

TÍTOL :

EL SAD I LES CURES A LES TERRES DE L'EBRE. DIAGNOSI

Coordinació i redacció: Marc Ballester Torrents - Saó, Social +Acció +Oportunitats SCCL

Equip de treball: Sergi Arnau Castro, Marc Ballester Torrents, Aida Rodríguez Soriano -
Saó, Social +Acció +Oportunitats SCCL

Disseny i maquetació: Jaume Martínez

Aquesta diagnosi s'ha elaborat en el marc del projecte SAÓ: CURES I LLEURE PEL DESENVOLUPAMENT ECONÒMIC DES DE L'ECONOMIA SOCIAL I EL COOPERATIVISME de la convocatòria Singulars 2024 de la Direcció General d'Economia Social i Solidària i el Cooperativisme del Departament d'Empresa i Treball de la Generalitat de Catalunya.

EL SAD I LES CURES A LES TERRES DE L'EBRE. DIAGNOSI,

- Les cures. De l'acompanyament comunitari al SAD. Marc teòric i legislatiu.

Les cures un concepte polisèmic

SAD, legislació i funcionament

- Metodologia

- Les cures a les Terres de l'Ebre

- El SAD a les Terres de l'Ebre. Una realitat diversa.

- El SAD no institucionalitzat.

- Perfil dels usuaris/es. Dependència i cures a l'àmbit rural.

- El personal i l'atenció directa. Un camí pel reconeixement dels drets.

- Tancament

- Annexes

Les cures un concepte polisèmic

Parlar de Servei d'Ajuda a Domicili és no parlar només d'una prestació social que es dona des dels serveis socials públics sinó parlar d'una part més de com encarem les cures. Les cures en la nostra societat, són accions, idees, comportaments que han anat canviant històricament tot i que habitualment han sigut el clar exemple de la divisió social de treball, remunerat com no remunerat, on els rols de gènere han estat molt clars. Tot i que aquests rols i funcions es mantenen definits històricament els canvis, sobretot des de la segona meitat del segle XX, en els models socials i econòmics, han repercutit de manera evident en la mercantilització de tot el relacionat amb les cures, duent-les a l'estat actual.

Tanmateix, abans d'entrar en concret a veure quin és l'estat d'aquestes cures en general i en concret les relacionades amb persones dependents, principalment persones grans, cal introduir breument l'amplitud del concepte de cures.

El concepte de cures és un concepte polisèmic on tot i la diversitat i matisos existeix un fil conductor. En català el concepte de cura s'utilitza com a sinònim de remei, quan diem no té cura, però també quan diem anar amb cura parlem d'anar amb compte per no fer malbé, per no estripar l'objecte, la persona o aconseguir l'objectiu; també tenim cura de les persones o de les coses un significat que d'alguna manera inclou els significats anteriors en tant guarim, anem amb compte, tractem amb delicadesa i donem atenció, tot això ho fem quan tenim cura d'una persona.

Sense perdre el fil d'aquests significats que ofereix el DIEC¹, la definició del concepte de cures des d'una perspectiva holística té una major repercussió si pensem en quines accions s'associen a la idea de cures. **Entenem cures com les accions, comportaments individuals i col·lectius que duem a terme quan tenim en compte una persona, una comunitat i la volem acompanyar, ajudar o fer-la estar present i reconeguda. Les cures**

1 Diccionari de l'Institut d'Estudis Catalans

com una manera de fer i de relacionar-nos, que comporta tenir-nos en compte, empatitzar i generar sinergies sota el paraigua del reconeixement de l'altre i actuant procurant el benestar mutu.

Aquesta mirada de les cures, fa èmfasi en la idea que les cures són en si un procés al llarg de la vida. Joan C. Tronto a la seva obra *Democràcia i cures* remarca la importància i determinació de les cures en l'individu i la comunitat en tot el procés de la vida i sobretot en les criatures contraposant-ho a les teories que estan a favor de la mercantilització de les cures i ho defensen dient que les persones neixen lliures per escollir. El fet que en néixer els humans som criatures dependents i no és fins ben endavant que ens tornem autònoms i amb capacitat de decisió, diu Tronto, fa necessari reconèixer la centralitat de la cura en la formació de cada persona, i per tant que els humans som capaços només de fer-les a través de relacions amb els altres i que la qualitat d'aquestes relacions ajudarà o entorpirà les mateixes capacitats. Aquesta idea la du a afirmar que aquesta llibertat o «autonomia humana és un assoliment, no una premissa d'origen, i és un assoliment que necessita molts anys.»²

El paper central de les cures no ho és només, en tant tenim cura de la persona sinó en com aquest tenir cura determina el desenvolupament com a individu i defineix un tipus de relacions i posicions de submissió o poder.

Aquí quan es parla de cures parlem de relacions, de dedicació de temps entre persones. Les cures com el temps que es dedica a l'altre, un temps de qualitat, que vol dir ser-hi, acompanyar, aturar-se i escoltar. Per això tornant de nou a Joan C. Tronto, davant dels que defensen que la millor gestió de les cures és fer-ho com un producte del mercat es fa evident, que en un sistema on es procura l'eficiència com l'estratègia per millorar el servei i els beneficis, en el sector de les cures, i les cures en general, on el temps és imprescindible això no és viable. La necessitat de temps per fer les cures, unes cures que no només volen dir fer tasques sinó acompanyar, estar, escoltar són una necessitat que es contraposa a les necessitats d'un model mercantil on tot ha de ser més eficient. (Tronto; 2024: 219)

2 Tronto, Joan, C.; *Democràcia i cura* Raig Verd Editorial. Barcelona, 2024 pàg 224.

Aquesta perspectiva holística de les cures inclou aquelles tasques que es fan tant dins d'una llar o domicili, com fora d'aquesta. Les necessitats de cures afecten en contextos diferents com veiem amb el problema de la solitud no volguda³ i que també es fa present en el context en el qual desenvolupem la nostra tasca⁴. Els espais comunitaris, els carrers, les places, espais com les biblioteques, els casals o altres centres més especialitzats són espais de cures en tant són espais de relació i de trobada. És aquí on parlar d'espais comunitaris com espai de cures es porta aquest salt temporal. Un temps on el veïnatge formava part d'aquesta xarxa de cures, construïda i constituïda a partir de la reciprocitat i solidaritat i que durant els últims vint-i-cinc anys ha sofert canvis dràstics. Per una banda, en l'àmbit rural, el procés de despoblament i envelliment de la població i per l'altre per les dinàmiques urbanes que afavoreixen un aïllament o l'absència de cures que no depenguin del nucli familiar. Ens trobem com la idea de cures disminueix el seu marge d'acció tot i que les cures comunitàries són la clau per les derivacions d'altres cures en clau emocional.

En aquest trànsit pel concepte de cures arribem aquell que de forma habitual s'entén i que fa referència a les «feines reproductives que tenen lloc a les llars relacionades amb l'alimentació, la neteja l'atenció dels cossos, el suport emocional i l'atenció a les persones amb patologies, a les criatures i a les persones grans»⁵. Aquest concepte ens concreta i menciona tasques que són les que defineixen el SAD.

Per tant, tot i que actualment de manera generalitzada, quan parlem de cures parlem de SAD, cal reforçar la idea que parlar de cures és parlar del model de convivència que incideixen en les diferents etapes de la vida i com en les relacions que definim afavoreix al benestar individual i col·lectiu. El punt d'inflexió, tot i que n'hi hauria més d'un, però un dels moments claus per entendre com les cures passen de l'àmbit comunitari a l'àmbit públic, entenent com a públic l'estat o administració pública, és l'aparició de l'estat del benestar.

3 Sala Mozos, E. (2020). *La soledat no desitjada durant la vellesa, un fenomen social*. Dossier Catalunya Social. Núm. 60

4 S'ha realitzat diferents treballs com la *Diagnosi i pla comarcal d'envelliment actiu quilometre zero*. Consell Comarcal del Baix Ebre 2022 o el treball realitzat a la Ribera d'Ebre sota el nom de *Ribera Acompanyada*.

5 AA. VV.; *Economia Solidaria i Feminista* Edicions Pol·len. Barcelona, 2020. Pàg 55

Gradualment, l'estat assumeix un seguit de funcions relacionades amb les cures, que amb anterioritat eren resoltes des de la beneficència o altres entitats de caràcter privat i que sobretot a partir de la segona meitat del segle XX i fins als anys vuitanta o segle XXI en el cas d'Espanya, és el moment de major expansió. **El fet que l'estat assumeixi i reguli l'acció de les cures i a la vegada l'estat del benestar externalitza aquestes funcions, tornant-les al sector privat ara mercantilitzat, genera una transformació en la manera com anem responent aquestes necessitats col·lectives i individuals.**

Aquest és el punt en què ens trobem i tot i que d'alguna manera en tant l'ens públic es responsabilitza d'aquesta acció la comunitat ho deixem en segon terme.

SAD, Legislació i funcionament.

El Servei d'ajuda a domicili (SAD) forma part del conjunt de serveis i prestacions coordinats pels serveis socials bàsics municipals o comarcals⁶ prestats a la mateixa llar i es defineix com el "conjunt organitzat i coordinat d'accions que es realitzen a la llar de l'usuari, dirigides a proporcionar atencions personals, atencions de caràcter urgent, ajuda a la llar i suport social a aquelles persones o famílies amb situació de manca d'autonomia personal, dificultats de desenvolupament o amb problemàtiques familiars especials"⁷

El SAD a Catalunya legalment apareix mencionat per primer cop l'any 1985 (Llei 26/1985). En aquest document junt amb les responsabilitats del SAD s'estableix que són els ens locals els qui, fent ús de les competències atribuïdes com a pròpies, han de finançar el cost de la prestació de serveis socials d'atenció primària i, per tant, del SAD. El paper de la Generalitat és el de col·laborar mitjançant convenis o subvencions.⁸

Posteriorment, hi ha legislació que defineix com es finança aquest servei i que defineix paràmetres per a establir com s'executa el servei, així i tot, el moment rellevant en l'àmbit de la dependència arriba al 2006 quan s'aprova a àmbit estatal la Llei 39/2006 o el que es

6 El consell comarcal dona els serveis d'aquells municipis que en cedeixen les competències. El funcionament està definit al Decret legislatiu 2/2003 de 28 d'abril, pel qual s'aprova el Text refós de la Llei municipal i de règim local de Catalunya)

7 DECRET 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del Sistema Català de Serveis Socials Modificat pel Decret 176/2000.

8 Llei 26/1985 del 27 de desembre de Serveis Socials

coneix com a Llei de la Dependència. La llei té l'objectiu de promoure l'autonomia personal i atendre les necessitats de les persones amb dificultats per a la realització de les activitats bàsiques de la vida diària (art. 14 de la mateixa llei). La llei determina tres graus de dependència segons la necessitat d'ajuda que té una persona per dur a terme les activitats bàsiques de la vida diària (vegeu el Reial decret 174/2011), i el desplegament es fa de manera progressiva, començant el 2007 i establint un calendari on tenen prioritat les persones amb un nivell de dependència màxim.⁹

Un any després la Generalitat de Catalunya fruit de la llei de dependència aprova la llei de serveis socials 12/2007, que inclou el SAD. La llei reconeix tres tipus de prestacions: de serveis, econòmiques i tecnològiques, que ha d'especificar la cartera de serveis socials. Dins de les prestacions de la cartera hi ha aquelles d'atenció i suport per romandre al domicili, inclòs el SAD. En aquest sentit, la llei configura el SAD com una prestació garantida i, per tant, es configura com a dret subjectiu, cosa que implica que l'Administració ha de proveir els crèdits suficients per poder-les atendre.¹⁰

Els aspectes més rellevants del funcionament del SAD a Catalunya es caracteritza per un sistema que ofereix unes prestacions depenent del grau de dependència de la persona sol·licitant.

El grau de dependència determina la necessitat d'ajuda que té una persona per dur a terme les activitats bàsiques de la vida diària, derivada de l'edat, la malaltia o la discapacitat, i lligada a la falta o a la pèrdua d'autonomia física, mental, intel·lectual sensorial.

La persona o familiar de la persona sol·licitant fa la demanda als Equips bàsics d'atenció primària, serveis oferts pels ens municipals o en delegació als consells comarcals. Una vegada s'efectua la sol·licitud s'activa la valoració del grau de dependència. L'eina que s'utilitza per mesurar el grau és el Barem de Valoració de la Dependència que determina segons la puntuació obtinguda en el barem el grau de dependència.

⁹ *Avaluació de la implementació del servei d'ajuda a domicili (SAD) Informe final. Juliol 2022* Institut Català d'Avaluació de Polítiques Públiques (Ivàlua), 2022.

¹⁰ Llei 12/2007, de 11 d'octubre, de Serveis Socials

Aquest barem estableix els criteris de valoració del grau d'autonomia de les persones i de la seva capacitat per executar les activitats bàsiques de la vida diària. La valoració té en compte tant els informes relatius a la salut de la persona com l'entorn en què viu, i la puntuació del grau i el nivell de dependència es basa en les tasques bàsiques de la vida diària que la persona no pot dur a terme tota sola.¹¹

Una vegada s'ha reconegut el grau de dependència, per tal d'assignar els serveis idonis a les necessitats de la persona es defineix un Pla Individual d'Atenció (PIA). Aprovat el PIA, s'ofereix la prestació de serveis.

Els serveis o prestacions que poden oferir-se una vegada s'ha definit el PIA són els següents:

Serveis

Centre de dia Gent Gran

Residència Gent Gran

Sociosanitari

Atenció diürna per a persones amb discapacitat

Llar residència per a persones amb discapacitat

Residència per a persones amb discapacitat

Assistent Personal Servei promoció autonomia personal

Llar amb suport per a persones amb malaltia mental

Llar residència per a persones amb malaltia mental

Llarga estada salut mental

Servei d'atenció domiciliària

Teleassistència

11 Seguiment Llei de dependència - https://dretssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicas/10dependencia/dades_dependencia/documents/Llei-dependencia-1rT2024.pdf

Vinculada a centre de dia – Suport econòmic per finançar l'assistència al centre de dia

Vinculada a residència - Suport econòmic per finançar l'assistència a la residència

Vinculada a SAD - Suport econòmic per finançar una part de les hores del SAD

Prestacions econòmiques:

Cuidador no professional

El valor afegit d'aquest funcionament és definit per ser un servei que, tot i que és finançat com a mínim un 66% per la Generalitat de Catalunya, que rep una part de l'estat, quantitat regulada a la llei de dependència del 2006, atén la persona dependent des de la proximitat. És la clau d'aquest servei i la seves bones praxis.

En aquest procés de contextualització i descripció del servei, el que s'identifica és com gradualment s'ha anat creant tot un entramat de serveis que amb l'objectiu de poder respondre a les necessitats de les cures quantifica i cerca eines objectives per poder regular i no malbaratar recursos col·lectius. Tanmateix, les cures i la necessitat d'aquestes disten prou de poder ser cent per cent objectivables, **el temps i la proximitat són necessitats que no sempre poden tenir la resposta en l'acció mercantilitzada, pel cost associat que comporta i que, per tant, fa de les cures i el seu accés un aspecte més de distinció social.** En aquest concepte de cures polisèmic cal anar més enllà del servei.

.METODOLOGIA

La diagnosi que presentem s'ha elaborat a partir d'un treball de recull de dades quantitatives procedents de diferents fonts a la vegada que s'ha fet treball de camp del desenvolupament de les tasques de SAD. Entrevistes semiestructurades i sessions grupals a la vegada que un treball d'observació participant. **L'objectiu de la diagnosi era tenir un retrat de l'estat de la qüestió del sector de les cures a les Terres de l'Ebre com a punt de partida per respondre a una necessitat identificada a la qual hem volgut ficar-hi detall i proximitat.**

La combinació d'eines de recerca ens ha permès concretar una informació que existeix, però que no s'ha estructurat des d'una perspectiva de territori conjunt com són les Terres de l'Ebre. Existeixen treballs d'anàlisi de la situació de les persones grans realitzats des dels diferents consells comarcals del territori i altres entitats, però tot i observar el mateix col·lectiu de persones els enfocaments són diferents. És per això que calia englobar tota la informació disponible sota un mateix document afegint informació qualitativa obtinguda del treball de camp.

Partint d'aquí s'ha treballat combinant les dades que ofereix la mateixa administració, tant en l'àmbit nacional, això vol dir informació provinent del Departament de Drets socials i inclusió, Institut Català d'Avaluació de Polítiques Públiques o l'Observatori de treball i model productiu de la Generalitat de Catalunya i informació generada comarcament i l'obtinguda en primera persona en la realització del treball de camp.

Recursos utilitzats.

Departament de Drets Socials i Inclusió. Generalitat de Catalunya:

Registre d'entitats, serveis i establiments socials (serveis socials bàsics i especialitzats)

Mapa serveis socials prestacions gent gran.

Mapa serveis socials prestacions econòmiques de dependència.

Persones cuidadores no professionals.

https://dretssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/serveis_socials/

Observatori de treball i del model productiu de la Generalitat de Catalunya

El treball en perspectiva de gènere

<https://observatoritreball.gencat.cat/ca/inici>

Mètodes qualitatius:

Treball de camp – etnogràfia. Seguiment del treball d'organització, desenvolupament i execució pel que fa al Servei d'Ajuda a Domicili. Seguiment del desenvolupament de les tasques a diferents domicilis, en relació amb les tasques executades i les necessitats expressades per les persones usuàries.

Entrevistes informals – semiestructurades i dinàmiques grupals

20 entrevistes: 13 persones treballadores familiars / SAD , 7 usuaris o familiars /

2 dinàmiques grupals: Una dinàmica amb equip de treballadores socials del consell comarcal i amb grup de treballadores internes.

4 reunions: s'han dut a terme reunions laborals de presentació dels serveis de la cooperativa on s'han desenvolupat converses informals al voltant del SAD a Serveis socials de l'Ajuntament de Tortosa, al consell comarcal de la Terra Alta, la Ribera d'Ebre i el Baix Ebre

Trobades amb entitats del territori relacionades amb el sector:

Característiques dels informants i del treball de recull d'informació:

Entre les persones entrevistades que eren treballadores familiars s'ha procurat cercar un perfil divers que permetés copsar la diversitat dins de la ja homogeneïtat.

Entre les deu persones entrevistades tres són dones nascudes a les Terres de l'Ebre i un home també nascut a les Terres de l'Ebre, sis són nascudes a un altre país entre les quals hi ha tres dones nascudes al nord d'Àfrica, dues a Sud-amèrica i una als països de l'est d'Europa.

Les entrevistes amb les treballadores s'han realitzat en espais neutres i alguna al mateix despatx de Saó. S'han dut a terme entrevistes semiestructurades amb un guió obert. La duració de les entrevistes ha oscil·lat entre l'hora i mitja i dues hores.¹²

Entre les usuàries entrevistades hi ha un familiar d'una parella (home - dona) d'usuaris, una usuària de Sad, un usuari d'acompanyament – Sad, la familiar d'una usuària d'acompanyament – Sad, una familiar d'usuària i un usuari d'acompanyament – Sad.

Les entrevistes han seguit el mateix patró, sent semiestructurades, s'han dut a terme a casa de les usuàries i la duració o oscil·lat entre els trenta minuts a les prop de dues hores.

12 Guió de l'entrevista a l'Annex.

LES CURES A LES TERRES L'EBRE

L'objectiu d'aquest document és fer un retrat de l'actual estat del SAD a les Terres de l'Ebre per identificar necessitats i possibles línies per continuar treballant.

El valor afegit que volem aportar amb aquesta diagnosi és observar el servei tenint en compte els diferents col·lectius i les possibles singularitats del funcionament del servei de SAD al territori. Per això observem i descrivim:

El funcionament i organització del SAD al territori, amb els agents implicats

El perfil i característiques dels usuaris.

Les característiques i singularitats de les persones que ofereixen aquest servei als domicilis – treballadores familiars.

Amb aquesta mirada del servei de SAD també intentem fer un retrat el més fidedigne tot i que som conscients que hi ha dades que no poden aconseguir-se, o que cal una segona fase de treball, **l'objectiu també és fer palès la realitat d'un sistema que tot i l'alt grau de consciència col·lectiva continua sent un àmbit productiu que reproduceix bona part de les carències que tenim com a societat.**

En els següents apartats trobem diferents graus d'informació. En el cas del funcionament, organització i agents implicats s'identifiquen els serveis a escala de territori, diferenciant també per cada comarca, fet que ens permet observar el model de distribució de serveis. També en aquest punt es fa una descripció dels equips i agents públics i privats que actualment formen part del que és el SAD i altres serveis relacionats com les residències o els centres de dia.

Al segon apartat es descriu el perfil d'usuaris/ries, tant des del tipus de serveis que majoritàriament s'ofereixen al territori, distribució al territori i les singularitats i problemàtiques que es troben les persones i famílies usuàries durant la recepció del servei.

Finalment, l'últim apartat amb les dades obtingudes obtindrem les persones que treballen al SAD i altres serveis relacionats a la vegada que també identificarem altres models.

S'ofereix una descripció del que és aquesta feina, el col·lectiu que majoritàriament la du a terme qui pot considerar-se d'aquest sector i de les problemàtiques lligades al seu desenvolupament.

Al final del document sintetitzarem a tall de tancament del document les principals idees i conclusions.

El SAD a les Terres de l'Ebre. Una realitat diversa.

El Servei d'ajuda a domicili a les Terres de l'Ebre és un servei que ofereixen les entitats municipals i en la seva delegació el consell comarcal de cada una de les comarques.

Per tant, segons l'actual disposició els responsables a cada comarca són:

Al Baix Ebre;

Consell Comarcal del Baix Ebre; l'Aldea, Alfara de Carles, Aldover, l'Ametlla de Mar, l'Ampolla, Benifallet, Camarles, Deltebre, Paüls, el Perelló, Roquetes, Tivenys i Xerta.

Ajuntament de Tortosa: Tortosa ciutat, Bitem, el Reguers, Vinallop, EMD Jesús, EMD Campredó.

A la Ribera d'Ebre;

Consell Comarcal de la Ribera d'Ebre: Ascó, Benissanet, Dartos. Flix, Garcia, Ginestar, la Palma d'Ebre, La Serra d'Almos, Llaberia, Miravet, Móra d'Ebre, Móra la Nova, Rasquera, Riba-roja d'Ebre, Tivissa, Torre de l'Espanyol, Vinebre.

Al Montsià:

Consell comarcal del Montsià: Alcanar, Cases d'Alcanar, Freginals, la Galera, Godall, Mas de Barberans, Masdenverge, la Ràpita, Sant Jaume d'Enveja, Santa Barbarà, la Sènia, Ulldecona.

Ajuntament d'Ampostà: Ampostà, Poblenou del Delta

A la Terra Alta:

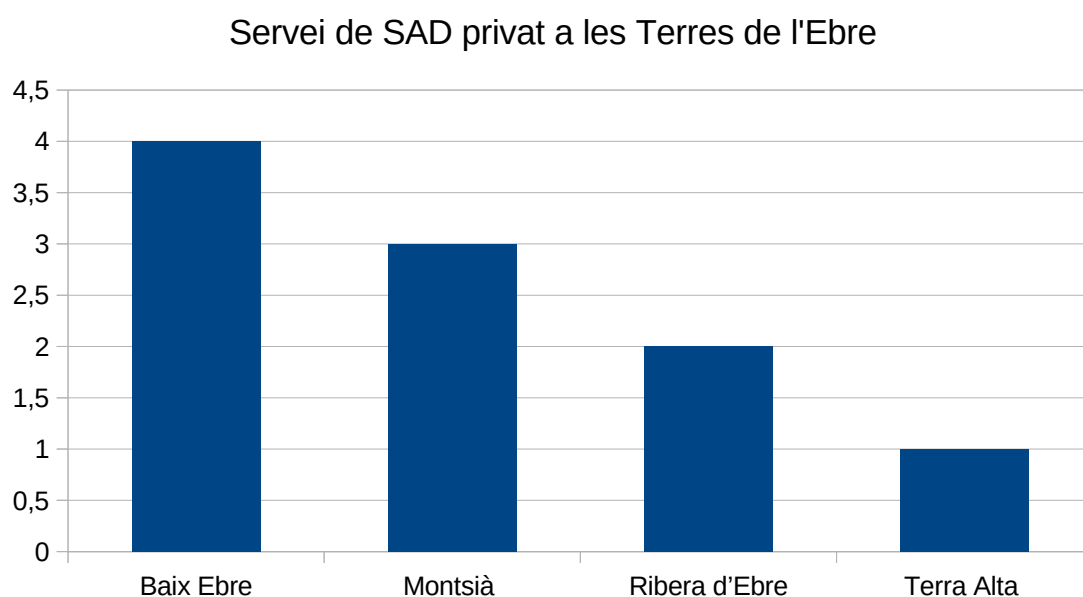
Consell Comarcal: Arnes, Batea, Bot, Caseres, Corbera d'Ebre, la Fatarella, Gandesa, Horta de Sant Joan, Pinell de Brai, Prat de Compte, la Pobla de Massaluca, Vilalba dels Arcs.

El servei de SAD que s'ofereix des dels consells comarcals és un servei públic, igual que succeeix a l'Ajuntament d'Ampostà. Això vol dir que l'ens públic té una borsa permanent de personal i ofereix el servei a les usuàries sota la seva responsabilitat.

A les Terres de l'Ebre l'únic servei d'ajuda a domicili que l'ens municipal ha delegat (mitjançant licitació) en una empresa externa és l'Ajuntament de Tortosa.

Juntament amb els serveis públics que ofereixen els ens municipals i comarcals existeixen un conjunt d'empreses que ofereixen els serveis d'ajuda a domicili a les Terres de l'Ebre des del sector privat. Segons el registre actiu del Departament de Drets socials i inclusió a les Terres de l'Ebre hi ha actualment 10 entitats registrades que poden donar el servei.

D'aquestes empreses que actualment ofereixen el servei si ho mirem segons la distribució territorial, de la seva ubicació trobem la següent distribució:



De les deu entitats que gestionen el SAD privat a les Terres de l'Ebre dues són entitats de l'Economia Social i són entitats sense ànim de lucre. Una està al Montsià i l'altre amb seu al Baix Ebre, però actua a tot el territori ebrenç.

El que ens mostra aquest gràfic¹³ és la carència d'oportunitats per a la població de la Terra Alta i la Ribera d'Ebre de poder optar a un servei privat de SAD de manera àgil. Aquesta realitat ve donada també per les circumstàncies pròpies del territori que, **en el cas de la Terra Alta el fet de tractar-se de municipis petits que no ofereixen un alt volum de negoci, fa que les empreses amb una mirada més mercantil i lucrativa no hi trobin en la seva expansió al territori una oportunitat de negoci.**

¹³ Aquest gràfic, com tots els que es mostren a la diagnosi, són d'elaboració pròpia a partir dels recursos referenciats a l'apartat de metodologia.

Aquesta absència d'empreses amb la certificació corresponent per oferir el servei és el que fa que en molts casos el perfil que respon aquesta necessitat són persones autònomes sense el registre pertinent.

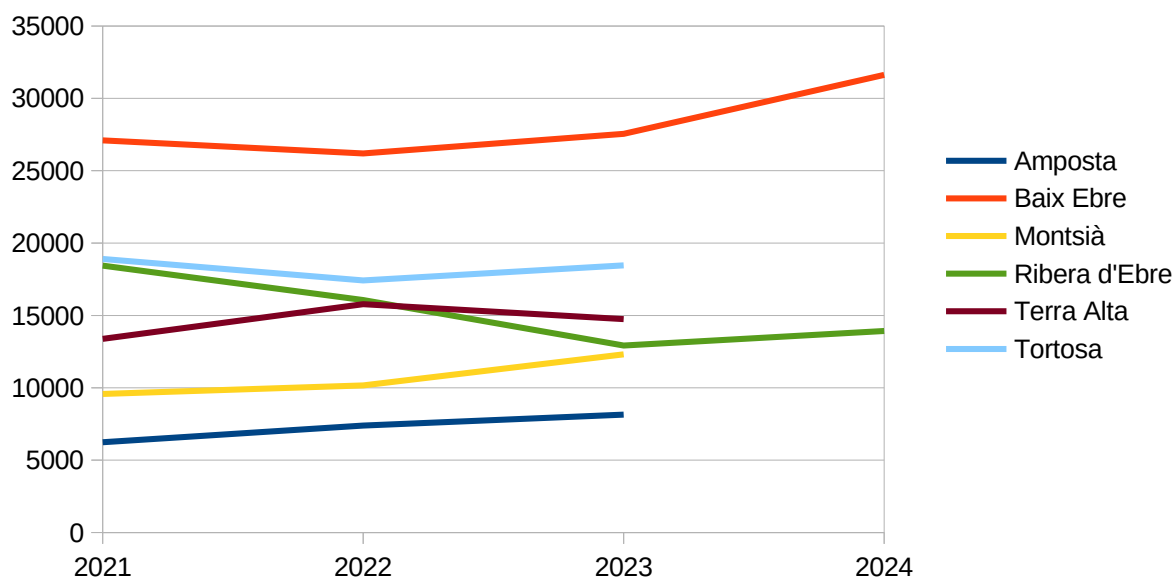
El servei del SAD vinculat és un servei que depèn de l'administració pública, i dels equips avaluadors i de seguiment que aquests fan. Les persones tècniques, treballadores socials principalment, són les responsables de desenvolupar aquesta tasca. L'equip tècnic de treball social és un personal públic a tot el territori. De tot el sistema de treball, l'única part que s'externalitza, i principalment en el cas de Tortosa, és el de les persones que ofereixen l'atenció directa als domicilis, les treballadores familiars.

En el cas de Tortosa mitjançant una licitació se cedeix a una empresa privada la gestió de les treballadores familiars. La complexitat d'aquesta acció és causada per la necessitat de control del compliment dels requisits de qualitat que demanada l'acció pública.

En el cas del consell comarcal de la Ribera d'Ebre i la Terra Alta també acudeixen a empreses externes a l'hora de poder cobrir les substitucions i vacances del personal propi del consell. Depenent de les necessitats es fa per contracte menor o per licitació. En aquest cas la complexitat d'aquestes dues comarques és que, com hem vist hi ha poques entitats o empreses que donin el servei al territori per això depenent de qui cobreixi o respongui a l'oferta pot encarir el servei amb la despesa complementària que això comporta.

Segons les dades ofertes pels mateixos consells comarcals a les Terres de l'Ebre i ajuntaments les hores de servei de SAD de dependència que s'ofereixen es distribueixen així durant l'any 2024:

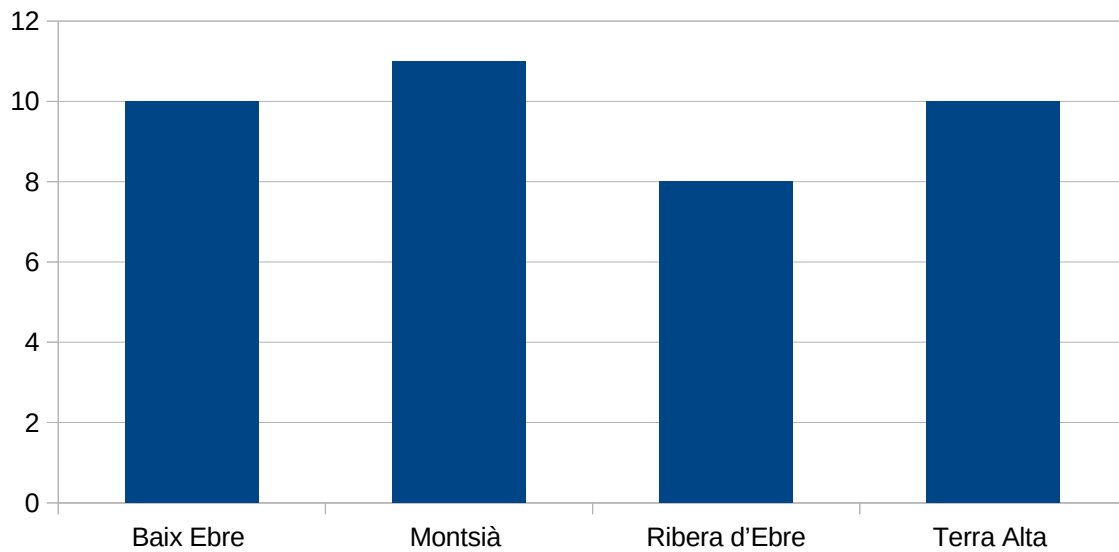
Hores de SAD a les Terres de l'Ebre



Les dades de la gràfica ens mostren com el consell comarcal del Baix Ebre amb 31. 618 hores és l'entitat que més servei de SAD ofereix, quelcom lògic si en referim a la població. En la mateixa línia l'Ajuntament de Tortosa amb gairebé 19.000 hores de servei és la segona entitat pública en volum d'hores ofertes de SAD. Així mateix, a continuació podem observar com **tot i que la comarca de la Terra Alta és la menor en població es situa en tercer lloc en hores de SAD ofertes pel seu consell comarcal**. Tant la Terra Alta com la Ribera d'Ebre, també menor que Amposta i el Montsià amb la seva demanda d'hores de SAD, evidencien el procés d'envelliment d'aquesta part del territori. No obstant aquesta demanda d'hores no s'acompanya en el cas del SAD d'una major oferta de serveis sinó que l'oferta per respondre a la necessitat continua sent limitada. Contràriament, és significatiu com a la comarca del Montsià el volum de recursos és alt en comparació a les altres comarques, tot i ser el que respon a uan menor demanda de número d'hores.

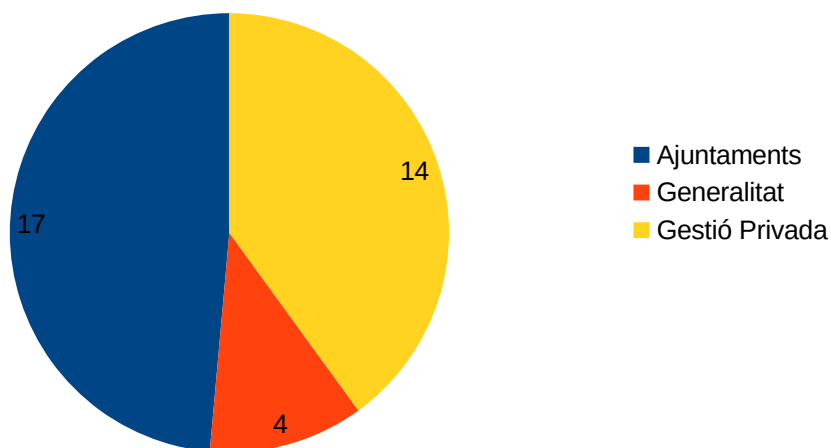
En aquest sentit, si ens fixem en altres serveis dirigits a la gent gran com és el cas de la quantitat de centres de dia que hi ha al territori tornem a veure com a la Terra Alta hi ha un sistema públic estès que respon a una necessita evident.

Centres de dia a les Terres de l'Ebre



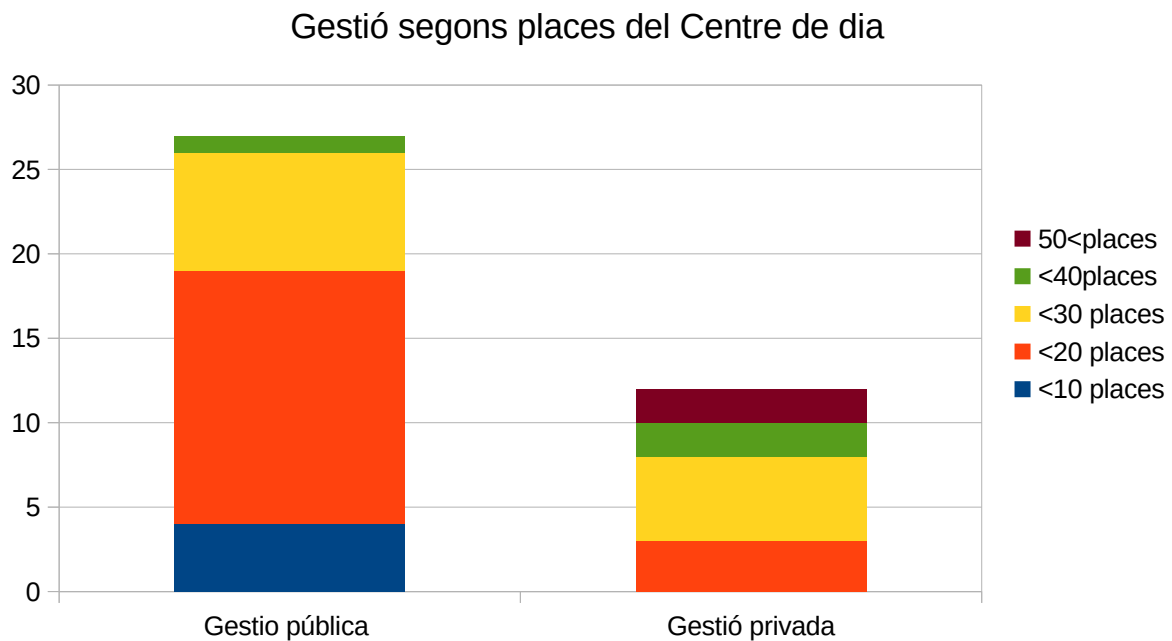
Com es pot observar al gràfic la Terra Alta i el Baix Ebre tenen el mateix número de Centres de dia tot i la diferència poblacional. L'explicació més evident aquestes dades és la necessitat de respondre a una realitat molt concreta. Són petites poblacions amb població envellida i poca capacitat de desplaçament. Espais de capacitat reduïda en comparació a altres de poblacions més grans, on ens trobem entre els deu i quinze usuaris.

Gestió dels Centres de dia a les Terres de l'Ebre



Aquesta realitat també porta a observar un altre detall en relació amb el SAD i el servei a la gent gran. El que s'observa és que en territoris de menor població, centres amb menys places, qui i respon a la necessitat és l'administració local o pública, com podem observar al gràfic, dels 35 centres de dia que hi ha al territori 14 són gestionats per ens públics.

Contràriament a la comarca del Baix Ebre i del Montsià, als municipis com Tortosa o la Ràpita, hi ha bona part dels centres gestionats per empreses privades. **Mirant el detall, els centres amb un major nombre de places són els que són gestionats majoritàriament per empreses privades; és a dir dels 22 centres amb menys de 20 places, només dos són gestionats per empreses privades i contràriament entre els cinc centres de més de 30 places només 1 és de gestió pública.**

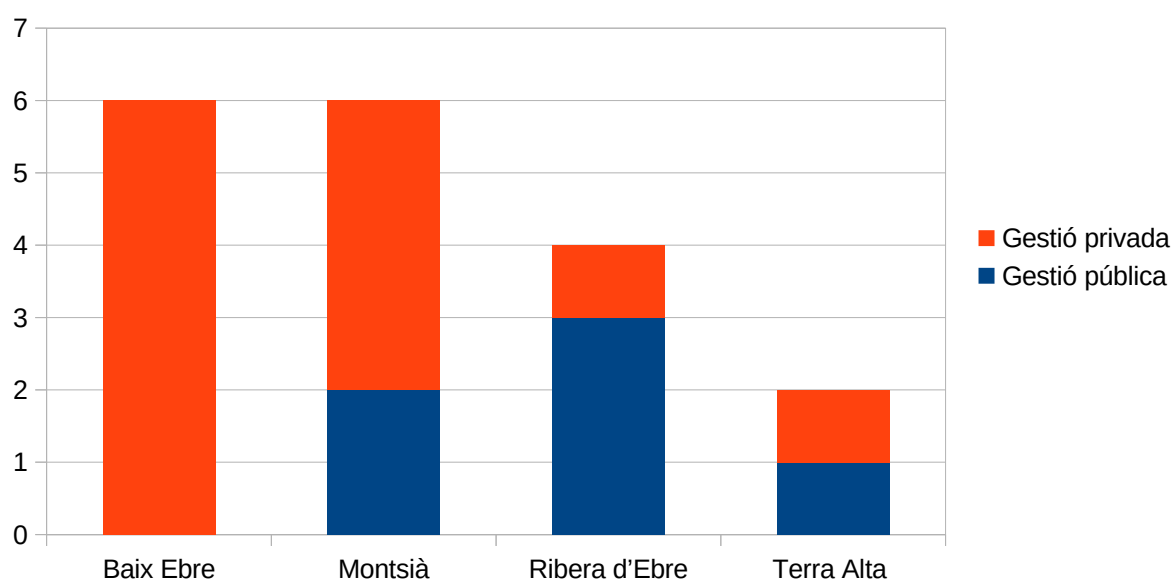


L'altre servei que s'ofereix són els centres residencials, en aquest cas són espais també de concessió i responen a unes necessitats poblacionals, tanmateix, com podem veure al gràfic en aquest cas sí que sembla seguir la relació per distribució poblacional.

La majoria dels centres residencials estan ubicats a les capitals de comarca i poblacions més grans responen així a una major demanda. Succeeix així al Baix Ebre amb Tortosa i Deltebre, al Montsià amb Amposta i la Ràpita o a la Terra Alta que estan a Gandesa i Batea.

Pel que fa a la gestió dels centres residencials es repeteix el patró que veiem amb els centres de dia, principalment al Baix Ebre i el Montsià són gestionats per empreses privades i pel contrari els centres de la Ribera d'Ebre i la Terra Alta majoritàriament són de gestió pública, generalitat o ajuntament .

Residències i la seva gestió a les Terres de l'Ebre



Els serveis que s'ofereixen a les Terres de l'Ebre segueixen els paràmetres que identifiquen el territori on les dues comarques costaneres, amb més població i major dinamisme econòmic també tenen una població relativament menys envellida i, per tant, una menor necessitat, en proporció d'aquests serveis. No obstant quelcom que és significatiu en relació amb la manera de cobrir les necessitats del sector i el territori és la constatació de l'acció pública en la resposta de les necessitats més enllà del valor mercantil dels serveis.

La constatació que les empreses privades amb ànim de lucre no responen a les necessitats col·lectives sinó a les necessitats del mercat fa evident el pes dels agents de l'economia social a l'hora de treballar conjuntament davant les necessitats de la comunitat.

El SAD no institucionalitzat.

Una vegada observat el model de SAD institucionalitzat cal parlar també del SAD que hi ha al territori no des d'una perspectiva institucional sinó des de la perspectiva de les cures com una acció col·lectiva i feminitzada.

Tot i la complexitat de poder analitzar un sector altament invisibilitzat i difícil de quantificar hi ha un volum de persones treballadores que desenvolupen la seva acció sense ser reconegudes a part del que vindrien a ser les persones cuidadores no professionals, però que reben un ajut per fer-ho. El sector de les cures continua invisibilitzat des d'una

perspectiva interna en aquelles persones que reben atenció i cures per part de familiars, veïnat o altres persones properes sense que això quedi comptabilitzat. **Aquestes cures formen part d'un sistema que és herència de les cures comunitàries, familiars i principalment feminitzades.** Aquest model avui continua reproduint-se i oscil·la entre un model no mercantilitzat i que es sustenta en les relacions estretes i comunitàries, però que continua reproduint un model de responsabilització de les cures que discrimina i recau sempre en persones de sexe femení.

Aquest model de cures informal, però sustentat en un model de les tasques tradicional, representa des d'una perspectiva econòmica una discriminació que repercuteix en el sector femení de la societat. En aquest sentit, també hi ha un SAD que continua desenvolupant-se i que està silenciats i invisibilitzat tot i ser clau en la supervivència de moltes persones grans del territori. Estem parlant del SAD que compleixen persones sense lligam amb la persona dependent i que sense tenir cap contracte formal conviuen i tenen cura de la persona a canvi d'una quantitat econòmica concreta. Aquest model que després descriurem des del perfil persona usuària i treballadora, també forma part del SAD a les Terres de l'Ebre, reproduint estratègies fora del model regulat de cures i que, des d'una perspectiva econòmica, tot i no poder-ho quantificar, incideix de manera important en el mercat laboral. Mentre les persones que fan cures a familiars o amics de manera altruista no poden desenvolupar altres sectors laborals i a la vegada el SAD no regulat laboralment que ofereixen persones internes afavoreix una situació negativa de cara a la persona usuària i la treballadora per l'absència de seguretat mútua, laboral i de servei .

En aquesta línia, si parlem del que reproduceix el sistema de cures des de la perspectiva laboral a les Terres de l'Ebre, com succeeix en altres indrets, amb l'afegit de la singularitat de territori envellit i alt grau de despoblament, **hi ha un SAD que es desenvolupa fora dels marcs establerts i que respon a unes necessitats de la població, tant la usuària, perquè paga menys diners per un servei a càrrec dels drets laborals de les persones treballadores,** com de les persones que ofereixen el servei que sovint també aquest SAD fora dels marcs legals els permet, en situacions de vulnerabilitat sense la documentació

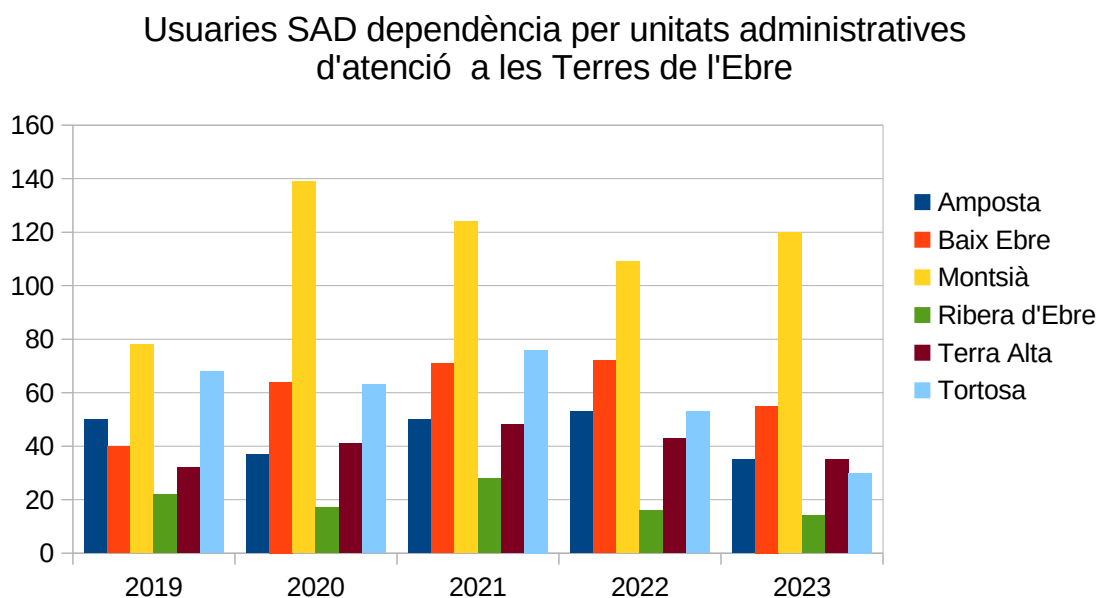
regularitzada, treballar i obtenir uns rendiments econòmics que d'altra manera no podrien obtenir. És així com aquestes necessitats conviuen i generen una economia submergida, que tot i que complex de quantificar està molt més present del que semblaria ser.

Finalment, cal tenir en compte per entendre el SAD a les Terres de l'Ebre **el treball no remunerat que desenvolupen familiars, persones properes o veïnat de les persones grans dependents** i que, com tot i no estar comptabilitzat engreixa el volum d'aquesta economia submergida feminitzada que sempre ha envoltat el sector de les cures i que en zones rurals continua sent alta com herència d'un model de cures comunitari i feminitzat.

Perfil dels usuaris i usuàries. Dependència i cures a l'àmbit rural.

La situació actual de les Terres de l'Ebre, pel que fa a l'envelliment de la població és quelcom evident tot i que cada comarca respon diferents aquest procés generalitzat pel que fa a les zones rurals i amb menor població.

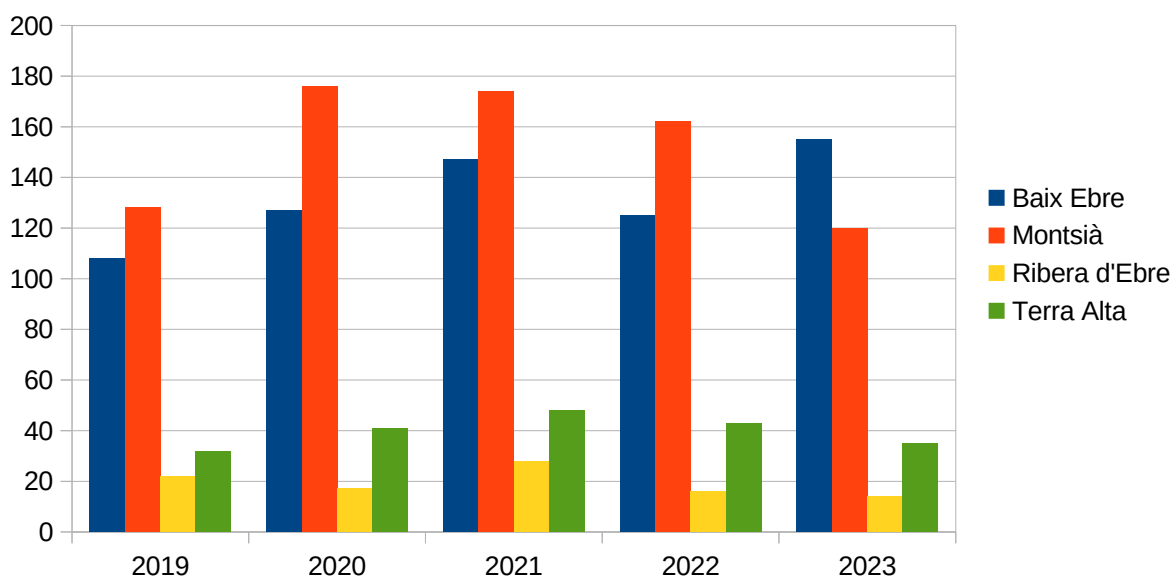
Segons les dades del Mapa de Serveis Socials del departament de Drets socials i Inclusió la població major de seixanta-cinc anys l'any 2024 a les Terres de l'Ebre és 42.932 persones un 22,90% respecte la població totals¹⁴. Ara bé, si mirem aquest índex per comarques la Terra Alta situa aquesta xifra sis punts més alta, exactament al 28,81 i la Ribera d'Ebre lleugerament més baix que a la Terra Alta amb un 25,80.



El punt de partida si tenim com a referent la població de Catalunya, que situa aquesta xifra en el 19,74%, és que territoris com la Terra Alta supera gairebé deu punts aquesta xifra. Aquesta realitat també hauria de comportar dades, en relació a la quantitat d'usuaris, diferents a les que veiem en el cas d'usuaris SAD al territori per dependència. Així doncs veiem com les dades, separades per unitats administratives mostren una situació poc equilibrada en relació a la quantitat d'usuàries i l'oferta. Si agrupem per comarques, les dades del departament en relació amb l'evolució de persones usuàries de servei SAD de dependència al territori és la següent:

¹⁴ Idescat. Estructura per envelliment i dependència a les Terres de l'Ebre. (<https://www.idescat.cat/pub/?id=inddt&n=915&geo=at:AT04> Visitat últim cop 02/09/2025)

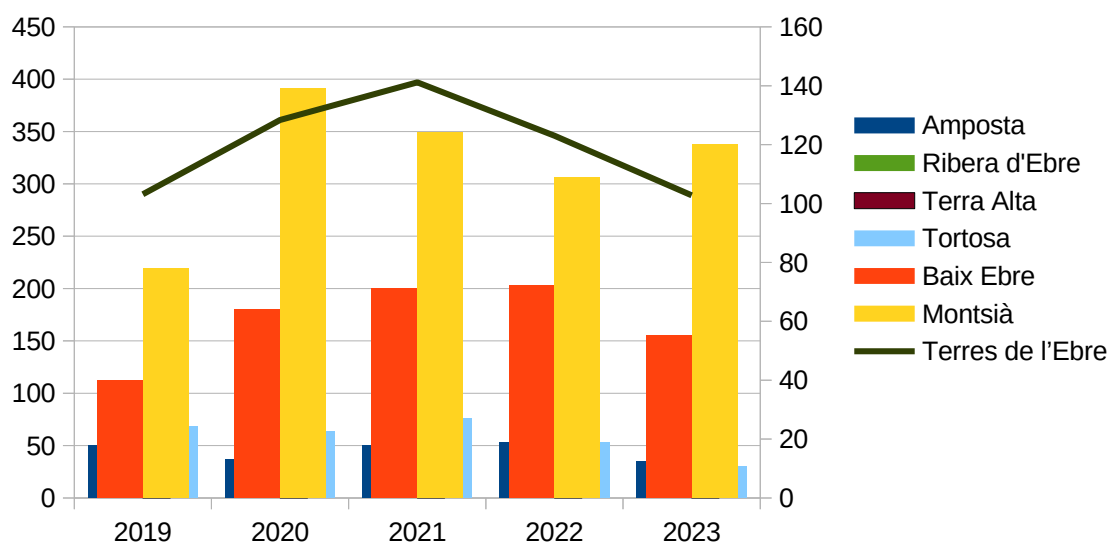
Usuari/es SAD per comarques



La primera dada que contrasta és el volum i la diferència entre el Montsià que sobresurt en nombre de casos atesos de SAD. Si observem per comarques, veiem com el Montsià tot i tenir menor població que el Baix Ebre, una mica més de deu mil persones segons les dades de l'any 2024 de l'Idescat, té una major població usuària del serveis de dependència, tendència que només canvia l'any 2023. Els motius d'aquesta diferència, si tenim en compte que la proporció de persones majors de seixant-cinc anys és la menor d'entre les quatre comarques ebrenques, pot estar directament associada al model de gestió de les sol·licituds.

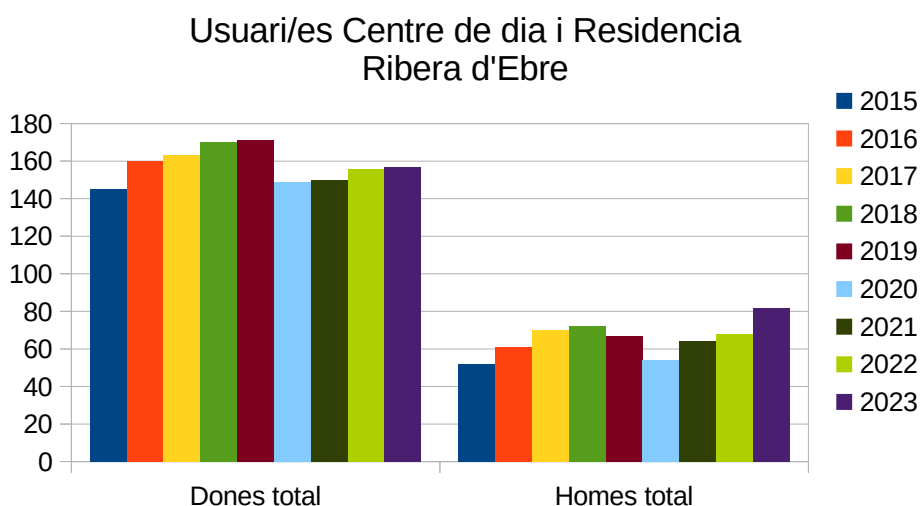
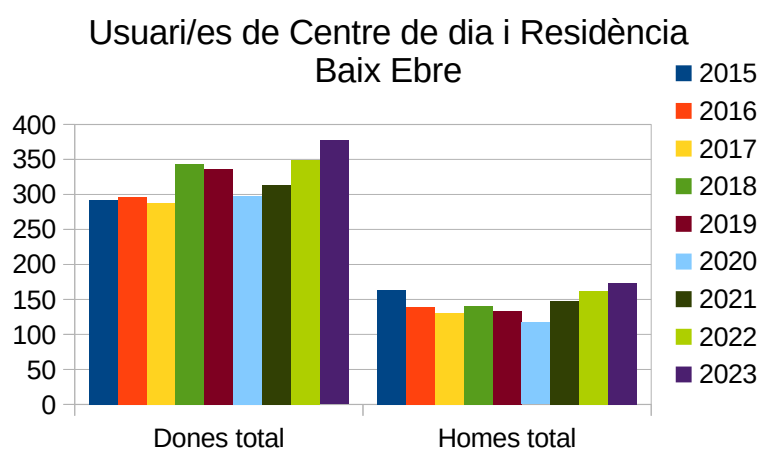
Per tant, **des de la perspectiva quantitativa exceptuant el detall del Montsià la quantitat de casos de SAD responen a la diferència poblacional entre comarques**, amb un detall també que observem en la línia del següent gràfic:

Persones ateses SAD dependència a les Terres de l'Ebre



La línia ens mostra la disminució en nombre de persones ateses amb el SAD durant l'any 2023 tot i que segons les estadístiques no hi ha una variació poblacional que ho justifiqui, la hipòtesis és que els canvis en el repartiment del model de prestacions on es va prioritzar l'entrega monetària a la família, pot ser el motiu d'aquesta disminució en l'oferta de SAD generalitzada.

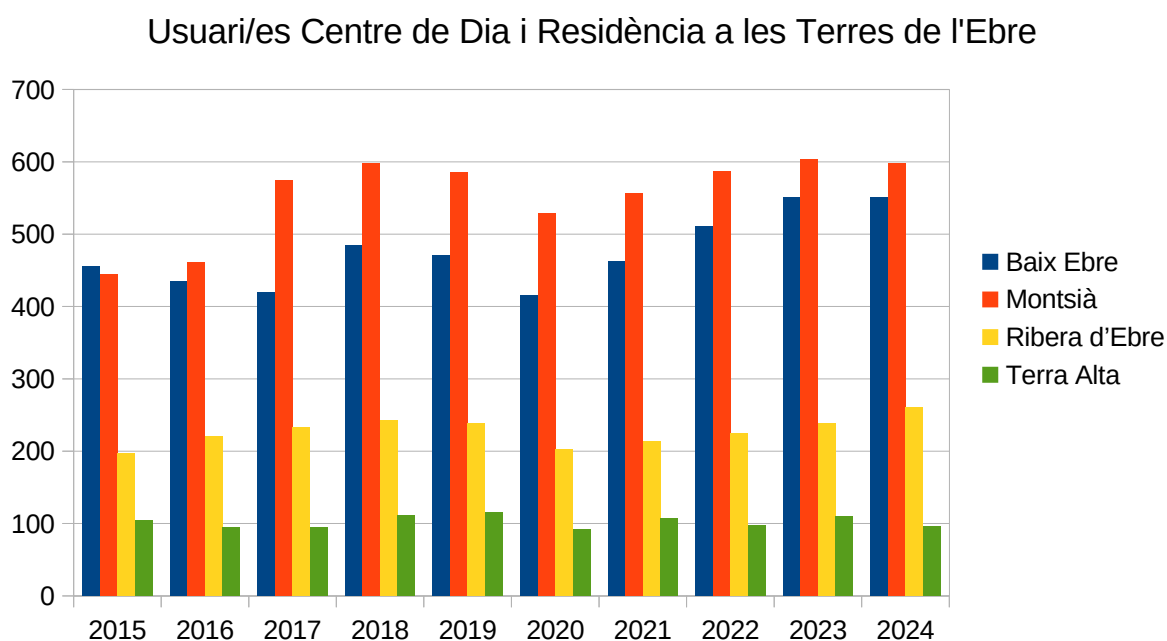
Continuant amb aquestes dades per descriure el perfil i quantitat d'usuàries de SAD i les cures també resulta necessari observar el nombre d'usuàries dels centres de dia i residències.



Un aspecte que identifica el perfil d'usuàries del SAD i equipaments dirigits a la gent gran és que majoritàriament és població femenina, com podem observar en les dades

d'ocupació de Centres de dia o Residències a la Ribera d'Ebre o el Baix Ebre. En els casos mostrats s'observa que estem parlant de en alguns casos al llarg dels anys es manté que hi ha més del doble de dones que d'homes.

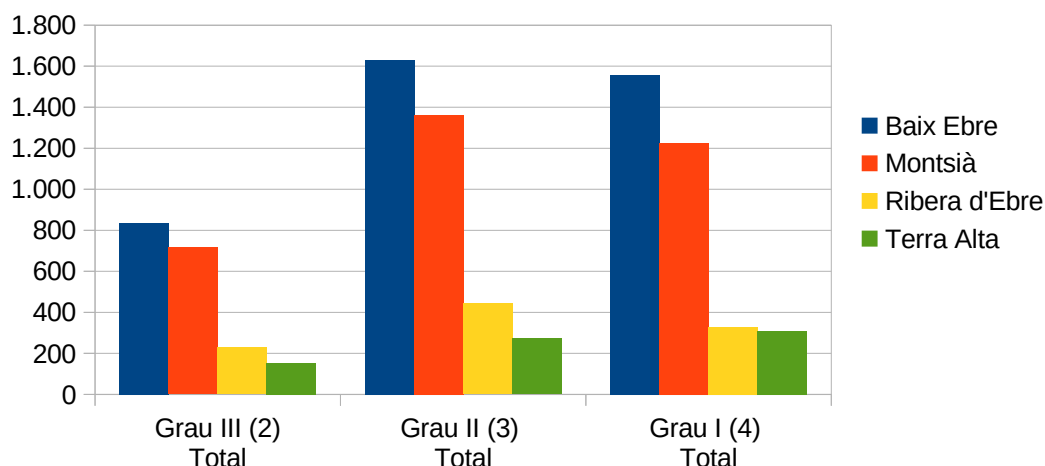
També amb les dades que s'ofereixen d'ocupació, així com el servei de SAD tendia a disminuir l'any 2023 amb una posterior pujada pel 2024, en l'ús de les places de centre de dia i de residència es pot observar una constant:



El que s'observa en el gràfic és la ja esmentada **diferència entre les comarques costaneres i les de l'interior ebrenc, mantenint, tot i la menor població, el major nombre d'usuàries al Montsià que al Baix Ebre**. Però seguint el fil de l'anterior paràgraf les dades constaten una constant pel que fa a l'ocupació i ús dels espais que s'ofereixen per la gent gran, hi ha molt poca oscil·lació, sobretot a la Ribera d'Ebre i la Terra Alta.

Finalment, des d'aquesta perspectiva quantitativa també es pot observa la tipologia segons el grau de dependència determinat en base els protocols i puntuacions establerts:

Usuari/es segons grau de dependència a les Terres de l'Ebre



En aquest cas cal diferenciar els casos de dependència que són menors de seixanta-cinc anys, per tant no són persones grans, però en relació a la població total les dades ens senyalen que s'hauria de restar una quarta part com a molt per poder diferenciar entre SAD general i concret de persones grans. El que ens permet observar és una possible tendència a un creixement relatiu, de cara als propers anys pel que fa al grau III i II ja que com es pot observar en general, actualment el nombre les persones usuàries amb grau I de dependència són alts. **Això evidencia que a llarg terme hi haurà una necessitat d'equipament i personal per poder atendre aquests col·lectius dependents.**

Junt amb aquesta descripció sobre la quantitat i característiques demogràfiques de les usuàries hi ha una sèrie d'aspectes que cal tenir en compte en la caracterització del col·lectiu, des d'una perspectiva més social i emocional.

El canvi generacional i el despoblament.

Entre les persones entrevistades i reforçat per les dades mostrades anteriorment hi ha dos aspectes que són claus per comprendre les actuals necessitats al territori.

Per una part un procés migratori de les zones rurals a les ciutats que implica que els fills i filles de l'actual generació de persones entre els 65 i 80 anys, en bona part, estan fora del poble i mantenen una relació temporal, principalment períodes vacacionals i festius, amb la comunitat. Aquest procés no va acompanyat de la família extensa sinó que es du a terme amb el nucli familiar. Al contrari del que succeïa als processos migratoris de l'últim

quart del segle XX, o fins i tot bona part del segle XX, on part del procés migratori es duia a terme incloent una o dues generacions, els processos migratoris dels últims 30 anys, per les millores en la comunicació i en les condicions de vida en l'àmbit rural, han afavorit que la gent gran no hagi de marxar del poble. Aquest aspecte positiu també afavorit un alt procés d'envelliment, com podem veure **a la Terra Alta on l'index d'envelliment es del 248¹⁵, el que vol dir per cada 100 persones que són menors de 15 anys n'hi ha 248 majors de 65.**

Aquest procés d'envelliment, resultat d'un procés de despoblament determinat per diferents aspectes, cal afegir-hi un aspecte rellevant de les cures. Quan parlem de cures i incloem el SAD, és perquè entre tot allò que comporta vetllar per les persones, acompanyar-les, siguin més o menys dependents, era el pal de paller d'una societat, on la dona n'era la sostenidora. Com ens deia una de les informants entrevistades, avui receptora del SAD *«abans a casa hi vivíem tots i entre tots ens ajudàvem, perquè jo treballava de professora i la meva sogre era qui feia el dinar i m'ajudava amb los crios, però després els vaig cuidar jo abans de morir»*¹⁶(Informant 1).

Aquesta mateixa persona avui receptora del SAD, tot i expressar la necessitat d'autonomia i entendre els canvis que havien fet les seves filles en la millora laboral i de no responsabilitzar-se elles soles de tot el relacionat amb les cures, expressava sentir-se sola.

En aquest sentit, els diferents estudis relacionats amb l'envelliment¹⁷ confirmen el perill d'un augment en els casos de solitud no volguda, sobretot en dones viudes de més de 75 anys. En aquest cas, **no parlàvem explícitament d'un servei de SAD, però sí que es fa evident el trencament d'unes xarxes de cures comunitàries que tradicionalment ajudaven a evitar aquestes situacions de solitud.**

El fet que ens trobem amb el doble d'usuàries dones que homes, ja reforça aquest perfil femení, una generació que deixa de rebre les cures familiars tot i ser, la dona, hereva d'un

15 Idescat. Estructura per edats, envelliment i dependència. Terra Alta. <https://www.idescat.cat/pub/?id=inddt&n=915&geo=com%3A37>

16 El informants, per diferents motius personals de manera general han preferit que no siguin identificats.

17 Actualment fruit de la sensibilitat i de l'evident situació poblacional des del Consell Comarcal del Baix Ebre com de la Ribera d'Ebre s'han dut a terme o s'estan duent a terme estudis per identificar i poder actuar en es casos de Solitud no volguda principalment en gent gran. Pla Envelliment KM 0 del Consell comarcal del Baix Ebre.

model que va reproduir fins a l'anterior generació. L'actual generació de la franja dels 75 anys cap amunt que ho havia fet és la que trenca el model, i no ho fa perquè volguessin trencar el model de cures, sinó perquè volien trencar amb el fet que només fos la dona que se'n responsabilitza. Aquesta proposta de canvi ve acompanyada també d'uns canvis en els models de vida que fan èmfasi en la reformulació del model de cures i la seva mercantilització.

Un altre dels perfils habituals són les parelles de persones prop dels vuitanta anys en què una de les dues té un estat baix d'autonomia (grau II o III) i que la parella que estava bé i en tenia cura, deixa d'estar en condicions de poder acompanyar en les cures físiques a la parella dependent. Situacions en què hi ha un procés de resistència per part de la persona, que encara té la consciència i l'autonomia i li costa acceptar part d'aquella responsabilitat ha assumit o creia que era la pròpia. En aquests casos la resistència comporta rebuig a un treball de cures que només podria realitzar-se per part d'algun familiar o el conflicte amb les persones que duen a terme el treball familiar. En aquest procés d'adaptació els informants 1 i 2 fan evident aquestes complexitats quan es tracta d'una parella. La no consciència i no voler reconèixer la pèrdua de capacitat de decidir sobre la gestió de l'habitatge i temes de l'alimentació. La persona acompanyant comença a patir inicis d'alzheimer i, per tant cures i responsabilitat que tenia respecte la parella en un major grau de dependència ja no pot dur-les a terme.

Un altre perfil de persona usuària és la persona que viu sola i necessita ajuts concrets, perquè encara manté un grau d'autonomia suficient, però per l'avançada edat cal assegurar-se que mantingui un ordre amb els hàbits alimentaris i d'higiene. Habitualment són perfils amb capacitat de comprensió i que accepten el servei a la vegada que tenen la capacitat cognitiva en bon estat, però també poden desenvolupar manies i altres reaccions de desconfiança respecte a persones alienes. Un exemple va ser l'entrevistat 4, un home que viu sol i que desconfia de les persones que entren a casa fins al punt de seguir a la treballadora durant tota l'hora que esta al domicili.

En el cas de l'informant 4, com succeeix en el cas de l'informant 5, un dels aspectes més rellevant i que sovint acaben generant aquest estat de desconfiança, és el canvi habitual

de persona que l'acompanya o entra a casa. Tot i que ja ho veurem quan parlem de la figura de la persona treballadora, el que provoca en les persones receptores el canvi de persona habitual és un estat de desconfiança i l'acompanyament pot tornar-se en un neguit.

Aquesta situació ens permet incidir en un dels aspectes rellevants pel que fa a la relació entre usuàries i treballadores. Minimitzar els canvis de personal i evitar els imprevistos és un dels aspectes més valorats. Això és així perquè evidencia algun dels conflictes o problemàtiques més delicades com és la gestió de la intimitat. La sensació de ser vista, de perdre la intimitat ho resumia una usuària, la informant 5, amb frase «*no vull que tot Tortosa me veigue el cul*». **Aquesta pèrdua d'intimitat, tant per la sensació d'ocupació de l'espai personal, la casa, com el cos es converteixen en alguns dels aspectes més delicats que en cada canvi de persona treballadora genera un procés de tornar a començar i de tensió en la persona usuària.**

Un altre dels perfils que ens trobem com a persones receptores de cures i SAD són persones que tenen un alt grau de dependència i no volen o poden finançar una residència. Casos d'aquests ens porten a situacions on la persona necessita una persona gairebé permanent i la falta de finançament fa que hagi d'anar a buscar perfils no regulats i que no assegura els drets laborals de la persona treballadora. La circumstància fa que ens trobem amb persones que han perdut la xarxa d'acompanyament comunitari i que acaben definint lligams estrets entre usuaris i persona treballadora, que va més enllà d'una relació laboral, des del punt de vista de la persona receptora del servei, però no sempre genera relacions equitatives entre la persona dependent i la treballadora. No responen a relacionat recíproques perquè les necessitats són diferents.

Altres perfils d'usuàries i famílies són els relacionats amb cures pal·liatives i fases avançades malalties. En aquests casos les persones usuàries habitualment tenen un paper secundari en la capacitat de decisió. Una situació similar succeeix en persones en estat avançat de malalties degeneratives com l'alzheimer o els cossos de Lewy. Tanmateix no són subjectes passius tot i que acaben sent els familiars o serveis socials qui gestionen la relació amb els serveis externs. En aquest cas, quan les famílies assumeixen la

responsabilitat una acció cada cop més generalitzada és la instal·lació de càmeres a l'habitatge per poder fer seguiment del familiar. **En aquest sentit, l'ús de noves tecnologies és un recurs de suport familiar, però també en ocasions es converteix en eina de control.**

El que podem observar juntament amb els diversos perfils d'usuaris és que hi ha aspectes que travessen tots els casos i que no estan lligats a un servei institucionalitzat de cures o informal, sinó que estan presents en diferents situacions.

Hem mencionat la pèrdua d'intimitat com un dels elements presents que incideixen en les relacions que es defineixen entre la persona treballadora i la receptora de les cures. Un intimitat en relació a l'espai però també en relació al propi cos. Estretament lligat a la intimitat però amb una derivació diferent és la necessitat d'acompanyament i d'escolta activa. La idea de solitud com una de les situacions més habituals i que generen un deteriorament en la qualitat de vida d'aquestes persones es converteix en una de les majors problemàtiques en el context que descrivim.

Des d'aquest punt de vista, els espais com els Centres de dia, per persones majors o casals es converteixen en respostes col·lectives a la necessitat de cures i d'acompanyament. Fet que es fa evident si tenim en compte que a la Terra Alta gairebé tots els pobles tenen un centre de dia, com a resposta a necessitats de cures i acompanyament. **L'altre aspecte que és clau junt amb el concepte d'intimitat, i solitud és l'assumir la pèrdua d'autonomia.** Un fet que com ja hem descrit genera rebuig i conflicte amb les treballadores familiars, pel senzill fet que fan evident aquesta pèrdua.

Un altre figura important són els familiars, des de les famílies absents, que deleguen tota la responsabilitat en l'equip de treball. Aquesta situació tot i no ser la idònia pot generar-se quan el nivell de confiança es referma fruit de la presència allargada en el temps. També com hem vist en els usuaris 2 i 3 persones el familiar assumeix les tasques de cures, en aquest cas un home, en primera persona mentre no troba una persona, la manera com s'organitza determina el tracte amb la treballadora familiar. Cada cop més també ens trobem sistemes de control per part dels familiars, que tant són eines per poder

controlar que la persona dependent estigui bé i no li passi res com que en instants es converteix en una eina de control de les tasques de la treballadora familiar.

Entre la diversitat de perfils hi ha aspectes en comú i que es resumeixen en la necessitat que hi hagi una continuïtat entre la persona que fa les cures i la persona que rep les cures. Continuitat que afavoreix la construcció de relacions de confiança recíproques i que afavoreixen a poder assumir, per part de la persona dependent, la pèrdua de capacitats executives i autonomia sense sentir-se menys tinguda. Aquest dos són dels principals aspectes a tenir en compte en relació al servei de SAD i a la construcció de cures que tinguin la persona al centre.

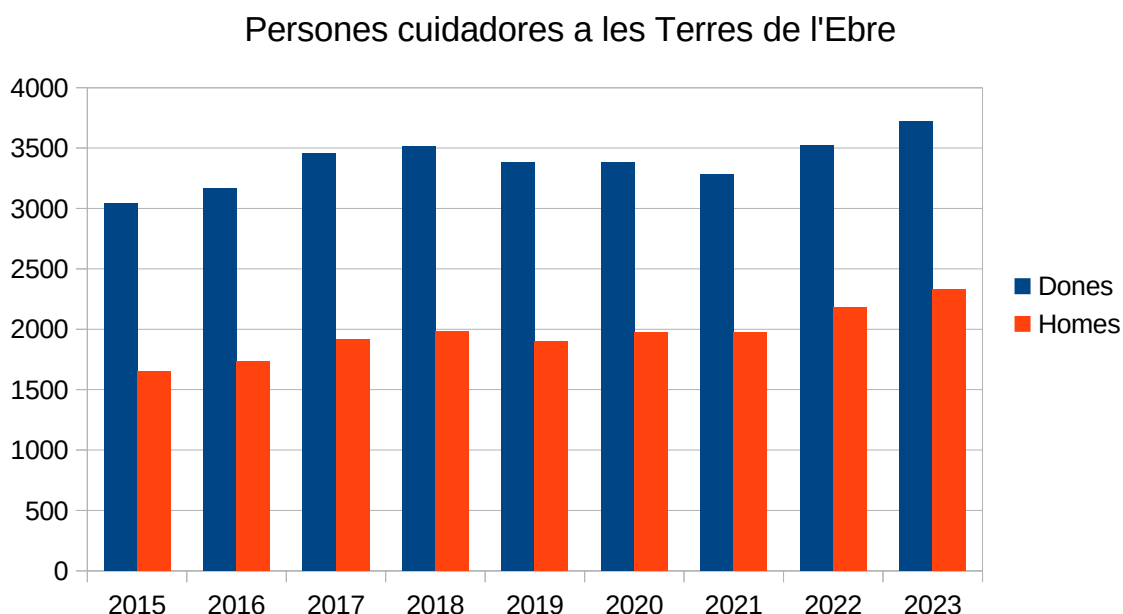
El personal i l'atenció directa. Un camí pel reconeixement dels drets.

El sector del SAD i les cures a les Terres de l'Ebre està cobert per diferents perfils professionals els quals donen resposta a les necessitats d'una població cada cop més envellida i amb un context social advers pel que fa a la possibilitat de respondre a les necessitats creixents de cures i acompanyament.

Entre les persones treballadores de SAD, en l'àmbit del SAD i les cures o els serveis socials hi ha diferents perfils. De tots e's perfils que trobem per volum i incidència en la comunitat, les treballadores familiars, auxiliars de geriatria o infermeria i les cuidadores no professionals són les que tenen un paper més explícit. Tanmateix, en l'organigrama del que és l'equip de treball, el perfil tècnic com és el cas de l'equip de treball social que hi ha als consells comarcal i ajuntaments, és clau en la coordinació i gestió d'unes necessitats en augment, sovint carents de personal suficient per respondre a la necessitat comunitària.

Primerament, el que ens permeten veure les dades que obtenim, és l'evidència d'**una realitat compartida, l'alt grau de feminització del sector, on l'home té un paper residual, la inestabilitat laboral i en alguns casos la precarització laboral.**

No obstant, aquest titular de partida en depèn de quins nínxols del sector sembla canviar.



El que ens mostra el gràfic de les persones cuidadores no professionals, és una gradual evolució i canvi de tendència pel que fa a la presència d'homes assumint tasques de cures. Per entendre aquestes dades també cal entendre bé la diferència entre un perfil i l'altre.

El cas de **les cuidadores no professionals, són aquelles persones que es responsabilitzen de tenir cura d'un familiar i a canvi rep una quantitat econòmica per part de l'administració pública.** Les condicions per fer aquesta tasca, implica estar empadronada al mateix domicili o a una distància concreta. Aquest condicionant, comporta que bona part d'aquestes cuidadores són familiars de la persona o amb un alt grau de confiança. El fet que hi hagi un punt de partida previ pel que fa a la confiança, entre cuidadora i la persona receptora de les cures, pot afavorir que el biaix de gènere disminueixi. Per això les dades ens mostren com en gairebé deu anys gradualment ha disminuït la diferència entre homes i dones tot i que continua sent important. Així i tot, tot i que cal fer un estudi més en profunditat, aquest no és l'únic possible motiu, existeix la hipòtesi que tot i que la titularitat de la persona cuidadora sigui masculina, davant l'administració, les tasques continuen sent realitzades per dones, fet que continuaria reproduint models d'invisibilització del treball de cures fetes per dones.

Exceptuant aquest cas, la realitat continua sent que l'home té una presència insignificant per dos motius entrelaçats, per una banda, **continua reproduint-se la idea que els homes no es responsabilitzen de les cures i a la vegada, lligat aquesta idea moltes persones usuàries, tant homes com dones continuen associant les cures al gènere femení i els costa acceptar la presència d'un home,** com hem pogut veure en els informats 2 i 4 que van verbalitzar explícitament el rebuig a la presència d'un home fent les tasques.

Un dels altres aspectes que determina el col·lectiu de persones treballadores és la procedència d'una part important de les persones que treballen com a cuidadores. No hem trobat dades que ens permetin generalitzar sobre el tant per cent, però per l'experiència de la cooperativa Saó i d'altres entitats que treballen en el sector com la Fundació Uildecona (gestiona prop de 250 domicilis al Montsià) el perfil de persona treballador d'origen estranger oscil·la entre el 40 i 50% sent persones provinents de països de Sud-amèrica, nord d'Àfrica i l'est d'Europa. Aquest perfil coincideix també amb

persones que poden viure situacions de vulnerabilitat socioeconòmica o d'inestabilitat i inseguretat laboral. Les dades que ofereix l'Observatori de treball i model productiu de la Generalitat de Catalunya en l'informe *El treball de la llar i les cures a Catalunya. 2024*¹⁸ en aquest cas tot i que no ens permeten mirar al detall que succeeix a les Terres de l'Ebre si ens permeten confirmar aquesta situació d'inestabilitat i vulnerabilitat econòmica generalitzada. **Si observem les dades en relació amb el salari mitjà brut, el sector de les cures, segons l'informe, és un 55% menor que el salari brut mitjà, situat exactament en els 1.014,46 euros mensuals davant dels 2.273 de mitjana.** Aquesta vulnerabilitat es torna precarietat quan les condicions laborals no existeixen o no hi ha contractació.

El fet que sigui complex quantificar el nombre de persones que treballen sense cap mena de seguretat laboral (ni com autònomes o contractades) també amaga dades on trobem un major número de població migrada treballant i en condicions extremes. Una de les dinàmiques grupals realitzades ha sigut amb quatre persones que treballen com internes en domicilis de la Terra Alta a municipis de dimensions poblacionals petites (menys de mil habitants). **La realitat d'aquestes persones continua sent en alguns contextos de dependència absoluta en relació la persona o persones que cuiden.** No poden gaudir de dies de descans (a canvi que elles mateixes paguin la persona que les substitueix) o altres casos que gaudeixen un cap de setmana al mes, jornades continues amb descans d'una hora o dos al dia per poder sortir del domicili, limitacions en la possibilitat de fer més enllà de la jornada laboral activitats d'oci i lleure personal. Jornades i drets que si afegim una situació d'irregularitat documental i, per tant, sense contracte laboral ni cap dret reconegut l'exposa a una situació d'extrema vulnerabilitat. **Aquesta realitat no menysté que en alguns casos s'acaben definint relacions entre cuidadores i receptora de cures relacions positives i de confiança, tanmateix mai és en una situació d'igualtat perquè la persona cuidada o la família pot prescindir o limitar els drets de la persona cuidadora si així ho considera.**

18 Observatori de treball i model productiu. https://observatoritreball.gencat.cat/ca/recursos/visualitzacio_dades/index.html?pagead9a1b12-8259-11eb-bbbe-005056924a59=2&googleoff=1 (visita última vegada 03/09/2025)

Tot i el context aquest treball d'interne també és demandat per una part d'aquest col·lectiu de persones migrades com una manera de donar resposta a les necessitats d'habitatge i d'espera temporal per a poder aconseguir gradualment la documentació que els permeti ser contractades. Algunes de les persones entrevistades han arribat a petits pobles de les Terres de l'Ebre venint directament del seu país, algun cas passant breument per Barcelona, com és el cas de les informants 7 i 10 i les quatre informants que van participar de l'entrevista grupal. Arribades que es fan sense referents de suport, i que se serveixen d'una xarxa de contactes de persones del mateix país. Aquest model d'arribada i treball contrasta amb les condicions i coneixement que es demanen per poder desenvolupar les tasques de SAD i el principal problema d'aquestes treballadores és que tot i que amb els anys aconsegueixen experiència i saber fer, a l'estar limitades pels horaris, per la falta de vehicle i els serveis que ofereix el poble on estan, és més difícil que puguin formar-se per obtenir la titulació que els hi permeti millorar les seves condicions personals.

Pel que fa al perfil de treballadores familiars i les condicions socials i laborals, és un nínxol de treball que respon a diferents perfils. Com hem vist és un sector altament feminitzat, una identitat diversa, racialitzada i un alt percentatge de persones migrades. Pel que fa a l'edat ens trobem amb un marge d'edat que inclou les diferents franges. A la vegada cada franja respon a perfils diferents. En el cas de persones dels 45 fins als 65 anys, són perfils de dones que habitualment han compaginat el treball remunerat en negre amb les tasques i cures familiars. Persones que en molts casos ara es troben amb la necessitat de cotitzar per poder rebre un suport i/o jubilació. En bona part són **dones autòctones que la seva trajectòria laboral ha estat sempre lligada a les cures i neteja, tant en l'àmbit familiar com després quan han cercat feina remunerada fora de la llar.**

Una altra franja d'edat amb certa homogeneïtat és la més jove, perfil femení, amb gradualment més presència d'homes, però que veuen en la formació com auxiliar de geriatría i infermeria una sortida laboral. Al ser un nivell d'estudis mitja, és el pont per encarar estudis superiors (grau superior) d'Integració o altres especialitats en l'àmbit social i de cures. Pel que fa a la franja entre els 25 i 45 anys és una franja més diversa i amb

diverses casuístiques. Hi ha des de perfils vocacionals i formats a altres que entren a les cures com un espai d'entrada al mercat laboral mentre cerquen un altre sector professional. Aquesta franja ens trobem amb aquest perfil feminitzat igualment i nivell formatiu bàsic, en molts casos és després d'uns anys treballant en negre o de neteja que es treuen la titulació per poder continuar exercint, tot i la complexitat que comporta a nivell horari i conciliació laboral i familiar. ¹⁹ **L'obtenció del títol és una manera de millorar en tant poden optar a més funcions i assegurar-se espais laborals més estables, com ot ser la borsa pública de SAD.**

Els principals aspectes que signifiquen aquest col·lectiu i que permet entendre com es desenvolupa són per una banda, en tot l'àmbit de cures, si les persones tenen titulació és un sector amb mobilitat principalment pel desgast que comporta la feina, física i mentalment. Un exemple d'aquesta mobilitat i pel que fa al treball de cures relacionades amb el SAD és que moltes de les persones que recauen en aquest sector prèviament venen de treballar al sector de cures, però en residències i centres de dia. Entre els diferents aspectes que cal destacar que incita al canvi de lloc, tot i que en una residència l'estabilitat laboral i salarial en principi és major que al SAD i més sinó és públic, és la manera de tractar a les persones usuàries. En més d'un cas, les persones entrevistades expressen la necessitat de canviar perquè són espais on el volum de feina indueix a treballar de manera més productiva que centrada en la persona empesos pel mateix model organitzatiu d'aquests espais. A la vegada tot i rebutjar-ho si hi ha un reconeixement explícit de que el personal que treballa a hospitals i residències són més respectats pels usuaris, sigui per la indumentària o el context, però és una dignificació de l'ofici que canvia segons un espai o l'altre.

En aquest sentit, pel que fa a la dignificació de l'ofici les diferents informants i l'experiència mateixa de l'equip de Saó, s'observa com en general tot i ser persones qualificades i preparades per fer tasques d'auxiliar d'infermeria i/o geriatria, el el servei de SAD, hi ha un poc reconeixement per part dels familiars, fet que genera malestar i sentiment de poc reconeixement de les famílies i de la societat en general. **Una falta de reconeixement que**

¹⁹ Les dades qualitatives sobre el perfil de les treballadores s'han obtingut fent treball de camp i observant els CV enviats i els resultat de les entrevistes de faena realitzades per la elecció de personal de la cooperativa Saó.

contrasta amb el treball del personal de SAD, que sovint es veuen abocades a fer accessibles espais, domicilis, habitacions, que no estan preparats pel treball de SAD o **procurar generar espais segurs i accessibles** tot i ser habitatges amb limitacions diverses. Condicions laborals que dins dels habitatges disten del que es poden trobar en residències o altres centres.

Junt amb el grup de treballadores de SAD privat hi ha les que treballen o formen part de la borsa del SAD públic, municipal o comarcal. Per les condicions i drets laborals es considera una bona opció, tanmateix com ens explicaven els diferents equips de treballadores socials dels consells comarcals del territori ebrenç²⁰, continua sent un sector difícil de cobrir per falta de personal qualificat. Entre els motius que es plantegen, hi ha el de la falta de formació específica, la falta de vehicle propi i en el cas del consell comarcal, la necessitat de tenir el certificat de B2 de català. El cas del català en algun cas es converteix en una barrera per perfils de persones que en el seu procés formatiu i/o integratiu, el català no ha estat una prioritat.

En relació amb el treball a l'administració pública, cal tenir en compte el paper i perspectiva dels equips de treballadores socials. També són un perfil altament feminitzat i en la seva funció coneixen des de la coordinació i tracte amb les persones usuàries el desenvolupament del servei de SAD al territori. En aquest sentit expressaven les limitacions que comporta la tramitació de borses de treball i la lentitud del sistema, fet que molts cops feia que persones amb dret al servei de SAD es quedessin sense rebre el servei. Les limitacions per part de l'administració pública venen definides més pels problemes de capacitat de resposta en temps i forma que per la qualitat del servei, tot i que una cosa influeix en la sensació de qualitat. Un altre aspecte a senyalar és la dificultat a l'hora de fer el seguiment dels diferents casos per part de l'equip de Serveis socials degut al volum de feina i casos.

En general, la falta de personal expressada pels equips de treballadores socials és un dels aspectes més complexos a resoldre de cara a poder respondre a les necessitats del

20 Exceptuant amb el Consell Comarcal del Montsià s'han realitzat reunions amb tots els consells comarcals ebrençs i les treballadores socials, en alguns cassos per presentar la cooperativa Saó i intercanviar possibles cooperacions de treball i en altres s'han fet una dinàmica grupal.

territori. Aquesta necessitat també evidencia que és una feina amb un grau de complexitat afegit pel que fa a no només les tasques tangibles de cures d'infermeria, dispensació de medicació, higiene personal, alimentació o altres relacionats amb la quotidianitat sinó a l'aspecte emocional. Un aspecte que coincideixen totes les persones entrevistades ara i també durant l'any 2023, en el marc d'un treball formatiu i organitzatiu sobre SAD a la Fundació Ulldecona, **és la necessitat d'espais de cures on treballar la càrrega emocional que comporta el treball quotidià amb persones. La necessitat d'eines i d'espais col·lectius i comunitaris on poder també tenir un suport de cara les diverses situacions que es viuen en l'acció diària del treball.**

Cal pensar que sovint tots els mals de la societat es fan evidents en aquests espais de treball on es va a casa de l'usuari, el racisme i el masclisme són els més evidents sobretot pel perfil de les treballadores i això fa necessaris espais de suport on poder respondre aquestes situacions. Tanmateix, a vegades l'espai de suport es també per poder gestionar pèrdues, com la mort d'una persona cuidada, el dol compartit, quan sovint des de la perspectiva productiva la persona ha de continuar treballant.

El perfil de persones treballadores en el SAD continua responent a un dels perfils més vulnerables, per la identitat interseccional que defineix el col·lectiu que indirectament incideix en el fet que és una tasca que, tot i ser clau pel benestar d'una franja important de la població, continua mal remunerat i poc dignificat. Les complexitats afegides, pel que fa a la titulació i altres aspectes necessaris, com el carnet de conduir, per desenvolupar aquesta tasca a les Terres de l'Ebre afegeix un grau de complexitat i de desgast.

Les persones que treballen en l'àmbit de cures del SAD representen un perfil laboral amb molta mobilitat i vulnerabilitat pels contextos que encaren de manera individual tot i que sovint hi hagi el suport darrere de tot un equip o entitat. El suport, el sentir-se acompanyada és un aspecte clau per generar aquest sentiment de pertinença a un grup, un equip de treball que a la llarga ha de ser el punt de suport per tenir cura de qui té cura.

TANCAMENT

El treball de les cures avui, tot i que cada cop més el concepte de cures s'utilitza des d'una perspectiva més holística, continua representant per la majoria de les persones, el treball relacionat amb els serveis socials i en concret el servei d'ajuda a domicili.

A les Terres de l'Ebre aquest servei vist des dels tres pilars que el configuren, l'estructura de serveis, les persones usuàries i les persones que els atenen, té aspectes en comú en l'àmbit nacional i altres que responen a la seva singularitat territorial.

L'aspecte comú és la feminització de les persones que treballen donant aquest servei. Una feminització que es fa palesa en totes les funcions del sistema, però que quan ens fixem en el col·lectiu que fa l'atenció directa llavors s'afegeixen una identitat inteseccionada amb categoreis ètniques, de classe social i cultural que situen el col·lectiu del SAD en situació de vulnerabilitat i en alguns casos de precarització.

Pel que fa a l'estructura el model a les Terres de l'Ebre és principalment un servei ofert des de l'administració pública i només el cas de Tortosa hi ha una externalització del serveis, tot i així, si que altres serveis relacionats, com residències, i centres de dia, els més lucratius sobreto, estan externalitzats, al Baix Ebre i el Montsià.

No obstant això, pensar en SAD i cures a les Terres de l'Ebre és pensar, a part dels municipis que gradualment tenen dinàmiques més urbanes, com pot succeir a Amposta i Tortosa, i els costaners com la Ràpita o l'Ametlla de Mar, la major part del territori s'identifica per un grau d'envelliment superior a la mitjana catalana, escassetat de persones treballadores i una població disseminada amb municipis petits estesos pel territori. Serveis que si depenen del mercat no arriben, i per això a la Terra Alta cada poble té un centre de dia públic, aspecte diferent del que observem al Baix Ebre, on municipis com l'Ametlla de Mar o l'Ampolla on els centres són de gestió privada.

Aquesta realitat també ens mostra com en comunitats que tenien estratègies de cures comunitàries, aquestes cures van desapareixent, com afecte del despoblament en l'àmbit rural. El suport comunitari com a eina per respondre a les situacions de dependència en els seus diferents graus era resolta des de les xarxes familiars i comunitàries. Les relacions

intergeneracionals han sigut la base d'estès cures col·lectives que avui han desaparegut i generen sensacions i sentiments de solitud difícils de resoldre si no regenerem una xarxa comunitària de cures, però que no torni a ser exclusivament responsabilitat de les dones.

El model actual té la part positiva de l'especialització i la professionalització, fet que permet fer un servei de cures i acompanyament, més delicat i curós, ara bé, part d'aquesta faena, d'aquest treball forma part d'un acompanyament que té més valor no pel factor professional sinó emocional. Aquest és el punt o el cost és impagable, principalment per les hores que comporten aquest tipus d'acompanyaments. **Acompanyaments que són imprescindibles, però que en passar pel sedàs del mercat són inaccessibles.**

Paral·lelament, la precarització principalment les dones treballadores, migrades i racialitzades és una problemàtica que en el context micro de les Terres de l'Ebre es fa evident. No només les persones de treball intern que arriben sense saber on van i es troben atrapades com a mínim tres anys, fins que el marc legal les deixa aspirar a regularitzar la seva situació. La situació general també respon a unes necessitats de població treballadora que fa que els actuals serveis públics i privats davant d'una baixa o un imprevist quedin sense poder respondre a la demanda de la persona usuària .

El que s'identifica al territori és la necessitat de generar i preparar persones per poder oferir el servei en qualitat i poder així defensar els seus drets des de la màxima professionalització, però a la vegada és necessari entendre que les cures més enllà de la part professional, no poden passar pel sedàs del mercat, sinó que cal repensar els municipis, pobles per generar nous espais o recuperar aquells que eren la font de les cures vistes com quelcom comunitari i no individual; ñes curs com l'acompanyament i el reforç del sentiment de comunitat i pertinença a un tot.

ANNEX

Annex I : Informants

Caràcterístiques i data de realització de les entrevistes.

Entrevistes

Informant 1. Dona 72 anys, usuària SAD. Baix Ebre – Reguers

Entrevista 13 de juliol

Informant 2. Dona 84 anys usuària SAD Terra Alta – Vilalba dels Arcs

Entrevista 12 d'agost.

Informant 3 Home 82 anys usuari SAD Terra Alta – Vilalba des Arcs

Entrevista 12 d'agost

Informant 4 Home 93 anys usuari SAD Baix Ebre – Bitem

Entrevista 13 de juny

Informant 5 Dona 84 anys usuària SAD Baix Ebre – Tortosa

Entrevista 20 d'agost

Informant 6 Dona 87 anys usuària SAD Baix Ebre – Tortosa

Entrevista 22 d'agost

Informant 7. Dona 60 anys, treballadora familiar origen colombià

Entrevista 10 de maig

Informant 8 Dona 39 anys, treballadora familiar origen marroquí

Entrevista 12 de juny

Informant 9 Dona 38 any, treballadora familiar origen marroquí

Entrevista 22 de juliol

Informant 10 Dona 38 anys, treballadora familiar origen brasiler

Entrevista 2 de juny

Informant 11 Dona 31 anys, treballadors familiar origen romanès

Entrevista 20 de maig

Informant 12 Dona 47 anys, treballadora familiar, origen espanyol

Entrevista 2 de maig

Informant 13 Dona 64 anys, treballadora familiar, origen espanyol

Entrevista 14 de maig

Informant 14 Home 47 anys, treballador familiar, origen espanyol

Entrevista 9 d'agost

Informant 15 Dona

2 Dinàmica grupals.

Una dinàmica amb quatre persones treballadores familiars internes a Horta de Sant Joan 6 de juny 2025

Una dinàmica grup treballadores socials a Tortosa

16 de juny de 2025

4 Reunions / sessions de presentació: una sessió treballadores consell comarcal Baix Ebre, Terra Alta, Ribera d'Ebre, Ajuntament de Tortosa.

Annex II: Entrevista a persona treballadora de SAD

Guió entrevista:

1. Presentació de la persona.

Història de vida:

Com arribes a treballar al SAD. I les experiències prèvies.

Quin ha sigut el procés formatiu, si hi és.

2. El treball de SAD

Quines funcions i rol tens en el SAD?

Que implica o comporta, pel que fa a tasques, funcions i responsabilitats el teu rol?

Compleixes aquestes funcions que tens adscrites? O pel contrari en fas més o menys?

Et sents reconeguda, escoltada, valorada dins de l'equip de treball pel compliment de les teves tasques?

Que caldria segona el teu pare o que trobes a faltaren el funcionament diari de les teves tasques i/o de l'organització?

Quan et sorgeix una dificultat personal, es facilita i s'afavoreix des de l'entitat dedicar-hi temps per resoldre o encarar-la? (Espais, temps, flexibilitat)

3. La relació amb les persones dependents

Com definiries la relació amb les usuàries?

Quen sorgeix o identifiqués alguna necessitat o conflicte com actues?

Respon l'organització on treballes a les necessitats identificades en el teu dia a dia?

Et sents respectada i escoltada com a persona?

Has patit alguna situació de violència pel teu sexe, gènere, raça o identitat cultural.?

Com has respost, has tingut suport.?

Quan sorgeix una dificultat o conflicte de caràcter professional com actues? Hi ha un protocol?

Es generen espais de trobada entre l'equip de treball, amb diferents rols i funcions.?

Quins són els valors que regeixen l'entitat on treballes? Els coneixes?

Annex III. Dinàmica grupal equip de treball social consell comarcal.

Guió de la dinàmica.

Objectiu de la sessió:

Conèixer de primera mà de l'equip TS com es desenvolupen les tasques relacionades amb el SAD i quines necessitats i/o carències s'identifiquen.

La xerrada s'organitza en tres blocs:

1. El servei que s'ofereix des del CC Baix Ebre.
2. Sobre el model d'ajuda i la seva definició
3. El treball de l'equip de treball social

Com treballarem?

Ens organitzem per petits grups de tres o quatre persones per tal de afavorir la major participació de totes les persones presents . 15 minuts de treball per bloc i compartirem les conclusions.

1. El servei que s'ofereix des del CC Baix Ebre.

Quines carències identifiqueu en el treball amb la dependència.

Quines carències identifiqueu amb el treball del SAD

Principals problemàtiques en el servei.

2. Sobre el model d'ajuda i la seva definició

Des de la llei del 2006 que definia la tipologia i model de treball com ha desenvolupat i quins són els seus punts forts i quins els seus punts dèbils.

La mateixa dinàmica per grups i desenvolupament.

3. L'equip de treball social. I les cures

Com responem a les circumstàncies del treball.

Quins conflictes ens sorgeixen durant la faena ?

Com els solucionem, hi ha espais per poder respondre aquestes problemàtiques.

Annex IV. Entrevista a usuàries dels servei SAD.

Guió de l'entrevista

L'entrevista s'adaptava al perfil de cada persona i les preguntes són un referent.

1. La persona

Ens pots explicar una mica sobre tu? (edat, situació familiar, estat de salut general...)

En quin moment veus o veuen els qui et rodegen que cal una persona per acompanyar-te durant el teu dia a dia. (quan fa d'això).

Com vius aquest procés d'acceptar aquest acompanyament ? Et generar algun conflicte personal, amb els familiars (fill@s, german@s, altres...)

Quines necessitats van anar sorgint que fes evident la necessitat d'una persona que t'acompanyes

Quan comença aquest acompanyament?

2. Quan iniciés el servei.

Vau costar molt trobar una persona. Tenies i/o tens prestació vinculada o ajut pel servei?

Com arribes a contractar el servei d'acompanyament? Qui us va guiar o indicar que fer i aquí contractar?

«Com va ser el procés per sol·licitar-lo? Vas rebre suport o orientació per fer-ho?

Vas esperar molt temps des de la sol·licitud fins a l'inici del servei?»

3. Experiència amb el servei

Com va ser la primera reacció amb la persona que et va venir acompanyar? Quina relació teniu? Distant, propera, funcional... T'ha costat establir-hi relació., Com descriuries la vostra relació?

Perquè, quantes persones has tingut com acompanyants ? Si han sigut diferents , per què han canviat? L'has promogut tu el canvi o ha sigut per motius externs?

Si has sigut tu, quins han sigut els motius que t'han fet demanar un canvi de persona?

Quines tasques realitza habitualment la persona cuidadora que t'atén?

Amb quina freqüència reps el servei? Et sembla suficient?

Estàs satisfet/a amb la manera com es fan les tasques?

4. Impacte del servei en la seva vida

Quins canvis has notat des que reps el servei?

La persona amb qui estàs et fa sentir millor?

Et permet fer coses que t'agraden? Com quines?

Has millorat el teu estat d'ànim i la relació amb les persones que conviuen amb tu?

El servei t'ajuda a mantenir-te més autònom/a a casa?

Et sents més segur/a o tranquil/a a casa gràcies a aquest suport?

En relació a l'espai i la intimitat t'has sentit en algun moment que no s'ha respectat o que no se t'ha tingut en compte?

La teva opinió i veu és escoltada en relació al servei i el que vols o no?

5. La relació amb Saó:

Es fàcil comunicar-se amb Saó i responen ràpidament? (Com fas suggeriments o queixes si cal?)

Algú et fa seguiment del servei que reps (assistenta social, treballador/a social...)?

Et sents escoltat/da quan expresses alguna necessitat o canvi?

Responen a les necessitats quan les expresses ?

6. Valoració general i millores

Què és el que més valores del Servei d'Ajuda a Domicili – Saó ?

- Hi ha alguna cosa que creus que es podria millorar?
- Et sembla que el servei que reps cobreix realment les teves necessitats?
- Voldries afegir alguna cosa més sobre la teva experiència?

- Si haguessis d'explicar a una altra persona si recomanaries Saó, què li diries?