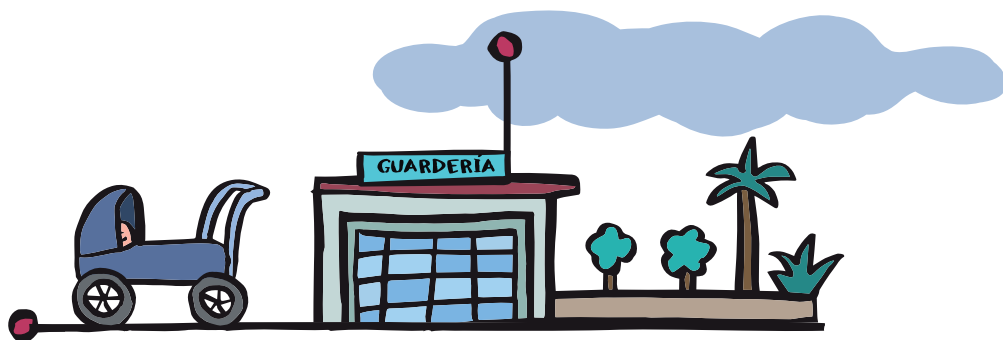
No hi ha cap mena de recurs per a persones majors als municipis d'Ares del Maestrat, Castellfort, Palanques, Villores, Sorita i Castell de Cabres, els més menuts.

Aquest equipament té en l'actualitat l'oferta de places següent: 172 places residencials distribuïdes en 40 places a la residència del Forcall, 68 a la residència de Morella i 64 places a la residència de Vilafranca. En l'actualitat hi ha projectada l'ampliació de la residència per a persones majors a la localitat del Forcall en 20 places més, i també s'ha aprovat una nova residència al municipi de la Todolella.

Recursos addicionals, privats i públics. A més dels recursos esmentats, a la comarca dels Ports també hi ha alguns projectes per a ampliar els recursos tradicionals. Al municipi de Palanques hi ha una iniciativa d'alguns particulars, que han denominat Repensem Palanques, que consisteix a prestar servei d'ajuda a les persones majors del municipi. Aquests serveis consisteixen a fer menjars, per a la qual cosa tenen disponible una cuina propietat de l'Ajuntament de Palanques, que després reparteixen entre els usuaris. A més, s'hi vol incloure un servei d'atenció a la tercera edat com ara l'acompanyament al metge, a fer la compra i a la farmàcia. Aquesta proposta encara està en procés de desenvolupament. També hi ha un servei denominat Itinerant (GVA) en què, a partir d'una llarga llista de serveis, els professionals que els presten es desplacen a demanda als municipis que sol·liciten els seus serveis.

Formació i cursos relacionats amb la tercera edat. En l'actualitat hi ha dues formacions reglades de cicle formatiu de grau mitjà de formació professional en Atenció a persones en situació de dependència, a l'Institut de Vilafranca i Morella. A més, la Diputació de Castelló ofereix un curs de 36 hores: Formació bàsica en cures a persones dependents.

L'any 2022 s'han detectat problemes per a cobrir els llocs de treball a les residències per a majors dependents. Concretament, a la residència San Juan Bautista de Morella falten per cobrir dos llocs d'infermeria i dos llocs d'auxiliars d'infermeria. La direcció del centre informa sobre les dificultats que tenen per a cobrir els llocs de treball sanitaris durant tot l'any. El principal problema són els baixos nivells salarials dels treballadors i també la falta d'habitatge perquè treballadors forans de la comarca puguin cobrir aquests llocs de treball. També hi influeix la falta de formació i la falta d'un centre de formació per a millorar la qualificació dels treballadors.



GUARDERÍA

CENTRO DE MAYORES

PEDIATRÍA





05

L'ECONOMIA
DE LES CURES
A ALACANT



Juan López Jiménez
Antonio Martínez Puche
Universitat d'Alacant

5.1. L'ECONOMIA DE LES CURES A LA PROVÍNCIA D'ALACANT.
CONSIDERACIONS GENERALS

5.2. ELS PACTES PER L'OCUPACIÓ ALACANTINS I L'ECONOMIA
DE LES CURES. REFERÈNCIES TERRITORIALS

05

L'ECONOMIA DE LES CURES A ALACANT

Juan López Jiménez
Antonio Martínez Puche
Universitat d'Alacant

5.1 L'ECONOMIA DE LES CURES A LA PROVÍNCIA D'ALACANT. CONSIDERACIONS GENERALS

La dimensió de l'economia i els treballs de les cures a la província d'Alacant estan influenciats per diversos factors sociodemogràfics que afecten l'atenció social, de manera directa o indirecta. La dimensió del mercat laboral s'ha d'equiparar als escenaris i les necessitats en l'economia de les cures del territori. Entre els factors sociodemogràfics d'aquest territori hi ha l'estructura de la població i la composició de les llars. L'indicador sociodemogràfic de l'esperança de vida de la població de més de 65 anys a la província d'Alacant ha derivat en una reducció de la taxa de mortalitat i, per tant, en un augment de l'índex de longevitat. S'uneix a aquest indicador la davallada sostinguda de la natalitat com a element per a entreveure unes necessitats actuals en atenció i dependència que augmentaran per l'envelliment progressiu de la població.

S'observa un canvi en la composició de les llars que ha evolucionat fins a assolir un percentatge més alt de llars unipersonals, moltes de persones de més de 65 anys, que requereixen més atenció i assistència dels serveis socials i sanitaris. Així mateix, la presència des de fa anys d'un nombre considerable de llars monoparentals amb algun fill de menys de 25 anys eleva la necessitat d'atenció a les necessitats físiques, psicològiques i emocionals de la població.

En aquest context, la població amb discapacitat a la província d'Alacant en el període comprès entre els anys 2013 i 2021 ha evolucionat en un 0,11% de taxa interanual d'increment de persones discapacitades respecte del total. Aquesta dada, tot i elevada, s'allunya del 2% del total de la Comunitat Valenciana.

El nombre d'afiliacions de treballadors i treballadores a la Seguretat Social en el context provincial ha augmentat de manera generalitzada. En els treballs no remunerats hi ha un nombre considerable d'altres com a cotitzacions a la Seguretat Social dels cuidadors no professionals en l'entorn familiar i que no representen població ocupada.

L'economia i el treball de les cures a la província d'Alacant requereix una correcta planificació i gestió des de les polítiques públiques. El creixent envelliment de la població i la creixent demanda de cures s'atén els últims anys des del sector públic, però també des de l'àmbit



privat. En aquest context i escenari, el nombre de treballadors ha augmentat progressivament en quasi totes les comarques i pactes per l'ocupació, a excepció dels assalariats en l'epígraf 97 de la secció T de la CNAE, o activitats de les llars com a ocupadors de personal domèstic, que es mantenen o fins i tot davallen en nombre de treballadors. Per a aquestes activitats en concret, la característica destacada és la d'un treball on s'estén el caràcter informal, a temps parcial o jornada completa, dins d'una economia submergida en la qual la dona treballadora, sovint amb un perfil social d'emigrant, suporta el pes d'aquesta mena de faenes.

Una de les característiques destacades en el mercat laboral alacantí en l'economia de les cures és el predomini de la dona treballadora. Aquest procés va augmentant els últims anys a partir del valor de les contractacions de personal femení respecte del total.

En general, va augmentant la professionalització del sector gràcies a la contractació i consolidació dels llocs de treball, sobretot en serveis socials a la dependència i diversitat funcional. Així i tot, hi ha marge de millora a causa del fort augment de demanda de serveis i l'escassa capacitat de reacció dels ens públics, com ara mancomunitats i ajuntaments, davant de l'exigència i burocratització de la contractació de treballadors públics. D'altra banda, hi ha instruments de col·laboració, com ara l'acció concertada, que pot erigir-se com un espai de resposta a aquests problemes, o el mecanisme de col·laboració-cooperació dels mateixos serveis públics amb les empreses privades que ofereixen una resposta ràpida i suficient als canvis.

A la província d'Alacant es pot observar un cert comportament homogeni entre diverses àrees geogràfiques, comarques o àmbits dels pactes per l'ocupació. La zonificació en relació amb les dades homogènies de treballadors afiliats, empreses i altres variables com l'estructura poblacional mostren diferenciades àrees geogràfiques en relació amb l'economia i el treball de les cures. A grans trets es poden apreciar més contrastos entre el litoral i l'interior provincial, tant en l'àmbit comarcal com en l'àmbit del pacte, i també fins i tot dins de les mateixes comarques litorals. La localització dels equipaments privats es concentra en algunes comarques litorals segons unes estratègies de localització que depenen de l'oportunitat, al marge de la localització equitativa de les dotacions públiques per tot el territori. En algunes d'aquestes comarques litorals hi ha més concentració demogràfica i un índex d'envelliment molt elevat per l'auge i la tendència del turisme residencial d'estrangers de la Unió Europea i tot Europa Occidental. Per tant, també hi ha una elevada concentració de treballadors i treballadores. Aquest indicador demogràfic també és elevat en les principals aglomeracions i nuclis urbans com Alacant i Elx, i les comarques també litorals de l'Alacantí i el Baix Vinalopó, on es produeix la màxima concentració de places en instal·lacions hospitalàries, clíniques i altres equipaments sanitaris i centres per a dependència, moltes de caràcter privat.

A les comarques de l'interior de la província d'Alacant, però també a l'interior de les comarques litorals com la Marina Alta i la Marina Baixa, es va produint un procés d'envelliment de la població fruit de processos territorials com la despoblació. Aquest factor genera un augment de la tendència a l'ajuda en les cures a conseqüència de la relació entre vellesa i dependència.

A les comarques litorals es demana ajuda assistencial, social, sanitària, educativa més específica perquè hi ha més quantitat i proporció de llars unipersonals i, dins d'aquestes, més

proporció de llars unipersonals habitades per dones de més de 65 anys. Aquest fenomen es produeix a les comarques de la Marina Alta i la Marina Baixa.

Respecte a les famílies monoparentals, amb fills menors de 25 anys, hi ha hagut una lleugera davallada els últims anys a la província, fruit del declivi de la taxa de natalitat. En el cas de mares amb fills de menys de 25 anys, els valors es mantenen, i fins i tot augmenten de manera generalitzada en l'últim any, després del període de la pandèmia de covid-19. Aquest fenomen es produeix de manera més intensa en els pactes d'Alacant i Elx, però també en comarques i pactes territorials de l'interior com en el Pacte del Vinalopó i en el territori que configura ACTAIO. En aquests àmbits, llevat d'ACTAIO, se situa la màxima presència de menors de 15 anys amb necessitats de cures específiques. En tots aquests casos, l'augment del pes del treball de cura i responsabilitat sobre la dona implica unes condicions més difícils en la inserció laboral. Les faenes de cura que exerceix la dona es produeixen a través d'accions directes en treballs no remunerats, amb motiu de cures de xiquets o adults malalts, incapacitats o majors i que són aproximadament un 10% del total d'inactius. Moltes d'aquestes persones a càrrec de familiars estan contractades a temps parcial i no poden optar a ocupació estable i de jornada contínua per la seua situació personal, qüestió que s'ha aguditzat després de la pandèmia.

Per a assumir de manera remunerada els treballs relacionats amb les cures, atribuïbles en gran manera a la infravaloració per raó de sexe i a factors discriminatoris, cal fomentar ajudes als familiars a càrrec de persones dependents com a cotitzadors de la Seguretat Social i s'han de fixar en el temps per a millorar la dimensió i l'accessibilitat de totes les persones susceptibles de rebre l'ajuda. Actualment les dones aglutinen el 90% dels expedients resolts en aquestes ajudes a la província d'Alacant.

L'execució de les infraestructures i els equipaments públics de l'actual Pla Convivent (Pla d'infraestructures dels serveis socials de la Comunitat Valenciana) es planteja com una opció adequada a la tendència i futura demanda.

5.2. ELS PACTES PER L'OCUPACIÓ ALACANTINS I L'ECONOMIA DE LES CURES. REFERÈNCIES TERRITORIALS

5.2.1 ACORD COMARCAL EN MATÈRIA D'OCUPACIÓ I DESENVOLUPAMENT LOCAL A LA MARINA ALTA

L'Acord comarcal en matèria d'ocupació i desenvolupament local a la Marina Alta se situa íntegrament a la comarca homònima. Aquest territori presenta una realitat sociodemogràfica diferenciada entorn de l'economia de les cures fruit de les seues característiques geogràfiques i socioeconòmiques. En aquest sentit, la dualitat existent entre el litoral poblat i dinàmic des del punt de vista socioeconòmic, enfront d'un interior amb el risc de despoblació és la característica més destacada de la zona.

El gran nombre de consultoris d'atenció primària presten serveis sanitaris a un elevat nombre de municipis comarcals. Aquests municipis són el 21,7% del total provincial. Aquest alt nombre repercuteix en el total d'entitats, centres i empreses que funcionen en el territori.



Entre totes destaquen les residències acreditades i residències amb centres de dia per a persones majors dependents, un total de 15, és a dir, el 16,3% del total provincial, i els dos centres residencials acreditats en malaltia mental, que representen el 25% del total de la província [taula 1].

Taula 1. Entitats, centres i empreses de l'economia de les cures al territori del Pacte

ÀREA	ENTITAT/CENTRE/EMPRESA	NOMBRE	PERCENTATGE PROVINCIAL
Sanitat	Consultoris d'atenció primària	40	21,7 %
	Centres de salut	9	11,4 %
	Centres d'especialitats	0	0 %
	Centres sanitaris integrats	4	26,6 %
	Hospitals generals públics i privats	2	11,1 %
	Consultoris, centres de salut, centres d'especialitats, centres integrats i hospitals generals	55	18,15 %
	Farmàcies	91	11,2 %
Social	Residències acreditades i residències amb centres de dia per a persones majors dependents	15	16,3 %
	Centres residencials acreditats. Diversitat funcional	1	5 %
	Centres residencials acreditats. Malaltia mental	2	25%
	Centres de dia i residències amb centre de dia acreditats per a persones majors dependents	7	13,5 %
	Centres diürns i residències amb centres diürns per a persones amb diversitat funcional	2	4,5%
	Centres diürns i residències amb centres diürns per a persones amb malaltia mental	0	0%
Educatius	Centres educatius amb estudiants de menys de 14 anys	66	10,26 %
Altres centres	Centres d'atenció precoç	1	5 %
Mancomunitats	Mancomunitats amb serveis socials	3	7 %

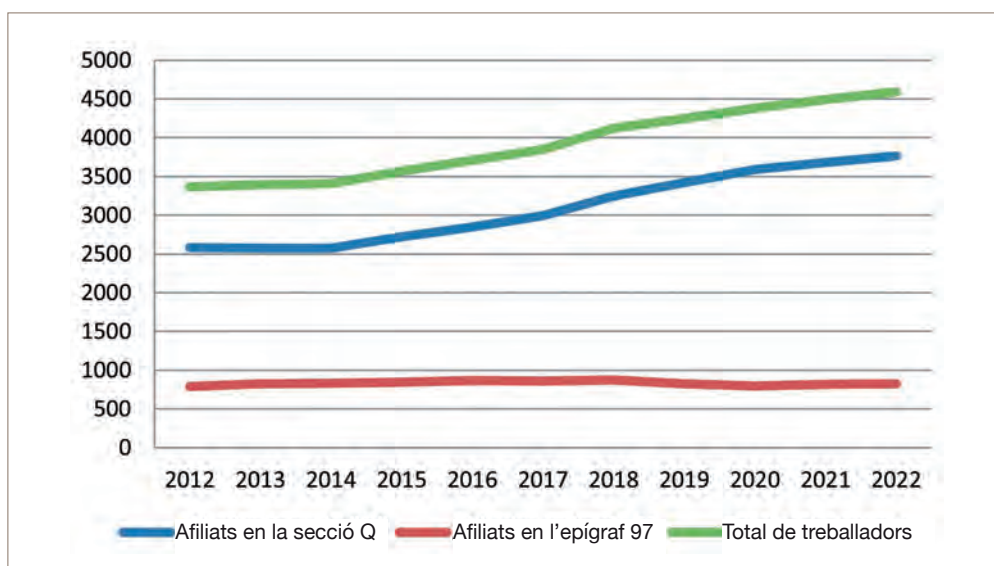
Font: LABORA, Conselleria de Sanitat Universal i Sanitat Pública, Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives de la Generalitat Valenciana, Ministeri d'Afers Econòmics i Transformació Digital. Elaboració pròpia.

Les mancomunitats amb serveis socials en aquest territori són tres: Mancomunitat de Serveis Socials de la Marina Alta, Mancomunitat Intermunicipal de la Vall de Pop i Mancomunitat de Serveis Socials i Turisme de Pego, l'Atzúbia i les Valls. Aquestes entitats juntament amb els principals ajuntaments ofereixen serveis de teleassistència a domicili, prevenció de les situacions de dependència i servei d'ajuda a domicili, entre altres serveis socials.

Des del punt de vista del mercat laboral, les afiliacions a la Seguretat Social de treballadores i treballadors socials i sanitaris en aquest territori mostren un creixement constant fruit dels alts valors en la contractació [figura 1].

En aquest creixement generalitzat, únicament els treballadors relacionats amb activitats de les llars com a ocupadors de personal domèstic han començat a davallar en termes absoluts. El creixement de les afiliacions està basat en les necessitats al voltant de la cura. De fet, la comarca de la Marina Alta és la comarca amb més proporció de població de més de 65 anys de tota la província d'Alacant. Per això també és aquesta comarca la que té el segon màxim nombre de treballadors i treballadores afiliades en serveis socials, sanitaris i domèstics fins al punt que hi ha un treballador per cada 40 habitants. Per contra, la davallada de les treballadores domèstiques a les cases s'explica per raons associades a la generalització del treball informal en aquesta activitat laboral.

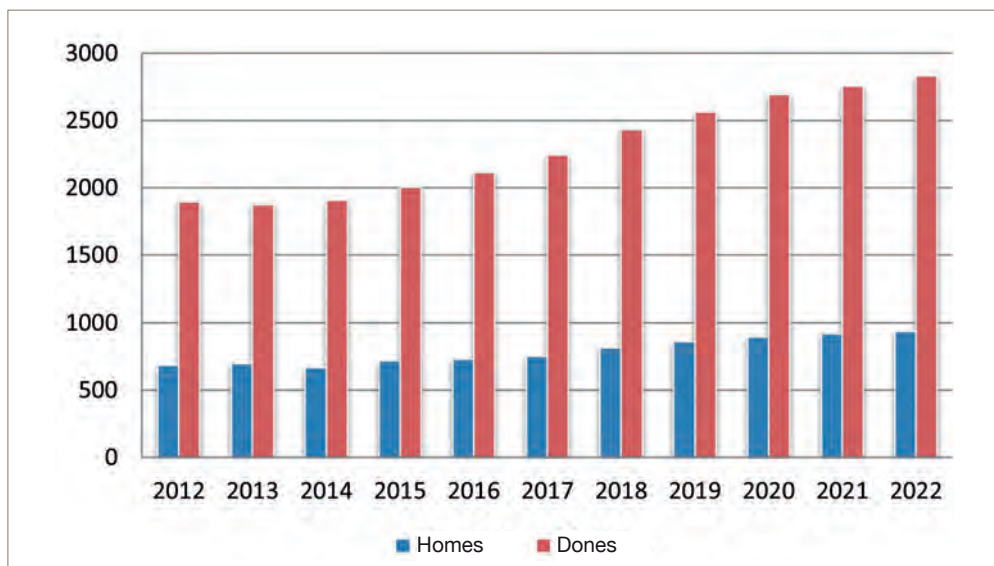
Figura 1. Treballadors i treballadores afiliades a la secció Q de la CNAE09 (activitats sanitàries i de serveis socials) i epígraf 97 de la secció T de la CNAE09 (activitats de les llars com a ocupadors de personal domèstic) en el territori del Pacte.



Font: Portal Estadístic de la Generalitat Valenciana. Tresoreria General de la Seguretat Social. Elaboració pròpia.

Una característica destacada en el mercat laboral comarcal és la importància de l'ocupació femenina en aquest àmbit, ocupació que ha crescut i ha augmentat més encara respecte a la masculina els últims anys tenint en compte en les dades el nombre considerable de casos d'alta en les cotitzacions a la Seguretat Social dels cuidadors no professionals en l'entorn familiar [figura 2].

Figura 2. Evolució del nombre de treballadors i treballadores afiliades a la secció Q de la CNAE09.

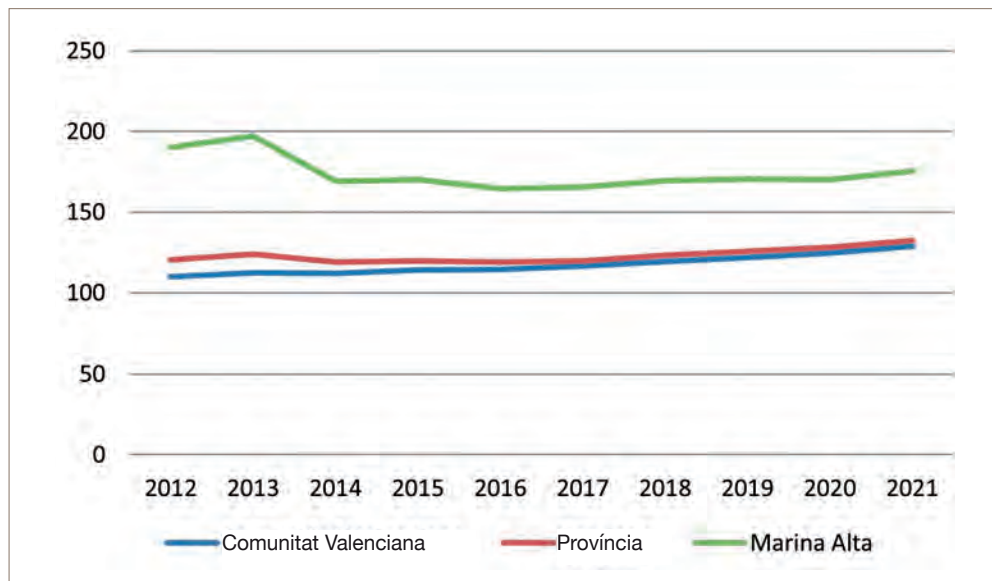


Font: Portal Estadístic de la Generalitat Valenciana. Tresoreria General de la Seguretat Social. Elaboració pròpia.

La dona és la protagonista en l'atenció social, sanitària i domèstica. Així i tot, el percentatge d'homes treballadors en aquest sector sobre el total comarcal supera la mitjana provincial. La dimensió del mercat laboral s'ha d'equiparar als escenaris i les necessitats en l'economia de les cures del territori. A la comarca de la Marina Alta es va produir un clar envelliment de la població [figura 3].



Figura 3. Índex d'envelliment en el territori del Pacte



Font: Portal Estadístic de la Generalitat Valenciana. Elaboració pròpia.

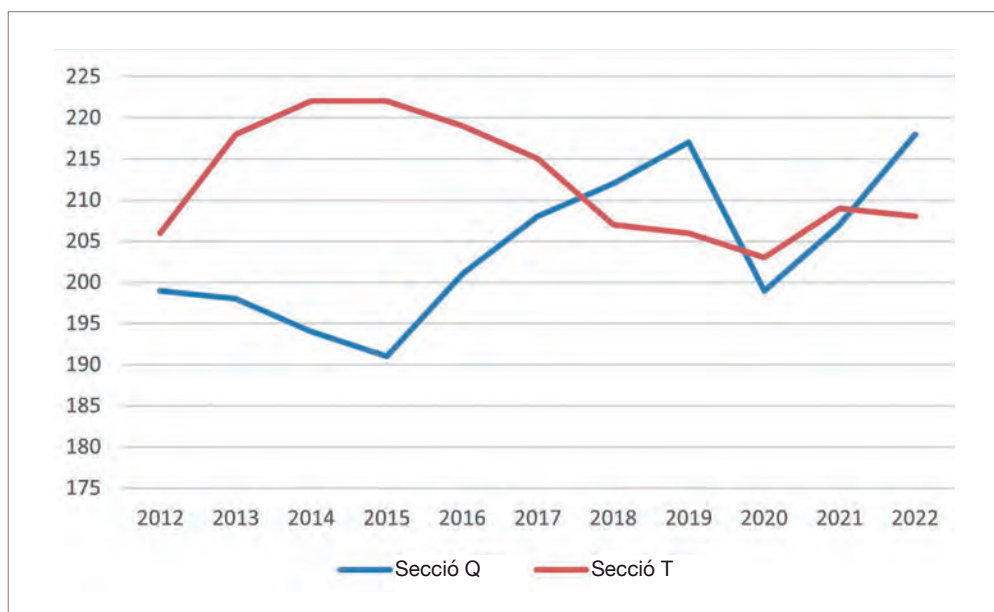
Aquesta comarca, tant al litoral com a l'interior, presenta un índex d'envelliment, o relació entre la població major de 64 anys i la menor de 16 anys, molt per damunt de la mitjana provincial. La població estrangera de la Unió Europea amb aquestes característiques demogràfiques i resident a la comarca és l'11,3% del total de la població. En particular, la població de més de 80 anys és el 7,23% del total, és a dir, la xifra més elevada de la província. Al mateix temps, l'esperança de vida als 65 anys estima el grau de supervivència de les persones majors de 65 anys. Els valors continuen a l'alça, amb 22,3 anys a la Marina Alta, igual que en el total de la província d'Alacant: 22,5 anys.

En definitiva, en aquest territori es va produir una creixent demanda de serveis socials i d'ajudes a la dependència per la relació entre vellesa i dependència. Així i tot, per a la caracterització sociodemogràfica i els escenaris de previsió de requisits laborals i de serveis en l'economia de les cures cal incloure-hi altres variables com l'indicador del nombre i tipologia de llars unipersonals. La Marina Alta és la segona comarca en nombre de llars unipersonals respecte a les llars totals, amb un 28,7% respecte del total, molt superior a la mitjana provincial, si bé hi ha un lleuger descens els últims anys. Dins d'aquest total de llars unipersonals, les ocupades per una dona major de 65 anys són el 55%. Aquesta xifra és molt alta respecte a la mitjana provincial i autonòmica.

Per a aquestes necessitats en ajudes a les cures actuals i creixents hi ha una oferta de centres i serveis repartits pel territori. L'oferta de residències és majoritàriament privada. A la Marina Alta hi ha 426 empreses que representen el 12,05% d'aquesta classe d'empreses a la província.

L'evolució del nombre d'empreses de serveis en cures, dependència i serveis domèstics en aquest territori mostra un augment progressiu de les que s'enquaden en la secció Q (serveis socials i sanitaris) de la CNAE i una davallada de les empreses de la secció T, que inclouen les adscrites a l'epígraf 97, o activitats de personal domèstic. Aquestes últimes únicament van tenir una alça temporal i ressenyable a partir de la pandèmia, per a continuar amb la tendència decreixent (figura 4).

Figura 4. Empreses de la secció Q de la CNAE09 (serveis socials i sanitaris) i empreses de la secció T, epígraf 97 de la CNAE09 (activitats de les llars com a ocupadors de personal domèstic) en el territori del Pacte



Font: Portal Estadístic de la Generalitat Valenciana.

En el cas dels territoris que formen aquest pacte, destaquen centres privats com ara la Residència i Centre de Dia Ana M. Espinós a Teulada, amb 134 places. També destaquen, entre d'altres, els centres públics de Dénia com la Residència i el Centre de Dia Santa Lucía, amb 122 places.



5.2.2 ACORD TERRITORIAL PER L'OCUPACIÓ I EL DESENVOLUPAMENT LOCAL ALCOI - IBI - ONTINYENT. ACTAIO

L'Acord territorial per l'ocupació i el desenvolupament local Alcoi-Ibi-Ontinyent (ACTAIO) inclou les comarques de l'Alcoià i el Comtat, situades a la província d'Alacant, i la Vall d'Albaida, a la província de València.

Una de les característiques d'aquest territori és l'extensió i el gran nombre de municipis. Les comarques de l'Alcoià i el Comtat sumen 32 municipis, xifra que representa el 22,69% dels municipis de la província d'Alacant. Aquests municipis juntament amb els 34 de la Vall d'Albaida formen un extens espai geogràfic on la ubicació i distribució dels equipaments i serveis socials i sanitaris necessaris requereixen un gran desplegament de centres, equipaments i treballadors.

Destaca en el territori el gran nombre de consultoris d'atenció primària que representen el 15,2% del total provincial d'Alacant. També hi ha un alt nombre de centres de dia i residències amb centre de dia acreditats per a persones majors dependents amb un total de 16, és a dir, el 36,4% de la província [taula 2].

Un nombre tan alt de municipis requereix reorganització dels serveis socials i sanitaris. En aquest territori és important la tasca dels ajuntaments més poblats, els centres socials i

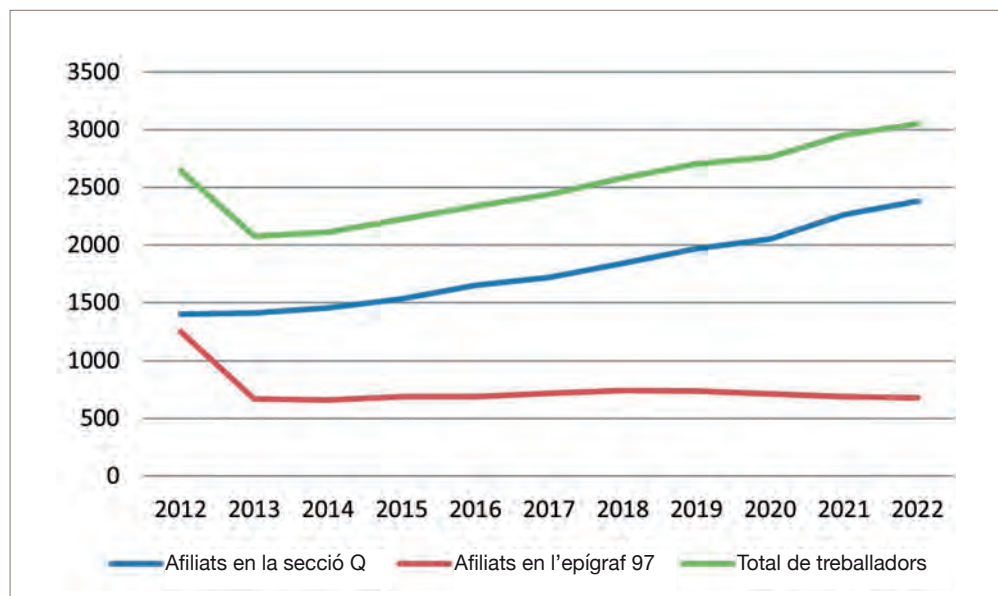
Taula 2. Entitats, centres i empreses de l'economia de les cures en el territori del Pacte

ÀREA	ENTITAT/CENTRE/EMPRESA	NOMBRE	PERCENTATGE PROVINCIAL (sense incloure-hi la Vall d'Albaida)
Sanitat	Consultoris d'atenció primària	37	15,22 %
	Centres de salut	21	12,6 %
	Centres d'especialitats	2	14,3 %
	Centres sanitaris integrats	2	13,3 %
	Hospitals generals públics i privats	2	6,7 %
	Consultoris, centres de salut, centres d'especialitats, centres integrats i hospitals generals	64	5,5 %
	Farmàcies	126	10,3 %
Social	Residències acreditades i residències amb centres de dia per a persones majors dependents	17	20 %
	Centres residencials acreditats. Diversitat funcional	2	10,5 %
	Centres residencials acreditats. Malaltia mental	0	0%
	Centres de dia i residències amb centre de dia acreditats per a persones majors dependents	16	36,4 %
	Centres diürns i residències amb centres diürns per a persones amb diversitat funcional	6	14,6%
	Centres diürns i residències amb centres diürns per a persones amb malaltia mental	1	20%
Educatius	Centres educatius amb estudiants de menys de 14 anys	85	13,21 %
Altres centres	Centres d'atenció precoç	1	5 %
Mancomunitats	Mancomunitats amb serveis socials	6	42,85 %

Font: LABORA, Conselleria de Sanitat Universal i Sanitat Pública, Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives de la Generalitat Valenciana, Ministeri d'Afers Econòmics i Transformació Digital. Elaboració pròpia.

sanitaris i les mancomunitats amb serveis socials. Aquestes mancomunitats són la Mancomunitat de l'Alcoià i el Comtat, la Mancomunitat Intermunicipal de la Foia de Castalla, la Mancomunitat del Xarpolar, la Mancomunitat de Serveis Socials de la Mariola i la Mancomunitat de Municipis de la Vall d'Albaida, de les 14 que hi ha a la província d'Alacant.

Figura 5. Treballadors i treballadores afiliades a la secció Q de la CNAE09 (activitats sanitàries i de serveis socials) i epígraf 97 de la secció T de la CNAE09 (activitats de les llars com a ocupadors de personal domèstic) en el territori del Pacte



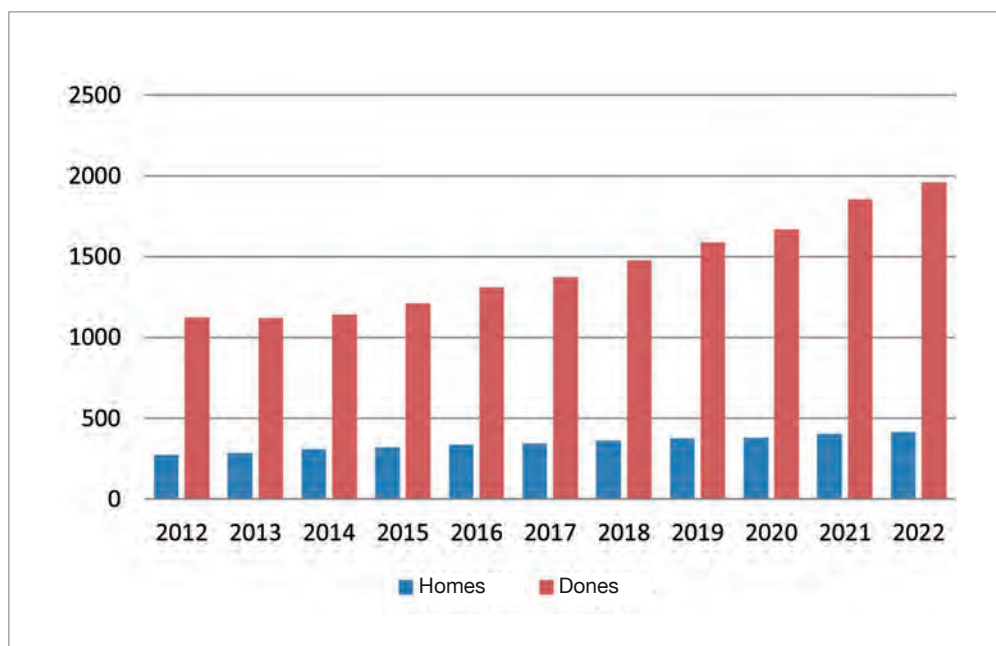
Font: Portal Estadístic de la Generalitat Valenciana. Tresoreria General de la Seguretat Social. Elaboració pròpia.

En relació amb el mercat laboral, les afiliacions a la Seguretat Social de treballadors i treballadores socials i sanitàries en aquest territori mostren la puixant evolució positiva dels contractes de treballadors en activitats sanitàries i de serveis socials, enfront del descens de treballadors en activitats de les llars com a ocupadors de personal domèstic (figura 5).

Els treballadors domèstics, responsables de les cures indirectes dins d'aquest sector, baixen els últims anys malgrat les necessitats (elevat nombre de llars unipersonals i de llars monoparentals habitades per una mare amb un fill menor de 25 anys, entre d'altres). En general, la relació de treballadors socials i sanitaris respecte del total de població comarcal és de les més baixes de les comarques de la província d'Alacant, amb un treballador per cada 74 habitants.

El mercat de treball en aquest àmbit té un perfil marcadament femení i la tendència és continuar augmentant la diferència respecte als contractes masculins els pròxims anys (figura 6). La població femenina és la més contractada i també la que aglutina més del 95% del treball en l'epígraf 97 de la CNAE09 (treball a domicili com a personal domèstic) i també quan es tracta de treball informal i fins i tot no remunerat per a familiars que reben ajudes per familiars dependents a càrrec.

Figura 6. Evolució del nombre de treballadors i treballadores afiliades a la secció Q de la CNAE09



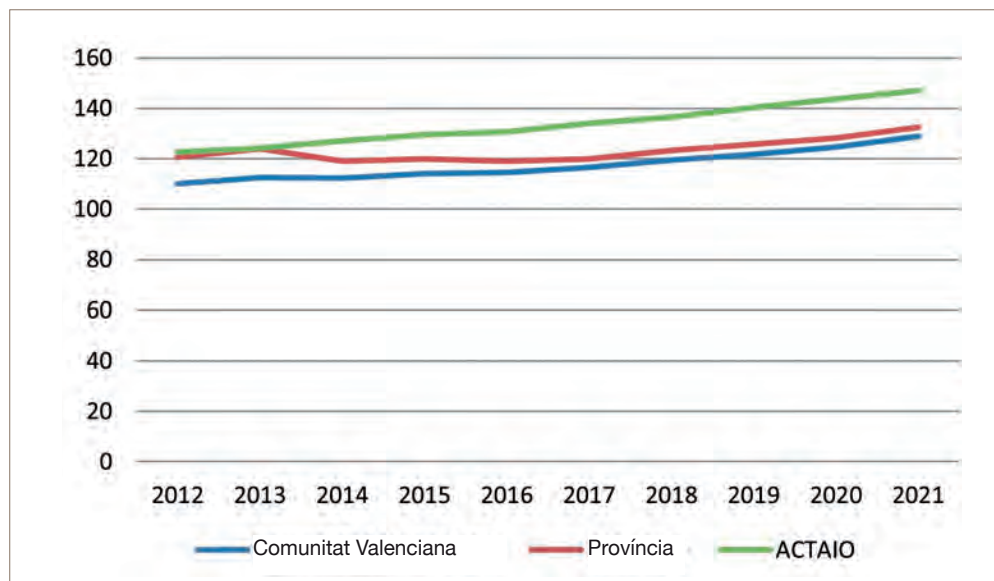
Font: Portal Estadístic de la Generalitat Valenciana. Tresoreria General de la Seguretat Social. Elaboració pròpia.

En general, es calcula que més del 75% d'aquesta classe d'ocupació en el sector és femení i en aquesta comarca supera el 80%. Cal tenir en compte que, a la província d'Alacant, igual que en altres províncies espanyoles, el sistema especial de treballadors de la llar és l'únic on les dones tenen majoria numèrica, arriben al 94,08% (95,93% a la Comunitat Valenciana). Aquesta xifra arriba al 96,57% en les comarques on es desplega el Pacte ACTAIO.

En aquest territori es va produint un fort envelliment de la població (figura 7).



Figura 7. Índex d'envelliment en el territori del Pacte



Font: Portal Estadístic de la Generalitat Valenciana. Elaboració pròpia.

L'índex d'envelliment fruit de l'augment progressiu de l'esperança de vida als 65 anys, és a dir, el grau de supervivència de les persones de més de 65 anys, condiciona una necessitat d'atenció en serveis socials i d'ajudes a la dependència per la relació entre vellesa i dependència. En aquestes comarques, l'esperança de vida als 65 anys és de 22,43 anys, i en creixement, igual que en tota la província d'Alacant (22,52 anys).

D'altra banda, l'indicador del nombre i tipus de llars unipersonals pot mostrar la soledat i la necessitat d'ajuda a la població major i dependent. Aquest territori presenta una proporció elevada de llars unipersonals respecte a les llars totals, amb un 25,4% respecte del total. En el cas de llars monoparentals, aquestes tres comarques en conjunt presenten un dels percentatges més alts de llars monoparentals a càrrec d'una mare amb fill/a menor de 25 anys, amb un valor de 4,86% respecte del total de llars.

Aquestes necessitats en ajudes a les cures es cobreixen en l'actualitat amb una oferta de centres i serveis repartits pel territori. En aquestes comarques hi ha 226 empreses privades afiliades a empreses en serveis socials, sanitaris i personal domèstic a la llar que representen el valor més baix del total provincial. D'aquestes empreses, quasi un terç (88) pertanyen a la Vall d'Albaida.

5.2.3 LA COMARCA DE LA MARINA BAIXA

La principal característica socioeconòmica i demogràfica de la Marina Baixa per a la caracterització de la seua economia i treball en les cures és la diferenciació geogràfica entre els municipis del litoral, amb gran dinamisme econòmic fruit de l'activitat turística, i els municipis de l'interior, en risc de despoblació.

En aquesta comarca hi ha un cert nombre d'entitats, centres i empreses per a donar cobertura social i sanitària als 18 municipis que integren la comarca (taula 3):

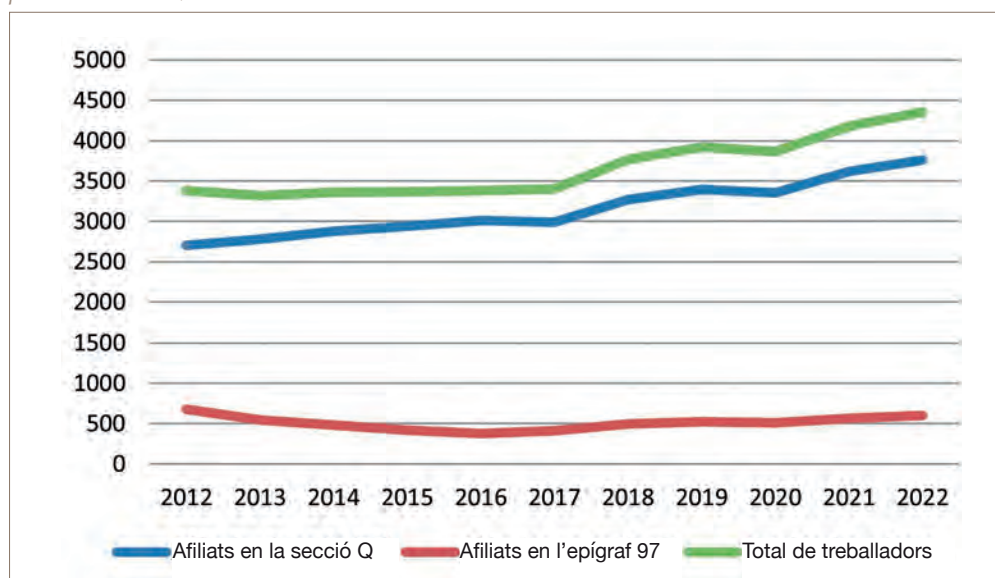
Taula 3. Entitats, centres i empreses de l'economia de les cures a la Marina Baixa

ÀREA	ENTITAT/CENTRE/EMPRESA	NOMBRE	PERCENTATGE PROVINCIAL
Sanitat	Consultoris d'atenció primària	24	12,7 %
	Centres de salut	7	13 %
	Centres d'especialitats	1	8,8 %
	Centres sanitaris integrats	1	6,6 %
	Hospitals generals públics i privats	3	16,6 %
	Consultoris, centres de salut, centres d'especialitats, centres integrats i hospitals generals	36	11,8 %
	Farmàcies	91	11,2 %
Social	Residències acreditades i residències amb centres de dia per a persones majors dependents	10	10,9 %
	Centres residencials acreditats. Diversitat funcional	2	10 %
	Centres residencials acreditats. Malaltia mental	1	12,5%
	Centres de dia i residències amb centre de dia acreditats per a persones majors dependents	7	13,5 %
	Centres diürns i residències amb centres diürns per a persones amb diversitat funcional	3	6,8%
	Centres diürns i residències amb centres diürns per a persones amb malaltia mental	1	16,7%
Educatius	Centres educatius amb estudiants de menys de 14 anys	2	9,31 %
Altres centres	Centres d'atenció precoç	2	9,5 %
Mancomunitats	Mancomunitats amb serveis socials	1	4,8 %

Font: LABORA, Conselleria de Sanitat Universal i Sanitat Pública, Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives de la Generalitat Valenciana, Ministeri d'Assumptes Econòmics i Transformació Digital. Elaboració pròpia.

Els principals ens públics per a l'assistència i ajuda social són els principals ajuntaments, els centres públics socials i la Mancomunitat de Serveis Socials i de Caràcter Cultural de Callosa d'en Sarrià, Polop, Tàrbena, Bolulla, Benimantell, Confrides, el Castell de Guadalest, Benifato i Beniardà (Marina Baixa). En totes aquestes entitats, els treballadors socials i sanitaris en aquesta comarca augmenten cada any. Els treballadors de la llar (epígraf 97) augmenten també, a diferència del que passa en les altres comarques de la província d'Alacant, que han experimentat una davallada generalitzada els últims anys (figura 8).

Figura 8. Treballadors i treballadores afiliades a la secció Q de la CNAE09 (activitats sanitàries i de serveis socials) i epígraf 97 de la secció T de la CNAE09 (activitats de les llars com a ocupadors de personal domèstic) en el territori del Pacte



Font: Portal Estadístic de la Generalitat Valenciana. Tresoreria General de la Seguretat Social. Elaboració pròpia.

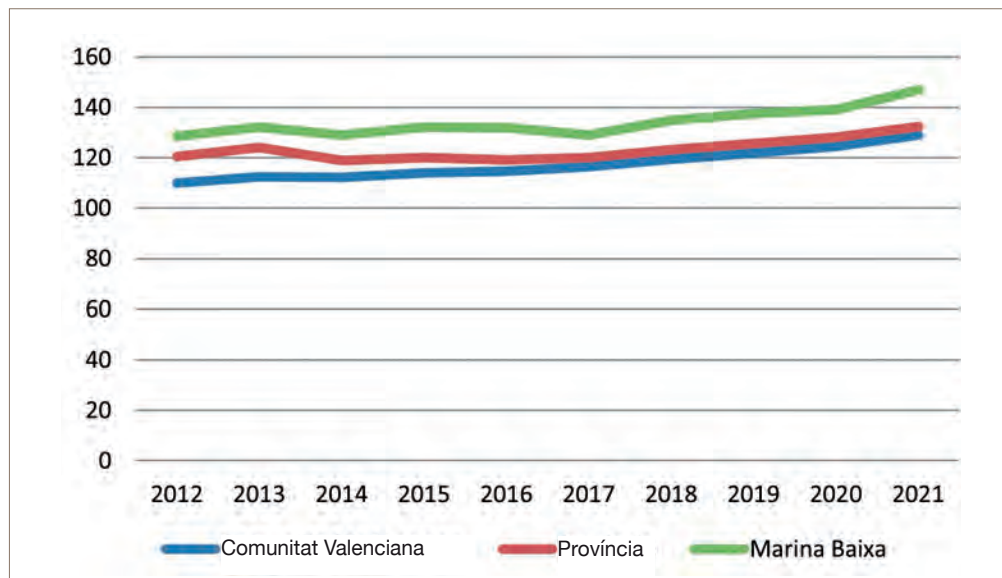


En aquesta comarca es registra una ràtio considerable de treballadors i treballadores afiliades en serveis socials, sanitaris i domèstics que representa un treballador per cada 47 habitants. És a dir, és la segona millor dada de la província.

A diferència d'altres comarques i malgrat l'ocupació majorment femenina, la diferència entre sexes és més baixa que en les altres comarques. Les dones representen el 71% del treball de cures, enfront del 29% dels homes.

D'altra banda, els escenaris relacionats amb l'economia de les cures i el mercat laboral de la Marina Baixa estan condicionats per l'evolució de l'índex d'envelliment (figura 9), fruit de l'augment gradual de l'esperança de vida de la població major de 65 anys, que presenta actualment un valor de 22,76 anys. Aquestes característiques sociodemogràfiques es produeixen al litoral turístic, on la població estrangera jubilada procedent de països europeus va fixar la residència, però també a l'interior comarcal, en despoblació contínua i envelliment consegüent de la població.

Figura 9. Índex d'envelliment a la Marina Baixa.



Font: Portal Estadístic de la Generalitat Valenciana. Elaboració pròpia.

L'indicador del nombre i tipus de llars unipersonals pot mostrar la soledat i la necessitat d'ajuda a la població major i dependent. La comarca de la Marina Baixa presenta un nombre de llars unipersonals del 26% respecte del total de llars. Aquesta dada és idèntica a la mitjana provincial. En canvi, un factor destacable dins de l'atenció a la dependència, assistència social i sanitària, serveis domèstics a la llar i cures en general suposa que el 63,3% d'aquestes llars unipersonals són habitades per dones majors de 65 anys, valor molt superior a la mitjana de la Comunitat Valenciana (30,41%) i de la província d'Alacant (29,86%).

L'evolució de l'estructura de les llars i dels nuclis familiars està generant més quantitat i proporció de llars unipersonals, però també monoparentals. La Marina Baixa presenta un valor de proporció de llars monoparentals respecte del total de llars similar a la mitjana provincial, però en canvi és la comarca de la província d'Alacant amb més proporció de llars unipersonals monoparentals de mares amb fills de menys de 25 anys respecte del total

de llars, amb un 4,3% del total. Les necessitats en ajudes socials s'han d'adaptar a una estructura poblacional canviant.

Les característiques d'aquestes llars indiquen la necessitat d'atenció i l'increment de la demanda de treballadors i treballadores en el sector de les cures i la dependència. La mancomunitat recorre a serveis externs privats a causa de la ingent demanda i necessitat immediata d'atenció a la població, a més dels problemes per a la contractació de personal treballador públic en l'alentiment dels temps i requisits administratius de contractació pública. Aquesta comarca ocupa el segon lloc en nombre d'empreses privades de serveis socials i sanitaris i empreses d'activitats de les llars com a ocupadors de personal domèstic després de la comarca de l'Alacantí. En concret són 826 empreses, les quals representen el 23,36% del total d'empreses privades en l'economia de les cures de tota la província.

5.2.4 PACTE TERRITORIAL PER L'OCUPACIÓ DE LA VALL DEL VINALOPÓ

El Pacte territorial per l'ocupació de la Vall del Vinalopó el forma un gran nombre de municipis de les comarques de l'Alt Vinalopó i del Vinalopó Mitjà. Aquestes comarques tenen l'11,8% de la població de la província d'Alacant, un considerable 20% dels centres residencials acreditats per a diversitat funcional i el 25% de centres per a malaltia mental. En canvi, només té el 5,43% de les residències acreditades i residències amb centre de dia per a persones majors dependents [taula 4].

Taula 4. Entitats, centres i empreses de l'economia de les cures en el Pacte de la Vall del Vinalopó

ÀREA	ENTITAT/CENTRE/EMPRESA	NOMBRE	PERCENTATGE PROVINCIAL
Sanitat	Consultoris d'atenció primària	12	6,5 %
	Centres de salut	13	16,4 %
	Centres d'especialitats	1	14,2 %
	Centres sanitaris integrats	2	13,3 %
	Hospitals generals públics i privats	1	5,5 %
	Consultoris, centres de salut, centres d'especialitats, centres integrats i hospitals generals	29	9,5 %
	Farmàcies	84	10,3 %
Social	Residències acreditades i residències amb centres de dia per a persones majors dependents	5	5,43 %
	Centres residencials acreditats. Diversitat funcional	4	20 %
	Centres residencials acreditats. Malaltia mental	2	25 %
	Centres de dia i residències amb centre de dia acreditats per a persones majors dependents	6	11,54 %
	Centres diürns i residències amb centres diürns per a persones amb diversitat funcional	9	20,45 %
	Centres diürns i residències amb centres diürns per a persones amb malaltia mental	1	16,67 %
Educatius	Centres educatius amb estudiants de menys de 14 anys	89	13,8 %
Altres centres	Centres d'atenció precoç	3	14,28 %
Mancomunitats	Mancomunitats amb serveis socials	2	14,28 %

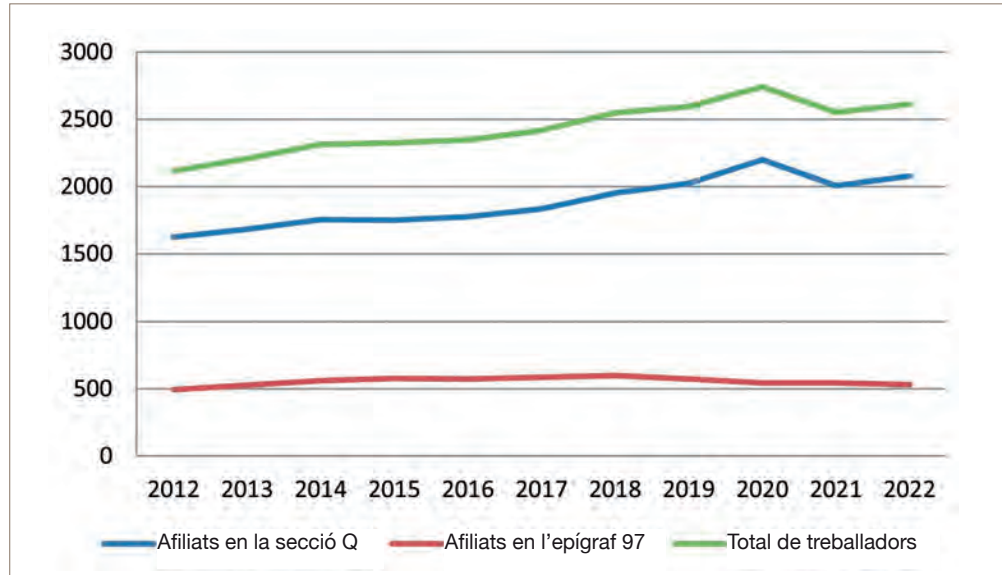
Font: LABORA, Conselleria de Sanitat Universal i Sanitat Pública, Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives de la Generalitat Valenciana, Ministeri d'Afers Econòmics i Transformació Digital. Elaboració pròpia.

A nivel de entidades destaca la asistencia en materia social de las mancomunidades y de Pel que fa a les entitats, destaca l'assistència en matèria social de les mancomunitats i dels principals ajuntaments d'aquestes comarques dins del Pacte. Les mancomunitats d'aquest territori són la Mancomunitat Intermunicipal de la Vall del Vinalopó i la Mancomunitat de la



Vinya i el Marbre. Els últims anys es va produir un creixement generalitzat de treballadors en l'àmbit social i sanitari. Aquest creixement se sustenta en la contractació de treballadores i es basa en les necessitats existents a l'entorn de les cures. Els empleats de la llar, els responsables de les cures indirectes dins d'aquest sector, a penes varien i, fins i tot, han davallat els últims dos anys (figura 10).

Figura 10. Treballadors i treballadores afiliades a la secció Q i epígraf 97 de la CNAE09



Font: Portal Estadístic de la Generalitat Valenciana. Tresoreria General de la Seguretat Social. Elaboració pròpia.

A hores d'ara, determinats indicadors sociodemogràfics aclareixen les necessitats de serveis i prestacions actuals i futures en relació amb l'economia de les cures. Entre aquests indicadors destaca l'índex d'envelliment i l'esperança de vida als 65 anys, que en aquest territori augmenten a nivells similars al total provincial.

Un altre indicador significatiu és el del nombre i tipus de llars unipersonals. El canvi i l'evolució de les estructures demogràfiques fruit de la solteria, la viudetat, la separació i el divorci augmenta el nombre i la proporció de les llars unipersonals. Al Vinalopó no és molt destacat el nombre d'aquesta mena de llars sobre el total, malgrat que augmenten cada any. La característica d'aquestes llars és que no estan ocupades principalment per residents de més de 65 anys, sinó per residents de menys d'aquesta edat.

Les llars unipersonals augmenten la necessitat i les ajudes a la dependència. Les persones majors solen ser casades, si bé les dones es reparteixen en més grau entre casades i viudes perquè són més longeves i tenen més esperança de vida. Aquestes dones viudes habiten aquestes llars unipersonals. En general, per a Espanya i segons les dades de l'Enquesta de població activa, més del 29,1% de les persones de més de 65 anys són viudes.

Un altre cas és el de les llars monoparentals. El conjunt de les dues comarques del Vinalopó que formen aquest acord presenta el nombre i la proporció més alts de llars monoparentals a càrrec de fill de menys de 25 anys de tota la província d'Alacant. Aquest factor és diferencial dins de les ajudes socials.

Els centres i empreses privades i els centres públics es reparteixen l'assistència en les cures. En el cas del Vinalopó destaquen centres privats com ara la Residència i el Centre

d'Atenció Precoç APADIS, localitzada a Villena, amb més de 125 places; centres públics d'Elda com la Residència i Centre de Dia Catí, de 97 places, i la Residència i Centre de Dia Domusvi, també d'Elda, amb 170 places.

5.2.5 PACTE TERRITORIAL PER L'OCUPACIÓ DE L' ALACANTÍ. ACTEI

Els municipis que formen el pacte ACTEI s'integren a la comarca de l'Alacantí. Aquesta comarca inclou deu municipis, incloent-hi Alacant, que forma part d'un altre pacte, presenta una distribució d'entitats i centres socials i sanitaris d'acord amb el volum i les característiques de la seua població (taula 5).

Taula 5. Entitats, centres i empreses de l'economia de les cures en el territori del Pacte ACTEI i Pacte Alacant.

ÀREA	ENTITAT/CENTRE/EMPRESA	NOMBRE	PERCENTATGE PROVINCIAL
Sanitat	Consultoris d'atenció primària	19	10 %
	Centres de salut	19	24 %
	Centres d'especialitats	3	42,9 %
	Centres sanitaris integrats	0	0 %
	Hospitals generals públics i privats	5	27,7 %
	Consultoris, centres de salut, centres d'especialitats, centres integrats i hospitals generals	46	15,2 %
	Farmàcies	203	25,1 %
Social	Residències acreditades i residències amb centres de dia per a persones majors dependents	27	29,3 %
	Centres residencials acreditats. Diversitat funcional	6	30 %
	Centres residencials acreditats. Malaltia mental	1	12,5 %
	Centres de dia i residències amb centre de dia acreditats per a persones majors dependents	8	15,4 %
	Centres diürns i residències amb centres diürns per a persones amb diversitat funcional	10	22,7%
Centres diürns i residències amb centres diürns per a persones amb malaltia mental	2	33,3 %	
Educatius	Centres educatius amb estudiants de menys de 14 anys	144	22,4 %
Altres centres	Centres d'atenció precoç	5	23,8 %
Mancomunitats	Mancomunitats amb serveis socials	1	5 %

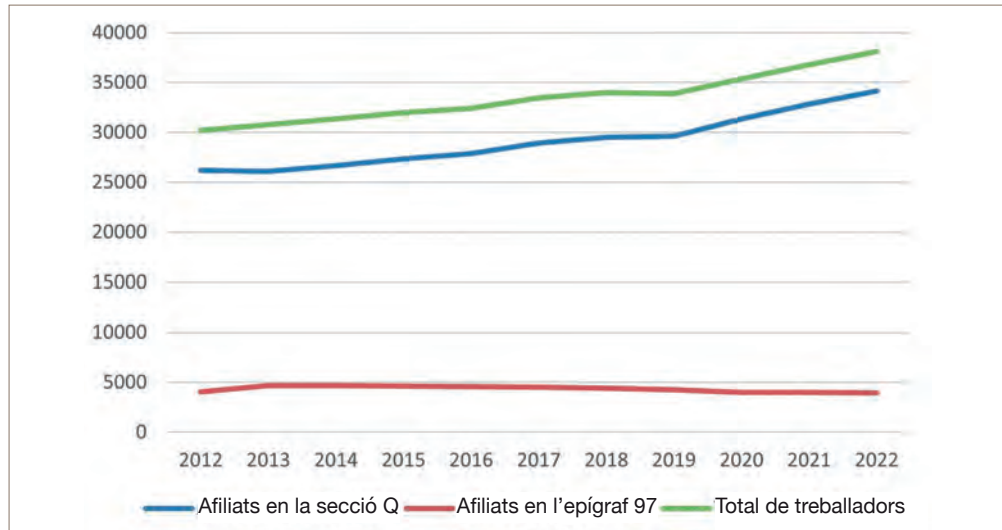
Font: LABORA, Conselleria de Sanitat Universal i Sanitat Pública, Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives de la Generalitat Valenciana, Ministeri d'Afers Econòmics i Transformació Digital. Elaboració pròpia.

En aquest territori destaca el nombre d'hospitals. El total de cinc hospitals són més d'un quart del total provincial. Des del punt de vista d'equipaments socials, les residències acreditades i residències amb centres de dia per a persones majors dependents de la comarca són el 29,3% del total de la província; i els centres diürns i les residències amb centres diürns per a persones amb malaltia mental el 33,3%.

Els ajuntaments del municipis més poblats, la Mancomunitat de Bonaigua i els centres socials de la taula anterior concentren les contractacions de treballadors des de l'àmbit públic en els serveis socials. Des del punt de vista sanitari, el mercat laboral és molt ampli segons la destinació dels treballadors, siga àmbit públic o privat. Per a tots els casos, les afiliacions a la Seguretat Social de treballadors i treballadores socials i sanitaris en aquest territori mostren una evolució a l'alça per l'augment de la contractació (figura 11).



Figura 11. Treballadors i treballadores afiliades a la secció Q de la CNAE09 (activitats sanitàries i de serveis socials) i epígraf 97 de la secció T de la CNAE09 (activitats de les llars com a ocupadors de personal domèstic) en el territori del Pacte ACTEI i del Pacte Alacant.



Font: Portal Estadístic de la Generalitat Valenciana. Tresoreria General de la Seguretat Social. Elaboració pròpia.

El creixement de les afiliacions es basa en les necessitats existents al voltant de l'atenció. De fet, l'Alacantí és la comarca amb més proporció de població de més de 65 anys de tota la província d'Alacant. Per això, també és aquesta comarca la que té més treballadors i treballadores afiliats en serveis socials, sanitaris i domèstics en termes absoluts.

Malgrat el predomini de l'ocupació femenina, en aquest àmbit la proporció d'homes supera el 31% del total de treballadors, per damunt de la mitjana provincial.

El 6% de les llars d'aquesta comarca és monoparental de pare o mare amb fill menor de 25 anys a càrrec; es tracta del valor més alt de les comarques o pactes de la província. Així i tot, la dada més rellevant és que quasi el 90% són mares amb fills menors, la xifra més elevada també respecte de la província, juntament amb la dada d'habitants menors de 15 anys.

Altres indicadors sociodemogràfics per a la caracterització dels diversos escenaris de previsió de necessitats laborals i de serveis en l'economia de les cures són el nombre i el tipus de llars unipersonals. A diferència d'altres comarques, les llars unipersonals estan dividides quasi per igual entre les ocupades per població menor de 65 anys respecte a la població major de 65 anys. Aquest és un factor de menys risc dins de la relació entre vellesa i dependència.

En el cas dels territoris que formen aquest pacte, destaquen centres privats com, a Sant Joan d'Alacant, la Residencia de Pensionistas Ferroviarios de Sant Joan d'Alacant, amb 471 places, i l'espai públic Centre Assistencial Doctor Esquerdo, amb 240 places.

5.2.6 PACTE TERRITORIAL PER L'OCUPACIÓ DE LA CIUTAT D'ALACANT

El quasi mig milió d'habitants que aglutina aquesta ciutat i la comarca al complet determina una alta concentració de centres i equipaments per a l'assistència social i sanitària (taula 6).

Taula 6. Entitats, centres i empreses de l'economia de les cures en el territori del Pacte d'Alacant i Pacte ACTEI

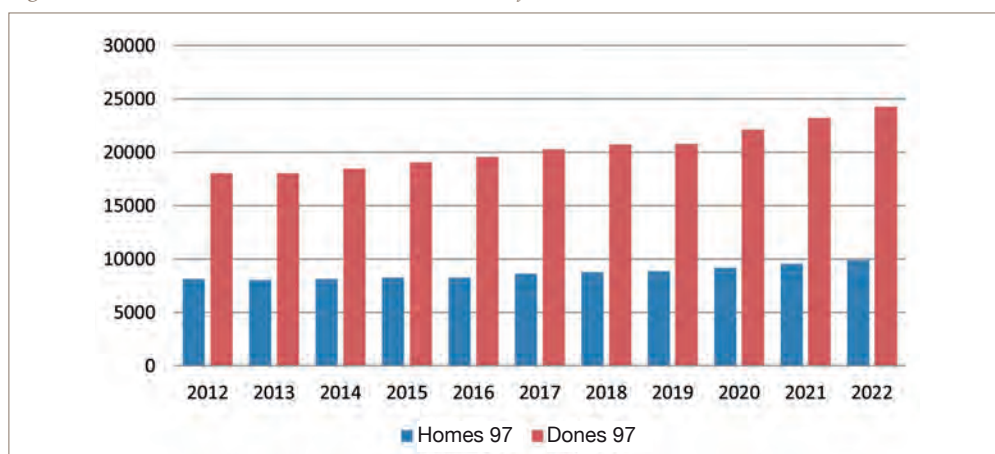
ÀREA	ENTITAT/CENTRE/EMPRESA	NOMBRE	PERCENTATGE PROVINCIAL
Sanitat	Consultoris d'atenció primària	19	10 %
	Centres de salut	19	24 %
	Centres d'especialitats	3	42,9 %
	Centres sanitaris integrats	0	0 %
	Hospitals generals públics i privats	5	27,7 %
	Consultoris, centres de salut, centres d'especialitats, centres integrats i hospitals generals	46	15,2 %
	Farmàcies	203	25,1 %
Social	Residències acreditades i residències amb centres de dia per a persones majors dependents	27	29,3 %
	Centres residencials acreditats. Diversitat funcional	6	30 %
	Centres residencials acreditats. Malaltia mental	1	12,5 %
	Centres de dia i residències amb centre de dia acreditats per a persones majors dependents	8	15,4 %
	Centres diürns i residències amb centres diürns per a persones amb diversitat funcional	10	22,7%
	Centres diürns i residències amb centres diürns per a persones amb malaltia mental	2	33,3 %
Educatius	Centres educatius amb estudiants de menys de 14 anys	144	22,4 %
Altres centres	Centres d'atenció precoç	5	23,8 %
Mancomunitats	Mancomunitats amb serveis socials	1	5 %

Font: LABORA, Conselleria de Sanitat Universal i Sanitat Pública, Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives de la Generalitat Valenciana, Ministeri d'Afers Econòmics i Transformació Digital. Elaboració pròpia.



La concentració de centres i empreses en aquesta ciutat i entorn metropolità condiciona l'elevat nombre de treballadors socials i sanitaris, sobretot en l'àmbit femení (figura 12).

Figura 12. Evolució dels treballadors i treballadores afiliades a la secció Q de la CNAE09



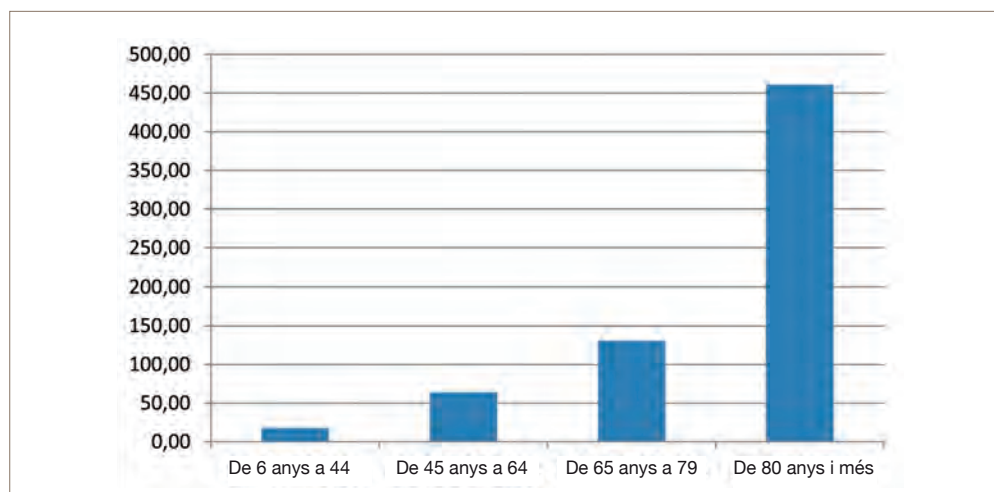
Font: Portal Estadístic de la Generalitat Valenciana. Tresoreria General de la Seguretat Social. Elaboració pròpia.

La proporció és d'un treballador per cada 13 habitants en serveis socials, sanitaris i domèstics a la llar; és la millor ràtio de la província. Així i tot, en aquest espai comarcal hi ha un treball informal i una consegüent precarització laboral. Aquesta precarització laboral va molt vinculada al treball femení. En altres casos, el treball femení s'orienta al treball no remunerat. La prestació de cures no remunerades en l'entorn personal i familiar deriva en una càrrega addicional per a les dones, amb el problema consegüent de l'endarreriment o falta d'incorporació a l'àmbit laboral, factor que aprofundeix més encara la desigualtat de gènere. Tot i això, queda espai per a millorar la revisió de l'Enquesta de població activa de

l'Institut Nacional d'Estadística (INE) sobre persones inactives perquè no busquen feina a la Comunitat Valenciana per motiu d'atenció d'infants o d'adults malalts, incapacitats o majors, ja que són aproximadament un 10% del total d'inactius. Moltes d'aquestes persones a càrrec de familiars estan contractades a temps parcial, no poden optar a ocupació estable i de jornada contínua per la situació personal, qüestió que s'ha aguditzat després de la pandèmia. En altres casos, la prestació econòmica d'ajuda en dependència compleix la finalitat social de fer costat econòmicament a la persona dependent en la relació amb la persona cuidadora no professional, principalment de l'entorn familiar.

L'esperança de vida als 65 anys a Alacant està a nivells de la província. Així i tot, es va produint un augment generalitzat de l'índex d'envelliment i de l'esperança de vida i una conseqüent demanda de serveis socials i d'ajudes per la relació entre vellesa (sobretot més de 80 anys) i dependència.

Figura 13. Taxa de discapacitat per grups d'edat a la província d'Alacant



Font: Institut Nacional d'Estadística. Elaboració pròpia.

D'altra banda, el nombre de llars unipersonals a la comarca de l'Alacantí, on s'integra la ciutat d'Alacant, no és el més alt de la província respecte del total de llars, però sí que és el que està ocupat pel percentatge més alt de dones majors de 65 anys respecte del total. Aquest factor evidencia una necessitat dins de les cures i dependència. En aquesta comarca, tot i que té una de les poblacions més altes en menors de 15 anys, que no són sinó persones també amb necessitats de cures i atenció, baixa el nombre de llars monoparentals amb algun fill menor de 25 anys, com en tota la província, per la davallada prolongada de la taxa de natalitat, entre altres causes. Així i tot, cal destacar que no és el cas quan és la mare la que habita les llars monoparentals amb fill a càrrec de menys de 25 anys. En aquests casos, els valors d'Alacant són més elevats que la mitjana provincial.

5.2.7 ACORD TERRITORIAL PER L'OCUPACIÓ AL TERME MUNICIPAL D'ELX

L'Acord territorial d'ocupació al terme municipal d'Elx té un programa municipal per a atendre les necessitats físiques, psicològiques i emocionals d'adults i infants, joves i vells, persones fràgils i persones sanes de la població. L'Ajuntament s'encarrega dels serveis d'assistència social i de promoció de l'autonomia personal i d'atenció a les persones en situació de dependència d'aquest Pacte territorial.

El municipi d'Elx està situat en una comarca, el Baix Vinalopó, on hi ha el 15,7% dels hospitals provincials. Però en canvi, a penes hi ha el 6,5% de les residències acreditades i residències amb centres de dia per a persones majors dependents (taula 7).

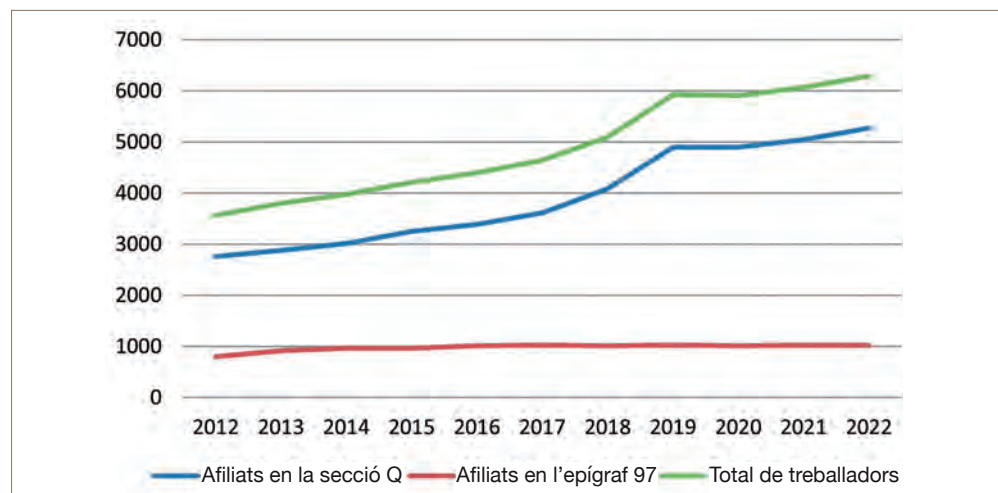
Taula 7. Entitats, centres i empreses de l'economia de les cures al Baix Vinalopó

ÀREA	ENTITAT/CENTRE/EMPRESA	NOMBRE	PERCENTATGE PROVINCIAL
Sanitat	Consultoris d'atenció primària	17	9,2 %
	Centres de salut	9	11,4 %
	Centres d'especialitats	0	0 %
	Centres sanitaris integrats	2	13,3 %
	Hospitals generals públics i privats	3	16,7 %
	Consultoris, centres de salut, centres d'especialitats, centres integrats i hospitals generals	31	10,2 %
	Farmàcies	113	14 %
Social	Residències acreditades i residències amb centres de dia per a persones majors dependents	6	6,5 %
	Centres residencials acreditats. Diversitat funcional	2	10 %
	Centres residencials acreditats. Malaltia mental	1	12,5 %
	Centres de dia i residències amb centre de dia acreditats per a persones majors dependents	5	9,6 %
	Centres diürns i residències amb centres diürns per a persones amb diversitat funcional	6	13,6 %
	Centres diürns i residències amb centres diürns per a persones amb malaltia mental	1	16,7 %
Educatius	Centres educatius amb estudiants de menys de 14 anys	92	14,3 %
Altres centres	Centres d'atenció precoç	3	19 %
Mancomunitats	Mancomunitats amb serveis socials	0	0 %

Font: LABORA, Conselleria de Sanitat, Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives de la Generalitat Valenciana, Diputació d'Alacant, Ministeri d'Afers Econòmics i Transformació Digital. Elaboració pròpia.

El nombre de treballadors i treballadores dins del codi de la secció Q, activitats sanitàries i de serveis socials, ha augmentat considerablement durant l'última dècada. Però no ha ocorregut el mateix amb els treballadors de la llar en servei domèstic dins de l'epígraf 97 de la secció T de la CNAE09 (figura 14).

Figura 14. Treballadors i treballadores afiliades a la secció Q i epígraf 97 de la CNAE09

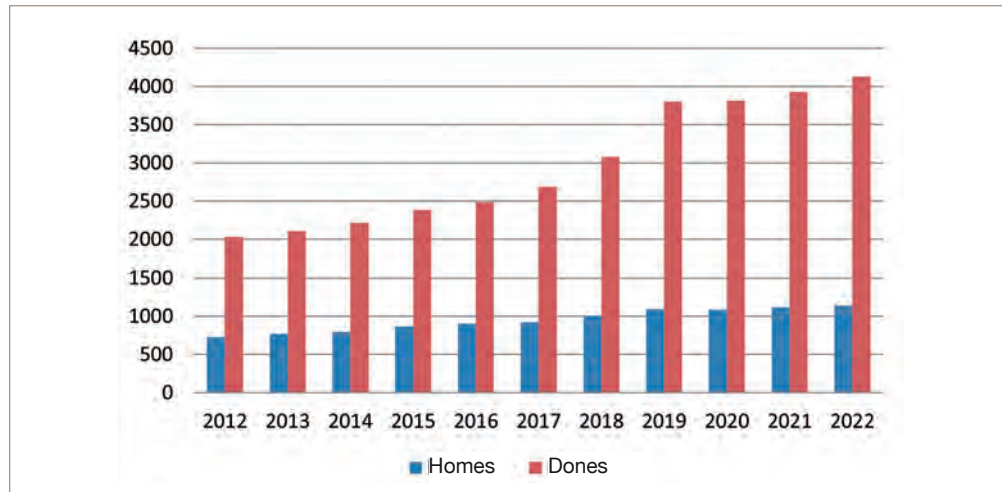


Font: Portal Estadístic de la Generalitat Valenciana. Tresoreria General de la Seguretat Social. Elaboració pròpia.

La característica més destacada és la importància de l'ocupació femenina en aquest territori, que ha augmentat més encara respecte a la masculina els últims anys (figura 15).



Figura 15. Evolució dels treballadors i treballadores afiliades a la secció Q de la CNAE09



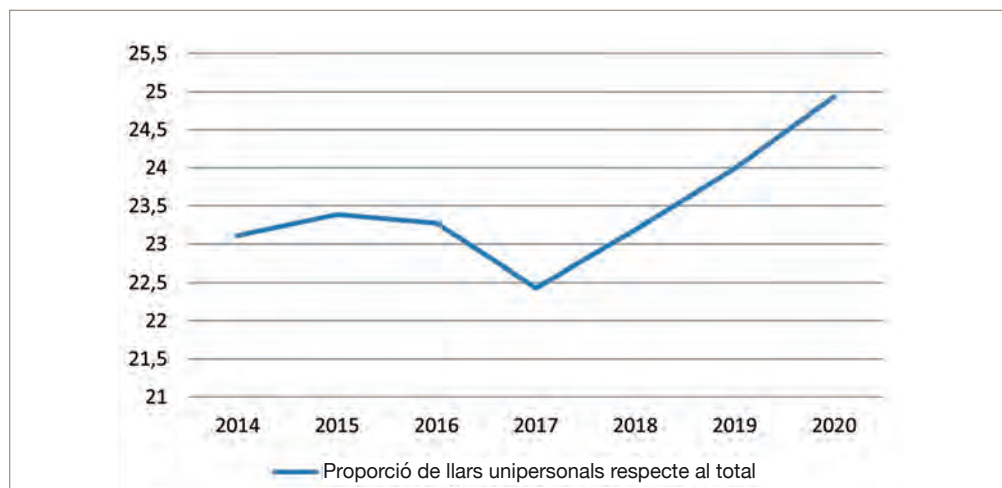
Font: Portal Estadístic de la Generalitat Valenciana. Tresoreria General de la Seguretat Social. Elaboració pròpia.

La dona és la protagonista en l'atenció social, sanitària i domèstica. Aquesta proporció fa una dècada era més baixa respecte al total provincial, però els últims anys ha variat considerablement i ha assolit un valor per damunt de la mitjana.

Les necessitats de serveis i prestacions en relació amb el treball i l'economia de les cures estan supeditades a una estructura demogràfica amb un índex alt d'envelliment i esperança de vida als 65 anys, però no al nivell provincial i autonòmic. El saldo migratori afavoreix un creixement natural de la població, creixement que manté una taxa més alta de natalitat respecte a comarques de l'interior, i una població menor de 15 anys amb necessitats relacionades amb les cures i la dependència superior a la mitjana de la població.

L'indicador de la proporció de llars unipersonals és adequat per a conèixer l'ajuda de què posen disposar les persones, ja que la reducció dels vincles familiars pròxims augmenta la necessitat d'assistència. L'augment proporcional de llars unipersonals respecte al total és molt elevat en l'actualitat en aquest territori (figura 16).

Figura 16. Proporció de llars unipersonals respecte al total al Baix Vinalopó



Font: Portal Estadístic de la Generalitat Valenciana. Elaboració pròpia.

D'altra banda, al territori del Pacte hi ha centres i empreses l'objecte social i sanitari dels quals cobreixen les necessitats del territori, a més d'entitats públiques com ara l'Ajuntament. En el cas d'Elx, destaquen pel nombre de places oferides el Centre de Dia i Residència d'Elx, de titularitat i gestió pública, amb 137 places, la residència i centre de dia Domusvi Carrús i la Residència i Centre de Dia Domusvi l'Aljub, totes dues de titularitat i gestió privada i amb 170 places cadascuna.

5.2.8 LA COMARCA DEL BAIX SEGURA

La comarca del Baix Segura es caracteritza per una gran extensió superficial. Els 27 municipis d'aquesta comarca representen el 2,1% dels municipis de la província d'Alacant, que al seu torn estan habitats pel 19,1% de la població provincial. Les característiques dels equipaments i centres de serveis que es mouen en l'economia de les cures depenen d'aquest nombre de municipis per a oferir una atenció variada en les necessitats físiques, psicològiques i emocionals d'adults i xiquets, joves i vells, persones fràgils i persones sanes amb activitats com la cura directa o la cura indirecta [taula 8].

Taula 8. Entitats, centres i empreses de l'economia de les cures al territori del Pacte

ÀREA	ENTITAT/CENTRE/EMPRESA	NOMBRE	PERCENTATGE PROVINCIAL
Sanitat	Consultoris d'atenció primària	44	23 %
	Centres de salut	12	15,2 %
	Centres d'especialitats	1	14,3 %
	Centres sanitaris integrats	5	33,3 %
	Hospitals generals públics i privats	3	16,7 %
	Consultoris, centres de salut, centres d'especialitats, centres integrats i hospitals generals	65	21,4 %
	Farmàcies	147	18,1 %
Social	Residències acreditades i residències amb centres de dia per a persones majors dependents	12	13 %
	Centres residencials acreditats. Diversitat funcional	3	15 %
	Centres residencials acreditats. Malaltia mental	1	12,5 %
	Centres de dia i residències amb centre de dia acreditats per a persones majors dependents	3	5,8 %
	Centres diürns i residències amb centres diürns per a persones amb diversitat funcional	8	18,2 %
	Centres diürns i residències amb centres diürns per a persones amb malaltia mental	0	0 %
Educatius	Centres educatius amb estudiants de menys de 14 anys	107	16,6 %
Altres centres	Centres d'atenció precoç	5	23,8 %
Mancomunitats	Mancomunitats amb serveis socials	2	14,3 %

Font: LABORA, Conselleria de Sanitat Universal i Sanitat Pública, Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives de la Generalitat Valenciana, Ministeri d'Afers Econòmics i Transformació Digital. Elaboració pròpia.

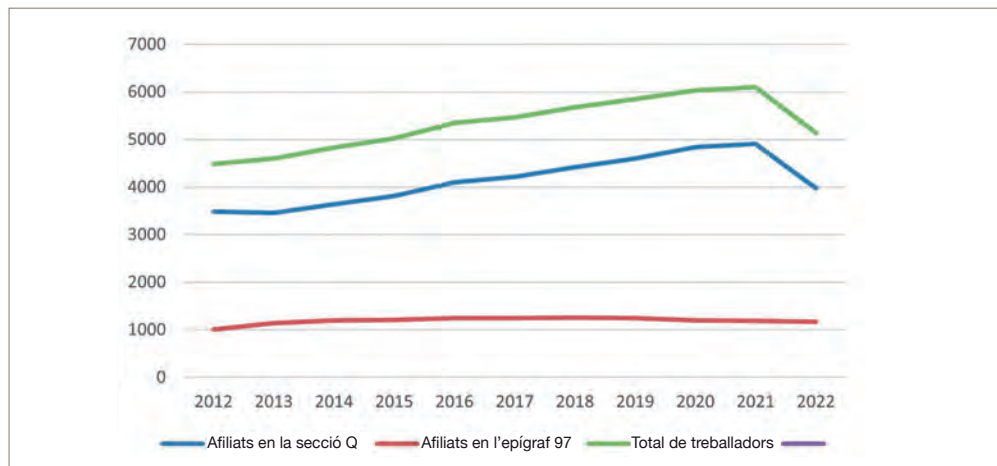
La característica més destacada en relació amb centres i entitats socials i sanitàries és el gran nombre de consultoris d'atenció primària, que representen el 23,9% del total provincial. Quant a consultoris, centres de salut, centres d'especialitats, centres integrats i hospitals generals, en aquesta comarca n'hi ha 65, és a dir, el 21,4% del total provincial. Des del punt de vista dels centres socials destaquen les dotze residències acreditades i residències amb centres de dia per a persones majors dependents, xifra que representa el 13% del total provincial. Finalment, hi ha 107 centres educatius amb estudiants de menys de 14 anys (el 16,6% del total de la província).



Les mancomunitats amb serveis socials en aquest territori són la Mancomunitat de Serveis del Baix Segura i Mancomunitat La Vega. Aquestes entitats, juntament amb els principals ajuntaments, ofereixen serveis de teleassistència a domicili, prevenció de situacions de dependència, servei d'ajuda a domicili, etc.

Les afiliacions a la Seguretat Social de treballadors i treballadores socials i sanitaris en aquest territori no han parat de créixer els últims anys, llevat dels dos últims anys (figura 17).

Figura 17. Treballadors i treballadores afiliats a la secció Q de la CNAE09 (activitats sanitàries i de serveis socials) i epígraf 97 de la secció T de la CNAE09 (activitats de les llars com a ocupadors de personal domèstic) al territori del Pacte



Font: Portal Estadístic de la Generalitat Valenciana. Tresoreria General de la Seguretat Social. Elaboració pròpia.

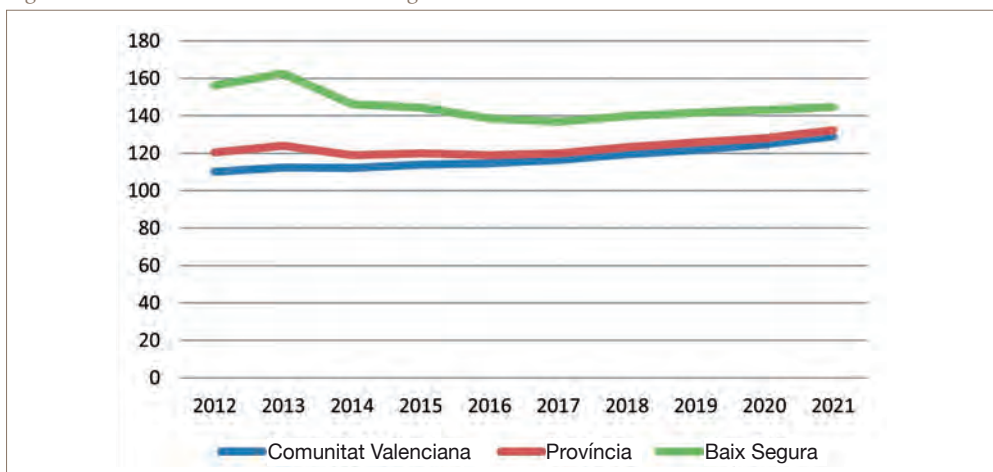
Aquesta davallada dels últims anys és contrària a la tendència de les altres comarques alacantines, on s'ha produït un augment de treballadores i treballadors afiliats de nova contractació. La relació de treballadors socials i sanitaris és d'un treballador per cada 70 habitants, és a dir, una de les ràtios comarcals més descompensades de tota la província. La davallada dels treballadors els dos últims anys no correspon a un canvi en les necessitats existents entorn de la cura, ateses les dades sociodemogràfiques comarcals.

Igual que en altres comarques, l'ocupació femenina en aquest àmbit és la dominant. Aquesta ocupació fins i tot ha augmentat la diferència respecte a la masculina els últims anys, si bé manté valors equiparables a la província i la Comunitat Valenciana respecte al total d'ocupacions. En aquesta comarca, l'ocupació femenina en activitats sanitàries i socials és poc més del 75% del total i el 94,3% de les ocupacions domèstiques i de la llar.

Les necessitats en personal i serveis en l'economia de les cures s'entreveuen a través de diversos indicadors sociodemogràfics. Entre aquests indicadors hi ha l'envelliment de la població del Baix Segura, que és un factor que cal tenir en compte perquè continua per damunt de la mitjana provincial i autonòmica i en ascens continu (figura 18).

Un altre indicador sociodemogràfic en què destaca el Baix Segura i que influeix en l'economia i el treball de les cures és la taxa de creixement de llars unipersonals. El valor de creixement de les llars unipersonals és molt superior a la mitjana de la província. Actualment, el 29% del total de llars és unipersonal, la xifra més alta d'una comarca a la província d'Alacant i molt superior a la mitjana del total provincial. El 51% d'aquestes llars unipersonals són habitades per dones de més de 65 anys, una xifra també superior a la mitjana, i factor que acreix la vulnerabilitat social i la necessitat de suport i serveis a les cures.

Figura 18. Índex d'envelliment al Baix Segura.



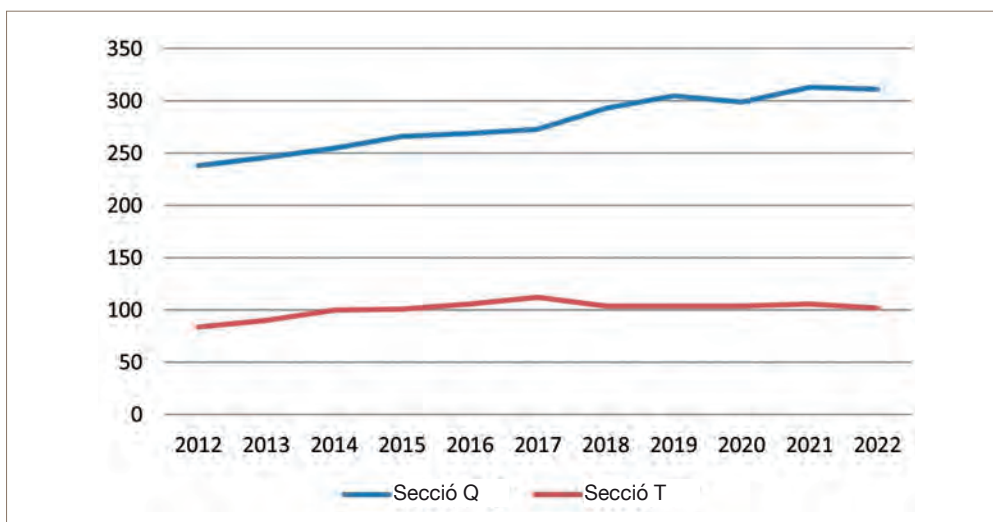
Font: Portal Estadístic de la Generalitat Valenciana. Elaboració pròpia.

En aquesta comarca no està tan estès el nombre d'empreses privades en serveis de cures, dependència i serveis domèstics. Les empreses de la secció Q (serveis socials i sanitaris) de la CNAE09 són 311; i les de la secció T, que inclouen les adscrites a l'epígraf 97 (activitats de personal domèstic), 102. El total d'ambdues és l'11% provincial o la quarta comarca en nombre d'empreses privades amb aquests serveis.

L'evolució de les empreses és de manera més moderada que en altres comarques (figura 19).



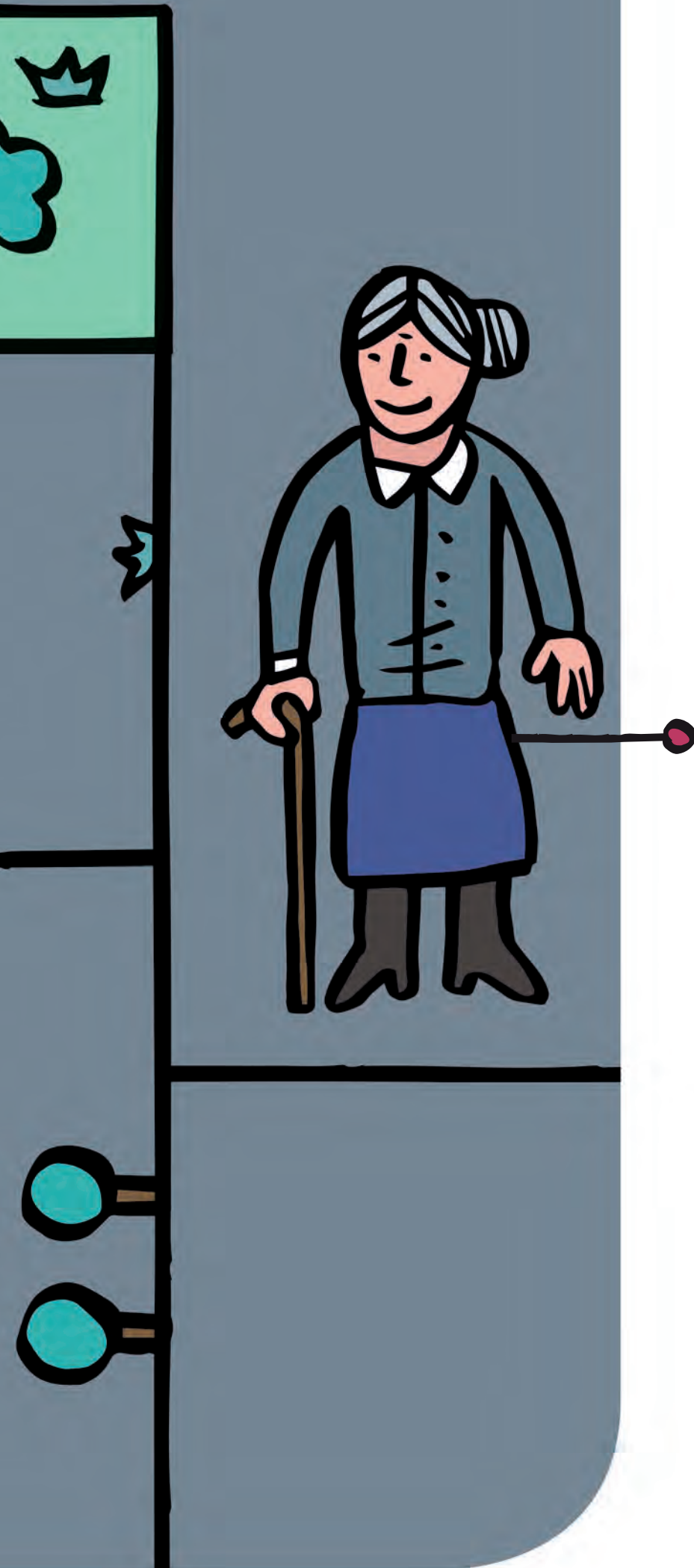
Figura 19. Empreses de la secció Q de la CNAE09 (serveis socials i sanitaris) i empreses de la secció T, epígraf 97 de la CNAE09 (activitats de les llars com a ocupadors de personal domèstic) al territori



Font: Portal Estadístic de la Generalitat Valenciana.

Tant les empreses de cura directa, personal i relacional, com les de cura indirecta no augmenten conforme a la manifestació estadística. En àmbits litorals amb estructures familiars diferenciades hi ha treballadors de les cures per compte propi que són dones, en molts casos immigrants. Aquests treballadors que resten al marge de qualsevol règim laboral treballen en condicions de precarització laboral i, a més, ofereixen poca garantia professional a la població vulnerable a què donen assistència.





06

**L'ECONOMIA
VALENCIANA
DE LES CURES.
APORTACIONS
DE LES
MANCOMUNITATS
VALENCIANES**



Susana Rodrigo Chiner

Mancomunitat de la Costera - la Canal

María Teresa Adell Tejedor

Mancomunitat la Foia de Bunyol - Xiva

Equip Social d'Atenció Primària bàsica

Mancomunitat de l'Interior Terra del Vi

6.1 EL MODEL D'ENQUESTA-ENTREVISTA, ENTRE L'ESTADÍSTICA I LA INFORMACIÓ QUALITATIVA

6.2 MANCOMUNITAT DE LA COSTERA - LA CANAL

6.3 MANCOMUNITAT DE LA FOIA DE BUNYOL - XIVA

6.4 MANCOMUNITAT TERRA DEL VI

06

L'ECONOMIA VALENCIANA DE LES CURES. APORTACIONS DE LES MANCOMUNITATS VALENCIANES

Susana Rodrigo Chiner

Mancomunitat de la Costera - la Canal

María Teresa Adell Tejedor

Mancomunitat la Foia de Bunyol - Xiva

Equip Social d'Atenció Primària bàsica

Mancomunitat de l'Interior Terra del Vi

6.1 EL MODEL D'ENQUESTA-ENTREVISTA. ENTRE L'ESTADÍSTICA I LA INFORMACIÓ QUALITATIVA

Durant el desenvolupament del projecte de l'estudi de l'economia de les cures al territori valencià s'ha recorregut als pactes territorials per l'ocupació amb relacions institucionals amb mancomunitats que tenen entre les seues funcions mancomunades els serveis socials. La resposta ha sigut en la majoria dels casos afirmativa, de manera que uns quants equips tècnics han col·laborat en aquest apartat. S'ha optat per una entrevista en línia que es detalla a continuació. Els resultats s'han analitzat i recollit de manera sintètica.



Programa AVALEM TERRITORI 2022

Projecto: L'economia de les cures a la Comunitat Valenciana

Promueve: Labora-GVA

Realiza: Universitat de València, Universitat Jaume I de Castelló i Universitat d'Alacant

Objectiu: a fi de conèixer la dimensió real de l'**economia de les cures**, i també amb la finalitat de complementar els resultats de les estadístiques oficials, es proposa emprendre una anàlisi d'aquest sector a càrrec de **tècnics en les àrees socials** de l'Administració pública, en particular, **les mancomunitats**.

Metes: es volen identificar els processos que caracteritzen l'economia de les cures al territori i, també, conèixer la dimensió del sector en el mercat laboral i les necessitats del sector.

Informació i informe requerits: se sol·licita un breu informe (3-4 pàgines), elaborat pel cos tècnic de la gestió d'afers socials de l'entitat (mancomunitat, regidoria). Aquest informe hauria d'incloure la informació estructurada següent:

1. Identificació de les entitats, centres i empreses que funcionen a la comarca i que es relacionen amb l'economia de les cures.

ÀREA DE L'ECONOMIA DE LES CURES	TIPUS
SANITAT	Hospitals públics, hospitals privats Clíniques
SOCIAL	Residències d'ancians Centres de dies
EDUCATIUS	Centres educatius amb estudiants amb menys de 14 anys (guarderies, infantil...)
ALTRES ESTABLIMENTS	Centres de cures i atencions
AJUNTAMENTS, MANCOMUNITATS	Assistència a domicili, llars

2. Informació sobre **ocupació** generada, volum, diferenciació per sexe, formació dels treballadors/ores.

3. Identificació aproximada de la població usuària/beneficiada. Estimació de quantes persones es beneficien dels serveis prestats.

4. Comentaris sobre l'existència de serveis públics i privats d'alguns serveis de cures que s'ofereixen a la comarca.

5. Comentaris sobre el treball informal (economia submergida): quins sectors?, quines característiques?

6. Comentaris sobre la dimensió de l'economia de les cures en l'estructura econòmica i social de la comarca. Identificació de la seua funció.

7. Estratègies de futur per a les economies de les cures. Comentaris sobre les necessitats detectades i suggeriments per a millorar l'escenari futur.

6.2 MANCOMUNITAT DE LA COSTERA - LA CANAL

Susana Rodrigo Chiner, coordinadora de Serveis Socials d'atenció primària bàsica de la Mancomunitat de la Costera-la Canal.

Aquest informe es refereix als municipis següents que pertanyen als serveis socials d'atenció primària bàsica (APB) de la Mancomunitat de la Costera-la Canal (zona bàsica), amb una població atesa de 10.594 habitants.

1. Cerdà. 331 h
2. Granja de la Costera. 285 h
3. Llanera de Ranes. 1.055 h
4. La Llosa de Ranes. 3.585 h
5. Novetlè. 837 h
6. Rotglà i Corberà. 1.138 h
7. Torrella. 146 h
8. Vallada. 3.060 h
9. Vallés. 157 h

L'augment del nombre de persones en situació de dependència pel progressiu increment de persones ancianes es presenta en un moment en què és incompatible continuar sostenint l'estructura de cures informals tradicional inclosa en la família, que ja no és capaç d'exercir el seu paper d'institució cuidadora a causa de la caiguda de la natalitat i la progressiva incorporació de les dones al mercat laboral.

Els nostres municipis presenten un clar envelliment de la població i per això s'hi han anat instal·lant una sèrie de recursos i serveis necessaris per a encarar aquesta situació: centres de dia, unitats de respir, centres residencials, serveis d'ajuda a domicili, etc.

Aquests recursos necessiten mà d'obra formada i qualificada per a poder treballar en els serveis indicats. Al seu torn, són cada vegada més una eixida laboral per a la població d'aquests municipis, en què altres faenes tradicionals, com ara l'agricultura i la indústria, han anat minvant els últims anys. Cal aplicar mesures que faciliten aquesta formació de professionals i aconseguir que aquestes faenes estiguen remunerades adequadament.

Per tot això podem considerar que l'economia de les cures és una estratègia que actuarà com a promotora del desenvolupament, a més de revitalitzar el territori. Cal mirar també per aspectes vitals per a les persones: protecció social, educació, faena de qualitat, etc. i aconseguir així que aquestes zones rurals siguen territoris en què treballadors i usuaris de les cures puguin desenvolupar-se i viure.

IDENTIFICACIÓ DE LES ENTITATS I CENTRES QUE FUNCIONEN A LA COMARCA RELACIONATS AMB L'ECONOMIA DE LES CURES

Sanitat: un hospital públic, Lluís Alcanyís, a Xàtiva. Cada municipi té un centre de salut d'atenció primària. Les urgències s'atenen en altres municipis pròxims.

Social: Residència i Centre de Dia José Penadés de Vallada, de titularitat municipal. S'hi adjunta un quadre explicatiu d'aquest centre (ocupació generada, formació, usuaris atesos, etc).

Educatius: els municipis de la Llosa de Ranes, Rotglà i Corberà i Vallada tenen escoleta infantil. S'hi adjunta un quadre explicatiu d'aquests centres (ocupació generada, formació, etc.).

Centres de cures i atencions: centres de respir per a majors als municipis de la Llosa de Ranes i Rotglà i Corberà. S'hi adjunta un quadre explicatiu dels llocs de treball i usuaris atesos.

Servei d'ajuda a domicili: hi ha un programa d'ajuda a domicili, a través del sistema valencià de serveis socials, integrat dins de l'equip d'atenció primària bàsica. S'hi adjunta un quadre explicatiu dels diversos municipis que disposen de SAD.

CENTRE	MUNICIPI	OCUPACIÓ	PLACES
Residència d'Ancians José Penadés	Vallada	38	70
Centre de Dia José Penadés	Vallada	38	20
Escoleta	La Llosa de Ranes	3	
Escoleta	Rotglà i Corberà	4	
Escoleta	Vallada	3	
Centre de respir de majors	Rotglà i Corberà	1	12
Centre de respir de majors	La Llosa de Ranes	1	6
Servei d'ajuda a domicili de la Mancomunitat	Cerdà	1	11
Servei d'ajuda a domicili de la Mancomunitat	Llanera de Ranes	1	12
Servei d'ajuda a domicili de la Mancomunitat	La Llosa de Ranes	1	6
Servei d'ajuda a domicili de la Mancomunitat	Rotglà i Corberà	1	6
Servei d'ajuda a domicili de la Mancomunitat	Vallada	3	12
TOTAL		57	155



6.3 MANCOMUNITAT DE LA FOIA DE BUNYOL - XIVA

María Teresa Adell Tejedor

IDENTIFICACIÓ DE LES ENTITATS, CENTRES I EMPRESES RELACIONATS AMB L'ECONOMIA DE LES CURES

En primer lloc assenyalem els municipis que componen la mancomunitat geogràficament: Xest, Xiva, Bunyol, Macastre, Alboraig, làtova, Millars, Dosaigües, Setaigües, Godelleta i Torís; amb un total de 51.271 habitants. A continuació indiquem la situació en el mapa dels serveis socials: Macastre, Alboraig, làtova, Millars, Dosaigües, Setaigües i Godelleta, amb un total de 10.283 habitants.

Serveis i programes dels serveis socials generals de la Mancomunitat

Disposen de diversos serveis: informació, orientació i assessorament tècnic; servei d'ajuda a domicili; programes de cooperació social; de convivència i reinserció social; renda valenciana d'inclusió i programa de prevenció.

Servei d'atenció a persones en situació de dependència de la Mancomunitat

Es presten els serveis d'ajuda a domicili, teleassistència, centres de dia i nit i residències. Les prestacions són: econòmica amb vinculació a servei; econòmica per a cures en entorn familiar i cures no professionals i, finalment, assistència personal.

Serveis educatius: 84

Tres centres d'educació especial. Quinze centres d'ensenyaments especialitzats. Trenta-un centres d'infantil, primària, ESO i ensenyaments mitjans. Quatre centres rurals agrupats. Set centres de formació de persones adultes. Cinc cicles formatius de grau bàsic, tres de grau mitjà i dos de grau superior. Catorze centres de música.

Localització dels serveis educatius: Alboraig (4), Bunyol (9), Xest (11), Xiva (11), Dosaigües (1), Godelleta (4), Macastre (1), Setaigües (3), làtova (4), Cortes de Pallars (3), Millars (1) i Torís (5).

Serveis sanitaris: hospitals públics i privats, clíniques, residències d'ancians i centres de dia

TIPUS DE CENTRE	NOMBRE	MUNICIPI
Centre de salut	3	Xest, Xiva, Torís
Centre sanitari integrat	1	Bunyol
Consultori	15	Alboraig, Xiva (2), Dosaigües, Godelleta, Macastre, Setaigües, làtova, Cortes de Pallars, Millars
Unitat de suport de rehabilitació	4	Xest, Xiva, Bunyol
Unitat de salut mental	1	Bunyol
Unitat de salut sexual i reproductiva	1	Bunyol
Unitat de suport en odontologia	1	Bunyol
TOTAL	26	

Servicios de bienestar social: 14

Residències per a persones majors dependents: 6

Centres ocupacionals per a discapacitats: 2

Residències per a discapacitats psíquics: 1

Habitatges tutelats per a discapacitats: 2

Centres socials: 3

Mercat laboral i economia de les cures

Els serveis socials mancomunats per als municipis de làtova, Macastre, Alboraig, Dosaigües, Millars, Godelleta i Setaigües creen una ocupació mitjana de deu auxiliars d'ajuda a domicili.

Les persones que són perceptores d'aquests serveis a través de la llei de dependència de PVSAD contracten el servei directament amb empreses privades normalment de la zona. Entre les persones contractades per ajuntaments i per la Mancomunitat només hi ha dos homes. En les empreses privades, totes les treballadores són dones. La formació exigida mínima és posseir el curs de cuidadors no professionals, el curs d'auxiliar de clínica o el d'auxiliar de geriatria.

Població usuària. Beneficiaris dels serveis

A hores d'ara, a través de contractació directa d'ajuntaments i Mancomunitat, s'atenen 87 casos simultàniament; a través d'empreses privades dedicades a aquesta mena de servei en l'actualitat es dona servei a 52 persones.

A més, en aquest apartat val a dir que 363 persones (130 homes i 233 dones) es beneficien de la cura de persones dependents a través de l'ajuda econòmica per al cuidador principal.

Segons la informació municipal, hi ha una certa paritat entre les figures cuidadores de dones i homes. Aquesta circumstància és perquè hi ha el doble de dones dependents que d'homes, de manera que els cuidadors no professionals d'aquestes persones solen ser els marits, els fills, etc.

En una població de 10.283 habitants s'acredita assistència a unes 502 persones dependents, és a dir, el 4,88%.

Economia de les cures a la Foia de Bunyol-Xiva

L'economia de les cures vol atorgar valor a les activitats de cures i de treball domèstic no remunerat, atès que aquestes activitats es consideren béns o serveis econòmics perquè generen un gran valor.

Tradicionalment, aquestes faenes les han fetes dones a domicili amb familiars dependents, o més enllà del domicili, amb la cura de persones dependents. És habitual el treball informal en aquest àmbit.

Com s'ha comprovat, el percentatge de població envellida i dependent a la comarca és elevat. Per tant, crea la necessitat que hi haja cuidadors/ores per a aquesta classe de persones amb la finalitat que estiguen la major part de la vida en sa casa i, així, evitar ingressos en residències.

Estratègies de futur

Si el personal estiguera prou format, seria viable muntar una cooperativa de cures que professionalitzaria dones que s'han dedicat habitualment a les cures, alhora que donaria faena a altres persones i donaria cobertura a aquesta problemàtica.

Com a estratègia complementària seria interessant col·laborar en la formació d'una empresa sense ànim de lucre que poguera contractar persones interessades en aquests quefers i impartir-los formació.



El sector requereix accions dirigides a assolir determinades metes, com ara l'ajuda a revertir l'economia submergida; professionalitzar el treball de les cures, tradicionalment condicionat per remuneracions baixes o inexistents i, també, fomentar l'ocupació de qualitat.

6.4 MANCOMUNITAT DE LA TERRA DEL VI

Equip Social d'atenció primària bàsica

La Mancomunitat de l'Interior Terra del Vi està formada pels municipis següents en matèria de serveis socials: Camporrobles, Caudete de las Fuentes, Fuenterrobles, Xera, Sinarques, Venta del Moro i Villargordo del Gabriel.

Es tracta de poblacions rurals disperses en un marc geogràfic amb una xarxa de comunicació pobra i en alguns casos inexistent. Principalment, la font de l'economia és quasi exclusivament l'agricultura i en menys grau la ramaderia. Els últims anys, el sector terciari ha experimentat un gran impuls, gràcies a iniciatives públiques i programes europeus, que ha fet augmentar l'oferta de turisme rural, restauració i serveis al ciutadà.

IDENTIFICACIÓ DE LAS ENTITATS, CENTRES I EMPRESES QUE HI HA A LA COMARCA RELACIONATS AMB L'ECONOMIA DE LES CURES

A. Sanitat pública

Hospital General de Requena
 Centre de Salut d'Utiel
 Centre de Salut de Caudete de las Fuentes
 CA Xera
 CA Camporrobles
 CA Fuenterrobles
 CA Venta del Moro
 CA Casas de Moya
 CA Casas de Pradas
 CA Casas del Rey
 CA Jaraguas
 CA Las Monjas
 CA Los Marcos
 CA Villargordo del Gabriel
 CA Sinarques
 Clínica Avanza

B. Sanitat privada

Clínica Virgen del Remedio
 Clínica Lepanto
 Clínica Madrid
 Umivale Activa Utiel
 Valora Prevención

C. Residències d'ancians i diversitat funcional

Residència PMD Savia de Requena
 Residència Nuestra Señora de los Dolores de Requena
 Residència Los Viñedos (Utiel)

Residència Parqueluz
Residència Los Viñedos II (diversitat funcional)

D. Centres de dia

Centre Ocupacional María Ráfols
Residència Los Viñedos II (diversitat funcional)
Aula Alzheimer Utiel

E. Centres educatius d'Utiel

Col·legi Santa Ana
CEIP Enrique Rambal
CEIP Canónigo Muñoz
IES Alameda
IES Miguel Ballesteros Viana
Escola Oficial d'Idiomes
Guarderia Infantil Pequeñecos
Escuela Infantil Chupetín
Centre Municipal de Formació de Persones Adultes
Conservatori Professional de Música

F. Centres educatius de la comarca de la Plana d'Utiel

Col·legi Rural Agrupat Oleana, Caudete de las Fuentes
CRA Entreviña, Villargordo del Cabriel, Fuenterrobles i Jaraguas
CEIP Maestro Victorio Montés, Venta del Moro
CEIP Maestro Aguilar de Camporrobles
CEIP La Estela en Sinarcas
Aulari de Xera del CRA del Tejo

Beneficiaris i característiques dels serveis prestats en cures

Els darrers anys s'ha incrementat exponencialment el nombre de casos atesos a l'Equip d'Atenció Primària Bàsic a causa de la complexitat de la nova realitat social que obliga a més intervenció i més especialitzada.

Pel que fa als problemes atesos, s'ha disparat el nombre de famílies desestructurades i sense recursos, menors i adolescents, addiccions, malalties mentals, violència de gènere i familiar, intervencions judicials amb discapacitats, tercera edat, immigració...

Es constata el fenomen de trascolament de població arran de la crisi esdevinguda des del 2007. Constituïm zona preferent receptora de famílies, amb vinculació amb les poblacions o sense vinculació, procedents la majoria de zones urbanes i amb diversos i persistents problemes.

Amb tot, es detecta que hi ha insuficients recursos tant públics com privats, perquè l'oferta de recursos i serveis no respon a les necessitats d'atenció de la població, especialment en l'àmbit de la tercera edat i diversitat funcional.

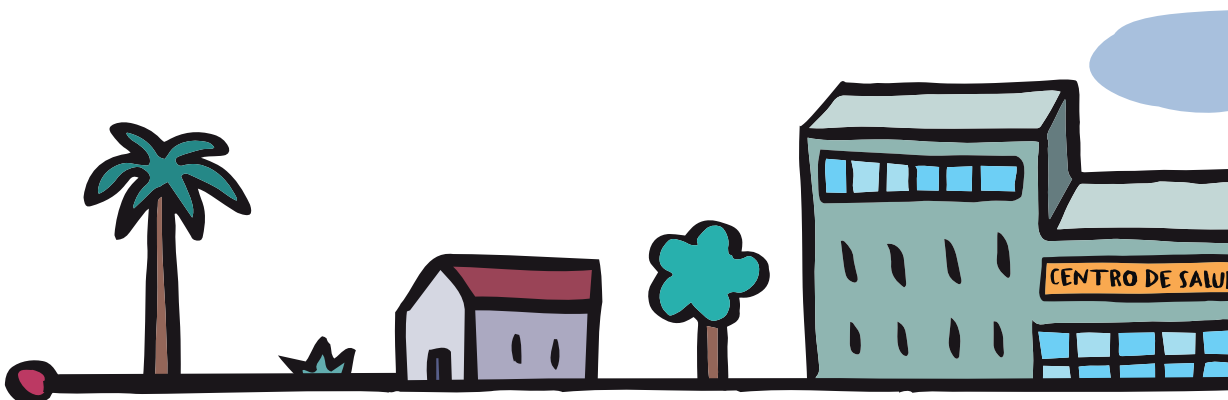
Així mateix, es percep l'existència d'economia submergida en l'àmbit rural en diversos sectors com ara agricultura, ramaderia, hostaleria, faenes domèstiques i atenció de persones dependents.

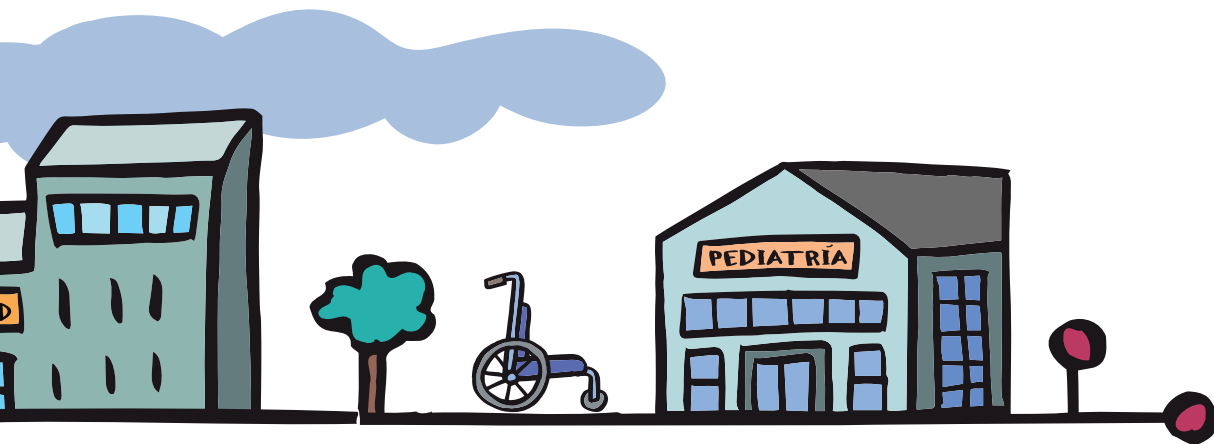


Majoritàriament, la població que fa aquesta classe de feina informal és població immigrant en procés de regularització, dones amb baixa formació acadèmica, persones en situació de risc d'exclusió social...

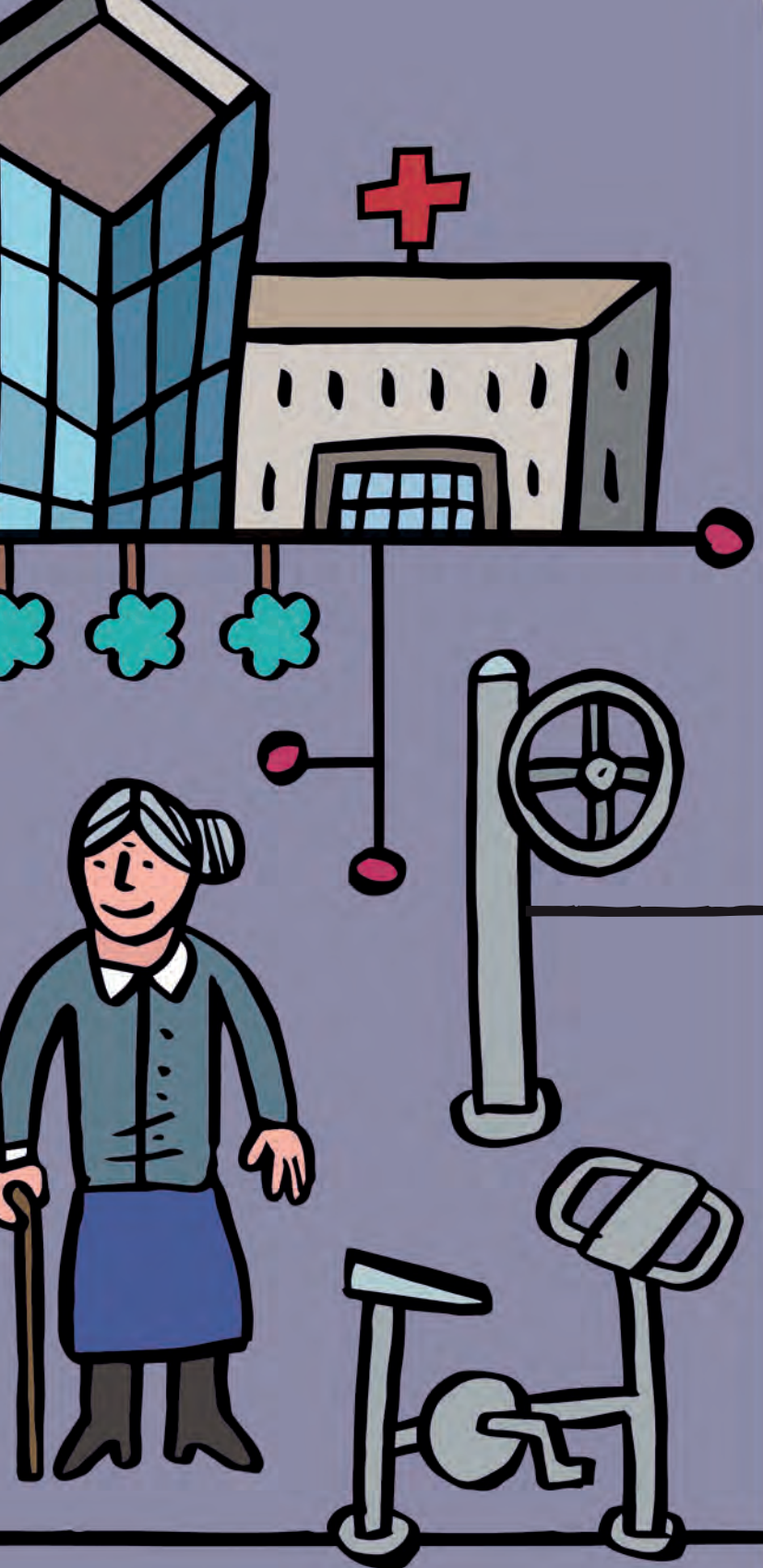
Estratègies de futur per a l'economia de les cures

- Foment de l'ocupabilitat en el medi rural i l'emprenedoria laboral a través dels diversos programes i plans d'ocupació des dels ajuntaments i Labora.
- Afavorir la inserció sociolaboral de les dones, en particular mitjançant l'estímul del teixit associatiu.
- Contribuir a aconseguir el benestar i la qualitat de vida de la població, especialment en els grups afectats de falta de cohesió social.









07

REFLEXIONS FINALS I CONCLUSIONS



Jorge Hermosilla Pla

Universitat de València

Vicente Budí Orduña

Universitat Jaume I de Castelló

Antonio Martínez Puche

Universitat d'Alacant

07

REFLEXIONS FINALS I CONCLUSIONS

Jorge Hermosilla Pla

Universitat de València

Vicente Budí Orduña

Universitat Jaume I de Castelló

Antonio Martínez Puche

Universitat d'Alacant

La consideració d'economia de les cures fa referència, com s'indica en l'informe, a tot un conjunt d'activitats i relacions que comporta satisfer les necessitats físiques, psicològiques i emocionals d'adults i xiquets, joves i vells, persones fràgils i persones sanes. Aquestes actuacions es despleguen a través d'accions tant d'atenció directa com indirecta; i totes poden fer-se tant en espais especialitzats com en cases particulars.

La forma com es presten els serveis relacionats amb les cures ens porta a separar, d'acord amb l'OIT, treball remunerat de no remunerat. El treball remunerat pot fer-se tant a domicili com en centres de treball.

Indiquem també que l'economia de les cures és un segment d'activitat en alça per raons fonamentalment demogràfiques i que exigeix nous enfocaments per motius relacionats amb canvis en l'estructura familiar i, també, en els requisits tècnics necessaris per a un acompliment adequat d'aquestes tasques.

Un percentatge elevat de les cures es fan a l'entorn de la llar. Aquestes cures són assumides en un percentatge molt elevat per dones. Només una petita part d'aquestes faenes de cures reben suport econòmic com a part de les prestacions derivades de la Llei de dependència.

Els afiliats a la Seguretat Social l'any 2022 a la Comunitat Valenciana ascendien a uns 2.000.000, dels quals vora 55.000 treballaven en serveis socials, el 2,7%.

En aquestes afiliacions destaca el protagonisme de la dona, de manera que el 86% són cuidadores no professionals i el 89% correspon a assistència en establiments residencials. L'economia de les cures a la Comunitat Valenciana, igual que ocorre en altres territoris, és un sector feminitzat. Les afiliades representen el 77,4% dels treballadors; els homes, a penes el 22,6%.

Protagonisme de la dona en els treballs de l'economia de les cures. Les treballadores en aquest sector s'enfronten a problemes com la segmentació i segregació per motiu de sexe, disparitat salarial respecte als homes, més risc de violència i assetjament.



El treball de cures remunerat continuarà sent una font d'ocupació considerable en el futur, en particular per a les dones. La naturalesa relacional del treball de cures limita el potencial de substitució de la mà d'obra humana per robots i altres tecnologies.

La majoria dels treballadors domèstics tenen una ocupació informal (80% del total de treballadors domèstics), xifra que quasi duplica la proporció d'ocupació informal d'altres treballadors (40%).

La realització de treball de cures a domicili representa un segment d'activitat creixent. Aquestes contractacions es fan en un percentatge elevat com a economia informal o bé sense mecanismes contractuals adequats, sovint sota el format de faenes de casa. Els treballadors en aquest segment d'atenció a domicili són la majoria dones i, en un percentatge elevat, població immigrant.

En conseqüència, els treballadors domèstics de l'economia informal no estan reconeguts ni protegits pel marc legal i reglamentari i no es beneficien de l'aplicació efectiva d'aquest marc.

La distribució de l'ocupació en l'economia de les cures no és homogènia segons els epígrafs consultats. Diversos factors incideixen en aquest aspecte de manera desigual.

El codi CNAE 86, activitats sanitàries, representa el 61,1% dels afiliats. Està molt condicionat per la distribució de les instal·lacions hospitalàries, clíniques i altres equipaments sanitaris.

El codi CNAE 87, assistència en establiments residencials, representa el 13,2% dels treballadors/ores. Tot i que la distribució no és tan concentrada, està condicionada per l'existència de centres residencials per a la tercera edat.

El codi CNAE 88, activitats de serveis socials sense allotjament, representa el 8,2% dels afiliats/ades. Es produeix de nou més concentració territorial a causa del tipus de demanda que acudeix als centres d'assistència a la tercera edat.

El codi CNAE 97, activitats de les llars com a ocupadors de personal domèstic, representa el 17,4% de l'ocupació. Som conscients que és un epígraf condicionat pels alts nivells d'economia submergida. A més, es tracta d'una modalitat de treball relacionada amb l'activitat turística.

La informació facilitada per l'IVE per al 2022 relacionada amb les empreses que pertanyen als epígrafs 86, 87, 88 i 97 de la CNAE-09 confirma els desequilibris territorials detectats després d'analitzar els treballadors/ores i la seua distribució. A la Comunitat Valenciana hi ha 14.875 empreses en aquest sector que es distribueixen de la manera següent:

- Activitats sanitàries (epígraf 86): 10.971 afiliats/ades, 73,7%.
- Assistència en establiments residencials (epígraf 87): 387, 2,6%.
- Activitats de serveis socials sense allotjament (epígraf 88): 685, 4,6%.
- Activitats de les llars com a ocupadores de personal domèstic (epígraf 97): 2.832, 19%.

Els treballs de cures en centres públics o privats és una de les activitats amb gran potencial de creació de faena en la dècada vinent. Hi ha molts territoris que tenen projectes de creació de centres de cures (de diversos tipus) per als pròxims anys. Aquest segment de cures professionals en un centre de treball és també majoritàriament femení, encara que en un percentatge inferior al de les cures a domicili.

Des dels territoris valencians, ateses les diferències entre el sistema rural i el sistema urbà, s'han considerat les característiques següents de l'economia de les cures:

1. ESCENARI GENERAL. POBLACIÓ USUÀRIA. USUARIS/ÀRIES DELS SERVEIS PRESTATS

A. TERRITORIS RURALS

Increment de serveis. Els darrers anys s'ha incrementat exponencialment el nombre de casos atesos des de l'equip d'atenció primària bàsic, a causa de la complexitat de la nova realitat social que obliga a un augment d'intervenció i més especialitzada.

Hi ha diversos factors causants: el procés d'envelliment de la població; el canvi en l'estructura de les famílies, amb més quantitat i proporció de famílies unipersonals; l'evolució i el canvi dels nuclis familiars, amb l'augment de les famílies monoparentals amb fill/a menor a càrrec de pare o mare; la incorporació de la dona al treball remunerat i, en conseqüència, menys oportunitats de dedicació als nuclis familiars. No obstant això, la família és la millor valedora de l'atenció dels dependents, i és la dona qui preferentment s'encarrega de l'activitat de les cures no professionals.

Tipus dels problemes atesos. Espectacular increment del nombre de famílies desestructurades i sense recursos, menors i adolescents, addiccions, malalties mentals, violència de gènere i familiar, intervencions judicials amb discapacitats, tercera edat i immigració.

Processos migratoris. Es constata el fenomen de trascolament de població arran de la crisi esdevinguda des del 2007 i intensificada amb la covid-19. Constituïm zona preferent receptora de famílies, amb vinculació amb les poblacions o sense vinculació, procedents la majoria de zones urbanes i amb diversos i persistents problemes.

Dimensió de les cures. Els càlculs aportats pels equips tècnics dels serveis socials afirmen que rep atenció de forma acreditada entre el 4,5% i el 6% de la població comarcal, amb més importància en les àrees rurals més envellides.

B. TERRITORIS SEMIURBANS-URBANS

Àmplia diversitat de serveis. Els serveis en àrees urbanes són més extensos en nombre de places i d'usuaris i més diversos quant a tipus de serveis de cures. Al seu torn, en els territoris semiurbans-urbans l'oferta és més gran en els àmbits litorals i turístics, fruit dels criteris d'oportunitat pels quals les empreses privades s'han instal·lat dins de l'economia de les cures.

Més presència del sector privat. En àmbits urbans trobem residències de propietat i gestió privada, i la gestió de residències pertanyents a fundacions per empreses privades. Alguns d'aquests centres formen part de grups empresarials especialitzats en cures. Aquests centres privats es concentren també en àmbits litorals on hi ha una població envellida.



2. ESCENARI ACTUAL DELS SERVEIS PÚBLICS I PRIVATS DE LES CURES

A. TERRITORIS RURALS

Recursos públics i privats insuficients. L'oferta de recursos i serveis no respon a les necessitats de la població. En molts casos aquesta deficiència en l'atenció per falta de recursos se soluciona amb l'aportació no professional de la família, sobretot de les dones. Moltes d'aquestes dones a càrrec de familiars estan contractades a temps parcial i no poden optar a ocupació estable i de jornada contínua per la seua situació personal, qüestió que s'ha aguditzat després de la pandèmia.

Deficiències singulars en determinats col·lectius: tercera edat i diversitat funcional.

Formació professional millorable. Els treballs relacionats amb les cures requereixen una certa qualificació i formació, que al seu torn constitueix jaciments d'ocupació emergents en aquests territoris.

Treball feminitzat. Els llocs de treball generats per les cures són ocupats per dones, sovint amb cursos de cuidadors no professionals o auxiliar de clínica o geriatria. La dona també concentra les sol·licituds d'ajudes i afiliació a la Seguretat Social de cuidadors no professionals. La feminització d'aquest treball remunerat i no remunerat en les activitats de cures de xiquets o adults malalts, incapacitats o ancians és més elevada en el medi rural que en el medi urbà i l'àmbit litoral.

B. TERRITORIS SEMIURBANS-URBANS

Recursos públics i privats insuficients. Aquesta situació facilita l'entrada d'empreses privades. Les empreses i els centres privats es concentren principalment a les comarques litorals i turístiques, que coincideixen amb les que tenen un nombre elevat de persones de més de 65 anys, fruit del turisme residencial i de l'arribada gradual de població estrangera jubilada procedent de països europeus.

Propostes i projectes vinculats a llars, residències i centres de dia relacionats amb l'Administració local. N'hi ha alguns, com el Pla Convivent, que estan en fase de construcció i en un context autonòmic de planificació d'infraestructures de serveis socials.

3. TREBALLS INFORMALS EN L'ECONOMIA DE LES CURES

ACTIVITATS. Es percep l'existència d'economia informal en l'àmbit rural, en diversos sectors com ara agricultura, ramaderia, hostaleria i, de la mateixa manera, tasques domèstiques i cures a persones dependents.

AGENTS DEL TERRITORI. Protagonisme de la dona. Majoritàriament, la població que fa aquesta classe de feina informal és població immigrant en procés de regularització, dones amb baixa formació acadèmica, persones en situació de risc d'exclusió social. Les activitats de cura que actualment exerceix la dona són aproximadament el 10% del total d'inactius a la Comunitat Valenciana i es produeix a través de treballs no remunerats. En el treball de cures no remunerat dins de l'entorn familiar s'observa un intent de compaginar l'activitat de cures amb faenes a temps parcial. Aquest factor deriva en una càrrega addicional per a les

dones que sovint no donen l'abast, amb el consegüent problema del retard o falta d'incorporació a l'àmbit laboral, factor que fa augmentar més encara la desigualtat entre sexes.

MODALITATS DE TASQUES. Dones que treballen a casa atenent familiars dependents, i també fora de casa atenent persones necessitades, amb motiu de cures de xiquets o adults malalts, incapacitats o ancians. El treball professional és moltes vegades des de l'activitat informal.

DIFICULTATS PER A REGULAR LA PRESTACIÓ DE SERVEIS DE CURES. La professionalització del sector de cures depèn de cursos de capacitació que, al seu torn, requereixen una formació mínima acreditada. Es detecta el problema de falta de formació bàsica acreditada en dones immigrants. S'observa una davallada de les treballadores de personal domèstic a domicili respecte de les treballadores en serveis socials fruit de la generalització del treball informal en aquesta activitat laboral de personal domèstic i el consegüent allunyament en les possibilitats de capacitació i professionalització.

PROBLEMES DE MOBILITAT. Dificultats de mobilitat intracomarcal de dones que exerceixen aquests treballs.

4. DIMENSIÓ ECONÒMICA I SOCIAL DE L'ECONOMIA DE LES CURES

A. TERRITORIS RURALS

Territoris desfavorits. Es tracta de poblacions rurals disperses en un marc geogràfic amb escassetat de població i amb necessitats d'equipaments en la xarxa de comunicacions. L'evolució d'uns certs indicadors sociodemogràfics com ara longevitat i esperança de vida en aquests territoris crea un escenari tendent a la necessitat de més demanda en cures fruit de la relació entre vellesa i dependència. Principalment, la font de l'economia és l'agropecuària, amb alguna ajuda complementària d'altres sectors. Els últims anys, el sector terciari ha experimentat un gran impuls gràcies a iniciatives públiques i programes europeus que han augmentat l'oferta en turisme rural, restauració i serveis al ciutadà.

Activitats protagonistes. En alguns territoris, l'ocupació creada per l'economia de les cures representa una elevada proporció respecte del total.

Reconeixement del treball femení de les cures. Es posa l'accent en l'escenari actual en què, mitjançant l'ajuda a domicili de serveis socials, com també per la llei de dependència, els treballadors/ores poden oficialitzar les seues jornades laborals com a cuidadors no professionals i cotitzar a la Seguretat Social.

Iniciatives de **suport social** a escala municipal. Estan en fase inicial algunes iniciatives de treball col·laboratiu per a proporcionar serveis de cures en municipis en risc de despoblació amb l'ajuda dels ajuntaments.

B. TERRITORIS SEMIURBANS-URBANS

Capacitat per a crear ocupació. El desenvolupament del sector contribuirà a crear ocupació regulada i amb formació professional tant en l'àmbit públic com en el privat.



Hi ha centres de **cicles formatius** que inclouen aquestes activitats en l'oferta formativa. Millora la prestació de serveis i permet regularitzar les activitats. Formació addicional en centres de formació i centres de formació a majors.

5. ESTRATÈGIES DE FUTUR PER A L'ECONOMIA DE LES CURES

5.1. FOMENT DEL DESENVOLUPAMENT TERRITORIAL Desenvolupament de l'ocupabilitat en el medi rural i l'emprenedoria laboral a través de diversos programes i plans d'ocupació dels ajuntaments i Labora. Millora de la inserció laboral en vista del fort augment de demanda de treballs en cures. Estratègies per a la reducció de temps i processos en la contractació de treballadors públics en vista de la necessitat de fomentar una millor capacitat de reacció en la contractació de treballadors en serveis socials per part dels ens públics com ara mancomunitats i ajuntaments.

5.2. PLANS D'OCUPACIÓ ESPECÍFICS PER A LES DONES. La feminització de les activitats de la cura és un jaciment d'ocupació interessant. Accions dirigides a la inserció laboral de les dones, estimular i millorar el teixit associatiu. Es tracta de millorar la professionalització del treball de les cures.

5.3. REALIZACIÓ D'ESTUDIS I ANÀLISIS sobre la població i els col·lectius en situació de discriminació i desigualtat.

5.4. PLA DIRECTOR per a la implantació i el desenvolupament de **centres d'atenció diürns**. Es detecta un dèficit en aquesta modalitat de servei en zones rurals i urbanes de la Comunitat Valenciana.

5.5. LES FÓRMULES D'ECONOMIA SOCIAL, com ara les *cooperatives de cuidadores* o organitzacions destinades a formar cuidadores, constitueixen accions futures amb gran potencial i possibilitats.

5.6. EQUIPAMENTS I INFRAESTRUCTURES FUTURES. Una de les necessitats detectades és l'adequació de les cases de les persones que requereixen atenció, amb la incorporació de solucions domòtiques, eliminació de barreres, etc. amb la finalitat de crear espais habitables als habitatges habituals. Una altra necessitat és la construcció de centres residencials de reduïdes dimensions; unes fórmules d'habitatges tutelats on les persones dependents puguen sentir-se *a casa*. Es tracta d'una alternativa a les residències.

L'economia de les cures constitueix un factor clau en **la qualitat de vida**, en particular en les societats rurals amb un important procés d'envelliment.

5.7. MANTENIR I REFORÇAR L'OFERTA DE CURSOS DE FORMACIÓ EN CURES. Els cursos han de tenir en compte els diversos requisits tècnics segons les necessitats detectades en cada territori. Des de les mancomunitats (amb participació dels pactes territorials per l'ocupació) es proposen **cursos de formació** i d'acreditació professional per a treballadors del sector de les cures. Es detecten problemes per a regularitzar treballadors, la majoria **dones de més de 45 anys**, que es mouen en l'economia informal perquè no disposen de la formació mínima requerida [graduat en ESO].

5.8. Habilitar sistemes que faciliten **L'HOMOLOGACIÓ DE LA TITULACIÓ REQUERIDA** per a l'accés a cursos de formació (certificats d'estudis en nivells bàsics per a treballadors immigrants) com a pas previ a la realització de formació en cures.

Aprofundir en el procés de facilitar i promoure **certificats de professionalitat** a partir de l'experiència en l'àmbit de les cures, tant si s'ha desenvolupat de forma regular com en l'economia informal. Cal incloure en aquesta proposta activitats desplegades en el context d'iniciatives de treball col·laboratiu.

5.9. ESTABLIR PROGRAMES D'IMATGE destinats a incrementar la contractació d'homes a causa de l'excessiva segmentació per sexes del sector de cures.

5.10. FOMENT DE L'OCUPACIÓ EN UN JACIMENT D'OCUPACIÓ EN CREIXEMENT. Els treballs de cures en centres públics o privats és una de les activitats amb **gran potencial de creació d'ocupació** en la dècada vinent. Hi ha molts territoris que disposen de projectes de creació de centres de cures (de diferent tipus) per als pròxims anys. Aquest segment de cures professionals en un centre de treball és també **majoritàriament femení**, encara que en un percentatge inferior al de l'atenció domiciliària.





GUARDERÍA

CENTRO DE MAYORES

PEDIATRÍA

VOLUNTARIADO

CENTRO DE SALUD



BIBLIOGRAFIA



BIBLIOGRAFIA

Consejo Económico y Social de España Informe (2022). Mujeres, trabajos y cuidados: propuestas y perspectivas de futuro. <https://www.ces.es/documents/10180/5282746/Inf0122.pdf>

DECRETO 74 /2007, de 18 de mayo, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana. https://dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion.jsp?id=1730&sig=6634/2007&L=1&url_lista=

DECRETO 178/2021, del Consell, de 5 de noviembre, de aprobación de las bases reguladoras para la concesión directa de subvenciones a los ayuntamientos para el desarrollo del proyecto “Bolsas de cuidado profesional para familias con hijas e hijos menores de 14 años”. https://dogv.gva.es/datos/2021/11/12/pdf/2021_11471.pdf Generalitat Valenciana e IVIE (2022): La calidad del empleo en la Comunitat Valenciana. Valencia. ISBN: 978-84-09-37782-4

Generalitat Valenciana (2020). Propuesta de Estrategia Valenciana para la Recuperación, EVR. https://gvaoberta.gva.es/documents/7843050/172202279/20201124_Propuesta_Estrategia_Valenciana_Recuperacion_CAS.pdf/41e7af77-a7f9-4afa-950c-f0b572c85ad2

Generalitat Valenciana (2022): Informe Estadístico Diversidad Funcional y Salud Mental. Vicepresidencia y Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas. Valencia.

Generalitat Valenciana (2022): Portal Estadístico de la Comunitat Valenciana. Banco de Datos Territorial, consultado 2 de junio 2022, <https://pegv.gva.es/es/bdt> consultado 17 julio 2022

Generalitat Valenciana (2022): Portal Estadístico de la Consellería de Sanidad Universal i Sanidad Pública de la Generalitat Valenciana (2022), consultado 13 de junio 2022, <https://www.san.gva.es/es/web/conselleria-sanitat-universal-i-salut-publica/portal-estadistic>

Gobierno de España (2021). ESPAÑA 2050. Fundamentos y propuestas para una Estrategia Nacional de Largo Plazo. Oficina Nacional de Prospectiva y Estrategia del Gobierno de España (coord.). Madrid. Ministerio de la Presidencia.

Gobierno de España (2021). Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia. <https://planderecuperacion.gob.es/>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Base Estatal de Datos de Personas con Valoración del Grado de Discapacidad (2020). Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Informe Servicios Sociales dirigidos a las personas mayores en España (2020). Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Informe 2018. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

Instituto Nacional de Estadística (INE). <https://www.ine.es/>, consultado 1 septiembre 2022 LABORA, Servei Valencià d’Ocupació i Formació (2022). Consellería d’Economia Sostenible, sectors productius, comerç i treballa. <https://labora.gva.es/es/ciudadania>

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2022). Informe de empleo en sector servicios sociales. https://imserso.es/documents/20123/120137/inf_empleo_ss_1trim_2022.pdf/aa0cc3d0-7533-d753-a4a4-be1105e771d6

Ministerio de Igualdad (2021). Aprobación del Plan Corresponsables. <https://www.igualdad.gob.es/comunicacion/notasprensa/Paginas/el-consejo-de-ministros-aprueba-el-plan-correspons.aspx>

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004). Cuidados de larga duración a cargo de la familia. El apoyo informal. Libro Blanco de la dependencia. https://www.uab.cat/Document/580/416/LibroBlancoDependencia_01,0.pdf

Naciones Unidas (2021). Clasificación Internacional de Actividades para Estadísticas sobre el Uso del Tiempo. ICATUS 2016. División de Estadística de las Naciones Unidas. <https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/Standards-and-Methods/files/Handbooks/time-use/23012019-ICATUS-S.pdf>

Organización de las Naciones Unidas. ONU Mujeres (2020). Covid-19 y la Economía de los Cuidados: Acciones inmediatas y transformación estructural para una recuperación con perspectiva de género. <https://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2020/06/policy-brief-covid-19-and-the-care-economy>

Organización de las Naciones Unidas. ONU Mujeres (2020). Abordar las consecuencias económicas del COVID-19: Estrategias y políticas para una recuperación con perspectiva de género. <https://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2020/06/policy-brief-addressing-the-economic-fallout-of-covid-19>

Observatorio de las Ocupaciones del SEPE (2022): Informe del Mercado de Trabajo de la Provincia de Alicante. Datos 2021. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones del Gobierno de España.

Organización Internacional del Trabajo (2013). Conferencia Internacional de Estadísticas del Trabajo (CIET). Resolución sobre las estadísticas del trabajo, la ocupación y la subutilización de la fuerza de trabajo http://www.ilo.ch/wcmsp5/groups/public/-dgreports/-stat/documents/normativeinstrument/wcms_234036.pdf

Organización Internacional del Trabajo (2019). El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente. Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo. https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_737394/lang-es/index.htm

Organización Internacional del Trabajo (2021). ILO Global Estimates on International Migrant Workers. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-dgreports/-dcomm/-publ/documents/publication/wcms_808935.pdf

Organización Internacional del Trabajo (2022). Garantizar un trabajo decente para el personal de enfermería y los trabajadores domésticos, actores claves en la economía del cuidado de personas. Conferencia Internacional del Trabajo 110ª Reunión. https://www.ilo.org/ilc/ILCSessions/110/reports/reports-to-the-conference/WCMS_839731/lang-es/index.htm

Organización Mundial de la Salud (2020). Situación de la enfermería en el mundo. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240003279>

Registro de Entidades Locales del Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital del Gobierno de España. Link: <https://ssweb.seap.minhap.es/REL/frontend/inicio/mancomunidades/10/13419>, Consultado 18 septiembre 2022

Silver Economy Consulting (2021). Informe de Tendencias. Los sénior en España. <https://silvereconomygroup.com/informes/>

Vicepresidencia y Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas de la Generalitat Valenciana. <https://inclusio.gva.es/es/>



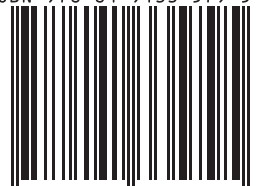
GENERALITAT
VALENCIANA

TOTS
A UNA
veu

LABORA

Servei Valencià d'Ocupació i Formació

ISBN 978-84-9133-579-5



9 788491 335795 >

UJI UNIVERSITAT
JAUME I



UNIVERSITAT
DE VALÈNCIA



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante