
Salut i benestar de les persones cuidadores de familiars a Barcelona

Una mirada de cicle vital



©2025 Agència de Salut Pública de Barcelona

Tots els drets reservats.

<https://www.aspb.cat/>

Edita: Agència de Salut Pública de Barcelona, desembre de 2025

Aquesta publicació està sota una llicència Creative Commons

Reconeixement – No Comercial – No Derivades (BY-NC-ND)

<https://creativecommons.org/>



Salut i benestar de les persones cuidadores de familiars a Barcelona. Una mirada de cicle vital

Presidenta de l'Agència de Salut Pública de Barcelona i regidora de Salut, persones amb discapacitat i estratègia contra la soledat

Marta Villanueva Cendán

Gerent de l'Agència de Salut Pública de Barcelona

Joan Ramon Villalbí i Hereter

Responsable de l'Informe

Imma Cortès Franch^{1,2,3}

Autories

Júlia Serra Colomer^{1,2}

Imma Cortès Franch^{1,2,3}

Cita recomanada: Serra-Colomer, J., Cortès-Franch, I. Salut i benestar de les persones cuidadores de familiars a Barcelona. Una mirada de cicle vital. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2025

1 Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), Pl. Lesseps 1, 08023 Barcelona, Spain

2 Institut de Recerca Sant Pau (IR SANT PAU), Sant Quintí 77-79, 08041 Barcelona, Spain

3 Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, Spain

Índex

Resum executiu	5
Resumen ejecutivo.....	6
Executive summary.....	7
Introducció.....	8
Marc conceptual.....	9
Les persones cuidadores de familiars a Barcelona.....	13
Conclusions.....	42
Recomanacions	43
Bibliografia.....	45
Annex	48

Resum executiu

Aquest informe analitza el treball de cures informal a Barcelona, entès com aquell que es realitza sense retribució econòmica per part de familiars a persones que necessiten una dedicació especial per problemes de salut, edat avançada o dependència. A partir de les dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona de 2021, es descriu qui cuida, en quines condicions i quin és el seu estat de salut, tot segmentant l'anàlisi per etapes del cicle vital: joventut, edat adulta i vellesa.

L'any 2021, el 25,0% de les dones i el 23,6% dels homes barcelonins majors de 15 anys realitzen treball de cures informal. Si s'exclouen les situacions esporàdiques (≤ 1 hora setmanal), el percentatge es redueix al 20,3% en les dones i al 16,2% en els homes. Les dones hi dediquen més hores setmanals. A mesura que s'avança en el cicle vital, augmenten tant la participació com la dedicació, i les desigualtats de gènere es fan més evidents. En la vellesa, s'observa un canvi de patró: els homes tenen una presència més destacada en la cura de convivents i hi dediquen més hores que les dones.

A més del gènere, la distribució del treball de cures està condicionada per la classe social, la situació laboral i l'origen. Les persones amb menys estudis, les dones que treballen no remuneradament a la llar, les jubilades abans dels 65 i les persones migrants de països de renda baixa són les que més assumeixen cures de convivents. En canvi, les persones amb estudis universitaris i les nascudes a Espanya participen més en la cura de no convivents.

El treball de cures té un impacte directe sobre la salut. Les dones cuidadores presenten pitjor salut percebuda, major patiment psicològic, més dolor o malestar, i amb major freqüència dormen menys de sis hores diàries que els homes o les dones no cuidadores. Les desigualtats de gènere en salut són especialment marcades en l'edat adulta, tot i que en la vellesa la relació entre cures i salut és menys clara.

Així, el treball de cures informal actua com a determinant clau de les desigualtats en salut. El seu impacte varia segons el gènere, l'edat, la classe social i l'origen, fet que exigeix polítiques públiques que garanteixin suport efectiu a les persones cuidadores i promoguin una distribució més equitativa i justa de les cures.

Resumen ejecutivo

Este informe analiza el trabajo de cuidados informal en Barcelona, entendido como aquel realizado sin retribución económica por parte de familiares a personas que requieren una dedicación especial por problemas de salud, edad avanzada o dependencia. A partir de los datos de la Encuesta de Salud de Barcelona de 2021, se describe quién cuida, en qué condiciones y cuál es su estado de salud, segmentando el análisis por etapas del ciclo vital: juventud, edad adulta y vejez.

En 2021, el 25,0% de las mujeres y el 23,6% de los hombres barceloneses mayores de 15 años realizan trabajo de cuidados informal. Si se excluyen las situaciones esporádicas (≤ 1 hora semanal), el porcentaje se reduce al 20,3% en las mujeres y al 16,2% en los hombres. Las mujeres dedican más horas semanales. A medida que avanza el ciclo vital, aumentan tanto la participación como la dedicación, y las desigualdades de género se hacen más evidentes. En la vejez se observa un cambio de patrón: los hombres tienen una presencia más destacada en el cuidado de convivientes y dedican más horas que las mujeres.

La distribución de los cuidados también está condicionada por la clase social, la situación laboral y el origen. Las personas con menor nivel educativo, las mujeres que trabajan no remuneradamente en el hogar, las jubiladas antes de los 65 años y las personas migrantes de países de renta baja son quienes más asumen cuidados de convivientes. En cambio, las personas con estudios universitarios y las nacidas en España participan más en el cuidado de no convivientes.

El trabajo de cuidados tiene un impacto directo sobre la salud. Las mujeres cuidadoras presentan peor salud percibida, mayor malestar psicológico, más dolor o malestar y, con mayor frecuencia, duermen menos de seis horas diarias que los hombres o que las mujeres no cuidadoras. Las desigualdades de género en salud son especialmente marcadas en la edad adulta, aunque en la vejez la relación entre cuidados y salud es menos clara.

En conjunto, el trabajo de cuidados informal actúa como determinante clave de las desigualdades en salud y requiere políticas públicas que garanticen apoyo efectivo a las personas cuidadoras y que promuevan una distribución más equitativa y justa de los cuidados.

Executive summary

This report analyses informal caregiving in Barcelona, understood as unpaid care provided by family members to people who require special support due to health problems, old age or dependency. Using data from the 2021 Barcelona Health Survey, it describes who provides care, under what conditions, and their health status, with the analysis structured by stages of the life course: youth, adulthood and old age.

In 2021, 25.0% of women and 23.6% of men aged 15 and over in Barcelona provided informal care. Excluding occasional situations (≤ 1 hour per week), the percentage falls to 20.3% among women and 16.2% among men. Women devote more hours per week to caregiving. As the life course progresses, both participation and intensity increase, and gender inequalities become more pronounced. In old age, a change in pattern is observed: men have a greater presence in caring for co-residing dependants and devote more hours than women.

Beyond gender, the distribution of caregiving is shaped by social class, employment status and origin. People with lower levels of education, women engaged in unpaid domestic work, women retired before the age of 65, and migrants from low-income countries are more likely to assume care for co-residing dependants. By contrast, university-educated individuals and those born in Spain participate more often in caring for non-co-residing dependants.

Informal caregiving has a direct impact on health. Women caregivers report poorer self-perceived health, higher psychological distress, more pain or discomfort, and are more likely to sleep fewer than six hours per day than men or non-caregiving women. Gender inequalities in health are particularly marked in adulthood, although in old age the relationship between caregiving and health is less clear.

Overall, informal caregiving is a key determinant of health inequalities. Its impact varies by gender, age, social class and origin, underscoring the need for public policies that provide effective support to caregivers and promote a more equitable and fair distribution of care provision.

Introducció

El treball de cures és essencial per a la sostenibilitat de la vida i, alhora, una font important de desigualtats socials. Totes les persones necessitem cures en diferents moments de la vida, però la responsabilitat de cuidar recau de manera desigual sobre dones, persones de classes socials desafavorides i persones migrants. Aquest treball sovint es realitza sense remuneració, reconeixement ni suport institucional, fet que comporta una sobrecàrrega física, emocional i econòmica que pot afectar negativament la salut i el benestar de les persones cuidadores. En aquest sentit, el treball de cures es considera un determinant social de les desigualtats en salut, ja que la seva distribució social i les condicions en què es desenvolupa contribueixen a generar i perpetuar desigualtats socials en salut.

La necessitat de cures i la capacitat per oferir-les no són estables al llarg de la vida, sinó que varien segons les etapes vitals i les circumstàncies personals i socials. Així, la cura de familiars es transforma amb el pas del temps: en la joventut, la implicació sol ser més reduïda; en l'edat adulta, augmenten tant la responsabilitat com la càrrega, sovint en simultaneïtat amb el treball remunerat; i en la vellesa, la dedicació pot mantenir-se o fins i tot intensificar-se, especialment en la cura de persones convivents. Abordar les cures des d'una perspectiva de cicle vital permet entendre com evolucionen els rols de cura i quins factors condicionen les desigualtats en la seva distribució social i en els seus efectes sobre la salut.

Aquest informe analitza el treball de cures informal a Barcelona, entès com aquell que es realitza sense retribució econòmica per part de familiars o altres persones properes a persones que necessiten una dedicació especial per problemes de salut, edat avançada o situació de dependència o limitació funcional, a partir de les dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona de 2021. L'objectiu de l'informe és descriure qui cuida, en quines condicions, i quin impacte té sobre la seva salut. Per fer-ho, s'organitza en tres capítols principals, cadascun dedicat a una etapa del cicle vital: la joventut (16-34 anys), l'edat adulta (35-64 anys) i la vellesa (65 anys o més). En cada etapa s'analitzen les característiques sociodemogràfiques de les persones cuidadores, els tipus de cura realitzada i els seus efectes sobre diversos indicadors de salut. El document es tanca amb un capítol de conclusions que sintetitza els principals resultats.

Marc conceptual

El treball de cures informal com a determinant de les desigualtats en salut

El treball de cures de familiars pot ser una experiència amb efectes positius en el benestar de les persones que cuiden¹. No obstant això, les condicions de sobrecàrrega en les què habitualment es desenvolupa, fan que el cost que assumeixen les persones cuidadores sigui elevat en termes de salut i benestar². Existeix abundant literatura científica que documenta els efectes adversos del treball de cures sobre la salut de les persones cuidadores^{3,4}. La combinació d'estrès mantingut i les demandes de cures físiques poden conduir a problemes de salut físics i pitjors valoracions en salut auto percebuda^{5,6}. L'impacte a nivell de l'esfera psicològica sol ser un dels més evidents; les persones cuidadores presenten amb freqüència quadres de depressió, ansietat, estrès i un major malestar emocional⁷.

Els determinants del benestar i la salut de les persones cuidadores de familiars inclouen no solament característiques individuals, com la capacitat per gestionar la càrrega de treball o les emocions, sinó sobretot factors socials, culturals, econòmics i polítics. L'organització social i política del treball de cures determina la seva distribució social i les condicions en les què es desenvolupa. Actualment, aquesta organització es resol en termes inequitatius, responen a fluxos asimètrics en què operen eixos de poder o desigualtat. Així, sovint recau en dones, persones de classes desfavorides, i població immigrant⁸.

Els factors que determinen l'organització social de les cures són múltiples i interrelacionats. A nivell estructural, la distribució de responsabilitats es veu condicionada pel context socioeconòmic i el model de benestar, així com pels valors culturals i models familiars. Un exemple n'és la Llei de Dependència⁹ que articula el conjut de serveis i prestacions públiques d'atenció a la dependència. A Catalunya, les limitacions en el desplegament del sistema, amb un infrafinançament persistent i una oferta assistencial insuficient, sumades a la preferència de moltes famílies per mantenir la cura en l'àmbit domèstic, han situat la prestació econòmica per a cuidadors no professionals com la modalitat més

freqüent d'ajut¹⁰, fet que ha reforçat el paper central de les famílies en la provisió de cures. Alhora, altres polítiques, com les que regulen el mercat de treball, influeixen en l'organització dels temps de cura, els ritmes de treball i les possibilitats de conciliació entre la vida laboral i familiar^{11,12}.

A aquests determinants estructurals s'hi ha d'afegir una serie de determinants intermedis, constituïts fonamentalment per la divisió de gènere del treball. Aquesta divisió identifica socialment les dones amb l'àmbit reproductiu i els homes amb l'àmbit productiu. Malgrat que la incorporació de la dona al mercat laboral ha transgredit parcialment aquesta divisió, no ha anat acompanyada d'una corresponent implicació dels homes al treball de cures. Això ha comportat un augment de la càrrega global de treball de les dones¹³.

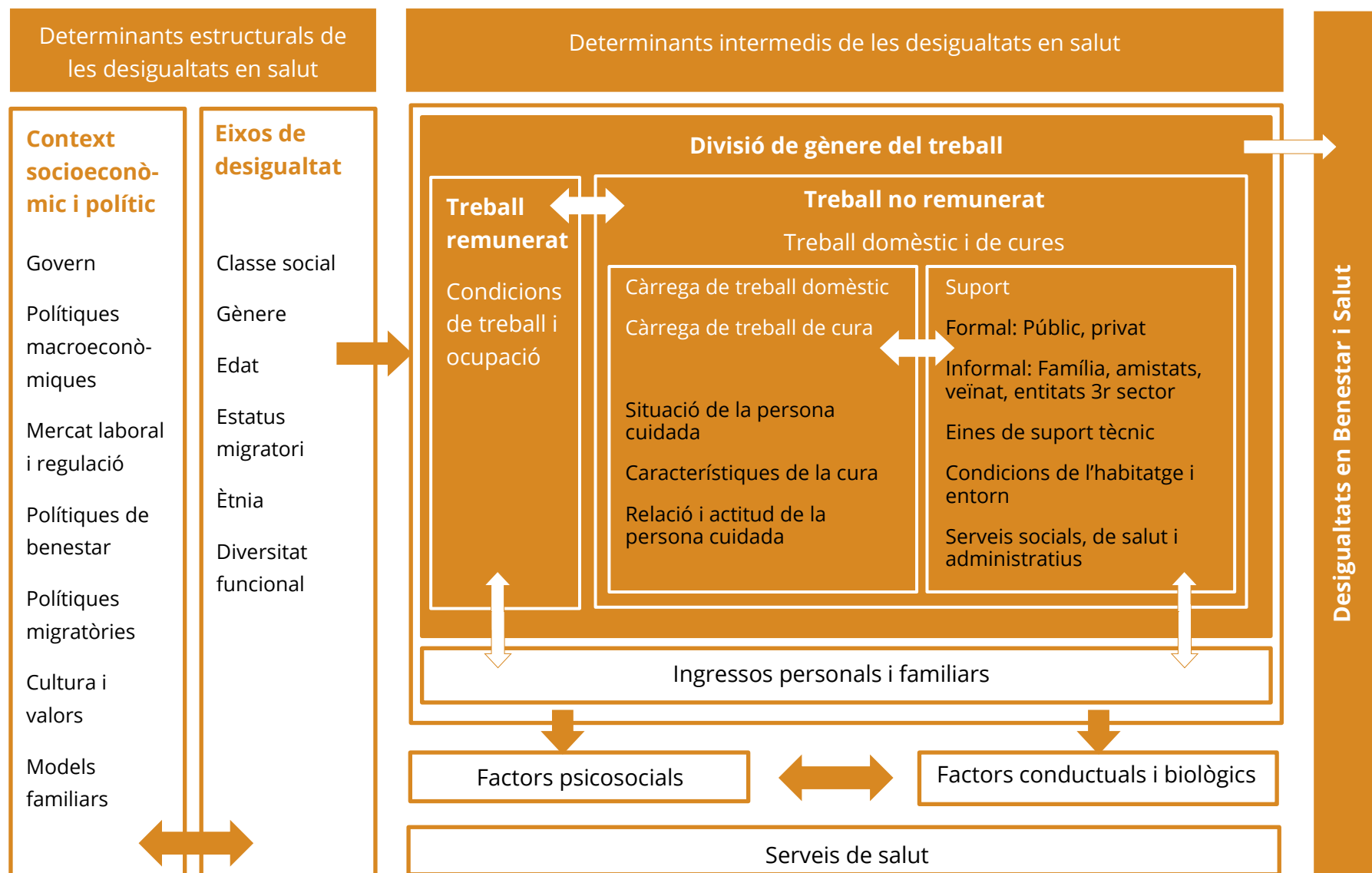
Les diferències de gènere en l'organització del treball de cures s'expliquen també pel tipus de tasques i el temps de dedicació que assumeixen homes i dones. En aquest sentit, les dones més sovint s'ocupen de les necessitats psicològiques i físiques o l'atenció a la higiene personal, a diferència dels homes que realitzen amb més freqüència activitats a l'àmbit públic com gestions que són més fàcils de compaginar amb altres tasques¹⁴. D'altra banda, les conseqüències per a la salut de la càrrega de treball de cures es veuen modulades pels suports que reben les persones cuidadores, així com pels recursos materials de què disposen.

D'aquesta manera, les condicions en què el treball de cures es desenvolupa determinen la salut de les persones cuidadores. A més, a causa de la seva desigual distribució social, el treball de cures pot actuar com un dels mecanismes de les desigualtats en salut.

La **Figura 1** presenta el marc conceptual utilitzat per explicar l'impacte del treball de cures informal en la salut de les persones cuidadores de familiars i la generació de desigualtats en salut a nivell poblacional⁴. Aquest marc conceptual va ser desenvolupat per Salvador-Piedrafita a l'informe "Benestar i salut de les persones cuidadores de familiars de Barcelona 2018"¹⁵, i integra el model multidimensional de Sala Mozos¹⁶ amb el marc conceptual dels determinants de les desigualtats socials en salut proposat per la "Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España"¹⁷. La versió completa d'aquest marc conceptual es pot consultar a l'informe esmentat.

⁴ A la versió original s'ha afegit un eix de desigualtat social: la diversitat funcional.

Figura 1. Marc conceptual de les desigualtats en la salut relacionades amb el treball de cures. Elaborat per Salvador-Piedrafita a l'informe Benestar i salut de les persones cuidadores de familiars a Barcelona, 2018.



El treball de cures informal durant la pandèmia de Covid-19

La pandèmia de la COVID-19 ha tensionat profundament l'organització social de les cures i ha fet evidents les febleses estructurals del sistema formal de cures. Alhora ha modificat les condicions en què es desenvolupen les cures informals, intensificant la càrrega que recau sobre les famílies.

En l'àmbit institucional, la declaració de l'estat d'alarma entre el 14 de març i el 21 de juny de 2020^{18,19} va suposar la suspensió de serveis socials bàsics com centres de dia i menjadors, la reducció del servei d'atenció domiciliària (SAD) i la limitació de l'ús d'espais d'oci i socialització^{20,21,22}. A més, la percepció d'inseguretat en les residències va portar moltes famílies a desinstitucionalitzar persones dependents i traslladar-les de nou a casa²³. Les dades de prestacions i serveis actius del Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència il·lustren com des de l'inici de la pandèmia l'atenció institucional (residències i centres de dia) ha perdut pes en favor de l'atenció familiar i domiciliària (prestacions econòmiques a persones cuidadores familiars)²⁴.

En l'àmbit comunitari, la crisi sanitària va afectar les xarxes informals de suport, debilitant les relacions d'ajuda mútua entre famílies i xarxa d'amistats, especialment a causa de les mesures de distanciament social²⁵.

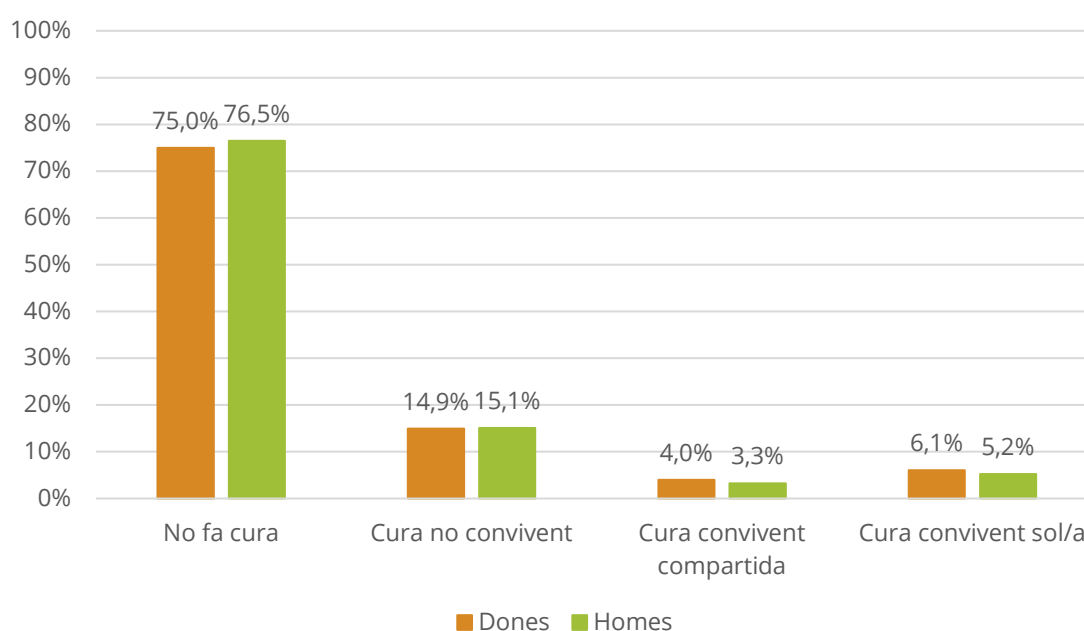
La combinació d'aquests factors ha comportat una re-familiarització de la cura i un increment del treball de cures dut a terme per part de les cuidadores familiars^{26,27}. Per a les persones cuidadores, aquest increment del treball de cures, així com les condicions de sobrecàrrega i aïllament en què s'ha desenvolupat, han implicat un empitjorament de la seva salut mental i benestar. L'evidència de diferents països ens mostra com durant aquest període moltes cuidadores informals han experimentat símptomes relacionats amb la càrrega i l'estrès, com per exemple, problemes de son i desbordament, i símptomes relacionats amb la depressió i/o l'ansietat²⁸.

Així, la pandèmia de la COVID-19 ha actuat com un catalitzador dels desequilibris estructurals que ja condicionaven el treball de cures informal. L'increment de la càrrega, la reducció dels suports institucionals i comunitaris, i les condicions d'aïllament han contribuït al deteriorament del benestar de les persones cuidadores. A més, aquests efectes no han estat uniformes, sinó que han reproduït i aprofundit les desigualtats socials preexistents, reforçant el paper del treball de cures com a determinant clau de les desigualtats en salut.

Les persones cuidadores de familiars a Barcelona

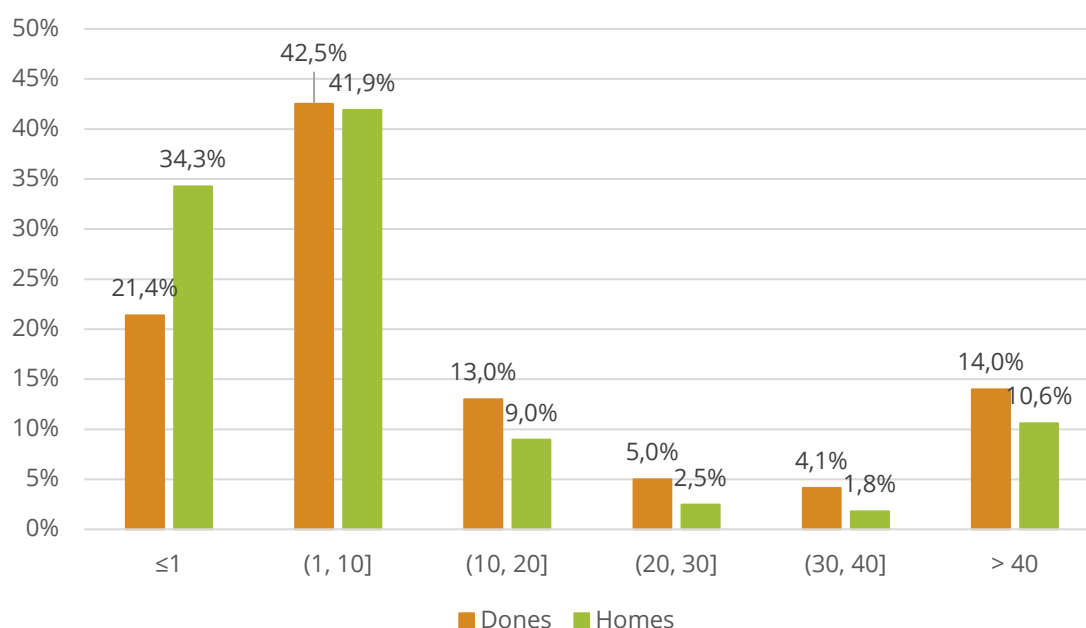
Segons les dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona (ESB) de l'any 2021, el 25,0% de les dones i el 23,6% dels homes majors de 15 anys s'ocupa de forma no remunerada o informal del treball de cures de familiars que requereixen una dedicació especial per problemes de salut, derivats d'una edat avançada o d'estar en una situació de dependència o limitació funcional (**Figura 2**). Aquestes xifres inclouen tant la cura de persones convivents com la de no convivents. En ambdós sexes, la darrera representa més de dues terceres parts del total de persones que fan cures. L'informe també distingeix entre les persones que comparteixen la responsabilitat de cura de persones convivents, ja sigui amb altres familiars, una persona contractada o serveis socials, i les que l'assumeixen de forma exclusiva.

Figura 2. Distribució de la població de Barcelona major de 15 anys segons tipus de treball de cures informal i sexe.



La **Figura 3** mostra la distribució de la població que realitza treball de cures segons les hores setmanals que hi dedica. Un percentatge notable, el 21,40% de les dones i el 34,3% dels homes, hi dedica una hora o menys a la setmana. La franja més habitual és la d'entre més d'una hora i 10 hores setmanals. Destaca especialment el grup que hi dedica més de 40 hores setmanals, un 14,0% de les dones i un 10,6% dels homes. Les dades posen de manifest que les dones tendeixen a assumir una càrrega més elevada de treball de cures.

Figura 3. Distribució de la població de Barcelona major de 15 anys que realitza treball de cures informal segons hores setmanals que hi dedica i sexe.



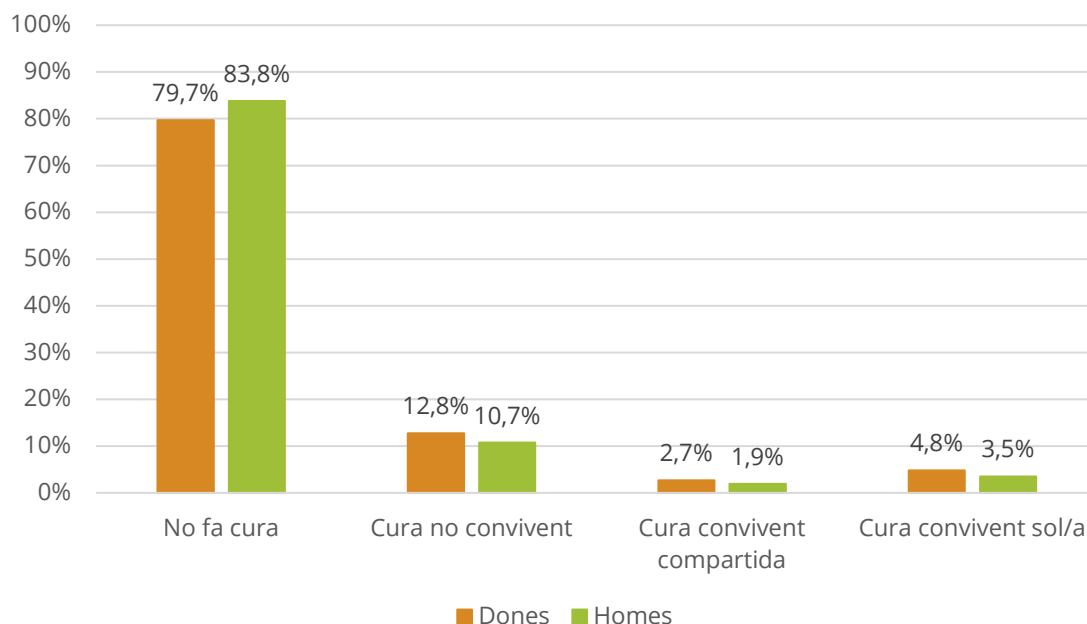
Amb l'objectiu de descriure les persones que realitzen treball de cures a Barcelona, aquest informe se centra en aquelles que hi dediquen més d'una hora setmanal. Tal com mostra la **Figura 3**, una part rellevant de les persones cuidadores, sobretot dels homes, declara dedicar-hi una hora o menys a la setmana, fet que pot respondre a situacions esporàdiques o puntuals.

Per tal de focalitzar l'anàlisi en perfils amb una implicació més regular, s'ha exclòs les persones que hi dediquen una hora o menys a la setmana. Aquest criteri afecta el 5,9% de les dones i el 8,8% dels homes del total de la mostra⁵. Descartats aquests casos, s'estima que l'any 2021 el 20,3% de les dones i el 16,2% dels homes barcelonins realitza treball de cures informal. La cura majoritària continua sent la realitzada fora de la llar, tot i que el 4,8% de les dones i el 3,5% s'ocupen de la cura

⁵ A partir d'aquest punt, tots els resultats del document que fan referència a les persones que fan treball de cures es refereixen a la població de Barcelona que realitza més d'una hora setmanal de treball de cures informal.

de convivents en solitari (**Figura 4**).

Figura 4. Distribució de la població de Barcelona major de 15 anys segons tipus de treball de cures informal (dedicació superior a 1 hora setmanal) i sexe.

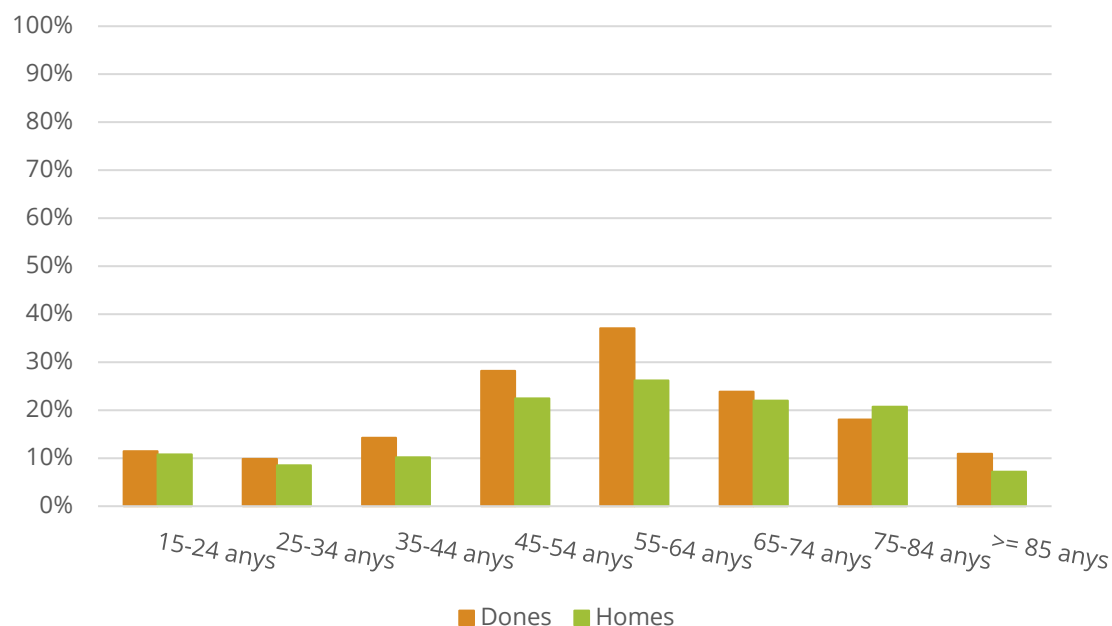


La cura durant el cicle vital

- La participació en el treball de cures augmenta progressivament amb l'edat, assolint el seu màxim entre els 55 i 64 anys, i disminueix posteriorment en les edats més avançades.
- La intensitat del treball de cures, mesurada en hores setmanals, també creix amb l'edat i s'accentua durant la vellesa.
- Les dones mostren una participació i una intensitat de dedicació més elevada que els homes, excepte en la vellesa, on s'observa un canvi de patró.

La **Figura 5** mostra el percentatge de persones que realitza treball de cures per grups d'edat i sexe. La prevalença de la cura és relativament baixa en les primeres etapes de la vida, al voltant del 10%, però augmenta progressivament a partir dels 35 anys fins a assolir el seu màxim en el grup de 55-64 anys. En els grups d'edat més avançada disminueix de manera gradual.

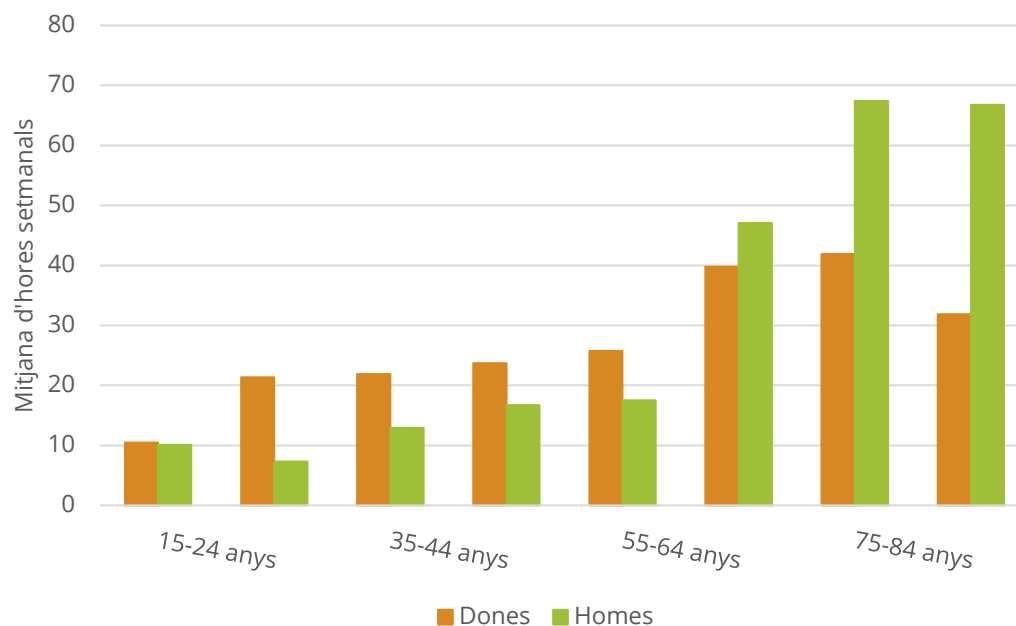
Figura 5. Distribució de la població de Barcelona major de 15 anys que realitza treball de cures informal segons edat i sexe.



Les dones presenten una participació sistemàticament superior a la dels homes en tots els grups d'edat, excepte el de 75-84 anys. Aquesta diferència és especialment accentuada durant la mitjana edat, on la participació de les dones arriba a un màxim d'aproximadament el 40%, mentre que la dels homes es manté per sota del 30%.

Les hores setmanals destinades al treball de cures també augmenten a mesura que augmenta l'edat (**Figura 6**). En els grups d'edat més joves, les dones mostren una dedicació superior a la dels homes, amb una mitjana que creix amb l'edat. A partir dels 65 anys la dedicació setmanal augmenta de forma molt pronunciada, especialment la dels homes, que supera la de les dones i assoleix el pic màxim a partir dels 75 anys amb més de 60 hores setmanals de mitjana.

Figura 6. Mitjana d'hores setmanals dedicades al treball de cures de la població de Barcelona major de 15 anys segons edat i sexe.



Les diferències en la participació i en la intensitat del treball de cures segons l'edat reflecteixen dinàmiques vitals i socials diverses. Aquestes variacions responen a etapes diferenciades del cicle vital, en què les responsabilitats de cura s'assumeixen en contextos i condicions diferents.

A continuació s'analitzen les característiques sociodemogràfiques i l'estat de salut de les persones cuidadores segons tres grans etapes de la vida: la joventut (16-34 anys), l'edat adulta (35-64 anys) i la vellesa (65 anys o més).

Joventut: dels 16 als 34 anys

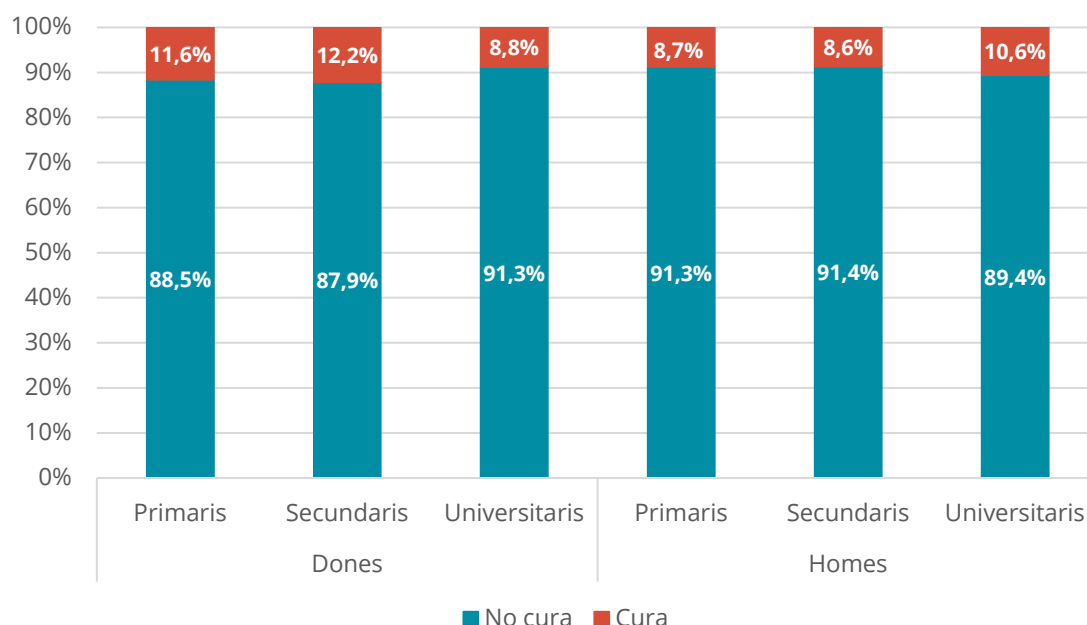
- El 10,4% de les dones i el 9,3% dels homes realitza treball de cures. Les dones hi dediquen el doble d'hores setmanals que els homes (17,0h vs. 8,4h).
- El treball de cures és més freqüent entre les dones amb estudis primaris o secundaris, mentre que en els homes és més habitual entre aquells amb estudis universitaris.
- Les persones ocupades, tant dones com homes, presenten una major participació en el treball de cures.
- El treball de cures és més habitual entre les persones nascudes a Espanya, especialment en el cas de les dones.
- Les dones que fan treball de cures tenen una pitjor salut percebuda i un major consum de psicofàrmacs.

L'any 2021, el 10,4% de les joves i el 9,3% dels joves barcelonins realitza treball de cures, sense diferències significatives entre unes i altres. En canvi, sí que s'observen diferències molt rellevants en la dedicació, atès que de mitjana, les dones hi dediquen més del doble d'hores setmanals que els homes (17,0 hores davant de 8,4 hores, respectivament).

Característiques sociodemogràfiques

En les dones, el treball de cures és més freqüent entre aquelles amb estudis primaris o secundaris. En canvi, entre els homes, la participació en el treball de cures és més elevada entre aquells amb estudis universitaris (**Figura 7**).

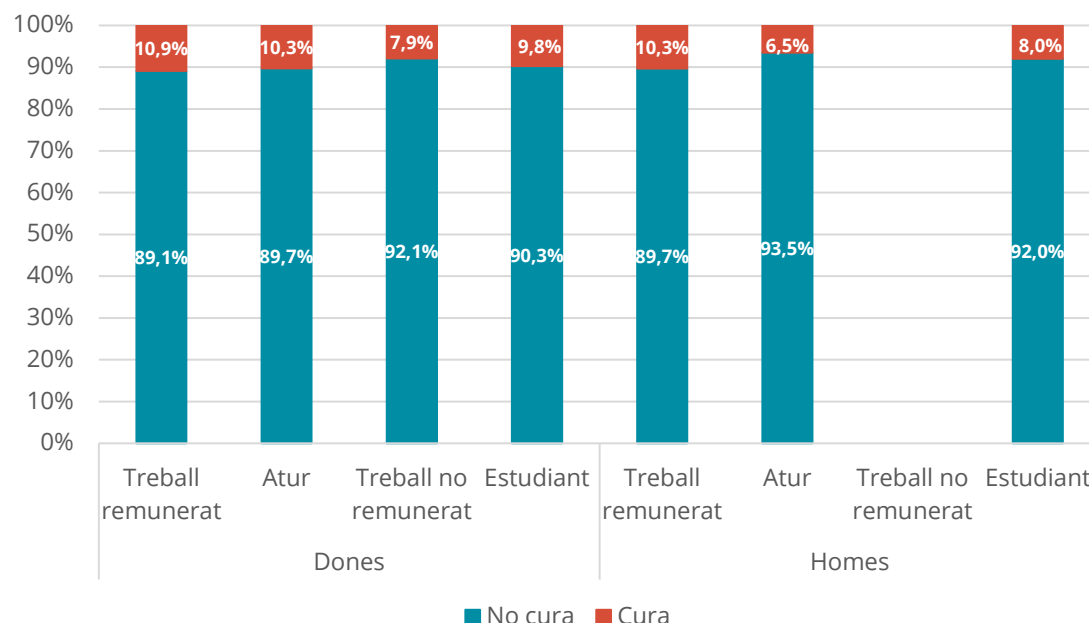
Figura 7. Distribució de la població d'entre 16 i 34 anys de Barcelona segons nivell d'estudis, tipus de cura i sexe.



Com s'observa a la **Figura 8**, el treball de cures és més freqüent entre les persones ocupades, tant en les dones (10,9%) com en els homes (10,3%). En el cas de les dones, aquest percentatge es manté força estable entre les diferents situacions laborals, amb la única excepció de les que treballen a la llar (treball no remunerat), que mostren la participació més baixa (7,9%). Això es deu al fet que moltes d'aquestes dones assumeixen la cura d'infants o menors de 15 anys, un tipus de cura que no s'ha recollit en aquest estudi.

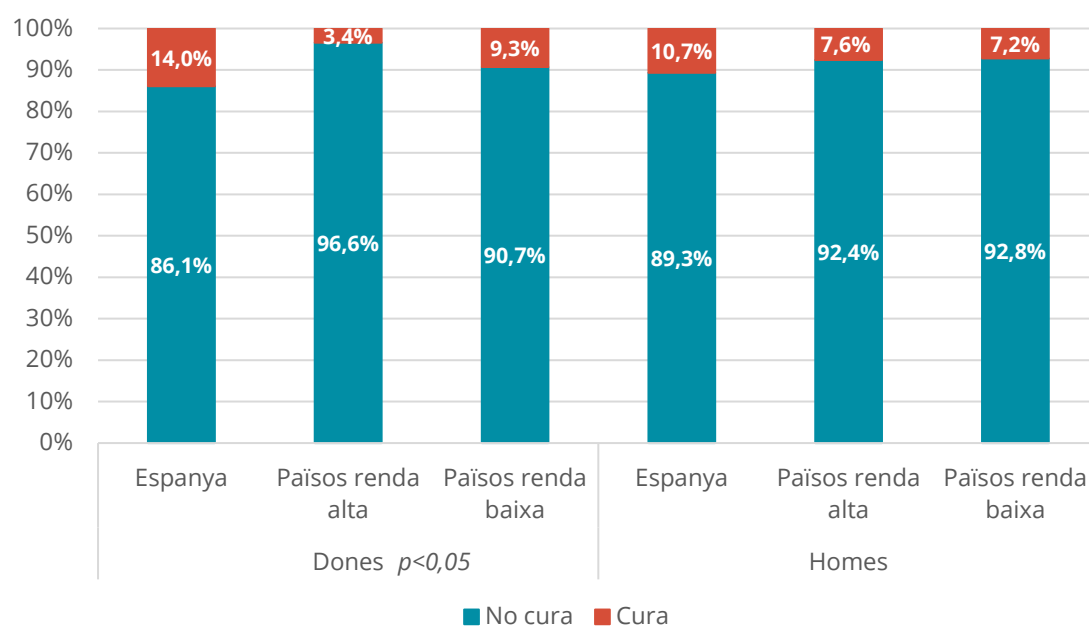
Entre els homes, en canvi, hi ha més variabilitat: els estudiants i els homes a l'atur participen menys del treball de cures (6,5% i 8,0%, respectivament). A més, en aquest grup d'edat no hi ha homes que es dediquin al treball no remunerat a la llar.

Figura 8. Distribució de la població d'entre 16 i 34 anys de Barcelona segons situació laboral, tipus de cura i sexe.



Segons l'origen (**Figura 9**), el treball de cures és més habitual entre les persones nascudes a Espanya (14,0% de les dones i 10,7% dels homes). La diferència és rellevant en les dones: les nascudes a Espanya participen més de quatre vegades més del treball de cures que les migrants provinents de països de renda alta.

Figura 9. Distribució de la població d'entre 16 i 34 anys de Barcelona segons país d'origen, tipus de cura i sexe.



Estat de salut

La **Figura 10**, la **Figura 11**, la **Figura 12**, la **Figura 13** i la **Figura 14** mostren les prevalences de cinc indicadors de salut –mal estat de salut percebut, patiment psicològic, consum de psicofàrmacs, presència de dolor o malestar i dormir 6 o menys hores al dia– segons si es realitza o no treball de cures i segons sexe. En tots els indicadors s'observa que les prevalences són més elevades en les dones que en els homes, i en les persones que fan cura que en les que no en fan. A continuació es comenten els resultats en què les diferències entre grups de cura són estadísticament significatives.

En el cas de les dones, El 20,2% de les cuidadores declara tenir una mala salut percebuda, mentre que en el grup de no cuidadores la prevalença és molt inferior (8,7%). En tenir en compte l'edat i el nivell d'estudis, aquestes diferències es mantenen significatives i, les relatives al consum de psicofàrmacs, també passen a ser-ho. En aquest cas, el 17,4% de les dones cuidadores en consumeix, davant del 8,3% de les no cuidadores.

Pel que fa als homes, no s'observen diferències significatives entre cuidadors i no cuidadors en cap dels indicadors analitzats.

Figura 10. Prevalença de mal estat de salut percebut de la població d'entre 16 i 34 anys de Barcelona segons tipus de cura i sexe.

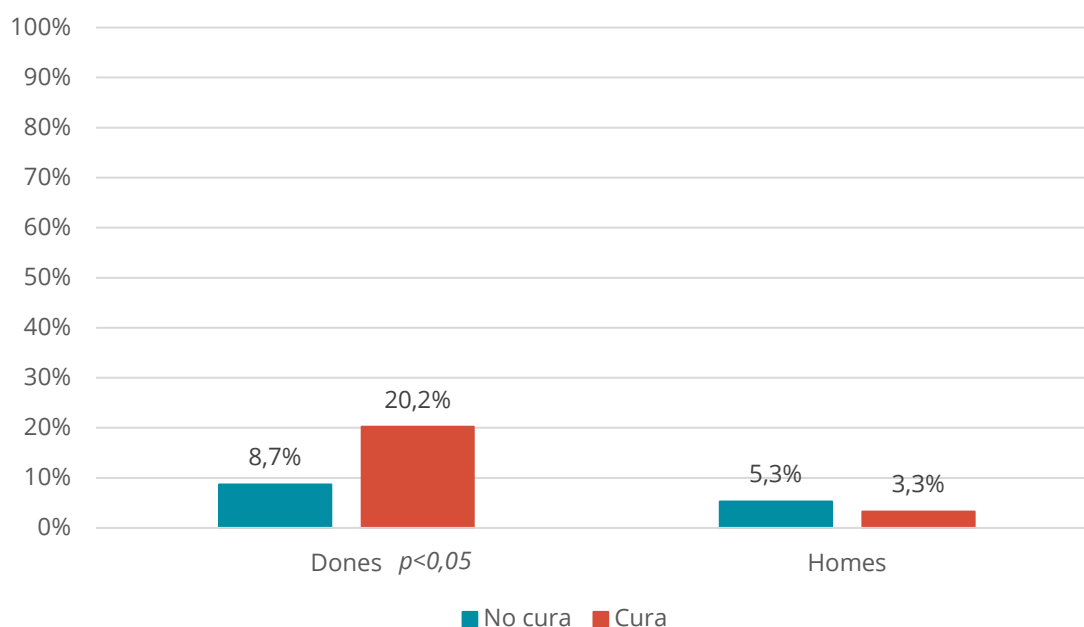


Figura 11. Prevalença de patiment psicològic de la població d'entre 16 i 34 anys de Barcelona segons tipus de cura i sexe.

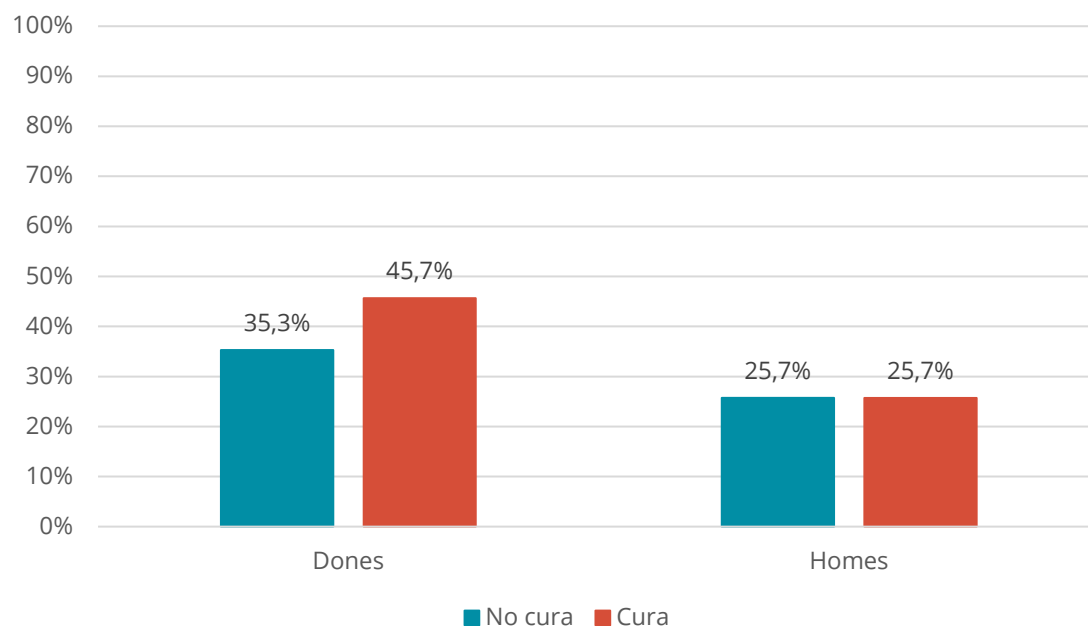


Figura 12. Prevalença de consum de psicofàrmacs de la població d'entre 16 i 34 anys de Barcelona segons tipus de cura i sexe

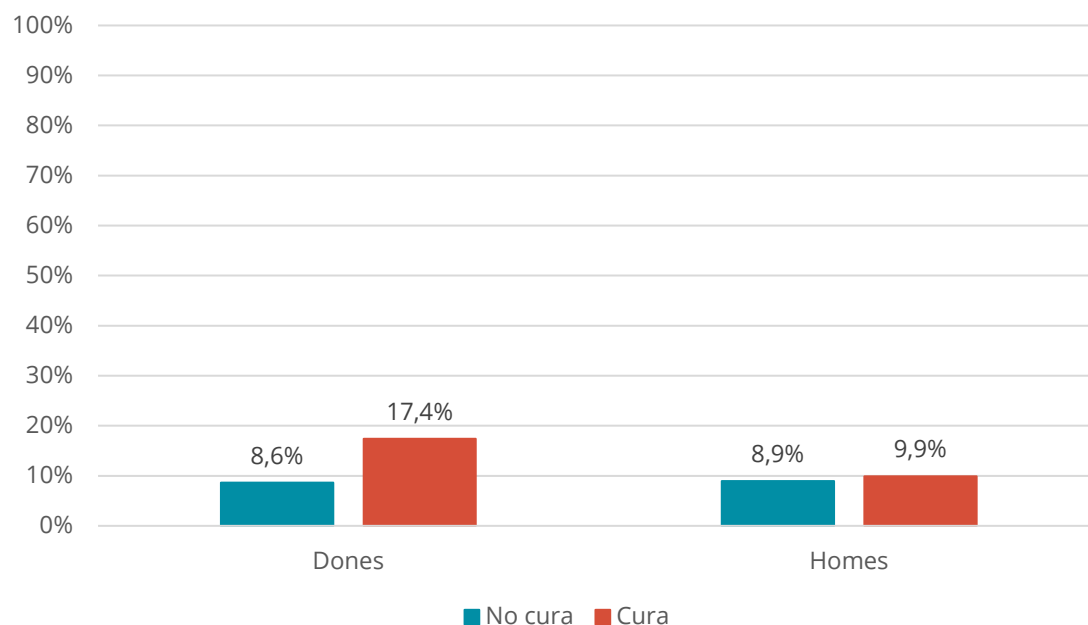


Figura 13. Prevalença de presència de dolor o malestar de la població d'entre 16 i 34 anys de Barcelona segons tipus de cura i sexe.

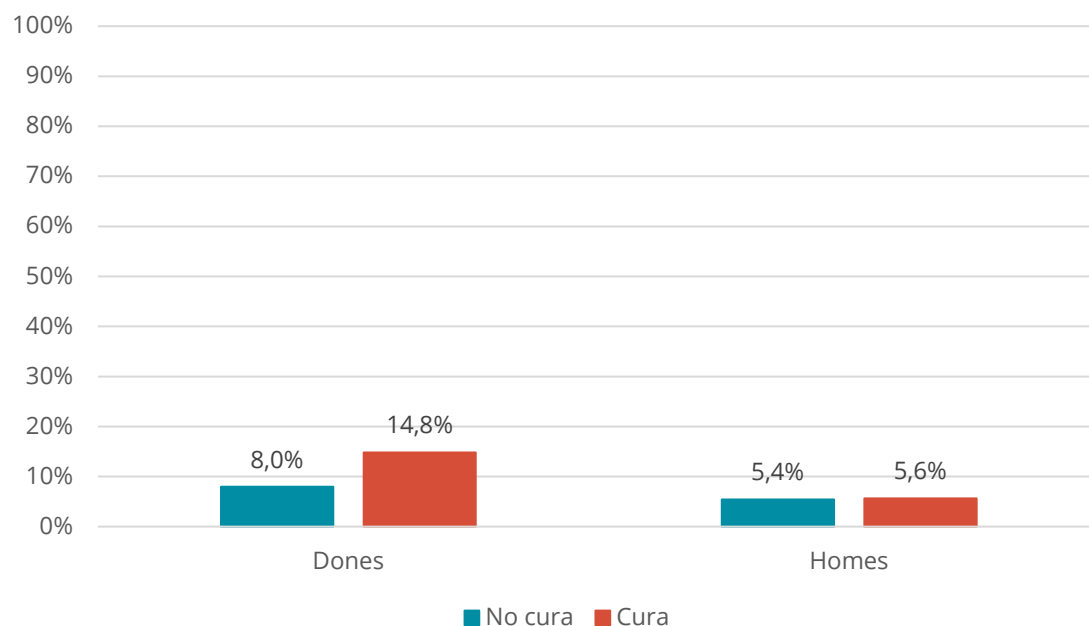
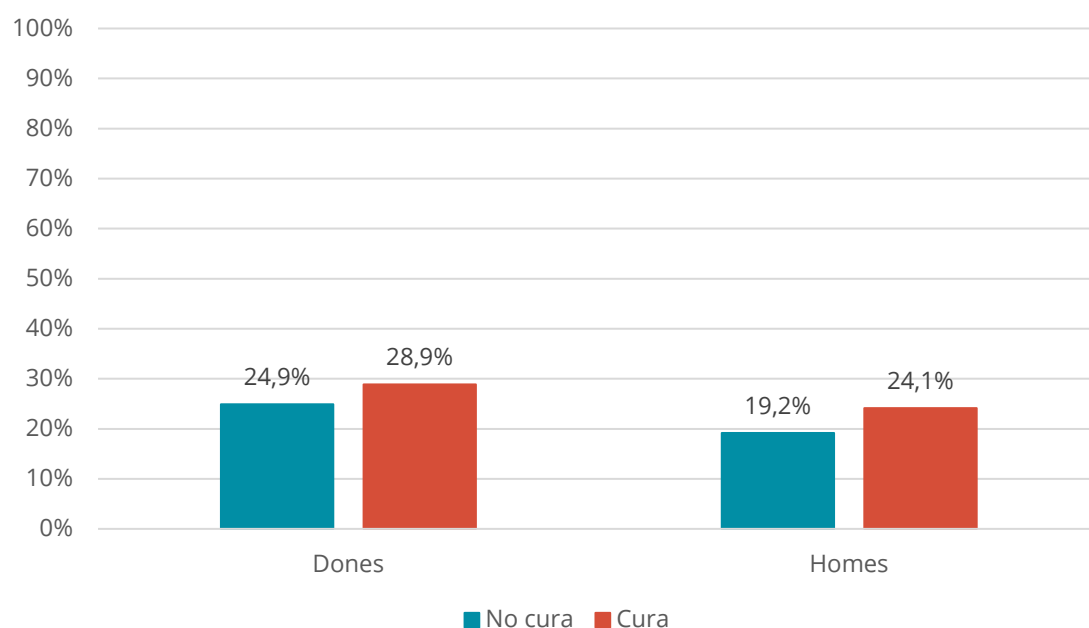


Figura 14. Prevalença de dormir 6 hores o menys diàries de la població d'entre 16 i 34 anys de Barcelona segons tipus de cura i sexe.



Edat adulta: dels 35 als 64 anys

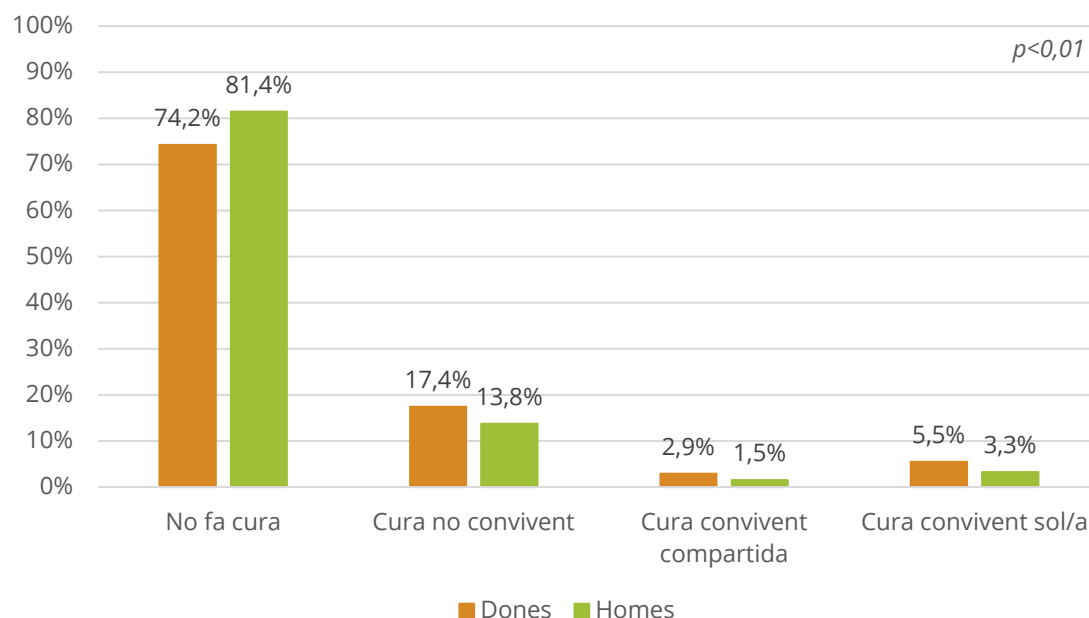
- El 25,8% de les dones i el 18,6% dels homes realitzen treball de cures, majoritàriament a persones no convivents. La participació i la intensitat de dedicació és major en les dones, especialment pel que fa a la cura en solitari d'una persona convivent.
- Les persones amb menor nivell d'estudis assumeixen més la cura de persones convivents, mentre que les que tenen estudis universitaris participen més en la cura de persones no convivents.
- Les dones jubilades i les que treballen a la llar són les que més participen en el treball de cures, especialment en la cura de convivents en solitari.
- Les dones nascudes a Espanya tenen una major implicació en la cura no convivent, mentre que les dones de països de renda baixa tenen una presència elevada en la cura de convivents en solitari.
- Les dones que realitzen cures, especialment a persones convivents i en solitari, presenten pitjors indicadors de salut: més mala salut percebuda, més dolor o malestar i més freqüentment dormen menys de 6 hores diàries, amb prevalences que doblen les de les dones que no fan cures.
- Les desigualtats de gènere en salut s'intensifiquen amb la dedicació a les cures: mentre que les diferències entre homes i dones són petites en el grup que no fa cures, augmenten significativament en els grups amb més intensitat de cura.

L'any 2021, el 25,8% de les dones barcelonines de 35 a 64 anys i el 18,6% dels homes barcelonins de la mateixa edat realitza més d'una hora setmanal de treball de cures informal. Tant en dones com en homes, el treball de cures més habitual és el que es duu a terme fora de la llar. Les formes de cura de convivents són menys freqüents, però les dones hi tenen una presència més destacada, especialment en els casos en què la cura es duu a terme en solitari (**Figura 15**).

Pel que fa a la dedicació, les dones hi destinen de mitjana més hores setmanals que els homes (24,2 hores davant de 16,2 hores). Aquesta diferència es manté tant en el cas de convivència com en el de no convivència: les dones que conviu amb persones de qui tenen cura hi dediquen 17,2 hores, mentre que els homes n'hi

dediquen 10,7. Pel que fa a la cura de no convivents, les dones hi destinen 7,0 hores i els homes 5,5 hores.

Figura 15. Distribució de la població d'entre 35 i 64 anys de Barcelona segons tipus de treball de cures informal i sexe.

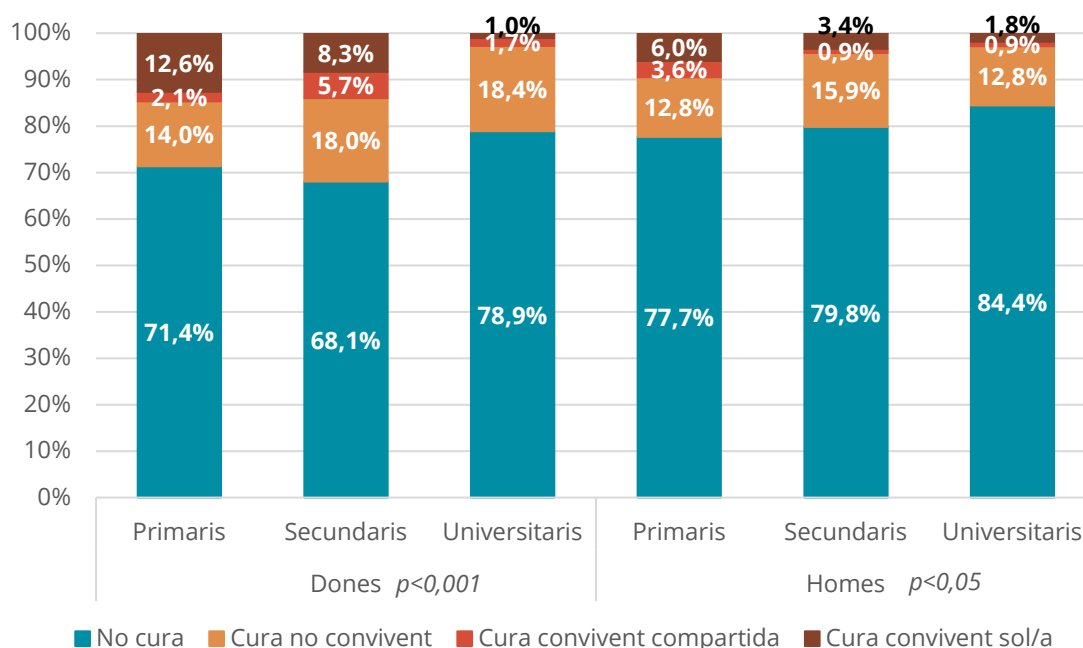


Característiques sociodemogràfiques

Per nivell d'estudis (**Figura 16**), s'observen dues tendències diferenciades en funció de si el treball de cures es realitza dins o fora de la llar. D'una banda, la cura de persones convivents, especialment la que es realitza en solitari, es fa menys present a mesura que augmenta el nivell educatiu. Tot i que aquesta tendència s'observa tant en homes com en dones, és més accentuada en el cas de les dones, on passa del 12,6% entre les que tenen estudis primaris a l'1% entre les universitàries. D'altra banda, la cura de persones no convivents mostra el patró oposat: es fa més present a mesura que augmenta el nivell educatiu, especialment en el cas de les dones, on arriba a ser força elevada entre les que tenen estudis universitaris (18,4%).

En conjunt, les dones amb estudis secundaris són les que assumeixen una càrrega global més elevada de treball de cures (31,9%), lleugerament per sobre les que tenen estudis primaris (28,6%).

Figura 16. Distribució de la població d'entre 34 i 64 anys de Barcelona segons nivell d'estudis, tipus de cura i sexe.



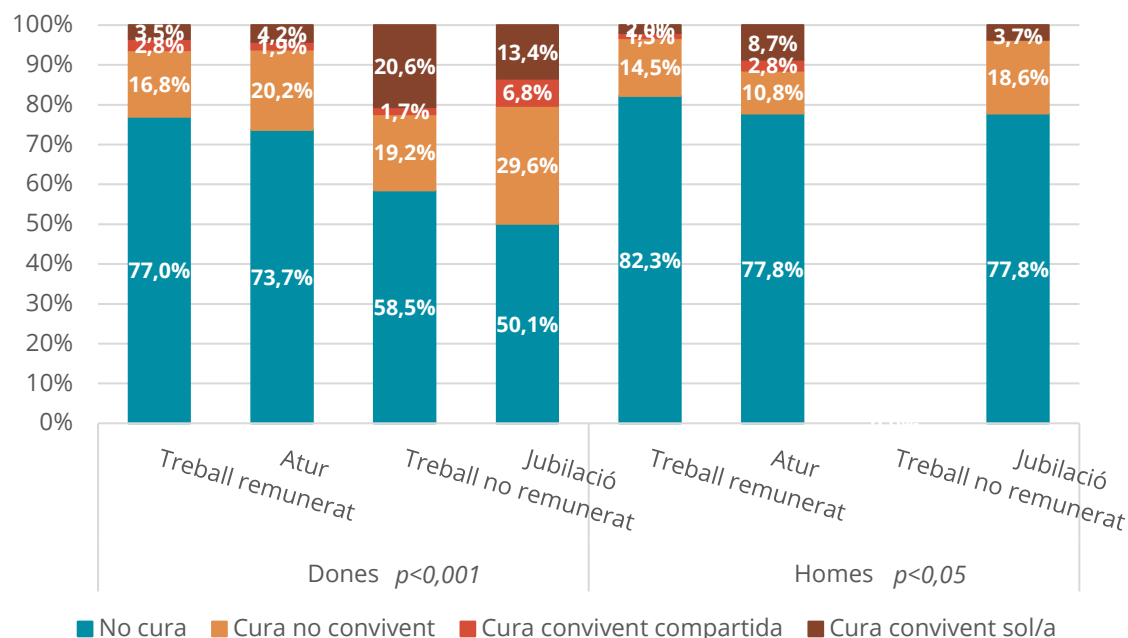
Les diferències tant en la participació com en el tipus de treball de cures segons el nivell educatiu, reflecteixen, en part, les diferències en la capacitat d'externalitzar la totalitat o part del treball de cures. Tal com assenyalen diversos estudis^{29,30}, les persones amb un major nivell educatiu, o de classes socials més afavorides, disposen de més recursos per contractar professionals o serveis que assumeixin la cura de les persones dependents. En aquests casos, no només es redueix el temps i la dedicació pròpies, sinó que sovint el tipus de tasques es transformen en una responsabilitat de gestió: les dones d'aquests grups socials tendeixen a coordinar, supervisar i decidir sobre les cures, delegant-ne l'execució a terceres persones³¹.

En relació amb la situació laboral (**Figura 17**), s'observen diferències notables entre homes i dones. En les dones, la proporció que realitza treball de cures és especialment elevada entre les jubilades (49,9%) i les que treballen no remuneradament a la llar (41,5%). Aquests dos col·lectius són també els que més assumeixen la cura de persones convivents en solitari (13,4% i 20,6%, respectivament). Les dones ocupades i les que estan a l'atur mostren nivells més baixos de participació (23,0% i 26,3%, respectivament), amb una presència predominant de la cura de persones no convivents.

En el cas dels homes, les diferències segons la situació laboral són menys marcades. Els homes jubilats i els que es troben a l'atur presenten una implicació lleugerament superior (al voltant del 22,3% en ambdós casos) a la dels homes

ocupats (17,7%). Els homes a l'atur són els que més assumeixen la cura de convivents en solitari (8,7%). En aquest grup d'edat tampoc no hi ha homes que es dediquin al treball no remunerat a la llar.

Figura 17. Distribució de la població d'entre 34 i 64 anys de Barcelona segons situació laboral, tipus de cura i sexe.

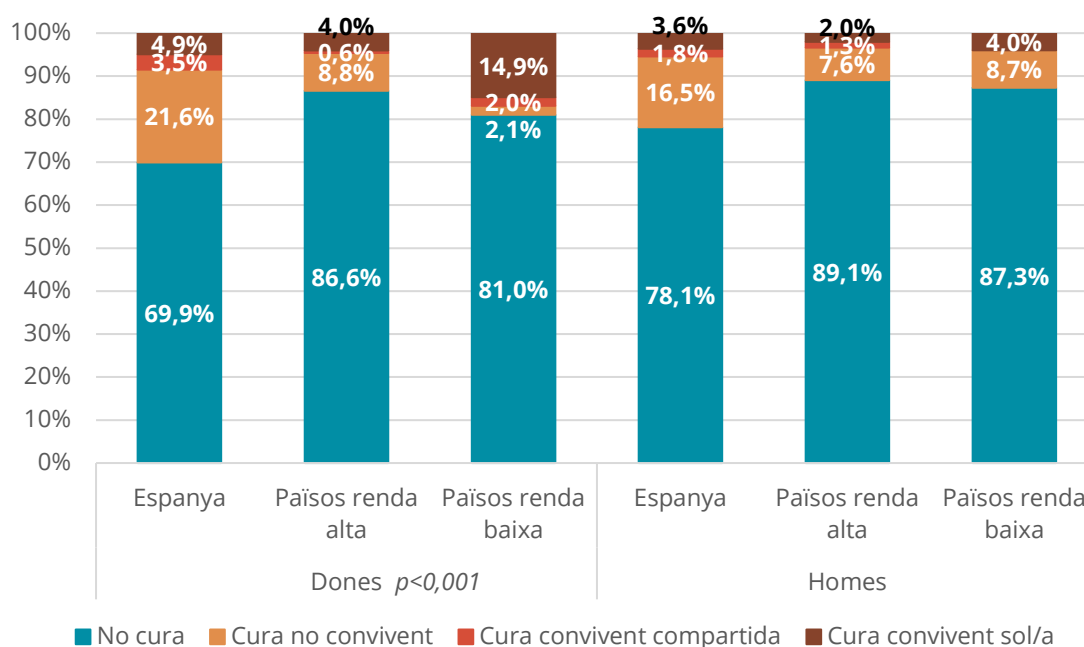


Les dades evidencien el pes que té la situació laboral en el manteniment de les desigualtats de gènere. Tal com han assenyalat altres estudis^{32,33}, la càrrega de cures pot afavorir la sortida prematura de les dones del mercat laboral, especialment quan la dedicació és intensa o es dona en contextos de convivència, un fenomen molt menys freqüent en els homes. Tanmateix, no totes les dones que assumeixen responsabilitats de cura abandonen la seva activitat professional: moltes opten per reduir la seva jornada laboral per poder compatibilitzar el treball remunerat amb la cura. D'altres assumeixen la càrrega de cures mantenint la jornada completa, amb la sobrecàrrega que això suposa. Així, entre la població ocupada, la proporció de dones que realitza treball de cures és superior a la dels homes (23,0% davant 17,7%), fet que posa de manifest que les dones continuen suportant amb més freqüència la denominada "doble jornada".

Finalment, el treball de cures és més freqüent entre les persones nascudes a Espanya, especialment pel que fa a la cura de persones no convivents. Entre les persones procedents de països de renda alta, la proporció de treball de cures és sensiblement més baixa i força similar entre homes i dones. En el cas de les

persones procedents de països de renda baixa, destaca especialment la proporció de dones que fan cura de convivents en solitari (14,9%) (**Figura 18**).

Figura 18. Distribució de la població d'entre 34 i 64 anys de Barcelona segons país d'origen, tipus de cura i sexe.



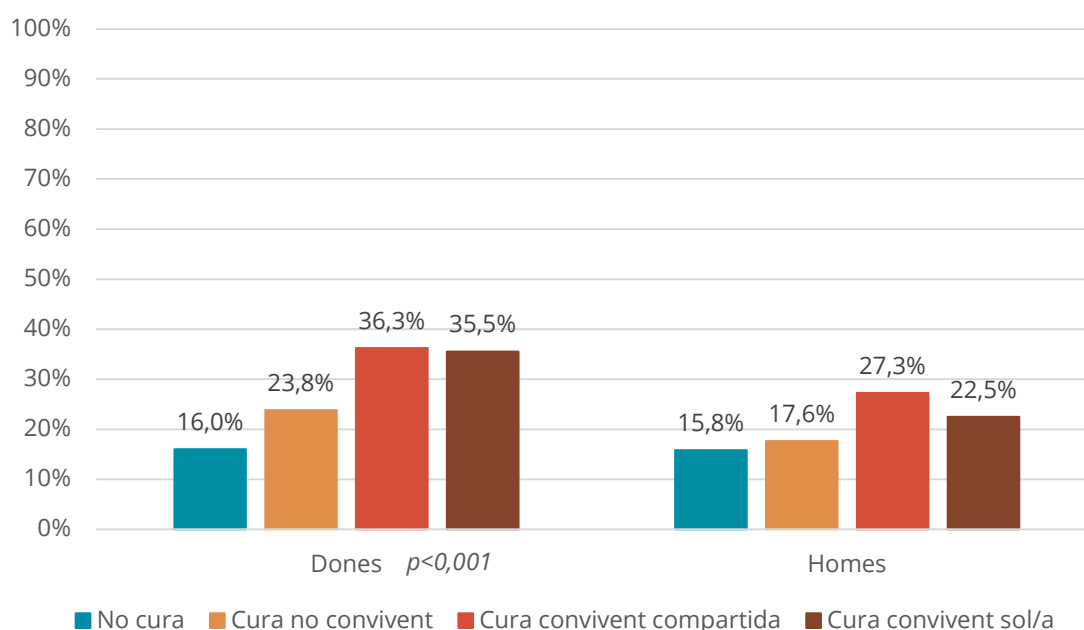
Aquestes diferències poden estar relacionades amb desigualtats en els suports disponibles i amb les barreres d'accés als serveis formals de cura que afecten de manera diferenciada les persones autòctones i les migrants. Sovint, les persones migrants disposen de xarxes familiars més limitades i s'enfronten a obstacles institucionals i administratius que els dificulten l'accés a serveis de cura formal. Com a conseqüència, es veuen obligades a assumir la cura de convivents en solitari, especialment en el cas de les dones.

Estat de salut

La **Figura 19**, la **Figura 20**, la **Figura 21**, la **Figura 22** i la **Figura 23** mostren les prevalences dels cinc indicadors de salut en la població d'entre 35 i 64 anys segons el tipus de treball de cures realitzat i segons el sexe. De manera similar al que s'observava en el grup d'edat més jove, les prevalences són més elevades en les dones que en els homes, amb l'única excepció del consum de psicofàrmacs. A continuació es comenten els resultats en què les diferències entre els grups de cura són estadísticament significatives.

Les dones que realitzen treball de cures, especialment quan es tracta de la cura de persones convivents, presenten una major prevalença de mala salut percebuda (36,3% en la cura compartida) que les dones que no fan treball de cures (16,0%). Aquestes diferències es mantenen significatives després de tenir en compte l'edat i el nivell d'estudis (**Figura 19**) i, les relatives al patiment psicològic, esdevenen significativament superiors entre les dones que cuiden convivents en solitari (45,9%) respecte de les que no fan cura (28,9%) (**Figura 20**).

Figura 19. Prevalença de mal estat de salut percebut de la població d'entre 35 i 64 anys de Barcelona segons tipus de cura i sexe.



Les diferències més marcades s'observen en el dolor o malestar. Gairebé la meitat de les dones que tenen cura de convivents en solitari (48,7%) i el 41,1% de les que ho fan de manera compartida declaren patir dolor o malestar, davant del 15,2% de les que no cuiden. Les diferències es mantenen significatives després de tenir en compte l'edat i el nivell d'estudis.

Figura 20. Prevalença de patiment psicològic de la població d'entre 35 i 64 anys de Barcelona segons tipus de cura i sexe.

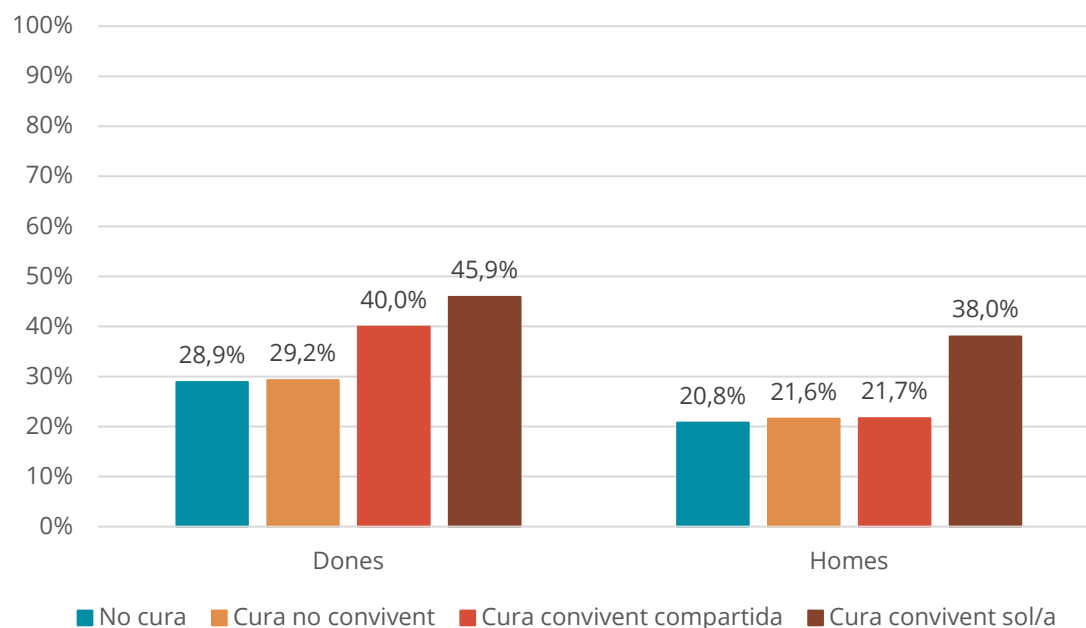


Figura 21. Prevalença de consum de psicofàrmacs de la població d'entre 35 i 64 anys de Barcelona segons tipus de cura i sexe.

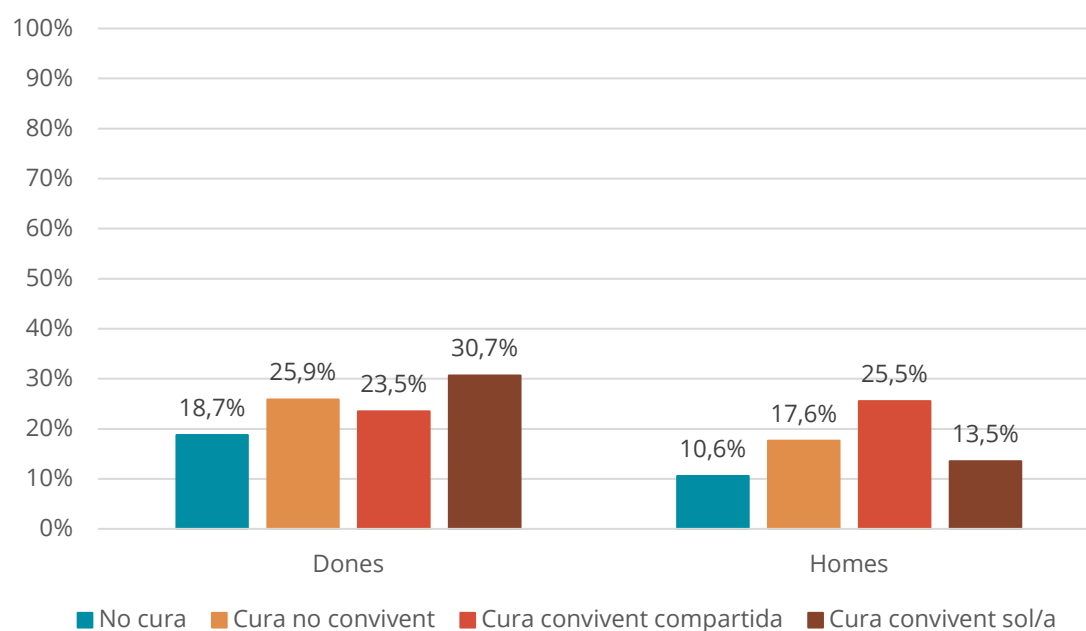
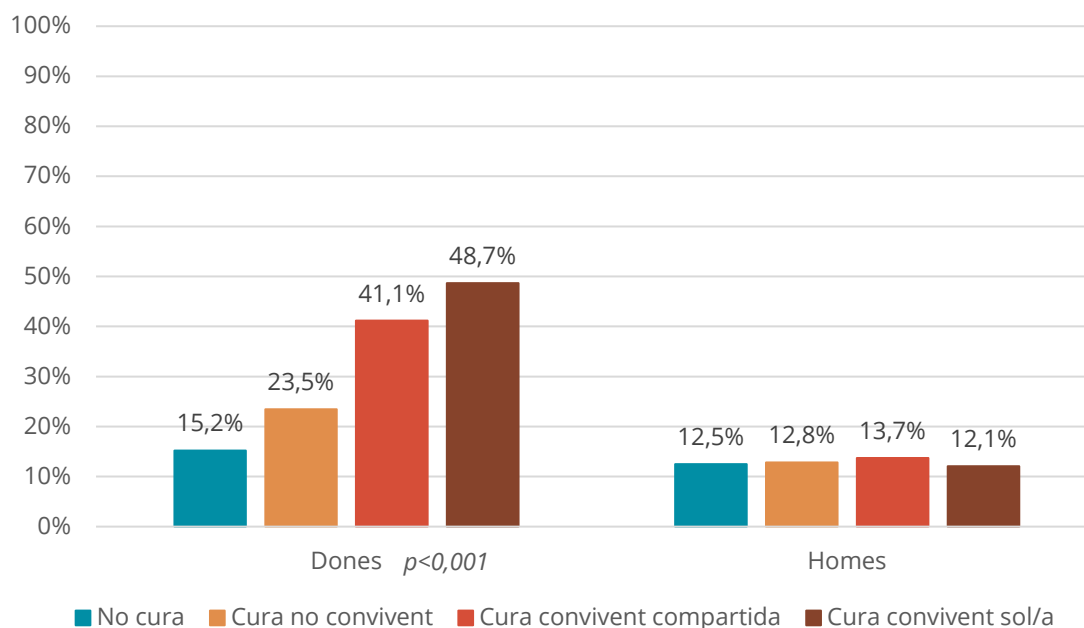
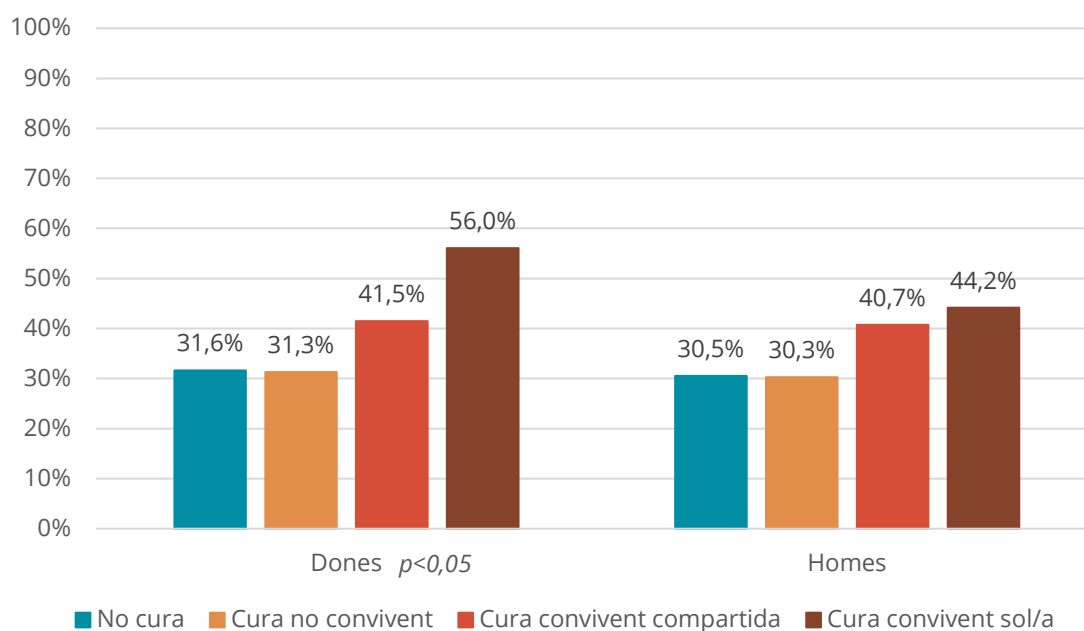


Figura 22. Prevalença de dolor o malestar de la població d'entre 35 i 64 anys de Barcelona segons tipus de cura i sexe.



Finalment, pel que fa a les hores de son, les dones cuidadores de convivents en solitari presenten una prevalença més alta de dormir sis hores o menys al dia (56,0%) respecte a les que no fan cures (31,6%), amb diferències significatives després de tenir en compte l'edat i el nivell d'estudis.

Figura 23. Prevalença de dormir 6 hores o menys diàries de la població d'entre 35 i 64 anys de Barcelona segons tipus de cura i sexe.



En el cas dels homes, no s'observen diferències significatives entre els grups de cura per a cap dels indicadors analitzats.

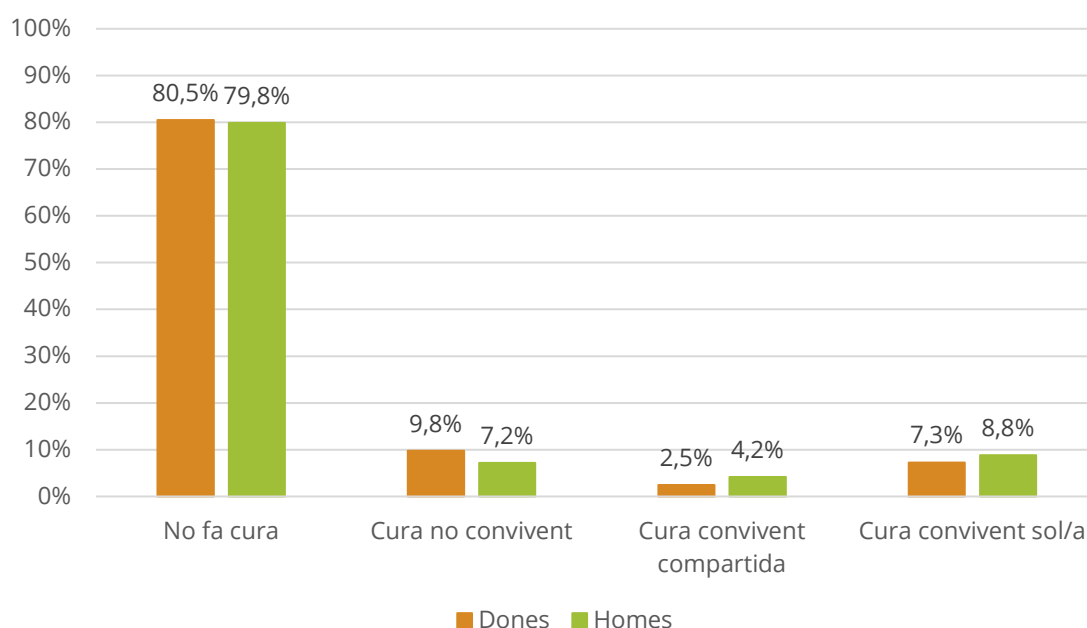
Les desigualtats de gènere en salut es manifesten sobretot en la cura de persones convivents. Per exemple, entre les persones que fan cura de convivents en solitari hi ha un 35,5% de les dones i un 22,5% dels homes que tenen una mala salut percebuda, i un 30,7% de les dones i un 13,5% dels homes que consumeixen psicofàrmacs. També en les persones que fan cura compartida s'observen desigualtats en el mateix sentit. Per exemple, el 40,4% de les dones i el 21,7% dels homes presenten patiment psicològic, i el 41,1% de les dones i el 13,7% dels homes declaren dolor o malestar.

Vellesa: 65 anys o més

- El 19,5 % de les dones i el 20,2% dels homes realitzen treball de cures, amb un pes destacat de la cura a persones convivents. La intensitat és més elevada que en els altres grups d'edat i inverteix la dinàmica de gènere.
- El patró del nivell d'estudis es dilueix: la cura de no convivents continua sent més freqüent en les persones universitàries, però la cura convivent en solitari es manté present en tots els nivells d'estudis.
- Les dones que fan cura convivent en solitari presenten més dolor o malestar, mentre que els homes mostren un major consum de psicofàrmacs.
- La relació entre cura i salut en aquest grup d'edat és menys clara, possiblement per una causalitat inversa: les persones amb millor salut són les que poden assumir tasques de cura.

L'any 2021, el 19,5 % de les dones i el 20,2% dels homes majors de 64 anys realitzen més d'una hora setmanal de treball de cures informal. En les dones, la cura convivent i no convivent tenen un pes similar, mentre que en els homes predomina la cura convivent (**Figura 24**).

Figura 24. Distribució de la població major de 64 anys de Barcelona segons tipus de cura i sexe.



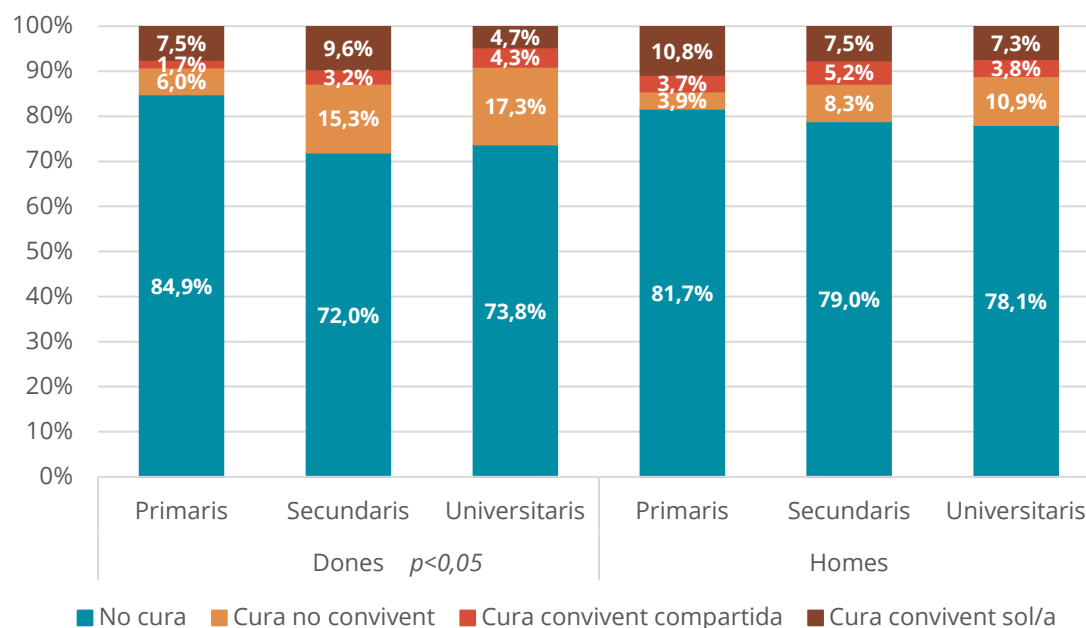
Pel que fa a la intensitat, les hores mitjanes de dedicació setmanal augmenten substancialment respecte a la població més jove i inverteixen la dinàmica de gènere observada. Les dones hi dediquen 39,6 hores setmanals, mentre que els homes arriben a 54,4. La diferència és major en les situacions de convivència (51,8 hores en el cas dels homes davant de 35,9 hores pel que fa a les dones). En la cura no convivent, tant dones com homes hi dediquen menys temps: 3,6 i 2,6 hores, respectivament.

A diferència dels altres grups d'edat, en la vellesa les diferències de gènere en la participació al treball de cures es redueixen i la intensitat de la dedicació dels homes en el treball de cures supera al de les dones. Aquest fet podria estar relacionat amb les diferències en l'esperança de vida i comorbiditats entre sexes en aquestes edats: si bé les dones tenen una esperança de vida més alta, també viuen més anys amb mala salut. Això implica que, entre els homes que arriben a edats avançades, és probable que una proporció més gran conservi un bon estat de salut que els permeti assumir tasques de cura, especialment en contextos de convivència. Així, el perfil dels homes cuidadors en la vellesa podria estar esbiaixat cap a aquells que tenen capacitat funcional per cuidar. En canvi, entre les dones, tot i viure més anys, el percentatge que ho fa amb limitacions de salut és més elevat, fet que pot restringir la seva capacitat per assumir cures.

Característiques sociodemogràfiques

El treball de cures és lleugerament més freqüent entre les persones amb estudis secundaris o universitaris, tant en homes com en dones. En el cas de les dones, la participació total passa del 15,1% entre les que tenen estudis primaris al 27,9% entre les universitàries. Aquest increment es deu principalment al pes de la cura de persones no convivents, que augmenta de manera notable amb el nivell d'estudis (del 6,0% entre les dones amb estudis primaris al 17,3% entre les universitàries). Pel que fa a la cura convivent en solitari, continua sent elevada entre les persones amb estudis primaris i, en relació amb els altres grups d'edat, tot i reduir-se, no desapareix en els altres nivells educatius (**Figura 25**).

Figura 25. Distribució de la població major de 64 anys de Barcelona segons nivell d'estudis, tipus de cura i sexe.



La majoria de les persones majors de 65 anys estan jubilades o fora del mercat laboral, però existeixen diferències segons la situació laboral, especialment entre les dones. Les dones jubilades participen en menor mesura en el treball de cures (18,5%) amb una distribució similar entre la cura de persones no convivents (9,7%) i la de convivents en solitari (7,4%). En canvi, les dones que treballen a la llar mostren una implicació més alta (28,3%), amb valors més elevats tant en la cura de persones no convivents (12,9%) com de convivents (9,6%). Entre els homes, la participació en el treball de cures és més baixa i presenta poques diferències segons la situació laboral, tot i que els homes jubilats són els que hi participen més (19,5%), principalment en la cura de convivents en solitari (8,9%). En aquest grup d'edat tampoc hi ha homes que es dediquin al treball no remunerat a la llar (**Figura 26**).

Tal i com s'observa en la **Figura 27**, el treball de cures és més freqüent entre les persones nascudes a Espanya, tant en dones (19,9%) com en homes (20,8%). La cura de persones no convivents és especialment significativa en aquest grup d'edat (10,1% en dones i 7,3% en homes), en el què no hi ha persones provinents de països de renda baixa.

Figura 26. Distribució de la població major de 64 anys de Barcelona segons situació laboral, tipus de cura i sexe.

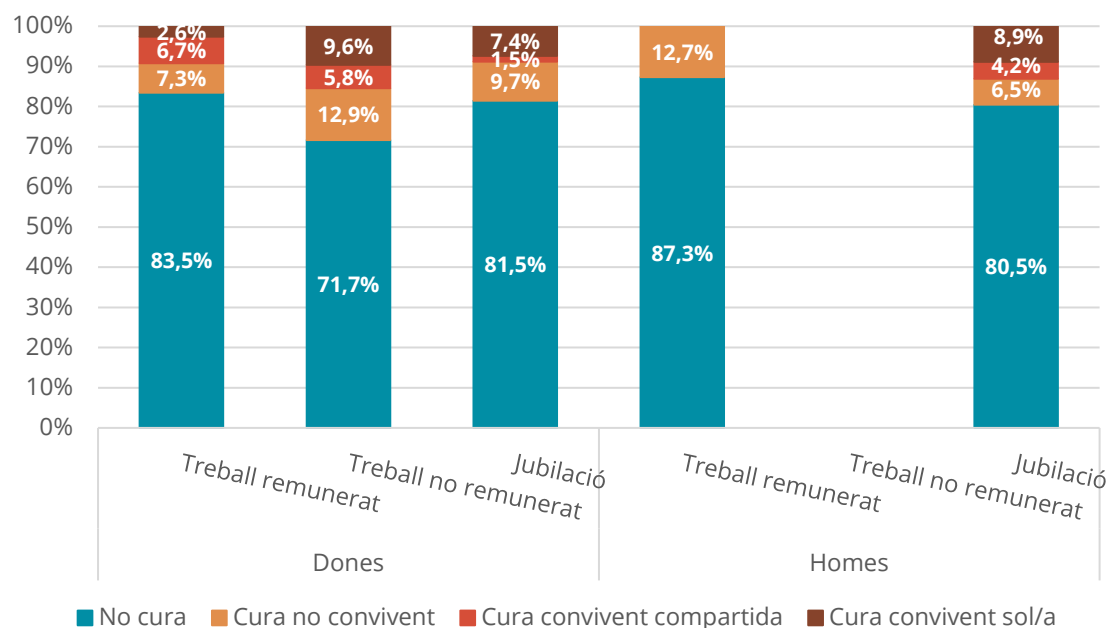
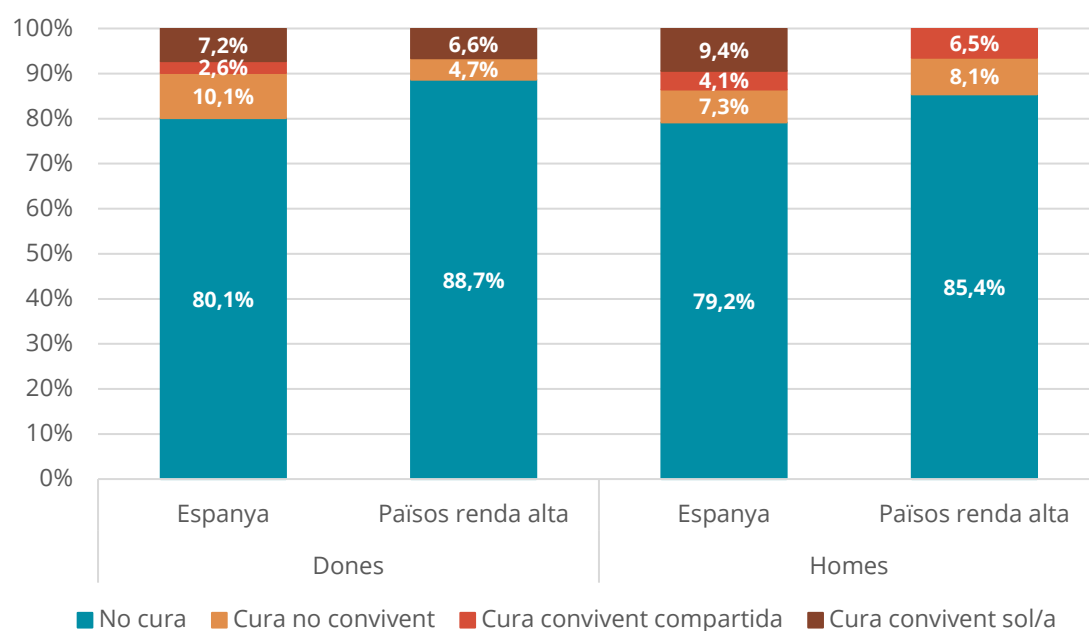


Figura 27. Distribució de la població major de 64 anys de Barcelona segons país d'origen, tipus de cura i sexe.

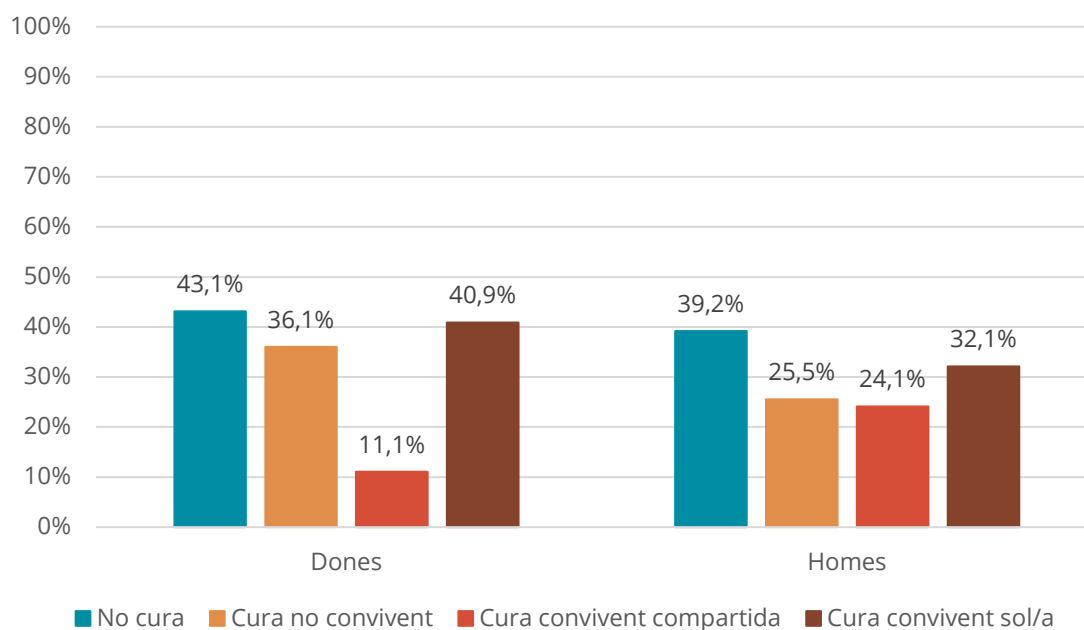


Estat de salut

La **Figura 28**, la **Figura 29**, la **Figura 30**, la **Figura 31** i la **Figura 32** mostren les prevalències dels cinc indicadors de salut en la població major de 65 anys, segons el tipus de treball de cures realitzat i segons el sexe. Com en els altres grups d'edat, les prevalències són més altes entre les dones que entre els homes, però els patrons de relació amb la cura presenten algunes diferències. A continuació, es comenten els resultats en què les diferències entre els grups de cura són estadísticament significatives.

En les dones, quan es té en compte l'edat i el nivell d'estudis, la cura en solitari d'una persona convivent s'associa a major dolor o malestar. Així, el 56,1% de les dones que tenen cura d'un convivent soles tenen dolor, davant del 39,5% de les dones que no fan cura (**Figura 31**).

Figura 28. Prevalències de mal estat de salut percebut de la població major de 65 anys de Barcelona segons tipus de cura i sexe.



En el cas dels homes, la cura d'una persona convivent en solitari s'associa a un major consum de psicofàrmacs. El 34,5% dels homes que assumeixen en solitari la cura d'una persona convivent consumeixen psicofàrmacs, davant el 16,0% dels que no fan cura (**Figura 30**).

Figura 29. Prevalences de patiment psicològic de la població major de 65 anys de Barcelona segons tipus de cura i sexe.

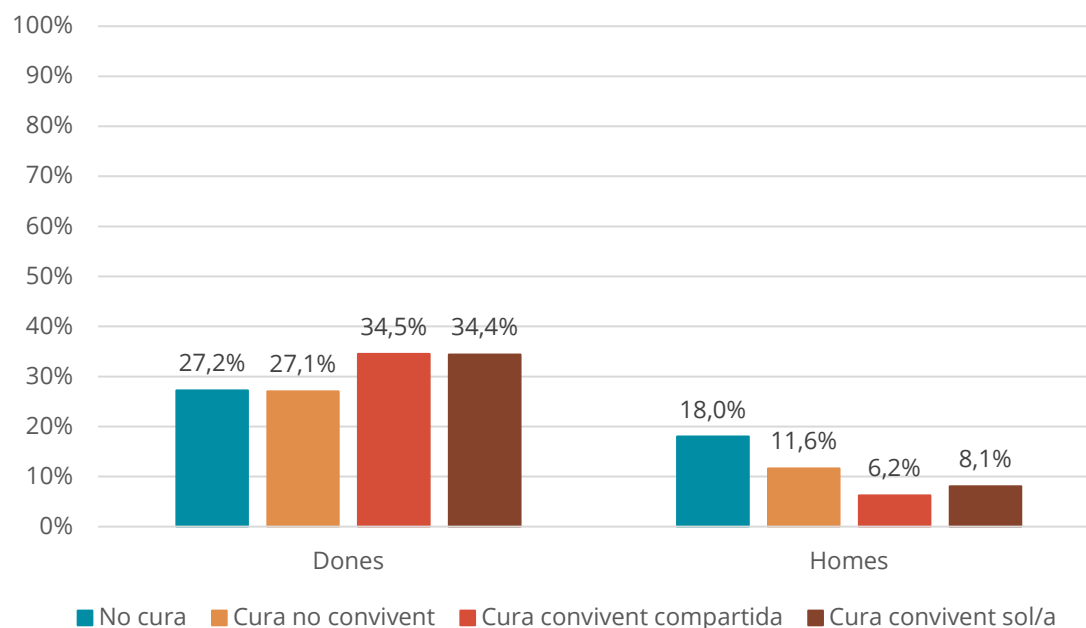


Figura 30. Prevalences de consum de psicofàrmacs de la població major de 65 anys de Barcelona segons tipus de cura i sexe.

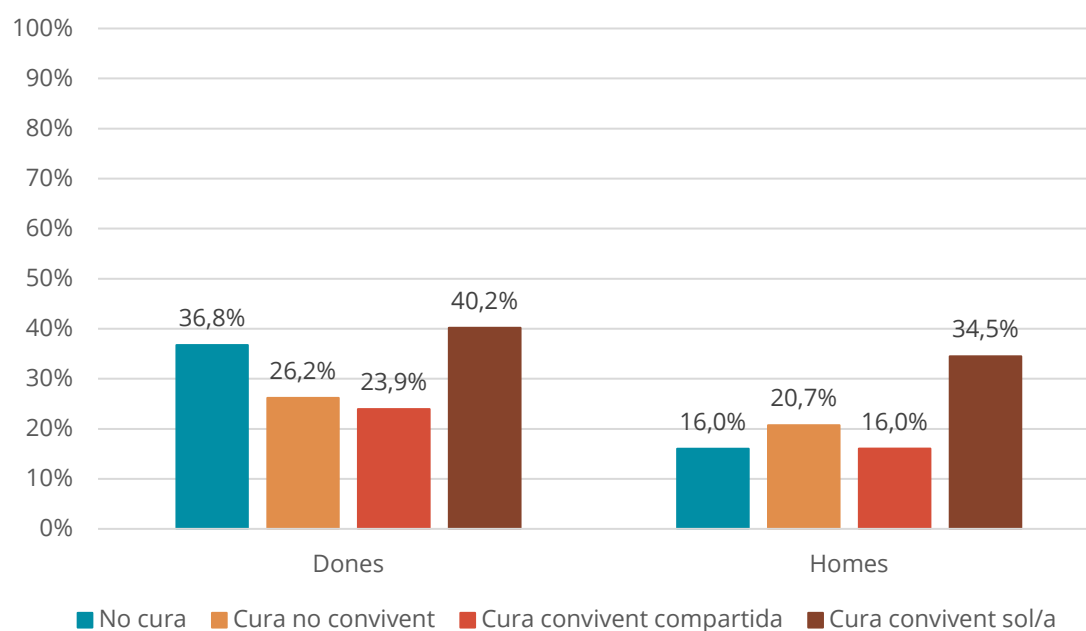


Figura 31. Prevalences de presència de dolor o malestar de la població major de 65 anys de Barcelona segons tipus de cura i sexe.

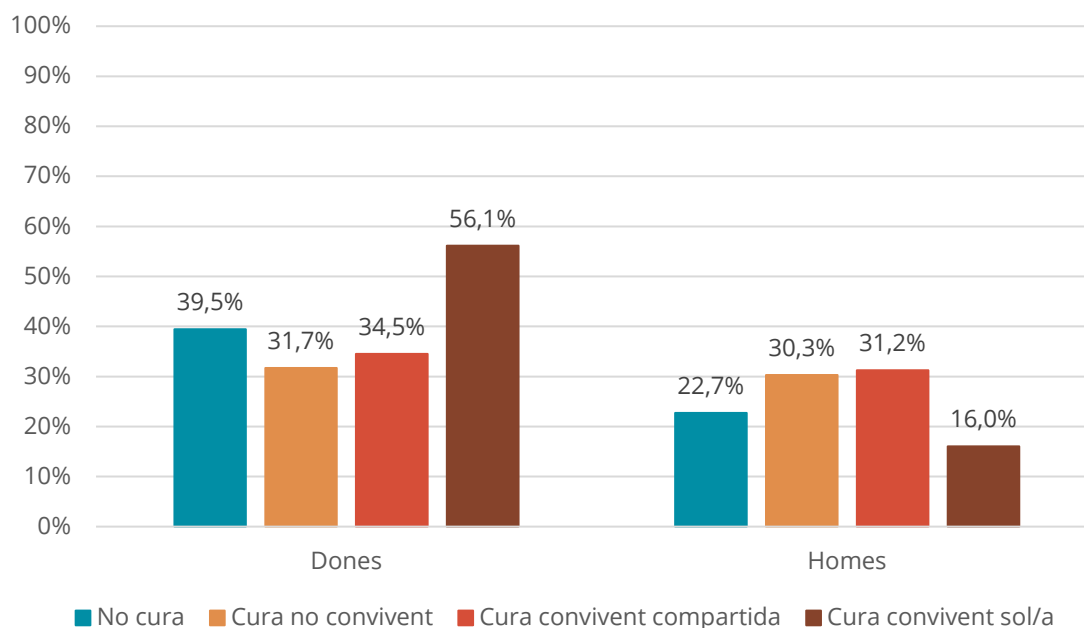
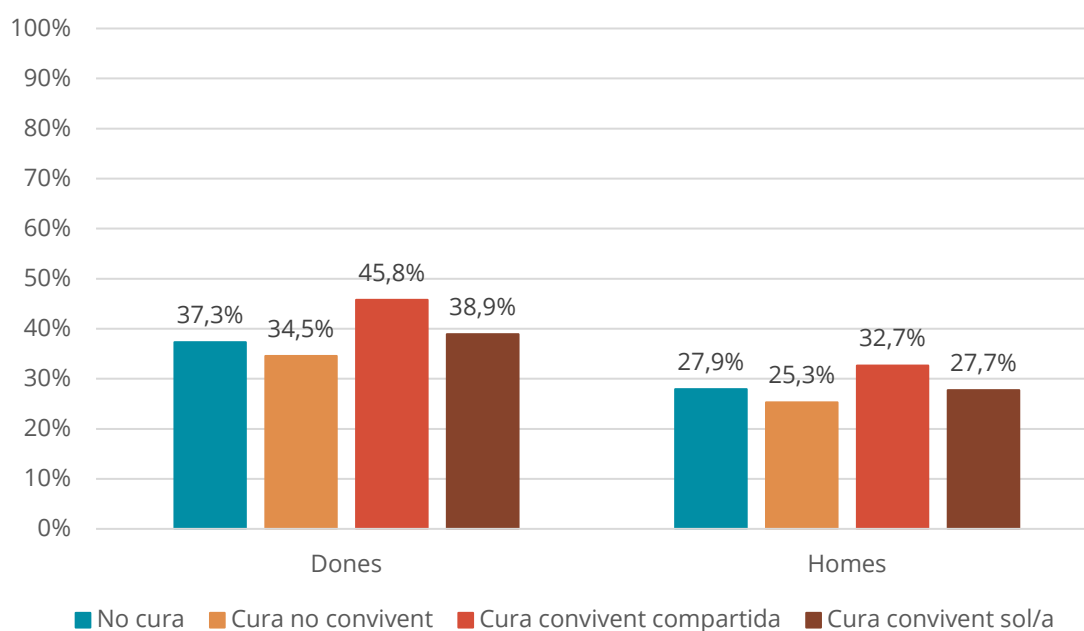


Figura 32. Prevalences de dormir 6 hores o menys diàries de la població major de 65 anys de Barcelona segons tipus de cura i sexe.



En conjunt, tot i que les dones continuen presentant pitjors indicadors de salut que els homes, la relació entre la cura i la salut en la població major de 64 anys és menys clara que en els grups més joves. En aquest grup d'edat, les diferències segons el tipus de cura són més irregulars i, en alguns casos, les persones cuidadores presenten prevalences més baixes que les que no fan cures. Aquest

patró podria estar relacionat amb una possible causalitat inversa: és probable que, en aquest tram d'edat, siguin les persones amb millor estat de salut les que poden assumir tasques de cura, mentre que les que no en fan es troben en una situació de salut més vulnerable que els impedeix implicar-s'hi.

A continuació es presenta una taula resum que sintetitza els principals resultats de l'informe segons etapa del cicle vital i sexe, incloent-hi la participació en el treball de cures, les hores setmanals de dedicació, els efectes observats sobre la salut i el perfil sociodemogràfic associat (**Taula 1**).

Taula 1. Síntesi dels principals resultats sobre participació, hores de dedicació i impacte en salut del treball de cures (TdC) informal segons etapa vital i sexe.

Etapa vital	Gènere	Participació al TdC	Efectes del TdC en la salut	Perfil sociodemogràfic
Joventut	Dones	10,4% 17,0 h/setmanals	• Pitjor salut percebuda • Major consum de psicofàrmacs	• TdC més freqüent entre dones amb estudis primaris. • TdC més freqüent entre dones ocupades. • TdC més freqüent entre les nascudes a Espanya.
	Homes	9,3% 8,4 h/setmanals	No s'associa	• TdC més freqüent entre homes universitaris. • TdC més freqüent entre homes ocupats. • TdC més freqüent entre els nascuts a Espanya.
Edat adulta	Dones	25,8% 24,2 h/setmanals	• Pitjor salut percebuda • Major patiment psicològic • Més dolor o malestar • Més freqüent dormir ≤ 6 h/dia en les que fan TdC convivent en solitari	• TdC convivent més freqüent entre dones amb estudis primaris o secundaris i entre dones migrants de països de renda baixa. • TdC no convivent més freqüent entre dones amb estudis universitaris i entre dones nascudes a Espanya. • Participació més elevada entre jubilades i dones que treballen a la llar.
	Homes	18,6% 16,2 h/setmanals	No s'associa	• Mateix patró de nivell d'estudis que les dones. • TdC més freqüent entre homes jubilats i a l'atur, especialment de convivents en solitari.
Vellesa	Dones	19,5% 39,6 h/setmanals	• Més dolor o malestar en les que fan TdC convivent en solitari	• TdC més freqüent entre dones amb estudis secundaris i universitaris, especialment la de no convivents.
	Homes	20,2% 54,4 h/setmanals	• Major consum de psicofàrmacs en els que fan TdC convivent en solitari	• Mateix patró de nivell d'estudis que les dones.

Conclusions

A Barcelona, el treball de cures informal continua sent un pilar fonamental de l'organització social de la cura. L'anàlisi de les dades de l'ESB 2021 mostra com el 20,3% de les dones i el 16,2% dels homes majors de 15 anys hi dedica més d'una hora setmanal, amb desigualtats de gènere especialment rellevants tant en el temps de dedicació com en els efectes que aquest treball té sobre la salut.

En la major part del cicle vital les dones dediquen més hores al treball de cures que els homes, i assumeixen amb més freqüència les formes de cura més exigents. Aquesta major càrrega s'associa a pitjors indicadors de salut. En la joventut i, sobretot, en l'edat adulta, les dones cuidadores presenten pitjor salut percebuda, major patiment psicològic, més dolor o malestar i una major prevalença de dormir sis hores o menys al dia que les dones no cuidadores. Entre els homes, en canvi, no s'observen diferències significatives en la salut associades al treball de cures, excepte en la vellesa, etapa en què augmenta la seva dedicació, especialment en contextos de convivència.

A més, els resultats mostren que l'impacte del treball de cures sobre la salut depèn de les condicions en què es desenvolupa. La càrrega de cures es distribueix de manera desigual segons la classe social i l'origen, i s'intensifica en aquells contextos amb menor capacitat de compartir-la o externalitzar-la. Així, les persones amb nivells educatius més baixos, les dones migrants, les que treballen no remuneradament a la llar i les que es jubilen abans dels 65 anys són els col·lectius amb una major presència en la cura convivent en solitari i que presenten una major exposició a situacions de sobrecàrrega.

En conjunt, aquests resultats evidencien que el treball de cures informal actua com a determinant social de la salut i com a mecanisme de reproducció de les desigualtats socials. Reconèixer el valor social, econòmic i comunitari de les cures i intervenir sobre les condicions en què es desenvolupen és imprescindible per reduir les desigualtats en salut, i constitueix la base de les recomanacions que es presenten en l'apartat següent.

Recomanacions

En base a l'evidència exposada a aquest informe, i en coherència amb les recomanacions formulades a l'informe [Benestar i salut de les persones cuidadores de familiars a Barcelona](#), es proposen les recomanacions següents:

Propostes d'informació o sensibilització

1. **Reconèixer el treball de cures com un àmbit rellevant de la salut pública:** Reconèixer explícitament el treball de cures informal com un determinant social de la salut, visibilitzant-ne els impactes desiguals segons gènere, classe social, origen i moment del cycle vital. Aquest reconeixement ha de formar part del relat institucional i de les estratègies de salut pública, superant una visió que situa la cura exclusivament en l'àmbit privat o familiar.
2. **Fer visibles les desigualtats en la distribució i l'impacte del treball de cures:** Promoure accions de comunicació i sensibilització que mostrin no només qui participa en la cura, sinó sobretot qui assumeix les càrregues més intenses i amb majors conseqüències per a la salut. Aquestes accions han de contribuir a qüestionar la normalització social de la sobrecàrrega femenina i de la concentració de cures intensives en col·lectius socialment més vulnerables, i a promoure activament la co-responsabilitat dels homes en el treball de cures al llarg de tot el cycle vital.

Propostes d'acció

3. **Enfortir i ampliar els serveis públics de cures per reduir la dependència de la cura informal.** Cal avançar cap a un model de cures que prioritzi l'accés a serveis formals, públics i de qualitat, reduint la transferència dels costos físics, emocionals i socials de la cura a les llars. La reducció de la intensitat i la durada de la cura informal és una condició necessària per prevenir el deteriorament de la salut de les persones cuidadores.
4. **Desenvolupar mesures de conciliació laboral amb perspectiva de gènere que incorporin la cura de persones adultes dependents.** Les

polítiques de conciliació laboral han d'incloure de manera explícita la cura de persones adultes dependents i promoure l'ús equitatiu de permisos i adaptacions de jornada per part d'homes i dones. Això inclou mesures com flexibilitat horària, adaptacions de jornada, permisos específics i la promoció de cultures organitzatives que evitin penalitzacions laborals associades a responsabilitats de cura.

5. **Incorporar la perspectiva de salut laboral i riscos psicosocials en la cura informal.** Els serveis socials i sanitaris han d'integrar de manera sistemàtica l'avaluació de la càrrega de cures com a factor de risc per a la salut, especialment en situacions de cura convivent i en solitari. Això inclou la detecció precoç de sobrecàrrega física, patiment psicològic, dolor i manca de descans, així com l'activació de recursos de suport adequats.

Propostes d'informació i recerca

6. **Reforçar la recerca i l'avaluació de l'impacte de les polítiques de cures sobre la salut.** Millorar els sistemes d'informació i recerca per analitzar com les polítiques de dependència i suport a la cura influeixen en la distribució del treball de cures i en les desigualtats en salut. Aquesta anàlisi és necessària per orientar les polítiques públiques i evitar que contribueixin, de manera no intencionada, a mantenir o intensificar la sobrecàrrega de la cura informal.
7. **Incorporar indicadors d'intensitat i condicions de les cures en els sistemes d'informació.** Incorporar de manera sistemàtica indicadors que permetin captar la intensitat, la durada i les condicions en què es desenvolupa el treball de cures informal, per tal de millorar el seguiment de l'impacte d'aquest treball sobre la salut i orientar millor les intervencions públiques.

Bibliografia

1. Roth, DL, L Fredman, and WE Haley. (2015). Informal Caregiving and Its Impact on Health: A Reappraisal from Population-Based Studies. *The Gerontologist*.
2. García, J R. (2012). *Los Tiempos Del Cuidado: El Impacto de La Dependencia de Los Mayores En La Vida Cotidiana de Sus Cuidadores*. Imerso. BOOK.
3. Pinquart, Martin, and Silvia Sörensen. (2003). Differences between Caregivers and Noncaregivers in Psychological Health and Physical Health: A Meta-Analysis. *Psychology and aging* 18(2): 250–67.
4. Schulz, Richard, and Paula R Sherwood. (2008). "Physical and Mental Health Effects of Family Caregiving." *The American journal of nursing* 108(9 Suppl): 23–7; quiz 27.
5. Pérez, Anna et al. (2015). "Efficacy of Memory Training in Healthy CommunityDwelling Older People: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial." *BMC Geriatrics* 15(1): 113.
6. Salvador-Piedrafita, M, D Malmusi, and C Borrell. (2017). "Time Trends in Health Inequalities due to Care in the Context of the Spanish Dependency Law." *Gaceta sanitaria*.
7. Roca Roger, M. et al. (2000). "Impacto Del Hecho de Cuidar En La Salud de Los Cuidadores Familiares." *Atención Primaria* 26(4): 217–23.
8. Pérez Orozco, Amaia, and Alba Artiaga Leiras. (2014). *¿Por Qué Nos Preocupamos de Los Cuidados? Colección de Ensayos En Español Sobre Economía de Los Cuidados*. New York, NY: UN Women Training Centre.
9. Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència. *Butlletí Oficial de l'Estat*, núm. 299, de 15 de desembre de 2006.
10. Carrillo Gómez, Silvia. (2019). *Abordant la crisi de les cures: polítiques treballs i experiències locals*. Institut de Ciències Polítiques i Locals.
11. Kümmerling, Angelika, and Steffen Lehndorff. (2014). *The Use of Working TimeRelated Crisis Response Measures during the Great Recession*. Geneva: International Labour Office.

12. Mutari, Ellen, and Deborah M Figart. (2001). "Europe at a Crossroads: Harmonization, Liberalization, and the Gender of Work Time." *Social Politics* 8: 36–64.
13. Artazcoz, Lucía, Imma Cortès, and Vicenta Escribà-Agüir. (2016). "Gender, Work and Health: A Step Forward in Women's Occupational Health." In *Handbook on Gender and Health*, ed. Jasmine Gideon. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing.
14. Larrañaga, Isabel et al. (2008). "Impacto Del Cuidado Informal En La Salud Y La Calidad de Vida de Las Personas Cuidadoras: Análisis de Las Desigualdades de Género." *Gaceta Sanitaria* 22(5): 443–50.
15. Salvador-Piedrafita, M; Artazcoz, L; Bartoll, X; Bastida, A; Pasarín, M; Puig-Barrachina, V. (2018). *Benestar i salut de les persones cuidadores de familiars a Barcelona*. Agència de Salut Pública de Barcelona.
16. Sala-Mozos, E. (2009). *La Calidad de Vida de Las Cuidadoras Informales: Bases Para Un Sistema de Valoración. Informe I: Contexto, Objetivos Y Metodología*.
17. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. (2015). *Avanzando Hacia La Equidad. Propuesta de Políticas E Intervenciones Para Reducir Las Desigualdades Sociales En Salud En España*. Madrid: Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad.
18. Reial Decret 463/2020, de 14 de març, pel qual es declara l'estat d'alarma per la gestió de la situació de crisi sanitària ocasionada per el COVID-19. *Butlletí Oficial de l'Estat*, núm. 67, de 14 de març de 2020.
19. Resolució SLT/737/2020, de 13 de març, per la qual s'adopten mesures complementàries per a la prevenció i el control de la infecció pel SARS-CoV-2. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 8084, de 13 de març de 2020.
20. Memòria 2020. Àrea de Drets Socials, Justícia Global, Feminismes i LGTBI (I). 2021. Ajuntament de Barcelona.
21. Ayala Cañón, Luis., Laparra Navarro, Miguel., Rodríguez Cabrero, Gregorio. (2022). *Evolución de la cohesión social y consecuencias de la Covid en España*. Fundación FOESSA : Cáritas Española Editores.
22. Soronellas Masdeu, M., Gregorio Gil, C., & Jabbaz Churba, M. (2022). ¡Apáñatelas como puedas! Dilemas morales en el cuidado familiar de personas mayores y dependientes durante la pandemia. *Disparidades. Revista de Antropología*, 77.
23. Comas-d'Argemir, D., & Bofill-Poch, S. (2021). El cuidado importa. Impacto de género en las cuidadoras/es de mayores y dependientes en tiempos de la Covid-19. www.antropologia.urv.cat/es/investigacion/proyectos/cumade/

24. Sastre García, M., & Martínez López, R. (2022). El sistema de atención a la dependencia antes y después de la pandemia. V informe sobre la desigualdad en España 2022. El impacto de la pandemia.
25. Martínez-Virto, L., & Sánchez-Salmerón, V. (2022). El impacto de la pandemia en las relaciones sociales: debilitamiento o refuerzo de las redes de apoyo y ayuda mutua (Fundación FOESSA, Ed.; pp. 543–572).
26. Bergmann, M., & Wagner, M. (2021). The Impact of COVID-19 on Informal Caregiving and Care Receiving Across Europe During the First Phase of the Pandemic. *Frontiers in Public Health*, 9.
27. Tur-Sinai, A., Bentur, N., Fabbietti, P., & Lamura, G. (2021). Impact of the outbreak of the COVID-19 pandemic on formal and informal care of community-dwelling older adults: Cross-national clustering of empirical evidence from 23 countries. *Sustainability* (Switzerland), 13(13).
28. Beach, S. R., Schulz, R., Donovan, H., & Rosland, A. M. (2021). Family Caregiving during the COVID-19 Pandemic. *Gerontologist*, 61(5), 650–660.
29. Comas-d'Argemir, D. (2019). Cuidados y derechos. El avance hacia la democratización de los cuidados. *Cuadernos de Antropología Social*, 49. doi: 10.34096/cas.i49.6190
30. Castelló Santamaría, L. (2011). Trabajo de cuidado, genero y clase social. Remedios desiguales a un problema común. *Sociología del Trabajo*, 73.
31. Moreno-Colom, S., Recio Cáceres, C., Borràs Català, V., & Torns Martín, T. (2016). Significados e imaginarios de los cuidados de larga duración en España. Una aproximación cualitativa desde los discursos de cuidadoras. *Papeles del CEIC*, 2016/1(145). <https://doi.org/10.1387/pceic.15195>
32. Casado-Marín, D., García-Gómez, P., & López-Nicolás, Á. (2011). Informal care and labour force participation among middle-aged women in Spain. *SERIEs*, 2(1), 1–29. <https://doi.org/10.1007/s13209-009-0008-5>
33. Ecorys. (2021). Study on exploring the incidence and costs of informal long-term care in the EU (VC/2019/0227). European Commission. <https://data.europa.eu/doi/10.2767/06382>

Annex

Font de les dades

Les dades provenen de l'**Enquesta de Salut de Barcelona** (ESB) 2021, una enquesta quinquennal que es fa a una mostra representativa de la ciutadania de Barcelona.

Població i mostra

La població d'estudi està formada per la població no institucionalitzada, major de 15 anys, resident a Barcelona.

La grandària de la mostra de l'ESB és de 4.000 efectius, distribuïts per districtes de manera estratificada i a proporcional, tot sobrerrepresentant els menys poblats. Aquesta opció implica que per treballar els resultats a nivell de ciutat s'ha ponderat la mostra. És a dir, s'ha restituit el pes real de cada territori (districte) sobre el conjunt tot aplicant els corresponents coeficients de ponderació. La selecció de les persones a entrevistar es va fer mitjançant un procés d'extracció aleatòria simple, a partir del Registre de Població de Barcelona.

Una vegada aplicat el criteri d'edat (ser major de 15 anys), la mostra està composta per 3.292 persones (1.743 dones i 1.549 homes). A partir de l'apartat "*La cura durant el cicle vital*", s'exclouen de l'anàlisi aquelles persones que declaren realitzar treball de cures però que hi dediquen una hora o menys a la setmana. D'aquesta manera, la submostra d'anàlisi està formada per **3.053 persones** (1.639 dones i 1.414 homes) (**Taula 2**).

Taula 2. Distribució de la mostra segons grups d'edat i sexe.

	16-34 anys		35-64 anys		65 anys o més	
	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes
Mostra total	450	441	866	805	427	303
Submostra	430	407	826	743	383	264

Mesura del treball de cura informal

El treball de cures al que fa referència aquest estudi és el que es realitza **sense retribució econòmica** per part de familiars o altres persones properes a persones que necessiten una dedicació especial per problemes de salut, edat avançada o situació de dependència o limitació funcional.

Les persones s'han classificat en quatre grups segons el tipus de cures realitzades: a) persones no cuidadores; b) persones cuidadores d'una persona no convivent; c) persones cuidadores d'una persona convivent que comparteixen la responsabilitat de cura amb algú altre (ja sigui un altre membre de la xarxa familiar, una persona remunerada, serveis socials, etc); i d) persones cuidadores d'una persona convivent que assumeixen la responsabilitat de cura en solitari.

En els grups d'edat de 35 a 64 anys i de 65 anys o més, s'analitzen les quatre categories de cura. En el grup de 16 a 34 anys, per manca de mostra, s'analitza la cura en conjunt.

Taula 3. Característiques sociodemogràfiques de la població de Barcelona segons etapa del cicle vital i sexe.

	Joventut		Edat adulta		Vellesa	
	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes
Nivell d'estudis						
Primaris	22,2 %	30,5%	20,5%	23,2%	62,7%	42,4%
Secundaris	31,6%	34,4%	28,5%	31,4%	17,7%	27,8%
Universitaris	46,2%	35,2%	51,0%	45,4%	19,6%	29,8%
Situació laboral						
Treball remunerat	63,0%	66,7%	77,3%	80,8%	4,3%	5,6%
Atur	8,8%	12,7%	9,2%	10,6%	0,5%	0,0%
Treball no remunerat	4,5%	0,6%	6,8%	0,0%	19,0%	0,0%
Jubilació	0,0%	0,0%	3,4%	4,0%	72,3%	90,5%
Altres	23,8%	19,9%	3,3%	4,5%	3,8%	3,9%
Origen						
Espanya	63,9%	65,5%	72,5%	71,3%	93,6%	94,8%
Països renda alta	25,7%	25,9%	21,3%	21,6%	6,0%	4,1%
Països renda baixa	10,4%	8,8%	6,2%	7,1%	0,4%	1,1%

C S B Consorci Sanitari
de Barcelona



Salut i treball

Connectem
f **wt** **in**

www.aspb.cat