

Col·lecció Estudis Socials

Núm. 6

# Vellesa, dependència i atencions de llarga durada

Situació actual  
i perspectives de futur

---

David Casado Marín

Guillem López i Casasnovas



Fundació "la Caixa"

El títol d'aquest volum de la Col·lecció d'Estudis Socials conté tres conceptes, vellesa, dependència i atencions de llarga durada, la reunió dels quals sembla que pressuposi que entre ells hi ha una relació molt estreta derivada del fet que es mouen en un mateix sentit. La taxa d'envelliment de la població ha crescut considerablement com a conseqüència alhora de l'allargament de la vida i de la reducció de la fecunditat. Amb l'augment de la taxa d'envelliment, ha augmentat la proporció de persones que són dependents per poder fer les activitats corrents de la vida diària, i això implica que necessitin unes atencions que evidentment tindran una llarga durada.

El propòsit d'aquesta obra en relació amb aquest tema és doble. D'una banda, establir quina és la situació actual de la dependència i de les atencions de llarga durada, valorant el paper que hi tenen cada una de les tres fonts de provisió de les atencions: la família, el sector públic i el mercat.

La segona finalitat de l'estudi és analitzar les perspectives en termes del cost futur de les atencions de llarga durada. De l'estimació del cost futur de les atencions de llarga durada, els autors passen a considerar les possibles formes de fer-se càrrec del finançament, presentant l'experiència internacional i el seu possible trasllat al nostre país.



Col·lecció Estudis Socials

---

Núm. 6

Vellesa, dependència i atencions  
de llarga durada  
Situació actual  
i perspectives de futur

David Casado Marín  
Guillem López i Casasnovas



Fundació "la Caixa"

© David Casado Marín, Guillem López i Casasnovas  
© Fundació "la Caixa", 2001

La responsabilitat de les opinions emeses en els documents d'aquesta col·lecció correspon exclusivament als seus autors. La Fundació "la Caixa" no s'identifica necessàriament amb les seves opinions.

---

Edita

Fundació "la Caixa"

Av. Diagonal, 621

08028 Barcelona

---

Patronat de la Fundació "la Caixa"

President

Josep Vilarasau Salat

Vicepresidents

Josep Joan Pintó Ruiz

Enric Alcántara-García Irazoqui

Alejandro Plasencia García

Patrons

Joan Antolí Segura

Francesc Bové Tarragó

Antoni Brufau Niubó

Marta Corachán Cuyás

Lluís Elias Viñeta

Isidre Fainé Casas

Ramon Fàbrega Sala

Josep Ramon Forcada Fornés

Maria Isabel Gabarró Miquel

Salvador Gabarró Serra

Manuel Garcia Biel

Javier Godó, Comte de Godó

Ma. Carmen Gomà Raich

Federico Mayor Zaragoza

Jordi Mercader Miró

Julio Miralles Balagué

Miquel Noguera Planas

Mateu Puigròs Sureda

Maria Assumpció Rafart Serra

Manuel Raventós Negra

Maria Pilar Riart Gil

Luis Rojas Marcos

Joan Vilalta Boix

Secretari

Ricard Fornesa Ribó

Vicesecretari

Alejandro García-Bragado Dalmau

Director General

Lluís Monreal Agustí

---

Col·lecció Estudis Socials

Director

Josep M. Carrau

---

# ÍNDIX

	<u>PAG.</u>
PRESENTACIÓ	7
INTRODUCCIÓ	9
L'envelliment demogràfic i l'adaptació de les polítiques socials a les noves necessitats	9
I. LA DEPENDÈNCIA DE LES PERSONES GRANS	24
1. Vellesa i dependència	24
2. La dinàmica poblacional de la dependència	26
L'envelliment demogràfic: ¿heroi o canalla?	26
Longevitat i problemes de dependència: teories	29
Evolució dinàmica dels problemes de dependència: l'evidència empírica internacional	31
Projeccions del nombre de persones grans dependents en el futur	35
3. La situació a Espanya	36
L'envelliment demogràfic: una realitat present i futura	36
La prevalença de la dependència a Espanya: evidència empírica	41
Noves dades sobre la dependència a Espanya	50
A manera de conclusió	65
II. L'ATENCIÓ DE LES PERSONES GRANS DEPENDENTS	67
1. ¿Una responsabilitat individual o col·lectiva?	67
2. Breu panoràmica internacional de les atencions de llarga durada	75
Característiques d'un model d'atencions de llarga durada	75
Provisió	81
Serveis públics: criteris d'accés i mecanismes de finançament	92

	<u>PAG.</u>
La despesa en atencions de llarga durada dels països desenvolupats	98
3. Anàlisi de la situació actual de les atencions de llarga durada a Espanya	104
Les grans xifres del nostre model d'atencions de llarga durada	104
Els serveis formals d'atencions de llarga durada	110
El paper de la família	121
<hr/>	
III. EL COST FUTUR DE LES ATENCIONS DE LLARGA DURADA	141
1. Introducció	141
2. Metodologia	143
Projeccions sobre el cost futur de les atencions de llarga durada	143
Marc d'anàlisi: factors determinants del cost total de les atencions de llarga durada	144
Un model de simulació del cost futur de les atencions de llarga durada	145
3. Les dades de partida del model	155
Variables de demanda	155
Variables d'oferta	157
4. Característiques dels escenaris simulats: hipòtesi sobre l'evolució futura dels factors determinants	163
5. Limitacions i avantatges del model de simulació proposat	168
Limitacions	168
Avantatges	169
6. Resultats del model	170
Evolució del nombre d'usuaris dels diferents serveis	170
Una estimació del cost actual de les atencions de llarga durada	178
El cost futur de les atencions de llarga durada a Espanya: 1999-2026	179

	<u>PAG.</u>
7. El finançament futur de les atencions de llarga durada	186
Ajudes a les famílies	187
Assegurances privades de dependència: abast i limitacions	189
Creació d'una assegurança social de dependència	194
<hr/>	
CONCLUSIONS	203
Reptes per a la política social davant unes necessitats emergents	203
<hr/>	
ANNEXOS	212
<hr/>	
BIBLIOGRAFIA	233
<hr/>	



# Presentació

*El títol d'aquest nou volum de la Col·lecció d'Estudis Socials conté tres conceptes, vellesa, dependència i atencions de llarga durada, la reunió dels quals sembla que pressuposi que entre ells hi ha una relació molt estreta derivada del fet que es mouen en un mateix sentit. La taxa d'envelliment de la població ha crescut considerablement com a conseqüència alhora de l'allargament de la vida i de la reducció de la fecunditat. Amb l'augment de la taxa d'envelliment, ha augmentat la proporció de persones que són dependents per poder fer les activitats corrents de la vida diària, i això implica que necessitin unes atencions que evidentment tindran una llarga durada. Els autors d'aquest treball assenyalen que no és cert que la dependència sigui funció només de l'edat, sinó que hi ha d'altres factors que hi incideixen, com l'educació, la cultura, la salut i la trajectòria vital. Ara bé, encara que el percentatge de dependència es pugui reduir, no ho faran la taxa d'envelliment ni la necessitat de proporcionar atencions de llarga durada a un nombre possiblement creixent de persones dependents.*

*El propòsit d'aquesta obra en relació amb aquest tema és doble, tal com indica el títol. D'una banda, establir quina és l'actual situació a Espanya de la dependència i de les atencions de llarga durada, valorant el paper que hi tenen cada una de les tres fonts de provisió de les atencions: la família, el sector públic i el mercat. L'aportació de la família és absolutament predominant, encara que amb unes clares perspectives de disminució de pes com a conseqüència dels canvis en l'estructura familiar i en el paper de la*

*dona en la societat, mentre que Espanya destaca per l'escassa presència de la provisió pública en les atencions de llarga durada.*

*La segona finalitat de l'estudi és analitzar les perspectives en termes del cost futur de les atencions de llarga durada, per a la qual cosa s'ha hagut de fer una simulació sobre la previsible evolució de totes les variables fins ara mencionades; és a dir, les taxes d'envelliment i de dependència i la distribució tant entre les diverses modalitats d'atencions com entre els tres proveïdors d'atencions. De l'estimació del cost futur de les atencions de llarga durada, els autors passen a considerar les possibles formes de fer-se càrrec del finançament, presentant l'experiència internacional i el seu possible trasllat al nostre país.*

*La realització de l'estudi ha anat a càrrec de David Casado Marín i Guillem López i Casasnovas, professor associat i catedràtic respectivament del Departament d'Economia de la Universitat Pompeu Fabra, tots dos amb una àmplia dedicació i amb publicacions sobre el tema de l'economia de la salut.*

*Amb la publicació d'aquesta obra, la Fundació "la Caixa" vol contribuir al coneixement d'un tema poc estudiat fins ara i al debat sobre la millor manera de trobar la solució d'una necessitat de la societat, la importància de la qual es preveu que serà cada vegada més gran.*

**Alejandro Plasencia**

Vicepresident

Fundació "la Caixa"

Barcelona, juny de 2001

# Introducció

L'envelliment relatiu de la població espanyola, com és ben sabut, ha estat motivat per la concurrència de dos fenòmens diferenciats: 1) l'augment de l'esperança de vida dels espanyols i, 2) l'important descens de la fecunditat que, almenys fins a cert punt, constitueix el reflex d'una transició demogràfica coherent amb el grau de desenvolupament aconseguït al nostre país.

Això no obstant, si bé no hi ha cap mena de dubte que el primer l'hem de saludar i felicitar-lo, especialment si aconseguim garantir que l'augment de l'expectativa de vida tingui lloc lliure d'incapacitat, el descens de la fecunditat ha estat rebut per les societats amb sentiments contraposats. En qualsevol cas, aquest descens reflecteix un problema de «graó» (retard de la maternitat) que no es creu que sigui permanent: així, una vegada completada la transició, es preveu que les taxes de fecunditat recuperin uns índexs coincidents amb els d'un país desenvolupat. De fet, segons les dades disponibles, a Espanya només es comença a produir una reducció dràstica de la fecunditat a partir del 1975, i passa d'un valor pròxim als 3 fills per dona en edat fèrtil a poc menys d'1,5 durant la dècada dels noranta. Això no obstant, en la mesura en què el retard de la maternitat ja sembla que hagi tocat sostre, i si s'opta per desenvolupar polítiques familiars i laborals d'acompanyament adequades, l'Observatori Europeu per a les polítiques de protecció a les famílies veu possible que les taxes de fecunditat espanyoles s'estabilitzin en els valors actuals o fins i tot que millorin lleugerament i s'aproximin a la

mitjana europea (1,5). En aquest sentit, l'experiència sueca durant l'últim quinquenni és esperançadora.<sup>(1)</sup>

D'aquesta manera, si finalment les taxes de fecunditat acaben millorant, no podem fer altra cosa que valorar positivament l'augment de l'esperança de vida dels espanyols citat anteriorment. Un fenomen que ha tingut conseqüències demogràfiques espectaculars: així, si entre l'any 1900 i el 1960 únicament un milió de persones van passar a formar part del col·lectiu d'individus de més de 65 anys, entre el 1960 i el 1998 la xifra corresponent va ser gairebé de 3 milions d'individus, cosa que va provocar que el percentatge representat per les persones de més de 65 anys sobre el total de població pràcticament es doblés durant aquest període (del 8,2% l'any 1960 es va passar al 16,3% l'any 1998).

En relació amb el futur, com apunta Fernández Cordón (1998),<sup>(2)</sup> els pròxims 25 anys podem esperar un augment de 3 milions més en la xifra de persones més grans de 65 anys, de manera que el percentatge representat per aquest col·lectiu sobre el total poblacional passarà a ser d'un 22% l'any 2025. Encara que certament aquestes projeccions estan subjectes a incerteses, aquesta tendència a l'envelliment demogràfic sembla ben fonamentada i, com assenyalen Gruber i Wise (2001),<sup>(3)</sup> és comuna a la majoria de països occidentals. Així mateix, segons aquests autors, Espanya és un dels països que previsiblement registrarà uns increments més grans, especialment en les projeccions que apunten a l'any 2050. Així, del 0,25 actual, la ràtio de població amb 65 anys o més sobre la població d'entre 20 i 64 anys passaria a ser ni més ni menys que del 0,6 l'any 2050, una xifra únicament comparable a la de països com Itàlia i Japó que, no obstant això, experimentaran creixements relatius inferiors perquè tots dos tenen poblacions de partida més envellides que l'espanyola. D'altra banda, països com Suècia, Holanda, Canadà i Estats Units s'estabilitzarien en ràtios inferiors al 0,4, mentre que Alemanya, França i Bèlgica ho farien en xifres del 0,5 (Gruber i Wise, *op. cit.*).

(1) Vegeu E.M. Bernhardt «Las mujeres suecas entre la participación en la vida laboral y la maternidad». Centre d'Estudis de la dona. Universitat d'Estocolm, 2001. Hi ha una traducció al castellà a «Jornadas de Política Familiar. Concertación Social y Armonización de la Vida Familiar y Laboral». Universidad Pública de Navarra. Febrer 2001.

(2) Fernández Cordón, J.A. (1998): «Proyección de la población española». FEDEA, Document de treball 98-11.

(3) Gruber, J. i Wise D. (2001): «An international perspective on policies for an aging society». NBER, Working Paper núm. 8.103.

Davant d'aquesta perspectiva de futur, per tant, és obligat iniciar una reflexió serena sobre les possibles pressions que l'envelliment demogràfic pot exercir sobre la despesa social. Fins ara, la discussió s'ha centrat gairebé exclusivament en la despesa de pensions, si bé també ha estat present, tot i que en menor mesura, la despesa sanitària, i s'ha prestat una atenció escassa o nul·la a les atencions de llarga durada. Això no obstant, des d'un punt de vista econòmic, sembla adequat recuperar una perspectiva global sobre els possibles efectes de l'envelliment sobre la despesa social, tenint en compte l'elevat grau d'interrelació que hi ha entre les diverses partides que el componen.

Una perspectiva global que, entre altres, ens hauria de permetre valorar les següents qüestions: a) donada una taxa de despesa social, ¿com s'orienten les polítiques socials d'atenció a les persones grans (atencions de llarga durada, ajuda als familiars, pensions contributives i assistencials, atenció sanitària i sociosanitària, etc.); b) dins de la despesa destinada a les atencions de llarga durada, ¿és adequat el balanç assistencial entre serveis residencials i domiciliaris? ¿I entre aquests últims i el suport informal? ¿Entre públic i privat (en institucions proveïdores i en finançament)?; c) en el supòsit de creixement relatiu d'una suma de despesa social determinada, ¿quina és la millor destinació en termes dels objectius a aconseguir (el benestar dels usuaris a un cost social assumible)?, i finalment; d) aquesta despesa social, ¿hauria de ser universal o selectiva, monetària o en espècie, amb provisió pública acompanyada amb provisió privada, finançada totalment o només parcialment per part de les administracions públiques?

A les pàgines següents, amb l'ànim d'oferir algunes respostes temptatives referent a això, analitzarem les xifres de despesa social al nostre país sota el doble prisma de l'envelliment demogràfic actual i futur.

## Envelliment i despesa sanitària pública

Com és sabut, Espanya gasta en assistència sanitària aproximadament 7,5 punts percentuals del seu producte interior brut. Un 77% d'aquesta despesa procedeix de la provisió pública (5,6) i la resta es finança privada-

ment (pagaments directes per serveis, medicaments, pròtesis i primes d'assegurança privada).

Hi ha moltes proves que la utilització sanitària i l'edat es mouen alhora. Així ho corroboren, sens dubte, les dades sobre utilització hospitalària per grups d'edat i sexe. Aquesta utilització mostra una forma d'U molt aplanada: en concret, comparat amb els valors mínims d'utilització, que corresponen a les cohorts d'individus d'entre 5 i 54 anys, tant els nens de 0 a 4 anys com el col·lectiu de persones d'entre 55 i 64 anys tenen taxes d'utilització hospitalària 3 vegades superiors, xifra que s'eleva a 4,5 vegades per a les persones d'entre 65 i 74 anys, i fins unes 6 vegades més per al col·lectiu d'individus de 75 anys o més. Així mateix, en el cas d'aquestes dues últimes cohorts, són els homes els que registren unes taxes d'utilització més grans.

També en el cas de l'atenció primària, encara que seguint una pauta més erràtica, es constata una relació evident entre utilització i edat: així, a la vista de les consultes declarades pels usuaris en funció del grup d'edat i del sexe, s'observa que els col·lectius de més edat fan una utilització de l'atenció primària que, en termes relatius, arriba a doblar l'efectuada pels joves d'entre 10 i 14 anys.

Finalment, pel que fa als productes farmacèutics, les xifres indiquen que el col·lectiu de pensionistes fa un consum 10 vegades superior al de la resta de la població (Farmaindustria, 2000). En aquest cas, però, a més de l'edat, la xifra anterior és el resultat de dos fenòmens més que no s'han d'oblidar: l'absència de copagament farmacèutic per als pensionistes i l'existència d'un grau de frau important (el conegut, però difícilment quantificable, transvasament de receptes d'actius a pensionistes).

En conjunt, segons estimacions d'Alonso i Herce (1998),<sup>(4)</sup> si es pren com a referent la despesa sanitària pública mitjana de la cohort d'entre 35 i 44 anys, que ascendeix a unes 120.000 pessetes anuals, les persones d'entre 65 i 74 anys gasten quatre vegades més, xifra que arriba a ser de sis vegades en el cas dels individus de més de 75 anys.

(4) Alonso, J. i Herce, J.A. (1998): «El gasto sanitario en España: Evolución reciente y perspectivas de futuro». FEDEA: Document de treball 98-01.

Aquesta pauta de comportament de la despesa sanitària la comparteixen, en major o menor grau, tots els països occidentals. Així, si assignem un valor igual a 100 a la mitjana de la despesa sanitària feta per les persones de fins a 65 anys en els països de la Unió Europea, la mitjana de despesa per al grup de persones d'entre 65 i 74 anys és de 227, i de 393 per al col·lectiu de 75 anys o més. Així mateix, si es reproduïen els càlculs anteriors utilitzant una mostra de 13 països de l'OCDE, els valors respectius s'eleven a 250 i a 476 a causa de la influència de la despesa corresponent al Japó i als Estats Units en aquesta segona mostra. D'altra banda, en el cas d'aquest últim país, un recent estudi de Cutler i Meara (1999)<sup>(5)</sup> ha tornat a confirmar la major despesa relativa de les persones grans. En concret, si es pren com a referent la despesa mitjana feta per la cohort d'individus d'entre 35 i 44 anys, les persones d'entre 65 i 74 anys gastaven 3,3 vegades més, xifra que augmentava fins a 4,5 vegades en el cas dels individus d'entre 75 i 84 anys, i fins a 5,5 en les persones de més de 84 anys.

Convé assenyalar, finalment, que malgrat que les dades anteriors poden suggerir una relació entre despesa sanitària i edat que es produeix a intervals discontinus, la realitat mostra que es tracta d'un contínuum. Així ho indiquen, per exemple, les dades dels pocs països que disposen d'informació sobre la despesa sanitària feta al llarg del seu cicle vital per mostres d'individus representatives de la població. De fet, els estudis que han analitzat la informació continguda en aquestes bases de dades individuals [Zweifel *et al.* (1999);<sup>(6)</sup> Lubitz i Riley (1995)<sup>(7)</sup>], coincideixen a assenyalar que la major part de la despesa sanitària feta per una persona al llarg de la seva vida es concentra en els mesos que precedeixen la seva mort. Un fenomen que, segons aquests autors, confirma un fet que no ens hauria de sorprendre: no és l'edat cronològica *per se* dels individus, sinó el seu estat de salut, allò que mou la despesa sanitària.

En qualsevol cas, tenint en compte el conjunt de dades presentades, no hi ha dubte que l'envelliment relatiu de la població influeix sobre la des-

(5) Cutler, D. i Meara, E. (1999): «The concentration of medical spending: an update». NBER, Document de treball núm. 7.279.

(6) Zweifel, P., Elder, S. i Meiers, M. (1999): «Aging of population and health care expenditure: a red herring?». *Health Economics* 1999; 8: 485-496.

(7) Lubitz, J.D. i Riley, G.F. (1995): «Population aging and the growth of health expenditure». *Journal of Gerontology and Social Sciences*, 1995. Supl. 47: S98-S104.

pesa sanitària. En aquest sentit, amb el propòsit que serveixi de referent en la discussió posterior, suposarem que al voltant d'un 50% de la despesa sanitària pública feta pel nostre país (o el que és el mateix, un 3% del PIB) està destinat a cobrir les necessitats assistencials del col·lectiu de persones de més de 65 anys.

No obstant això, a l'efecte de discutir el possible impacte de l'envel·liment de la població sobre la despesa sanitària futura, ha de quedar clar que la influència del factor «demogràfic» no és l'únic aspecte que s'ha de considerar. A més d'aquest, hi ha dos factors més igualment decisius: d'una banda, és evident que l'evolució durant els pròxims anys de l'estat de salut dels individus, i molt especialment de les persones grans, tindrà conseqüències importants sobre el comportament futur de la despesa sanitària («factor epidemiològic»); de l'altra, és clar que l'evolució de la prestació sanitària real mitjana, que com veurem comprèn diferents elements relacionats amb les intervencions sanitàries disponibles i amb la intensitat amb què s'utilitzen, també tindrà efectes importants sobre la despesa sanitària futura («factor assistencial»). Analitzem amb més detall la possible influència d'aquests dos tipus de factors.

A diferència del factor demogràfic, la influència del factor epidemiològic és més difícil d'analitzar, perquè inclou diversos elements la dinàmica dels quals no és gens òbvia: a) les pautes generals de morbiditat, b) el caràcter crònic de les patologies, i c) el moment d'aparició dels problemes de salut.

En relació amb la morbiditat, podem postular *a priori* tant una prevalença mòrbida més elevada com inferior. En efecte, d'una banda, els que sobreviuen –abans es morien– són previsiblement els pacients inframarginals: és a dir, per exemple, aquells que amb un bon tractament superen l'ictus, les cardiopaties isquèmiques o una diabetis crònica. Però, de l'altra, la prevalença de malalties pot disminuir si arribar als 65 anys amb un bon estat de salut resulta transversal o comú a les diferents patologies. Per tant, la morbiditat dels que sobreviuen, en principi, tant pot semblar que es pot expansionar com comprimir. Referent a això, l'evidència empírica internacional apunta, de moment, que una longevitat més elevada no ha anat acompanyada d'unes reduccions paral·leles dels estats de salut incrementals. Des d'un punt de vista individual, de cicle vital, la major longevitat en termes

mitjans sens dubte sembla «valor de pena». Però per concloure en igual sentit any rere any, en el tram de vida incrementat, es necessiten possiblement més i millors estudis dels que tenim avui dia.

D'altra banda, la supervivència pot quedar vinculada a una major cronicitat (o a la mateixa que abans, però que afecta un major nombre de persones). La qualitat de vida (ponderada, per exemple, per les seves capacitats funcionals) que es pot aconseguir amb el creixement de l'esperança de vida pot, per aquest motiu, ressentir-se'n.

I, finalment, el temps d'aparició dels factors anteriors (morbidity i cronicitat) també pot tenir efectes importantíssims. Més supervivents en la cohort dels 85 anys, però amb un retard en l'aparició de malalties com el Parkinson o l'Alzheimer, certament pot comportar un gran impacte en la futura evolució de la despesa sanitària.

Pel que fa al factor assistencial, com hem posat de manifest en altres treballs (López i Casado, 1998),<sup>(8)</sup> tot indica que la prestació sanitària real mitjana constitueix el factor que ha determinat el creixement de la despesa sanitària observat durant els últims anys. Per això, de cara al futur, es pot continuar esperant aquesta embranzida de la prestació sanitària real mitjana sobre la despesa especialment en dos escenaris: en absència de polítiques de prioritització explícita de prestacions i en supòsits en els quals siguin objecte de finançament públic tant els extrems assistencials objectivables amb criteris de cost-efectivitat com els subjectius que tinguin a veure amb l'atenció general, la qualitat o el confort.

Encara que ja hem assenyalat que és extremament difícil aïllar la influència de cada un dels tres factors indicats (demogràfics, epidemiològics i assistencials) sobre la despesa sanitària, sí que aparentment es detecta un corrent de fons en el qual conflueixen diferents elements: *i*) un increment de la utilització dels serveis sanitaris motivat fonamentalment per les millores dels nivells de renda i d'educació de la població, i també per l'efecte positiu d'una major equitat en l'accés a aquests serveis; *ii*) unes majors expectatives socials sobre la capacitat resolutiva dels sistemes sanitaris («tot és tractable»,

(8) López Casasnovas, G. i Casado, D. (1998): «La financiación de la sanidad pública española: aspectos macroeconómicos e incidencia en la descentralización fiscal». Presupuesto y Gasto Público, 1998; 20/1996: 123-152.

cosa que equival a una major «medicalització social»), atribuïbles sobretot al desenvolupament econòmic i social dels últims anys; i *iii*) la pressió exercida pels grups corporatius sanitaris (professionals, indústries de subministraments, responsables polítics, etc.), els quals concentren no pocs esforços en la direcció d'expandir les prestacions sanitàries mitjanes: reapareixen fortament les qüestions d'«atenció», de medicaments d'estil de vida («viagres», «ralenzes»...), i una exigència diagnòstica que es canalitza cap a equípaments d'alta tecnologia, d'accés i de sobreutilització que poden tenir una escassa relació amb la seva efectivitat clínica i amb el cost mínim per escala de producció.

¿Quin és, en resum, el balanç del que està «comparant» aquest 3% del PIB en despesa sanitària que dediquem a les nostres persones grans? La nostra resposta és que en aquest terreny el saldo és lleugerament favorable a les persones grans per dues raons.

En primer lloc, perquè al nostre país el finançament de la despesa sanitària pública ha transitat per camins en els quals les necessàries polítiques de racionalització han estat totalment absents. Això no obstant, cas que aquestes s'apliquessin, tant per raons d'eficiència com d'equitat social, no hi ha dubte que la priorització tendria a penalitzar el col·lectiu de persones de més edat. Així, des del punt de vista de l'eficiència, aquesta penalització estaria motivada pel fet que les persones grans tenen menys capacitat de generar anys de vida ajustats per qualitat (AVAQ) que les persones joves. D'altra banda, si la priorització hagués de ser sensible a les nocions d'equitat compartides per la societat, no hi ha dubte que, a igual guany en termes d'AVAQ, els grans mai no haurien de ser prioritaris davant dels joves, tenint en compte que els primers haurien gaudit en més mesura que els segons de l'alíquota d'esperança de vida que correspon viure a tota persona (Williams, 1997).<sup>(9)</sup> No cal obrir ara i aquí l'argumentació sobre aquests dos supòsits ja que, a la pràctica, aquesta discussió és una porta tancada que, per les seves implicacions socials, electorals, etc., no sembla que els polítics vulguin obrir.

En segon lloc, el biaix a favor dels més grans de 65 anys en la nostra despesa sanitària pública és favorable perquè, com hem assenyalat als altres

(9) Williams, A. (1997): «Intergenerational equity: an exploration of the fair innings arguments. *Health Economics*, 1997; 6: 117-132.

treballs (G. López, FEDEA, 2000), Espanya té una despesa pública no inferior a la que correspon al nostre grau de desenvolupament. Això és el resultat de comptabilitzar adequadament els termes de comparació (mostres internacionals de sistemes sanitaris públics, tipus *National Health Service*, i ajustar per l'elasticitat la renda amb la qual evoluciona la despesa sanitària), i en el finançament d'aquesta despesa, els més grans suporten menys que la mitjana els (escassos) copagaments existents.

## Envel·liment i despesa en pensions

A diferència del cas anterior, l'impacte de l'envel·liment demogràfic sobre el sistema de repartiment de pensions públiques ha estat objecte de nombrosos estudis, la qual cosa constitueix un clar reflex no tan sols de la seva importància econòmica (el 8,6% del PIB), sinó també de la transcendència de les accions polítiques acordades (Pacte de Toledo, 1995).

En aquest terreny, tot apunta que l'actual superàvit entre cotitzacions i pensions no es podrà mantenir. Així, el previsible increment durant els pròxims anys del nombre de pensionistes beneficiaris del sistema públic, la xifra actual dels quals ronda els 7 milions de persones, generarà dos efectes paral·lels (Herce i Meseguer, 2000):<sup>(10)</sup> d'una banda, la disminució fins a la meitat de la relació afiliats/pensionistes (de la relació actual de 2 a 1 es passaria a una relació d'1 a 1 l'any 2050) i, de l'altra, un deteriorament de l'equilibri del sistema de repartiment ja que, en absència de mesures correctores, el seu finançament a mitjan segle XXI exigiria absorbir 6 punts addicionals del PIB.

En tot cas, val la pena destacar que la magnitud dels efectes anteriors únicament començaria a ser significativa a partir del 2020. Fins aquest any, sota diferents hipòtesis considerades plausibles per diversos autors, la ràtio afiliats/pensionistes es mantindria en valors pròxims als actuals (2), encara que progressivament aquesta xifra aniria disminuint fins a situar-se en l'1,5, cap a l'any 2030, i en valors pròxims a la unitat cap a meitat de segle. Veiem, per tant, que només en el cas que els nostres representants polítics valorin suficientment el futur, el problema que planteja l'envel·liment demogràfic

(10) Herce, J.A. i Meseguer, J. (2000): *La reforma de les pensions davant la revisió del Pacte de Toledo*. Col·lecció d'Estudis i Informes, núm. 4, Servei d'Estudis de "la Caixa".

sobre la sostenibilitat de les pensions podrà ser abordat amb la responsabilitat social necessària.

D'altra banda, en relació amb les prediccions sobre el desequilibri entre cotitzacions i pensions, volem assenyalar que les hipòtesis a partir de les quals han estat calculades són decisives. En relació amb això, encara que aparentment hi ha un elevat consens entre els diferents estudis publicats, anirà bé recordar alguns dels factors que poden acabar determinant que el desequilibri del sistema de repartiment tingui una magnitud o una altra.

Un primer factor és el relatiu a les polítiques actives de creació d'ocupació que s'acabin duent a terme. En aquest sentit, amb el propòsit d'incrementar el nombre d'afiliats, la millora de la contractació a temps parcial hauria de ser un objectiu prioritari, un objectiu que es podria aconseguir disminuint els impostos sobre el treball (amb un bon tractament fiscal per a les «segones rendes») i eliminant frens a la contractació (costos d'acomiadament). És probable, igualment, que una longevitat més gran pugui anar acompanyada d'un retard en l'edat de jubilació. Els efectes d'aquesta política són contradictoris amb l'afavoriment de la jubilació forçosa amb la finalitat de permetre l'entrada de treballadors més joves i productius (en alguns sectors) o amb les propostes que associen qualitat de vida a la reducció de jornada de treball i a l'anticipació de la jubilació. De totes maneres, com apunten Gruber i Wise (2001), convé destacar que a Espanya s'ofereix una sortida anticipada del mercat de treball poc penalitzada (tenint en compte els salaris de restitució mitjans), i que els tipus marginals efectius de retard de l'edat de jubilació (a la vista de pensions i fiscalitat per rendes addicionals generades) són relativament favorables a aquest procés.

Així mateix, altres factors que poden alterar el balanç futur entre cotitzacions i pensions són les variacions de la productivitat, les taxes d'incorporació de la mà d'obra femenina al mercat de treball, que compta encara amb un important tram per recórrer, i el resultat, apunten alguns, de les polítiques d'immigració. Sobre aquest últim aspecte, però, voldríem fer unes quantes observacions que ens fa l'efecte que seran polèmiques. Així, com apunta Wildasin (2000),<sup>(11)</sup> la immigració genera tres tipus d'efectes diferents

(11) Wildasin, D.E. (2000): «Factor mobility and fiscal policy in the EU: policy issues and analytical approaches», CESifo Documents de treball; WP. núm. 344.

sobre la política fiscal i social del país d'acollida i, com expliquem a continuació, no està clar que el resultat global sigui positiu des del punt de vista de l'equilibri de les finances públiques.

En primer lloc, la immigració afavoreix la pressió competitiva per aconseguir llocs de treball relativament poc qualificats, cosa que pot tendir a deprimir encara més aquesta capa de població autòctona que, pel fet de trobar-se ja en una situació precària, és dependent de la despesa social. Per això, encara que la immigració podria tenir efectes positius sobre el nombre d'afiliacions, també podria provocar un augment paral·lel de la despesa social (fora del sistema de la Seguretat Social) si els efectes sobre el mercat de treball anteriorment citats s'acabessin produint. En segon lloc, com que les taxes internes de rendiment de la relació entre cotitzacions i pensions són favorables a les rendes inferiors, el major pes dels cotitzants procedents de la immigració en aquest tram agreujarà els efectes redistributius de les pensions. Això pot comportar efectes «substitució» en les TIR (taxes internes de rendiment) generals d'altres grups de rendes, o afectar el conjunt de la despesa redistributiva. Finalment, l'import de pensions d'aquests col·lectius es desplaça en el tipus i no s'elimina en cap cas.

D'altra banda, projectar per als pròxims cinquanta anys les actuals xifres de creixement econòmic ens fa l'efecte que és excessivament optimista. En aquest sentit, per exemple, no es pot descartar que la immigració i les majors taxes d'ocupació femenina no vagin acompanyades d'unes xifres superiors d'atur general.

La consideració general que es pot fer sobre la despesa en pensions com a eix de la despesa social és que aquesta última despesa tendeix, d'acord amb estàndards diferents, a ser relativament favorable a les persones grans. Paràmetres com la relació entre pensió i salari substituït, entre renda mitjana dels pensionistes i renda mitjana general de l'economia o les mateixes taxes internes de rendiment relativament altes, i favorables en tot cas a les generacions de pensionistes actuals molt per sobre de les generacions futures, avalaria aquest diagnòstic.

D'altra banda, afegir que la despesa social que fa el nostre país en els dos components de despesa social considerats fins ara, sanitat i pensions,

situen Espanya, amb un 12% del PIB, en la banda alta de països occidentals (la mitjana de l'OCDE està entre el 8 i el 10%). Volem assenyalar que aquest pot ser el cas malgrat que les quanties absolutes de les pensions encara continuïn sent baixes (de la mateixa manera que potser és discutible el balanç entre les seves diferents modalitats –vida/viudetat/orfandat–), comparant amb països europeus del nostre entorn. Recordem que la comparació feta aquí sempre s'ha fet considerant els nivells de desenvolupament d'Espanya, que es computaven en les diferents ràtios de referència. Vist des d'aquesta òptica, en la seva participació dins del total de la despesa pública, la despesa social espanyola només se situa per sota de la d'Itàlia, mentre que d'acord amb la seva participació en renda apareixien tan sols França i Alemanya (amb una xifra un 20% superior), per sobre dels nostres nivells.

Així mateix, potser és convenient remarcar els resultats referents a això de Gruber i Wise (2001) que, després d'analitzar una mostra comparativa pròxima de països, conclouen: *i*) que el creixement de la despesa social ha tendit a pressionar el conjunt de la despesa pública, en un procés de substitució o de «crowding-out» que en conjunt afecta el 42% (el 58% restant seria increment net), i *ii*) que l'elasticitat de l'augment d'un punt percentual en el pes relatiu de la població més gran de 65 anys comporta un creixement de despesa social lligat a l'envelliment del 0,47. Totes aquestes xifres mostren que per als països analitzats,<sup>(12)</sup> s'ha produït en etapes passades una relativa sostenibilitat d'aquests creixements de la despesa social en el conjunt de les finances públiques. Tot apunta, però, que l'augment del pes de la població més gran de 65 anys atorgarà a aquest grup un element de preeminència en els processos d'elecció social. Així doncs, és poc probable que els partits polítics amb vocació de govern, davant el «vot decisiu» de les persones grans, resisteixin les pressions en favor de creixements lineals en les diferents partides de despesa social directament relacionades amb l'envelliment. A més, la «unidimensionalitat» del vot de les persones grans, amb un vector de preferències socials menys divers que el de la resta de votants, els permet aparèixer com un grup altament cohesionat i, d'aquesta manera, fer valer el seu pes entre l'electorat.

(12) Austràlia, Bèlgica, Canadà, França, Alemanya, Itàlia, Japó, Holanda, Suècia, Suïssa, Regne Unit, Estats Units i Espanya.

Tenint en compte la predicció global d'un creixement d'un 50% (al voltant dels 6 punts) en la despesa social derivada de la perspectiva d'envelliment demogràfica, no és rebutjable que fins i tot aquesta predicció s'hagi de revisar a l'alça en la mesura que desapareguin els efectes de substitució de la despesa social en el conjunt de la despesa pública anteriorment comentats.

Per tot això, és necessari, com apuntàvem al principi, assegurar un balanç correcte entre prestacions econòmiques i en espècie, entre despesa sanitària i sociosanitària, i entre finançament públic i privat. En relació amb això, convé assenyalar que la relació entre pobresa i vellesa, considerada globalment, tendeix a ser tènue en els països desenvolupats. En general, les persones grans tenen poca renda relativa (la seva pensió i uns quants estalvis), però un habitatge de propietat (substitutiu de les despeses de lloguer) i unes necessitats de despesa primàries (educació, salut, transport, etc.) inferiors a la mitjana, motiu pel qual, en termes reals, els seus ingressos els capaciten en major mesura que d'altres sectors de la població: famílies monoparentals, desestructurades, joves que mai no han pogut accedir al mercat de treball, exclusió social a les grans conurbacions urbanes (atur de llarga durada entre persones de més de 40 anys), etc., entre els quals sí que trobem l'espectre més dur de la pobresa espanyola.

A part d'això, l'important creixement en el finançament privat de pensions complementàries (amb més de 3,5 milions de partícips i un patrimoni pròxim al 5% del PIB), així com el desenvolupament del mercat d'assegurances vitalícies, haurien de poder ajudar a descomprimir els creixements futurs de pensions. No tan sols per ajudar a desacelerar la pressió sobre el finançament públic de la despesa en pensions, sinó també per deixar espai a noves modalitats de despesa social que aniran en augment; la més important és possiblement la referida a les atencions de llarga durada que s'analitzen en aquest treball. En aquest terreny, una actuació pública selectiva que es preocupi sobretot d'ajudar les capes de població sense capacitat material de satisfer aquestes atencions davant de graus de dependència importants, exigirà un ajustament de partides més aviat orientades al benestar del col·lectiu de les nostres persones grans.

## Envelliment i atencions de llarga durada

Finalment, tal com hem comentat al principi, la qüestió de com afrontar l'assistència que necessiten les persones grans dependents, es planteja com el repte més decisiu de cara al futur. A Espanya, segons les enquestes disponibles, dels sis milions i mig de persones grans, 775.000 viuen soles, i d'aquestes, ni més ni menys que 170.000 es reconeixen incapaços en diferents graus. Així mateix, en relació amb altres països europeus, Espanya destaca per l'escassa presència de provisió pública tant en atenció domiciliària (tan sols un 4% del total de l'oferta d'atencions) com en residències institucionals (on únicament el 40% són de finançament públic). Globalment, el finançament públic actual de les atencions de llarga durada a penes representa un 30% de la despesa total; una despesa total (0,6% del PIB) que, d'altra banda, gairebé no arriba a ser la meitat de l'observada en la majoria de països occidentals. Tot apunta, no obstant això, a un importantíssim creixement futur.

Així doncs, les previsions per als pròxims vint-i-cinc anys (UNESPA, 2001),<sup>(13)</sup> assenyalen un creixement del 25% del nombre de «dependents», una xifra que podria ser fins i tot superior segons el concepte de dependència o d'incapacitat elegit (per a activitats de la vida diària individual, discapacitats funcionals per a la vida social, entorn, etc.) i el grau en què incloquem en la valoració de les prestacions consideracions subjectives (individuals o d'utilitat). D'altra banda, la creixent incorporació de la dona al mercat de treball fa pronosticable una important substitució futura entre atenció familiar informal (discriminatòria, a la pràctica, per gènere) i atenció formal. Al seu torn, els costos d'oportunitat de les retribucions o «segones rendes» en termes de la càrrega de l'atenció dels ancians, pot fer que siguin les classes menys afavorides les que es vegin obligades a renunciar a aquesta possibilitat (la despesa en atencions personals comporta en si mateixa una oportunitat d'obtenció de segones rendes en el mercat de treball). Això pot requerir una acció pública d'igualació d'oportunitats reals de la dona, d'acció pública positiva en aquesta direcció, encara que sota l'influx d'un objectiu redistributiu que tendeix a concentrar els majors esforços en aquells col·lectius més necessitats (que discrimina, per tant, segons prova de mitjans).

(13) UNESPA (2001). «Seguro de dependencia. Estimación del nivel de dependencia, necesidades de recursos y proyecciones de futuro», (mimeo).

En aquest terreny, possiblement més que en qualsevol altre, convé una reflexió serena sobre els efectes perversos de l'«universalisme» (sense marxa enrera, poc selectiu en beneficis, etc.), la conveniència de vincular l'atenció sociosanitària amb les partides de despesa ja existents relatives a pensions (públiques i privades), i la valoració de les prestacions potser més per la via dels bons o vals (diners) que de les prestacions en espècie (és a dir, d'un sector públic subministrador directe d'aquests serveis). Un servei que, en cas de provisió directa per part del funcionariat públic, previsiblement no podrà resistir l'influx universalista, no tindrà tant en compte les preferències dels usuaris i que, davant d'una indefinició relativa entre el sanitari i el sociosanitari, en els diferents graus de dependència, defensarà un àmbit de prestació «il·limitada» de la qual sigui difícil garantir, en qualsevol cas i en la pràctica, el compliment dels objectius socials últims.

# I. La dependència de les persones grans

## 1. Vellesa i dependència

Encara que la introducció del terme «dependent» és relativament nova al nostre país, almenys en el sentit en què es descriu a continuació, la veritat és que la problemàtica a la qual al·ludeix ve de lluny. Així, si definim una persona dependent com aquella que durant un període de temps prolongat requereix ajuda per fer certes activitats quotidianes (vestir-se, menjar, arreglar-se, etc.), que seran analitzades amb detall més endavant, és evident que sempre hi ha hagut individus dependents (pensem, per exemple, en totes aquelles persones que patien mutilacions en temps de guerra).<sup>(1)</sup>

No obstant això, l'evidència empírica disponible mostra, tant en l'àmbit nacional com internacional, l'estreta relació existent entre dependència i edat: és a dir, el percentatge d'individus que suporten limitacions en la seva capacitat funcional augmenta a mesura que considerem cohorts poblacionals de més edat. Així mateix, com tindrem oportunitat de comprovar analitzant els diferents estudis duts a terme fins a l'actualitat, aquest augment de les taxes de prevalença per grups d'edat no es produeix a un ritme constant, sinó que hi ha una edat (prop dels 80 anys) en què aquest augment s'accelera notablement. Per això, si a la irrevocabilitat de la vellesa hi afegim l'escenari de futur que plantegen les projeccions demogràfiques, carac-

(1) Alguns autors solen utilitzar el terme «limitacions en la capacitat funcional» per referir-se als problemes de dependència (Béland i Zunzunegui, 1995). En aquest text, les dues terminologies seran utilitzades indistintament.

teritzat per un notable increment del nombre de persones grans, no és estrany que l'incipient debat que ha sorgit al nostre país sobre la qüestió de la dependència hi al·ludeixi com un problema urgent estretament vinculat a l'envelliment demogràfic. Encara que els arguments que s'utilitzen per establir aquest vincle són discutibles, qüestió sobre la qual incidirem més endavant, el que sí és cert és que entre els individus dependents, les persones grans constitueixen el grup més nombrós; però, ¿per què?

A mesura que els individus envelleixen, la impossibilitat de portar a terme autònomament algunes activitats quotidianes té lloc per dos motius no excloents: d'una banda, la dependència pot tenir l'origen en una o, generalment, diverses malalties cròniques; de l'altra, pot ser el reflex d'una pèrdua general de les funcions fisiològiques atribuïble al procés global de senescència (Manton *et al.*, 1997). En el primer cas, per exemple, podríem situar tots aquells individus la incapacitat funcional dels quals deriva de processos crònics fortament associats a l'edat: malaltia d'Alzheimer, artritis, osteoporosi, etc. El segon motiu està relacionat amb la pèrdua de vitalitat que experimenten la majoria d'organismes amb l'edat.

Això no obstant, independentment de l'origen de la incapacitat funcional d'un individu concret, l'important és comprendre que tots dos motius (malalties cròniques i procés de senescència) només apareixen i provoquen problemes de dependència en algunes persones d'edat avançada. El perquè d'aquest fenomen està en el fet que hi ha una sèrie de variables de tipus social i ambiental (a més dels factors genètics), que condicionen l'aparició i el desenvolupament dels desencadenants de la dependència, en les quals els individus difereixen entre si. Una d'aquestes variables és, per exemple, l'educació; així, els individus amb més nivell educatiu no tan sols tenen una menor probabilitat de patir malalties cròniques quan són vells (cosa que fonamentalment s'explica per uns hàbits més saludables en estadis anteriors de la vida), sinó que tot i en el cas de patir aquestes malalties, la incapacitat funcional que les pot acompanyar és inferior (Manton *et al.*, 1997).

Fixem-nos que els diferents elements que acabem de presentar (és a dir, els factors desencadenants de les dependències i les variables que els condicionen), ens ajuden a entendre com i per què alguns individus acaben presentant problemes de dependència i d'altres no, és a dir, ens informen

sobre la dinàmica individual de la dependència. Aquestes consideracions ens han de permetre aclarir el significat que es pot conferir als resultats, citats al principi d'aquest apartat, que assenyalaven com les taxes de prevalença dels problemes de dependència augmenten a mesura que considerem cohorts d'individus de més edat. Així, ja que les taxes de prevalença es calculen en un moment de temps determinat, constitueixen el reflex estàtic de la manera en què els diferents factors apuntats han afectat dinàmicament els individus que componen aquesta població en aquest moment. Per això, si la població de referència canvia, que és el que passa quan es tracta d'avaluar l'impacte futur de l'envelliment demogràfic sobre el nombre de persones dependents, sembla arriscat suposar que les taxes de prevalença es mantindran inalterades. Això no obstant, com analitzem a l'apartat següent, això és el que se sol fer quan es discuteix sobre la dinàmica poblacional de la dependència.

## 2. La dinàmica poblacional de la dependència

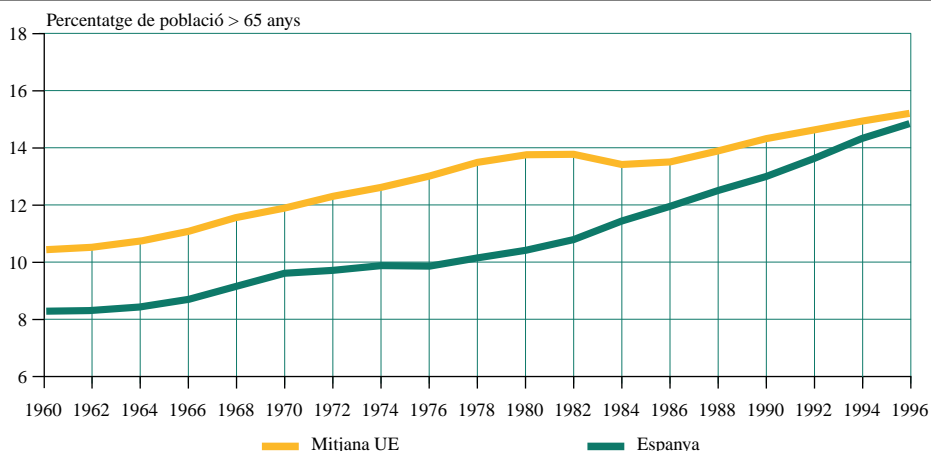
### L'envelliment demogràfic: ¿heroi o canalla?

L'envelliment demogràfic constitueix un fenomen que s'observa en tots els països de l'OCDE. Així, si entenem per envelliment demogràfic un augment del percentatge que representen els individus més grans de 65 anys sobre el total de la població, és un fet constatable que fa diversos decennis que les poblacions dels països desenvolupats estan «envellint» (gràfic 1.1).

Les causes d'aquest procés han estat àmpliament analitzades pels demògrafs i han donat lloc a la denominada «Teoria de la transició demogràfica». Segons aquesta teoria, l'envelliment demogràfic que s'observa en els països desenvolupats seria el resultat final d'un procés més ampli, la transició demogràfica, que ha comportat un canvi de règim demogràfic en les nostres societats. Aquesta transició es compon de dos fenòmens consecutius en el temps [(Pérez Díaz, 1998); (Fernández Cordon, 1996)].

El primer, que en el cas d'Espanya va arrencar a principis del segle xx, consistiria en la reducció sostinguda de les taxes de mortalitat (sobretot infantil) com a resultat de les millores propiciades per la revolució industrial en les condicions de vida de la població (higiene pública, millor alimentació,

## L'ENVELLIMENT DEMOGRÀFIC A ESPANYA I A EUROPA. 1960-1996



Font: Health Data File (2000).

etc.). Durant aquesta primera fase de la transició, els individus encara no haurien adaptat les seves pautes reproductives a aquest nou context de menor mortalitat i, acostumats a haver de procrear massivament per garantir la descendència, la baixa mortalitat aconseguida coexistiria amb una elevada natalitat. El resultat de la interacció d'aquestes dues variables hauria estat una població en augment i molt rejuenida.

No obstant això, amb el pas dels anys, els individus haurien acabat adaptant-se al nou marc de mortalitat menor, i d'aquesta manera s'inicia el segon dels fenòmens que hauria caracteritzat la transició demogràfica: un descens gradual de la natalitat. Així mateix, encara que a un ritme menor i estenent-se a totes les edats, la disminució de la taxa de mortalitat s'hauria continuat produint, novament com a resultat de l'efecte acumulatiu de les millors condicions de vida i també dels importants avenços sanitaris. Al final del procés, per tant, la població hauria arribat a un nou equilibri en el qual coexistirien uns índexs baixos tant de mortalitat com de fecunditat. Aquest nou equilibri, lògicament, no tan sols significa el final del ràpid creixement de la

població registrat durant la primera fase de la transició, sinó que comporta una estructura per edats més envellida. I, de fet, aquest nou règim demogràfic és el que caracteritza tots els països desenvolupats en els nostres dies.

No obstant això, tot i que les causes de l'actual envelliment demogràfic són, com hem vist, conegudes de sobres, les preocupacions que apareixen en tots els debats sobre aquest fenomen tenen a veure, sobretot, amb les possibles conseqüències que aquest pugui comportar. Així, la intensificació a mitjà termini de l'envelliment demogràfic que suggereixen totes les projeccions demogràfiques ha activat els senyals d'alarma pel que fa a la capacitat dels diferents països d'afrontar en el futur l'atenció de les persones grans dependents. L'argument que s'utilitza per cridar l'atenció sobre aquest punt és senzill: ja que la major prevalença dels problemes de dependència entre les persones grans constitueix una dada coneguda, el fet que cada vegada el nombre de persones grans sigui superior (envelliment demogràfic) comporta una font de tensió evident per al finançament de les atencions que precisen les persones grans dependents, per la senzilla raó que el seu nombre també augmentarà.

Aquest argument, però, s'ha de matisar per dues raons. En primer lloc, com acostumen a advertir els mateixos demògrafs, les projeccions demogràfiques són exercicis que pretenen aconseguir un objectiu difícil: predir el futur. En concret, les projeccions demogràfiques basen les seves estimacions en l'establiment d'hipòtesis sobre el comportament futur de les tres variables que determinen la grandària d'una població: la natalitat, la mortalitat i les migracions. Lògicament, ja que l'única forma raonable d'anticipar el futur ha de partir de la nostra comprensió del passat, els supòsits sobre l'evolució futura d'aquestes variables es fonamenten en el seu comportament anterior. La major capacitat predictiva que s'atorga a la demografia en relació amb altres ciències socials té l'origen, com assenyala Fernández Cordon (1996), en l'elevat component inercial que tenen els fenòmens demogràfics. Però aquesta major capacitat predictiva no s'ha de confondre amb el do de l'endevinació. Amb això no volem insinuar que la població no envellirà en el futur, simplement suggerim que el ritme d'aquest procés està subjecte a incertesa, tant més important com més gran sigui l'horitzó temporal considerat.

En segon lloc, i més important, tot i admetent que les projeccions demogràfiques fossin totalment correctes, l'argument que s'utilitza per inferir l'augment futur del nombre de persones grans dependents és qüestionable. Encara que la quantitat d'ancians augmenti en el futur, que és l'única cosa que realment assenyalen les projeccions demogràfiques, que això comporti un augment paral·lel del nombre de persones grans incapacitades dependrà de com evolucioni la prevalença de la incapacitat funcional en el futur. Admetre que aquesta incapacitat es mantindrà inalterada, que és el que planteja l'argument que permet treure aquestes conclusions tan pessimistes sobre l'envelliment demogràfic, és només una hipòtesi i, com a tal, requereix algun tipus de justificació.

En definitiva, si es pretén aventurar un escenari d'evolució futura del nombre d'ancians dependents, haurem de proposar algun argument que expliqui per què el percentatge d'ancians del futur amb algun tipus d'incapacitat funcional anirà en augment, serà menor o es mantindrà constant; o, com a mínim, s'haurà d'analitzar quina ha estat l'evolució temporal dels problemes de dependència en el passat.

### Longevitat i problemes de dependència: teories

Ja hem dit que els demògrafs fan les seves projeccions establint supòsits sobre l'evolució futura de les tres variables que determinen la grandària d'una població (mortalitat, natalitat i migracions). Fins als anys seixanta, com assenyala Manton (1991), les hipòtesis relatives a les taxes de mortalitat que es feien servir ja no en contemplaven cap reducció. No obstant això, a partir d'aquesta època, es va començar a detectar que les taxes de mortalitat de les cohorts poblacionals de més edat començaven a disminuir en molts països desenvolupats. Aquesta disminució de la mortalitat, lògicament, provocava un augment paral·lel de l'esperança de vida. Les dades estadístiques, per tant, semblava que estiguessin assenyalant un nou fenomen: un augment de la longevitat dels éssers humans. Des d'aleshores, i malgrat els espectaculars avenços en la investigació biomèdica, l'existència o no d'un límit en la longevitat humana continua sent un debat científic absolutament obert (Wilmoth, 1997).

No obstant això, ja que en última instància el que aquí ens interessa és analitzar la possible evolució del nombre de persones grans dependents, la qüestió més important és la següent: la disminució observada de les taxes de mortalitat a edats avançades i el corresponent augment de l'esperança de vida, ¿han tingut com a contrapartida negativa un augment de la probabilitat de passar aquests anys addicionals en una situació de dependència?

Encara que la naturalesa d'aquesta pregunta és empírica i que, per aquest motiu, analitzarem tot seguit les investigacions quantitatives referents a això, la veritat és que va suscitar una important controvèrsia teòrica a principis dels anys vuitanta, quan la informació estadística encara impedia una contrastació empírica rigorosa, que avui dia continua apareixent en els debats. En concret, partint de l'esmentada disminució de les taxes de mortalitat a edats avançades, van aparèixer dues teories que tenien una visió contraposada sobre l'impacte que aquest fenomen havia tingut (i tindria) sobre el nombre d'anys que els ancians podien viure sense veure disminuïda la seva capacitat funcional.

La primera d'elles, que es coneix amb el nom de «Teoria de la compressió de la morbiditat» (Fries, 1983), postulava que l'adopció d'estils de vida més saludables i els avenços en la tecnologia mèdica no tan sols provocaven una reducció de les taxes de mortalitat, sinó que, a més, permetien que les malalties cròniques i les incapacitats funcionals experimentessin un procés de «compressió» (és a dir, que es manifestessin durant períodes cada vegada més curts de temps abans de la mort). Aquesta conclusió, en l'esquema lògic proposat per Fries, es derivava de l'establiment d'una hipòtesi fonamental: la vida humana té un límit biològic al voltant dels 85 anys. Segons aquesta teoria, per tant, les taxes de prevalença de les incapacitats funcionals presentarien un procés de reducció paral·lel a l'observat en les taxes de mortalitat.

D'altra banda, la segona teoria, denominada d'«expansió de la morbiditat» (Kramer, 1980), si bé reconeixia que s'estaven produint canvis en els estils de vida que propiciaven una reducció del risc de patir malalties mortals, sostenia que aquests canvis no estaven modificant l'inici o la progressió de la majoria de malalties degeneratives associades a l'envelliment.

Així mateix, pel que fa als tractaments mèdics, assegurava que el seu efecte principal era el d'allargar la vida d'aquells que patien malalties cròniques i incapacitats funcionals, sense que això redundés en guanys de salut apreciables. Segons aquesta teoria, per tant, la conseqüència de la reducció de les taxes de mortalitat seria, lamentablement, la de perllongar el temps durant el qual les malalties cròniques i la incapacitat funcional es podrien manifestar. Així doncs, a diferència del que suggeria Fries, les taxes de prevalença de les incapacitats funcionals mostrarien un comportament oposat a l'observat en les taxes de mortalitat.

### Evolució dinàmica dels problemes de dependència: l'evidència empírica internacional

Els últims vint anys, reflectint l'interès creixent dels països desenvolupats per la qüestió de les atencions de llarga durada, s'han portat a terme diverses enquestes que han permès als investigadors aprofundir el coneixement dels problemes de dependència entre les persones grans. Això no obstant, excepte en el cas dels EUA, les enquestes d'àmbit nacional que s'han fet han estat dissenyades de tal manera que únicament proporcionen informació sobre els mateixos individus en un moment del temps (dades de secció creuada). Com que no hi ha informació sobre els canvis que experimenten els mateixos individus al llarg del temps, limitació que no tenen les enquestes longitudinals, les enquestes de secció creuada constitueixen un candidat més dolent que aquestes últimes a l'hora de caracteritzar l'evolució dinàmica de les taxes de dependència d'una població. Per aquest motiu, començarem comentant les investigacions fetes als EUA, per després analitzar els treballs portats a terme en altres països.

#### **Estats Units**

En un recent treball, Waidmann i Manton (1998) repassen críticament no tan sols el disseny de les diverses enquestes longitudinals existents als Estats Units, sinó també els resultats obtinguts per les investigacions que n'han analitzat el contingut. A pesar de les diferències metodològiques observades tant en el disseny com en l'explotació de les diverses enquestes,

aquests dos autors acaben conclouent que el gruix de l'evidència empírica disponible permet afirmar que les taxes de prevalença dels problemes de dependència entre els ancians nord-americans han disminuït durant els últims anys.

Si bé ja hem comentat que són diverses les enquestes existents, la veritat és que n'hi ha una en concret, la «National Long-term Care Survey»<sup>(2)</sup> (NLTC), l'explotació de la qual, en opinió nostra, permet obtenir resultats més sòlids per dos motius fonamentals. En primer lloc, la mostra representativa que s'utilitza inclou tant individus que resideixen a casa seva com subjectes que han estat internats en alguna institució (residències, hospitals de llarga estada, etc.). Per això, l'NLTC, a diferència d'altres enquestes que només inclouen informació sobre individus que no han estat internats, permet obtenir taxes de prevalença generals que no depenen de com varien al llarg del temps les ràtios d'institucionalització. En segon lloc, és l'enquesta longitudinal la que inclou un període de temps més dilatat (1982-1994), sense que per això s'hagin produït canvis en el disseny de cap de les quatre onades de l'enquesta que s'han fet fins ara (82, 84, 89 i 94).

Per això, i amb la intenció d'il·lustrar la magnitud dels canvis de les taxes de prevalença anteriorment assenyalats, a continuació comentarem el més recent dels treballs que analitza la informació continguda a l'NLTC, de Manton *et al.* (1997). Aquests autors, prenent les dades corresponents a les enquestes de 1982 i 1994, calculen primer les taxes de prevalença per a tots els individus més grans de 65 anys amb cinc graus diferents d'incapacitat, per més endavant contrastar si aquestes taxes han experimentat alguna variació estadísticament significativa entre un any i l'altre; en concret, per fer aquesta contrastació, Manton *et al.* (1997) comparen les taxes de prevalença efectivament observades l'any 1994 amb aquelles que s'haurien pogut observar aquell mateix any si, en relació amb el 1982, només les taxes de prevalença haguessin mantingut els valors inicials. Els resultats obtinguts es reproduïxen al quadre 1.1.

Així doncs, davant d'aquests resultats, sembla clar que als EUA ha tingut lloc aquests últims anys una reducció sostinguda de les taxes de preva-

(2) Enquesta nacional sobre atencions de llarga durada.

## TAXES DE PREVALENÇA DE DEPENDÈNCIA ALS EUA. 1994

Capacitat funcional	Taxa de dependència (majors de 65 anys) de 1994 calculada a partir de			
	1982	1994	Diferència	t-valor
Dificultat en AIVD	5,6	4,3	-1,3	-5,9
Dificultat en 1 o 2 AVD	6,6	5,9	-0,7	-3,0
Dificultat en 3 o 4 AVD	2,9	3,2	0,3	1,6
Dificultat en 5 o 6 AVD	3,6	2,8	-0,8	-4,3
Institucionalitzats (*)	6,3	5,2	-1,1	-4,5
<b>Total dependents</b>	<b>24,9</b>	<b>21,3</b>	<b>-3,6</b>	<b>-8,5</b>

(\*) Viuen a residències.

AVD: Activitats de la vida diària (com per exemple menjar o arreglar-se).

AIVD: Activitats instrumentals de la vida diària (com per exemple comprar o fer el menjar).

Font: Manton *et al.* (1997).

lença dels problemes de dependència. Així mateix, com addicionalment contrasta el treball de Manton *et al.* (1997), aquesta disminució hauria estat especialment important en les cohorts de més edat i per als graus de dependència que comporten més incapacitat.

Aquest treball, a més de fer l'anàlisi empírica que acabem de comentar, ofereix unes reflexions interessants sobre quins poden haver estat els fenòmens causants de la tendència observada de les taxes de prevalença. Segons aquests autors, la principal explicació de la disminució de la prevalença dels problemes de dependència s'ha de buscar en la reducció que, paral·lelament, han experimentat les taxes de prevalença de diverses malalties cròniques, com per exemple les cardiovasculars, l'evolució de les quals acostuma a provocar en qui les pateix problemes de dependència associats. Així mateix, la reculada d'aquestes malalties cròniques estaria provocada per dos fenòmens.

En primer lloc, diferents canvis que han tingut lloc, sobretot durant la primera meitat del segle XX, en allò que genèricament podríem denominar condicions de vida de la població; així, sota aquesta etiqueta, podríem col·locar aspectes ben diversos: millores de la higiene pública (per exemple, sanejament de les aigües o regulacions més estrictes sobre l'emmagatzematge i la manipulació dels aliments), millores nutricionals (durant el temps de gestació, per exemple, cosa que hauria previngut l'aparició en l'edat adulta de diverses condicions cròniques), adopció d'estils de vida més saludables (entre 1960 i 1990, per exemple, es van detectar canvis favorables en relació

amb els índexs de colesterol o amb l'hàbit tabàquic entre les persones més grans de 65 anys), etc.

D'altra banda, la segona causa responsable de la disminució observada en diferents malalties cròniques s'ha de buscar, en opinió de Manton, en diverses innovacions terapèutiques aparegudes més recentment. No obstant això, la seva qualitat de novetat impedeix, en la majoria dels casos, valorar l'efecte que aquestes intervencions poden haver tingut. En relació amb això, per exemple, podem citar l'extensió que durant els últims anys han experimentat els tractaments amb estrògens de les síndromes postmenopàusiques, el principal efecte positiu dels quals va ser possiblement el de reduir entre les dones grans la prevalença de dues condicions cròniques generadores de dependència: l'osteoporosi i la malaltia cardiovascular.

### **Altres països**

En general, com ja hem assenyalat anteriorment, la pràctica totalitat d'enquestes d'àmbit nacional que s'han fet fora dels EUA, i que incorporen informació sobre els problemes de dependència, són de secció creuada. Hem d'afegir, però, que en bastants països aquestes enquestes han estat portades a terme en repetides ocasions i, per això, és possible tractar d'analitzar si s'han produït o no canvis de les taxes de prevalença al llarg del temps (encara que d'una manera menys sòlida que si es tractés d'enquestes longitudinals).

Precisament, amb la intenció de portar a terme aquesta anàlisi des d'una perspectiva internacional, i amb la voluntat que la metodologia utilitzada fos al més homogènia possible, l'any 1989 es va crear la International Healthy Life Expectancy Network.<sup>(3)</sup> Alguns dels seus membres, en un recent treball patrocinat per l'OCDE (Jacobzone *et al.*, 1999), han intentat analitzar empíricament el comportament durant els últims anys de les taxes de prevalença dels problemes de dependència en vuit països (a més dels EUA, país del qual ja hem parlat): Austràlia, Canadà, França, Alemanya, Japó, Holanda, Suècia i el Regne Unit. L'elecció d'aquests països respon al criteri d'inclusió definit pels autors de l'estudi: per incloure un país, havia de tenir com a mínim dues enquestes dutes a terme amb cinc anys de separació.

(3) Xarxa internacional sobre l'esperança de vida saludable.

Jacobzone *et al.* (1999), després d'analitzar tota la informació disponible aplicant una metodologia homogènia, conclouen que els països, tenint en compte l'evolució registrada de les seves taxes de dependència, poden ser classificats en tres grups: *i*) aquells en els quals s'aprecien reduccions significatives (Alemanya, França, Japó, EUA, i, encara que menys intenses, Suècia), *ii*) aquells en els quals no hi ha reduccions, o en què són molt moderades –motiu pel qual es produeixen en unes cohorts d'edat i en d'altres no– (Austràlia i el Regne Unit), i *iii*) aquells en els quals no s'aprecia cap tendència clara (Canadà i Holanda).

### Projeccions del nombre de persones grans dependents en el futur

Tenint en compte els resultats dels estudis comentats a la secció anterior, sembla possible afirmar que el gruix de l'evidència empírica disponible tendeix a apuntar en la direcció assenyalada per la teoria de la compressió de la morbiditat; o, canviant la perspectiva, no sembla que hi hagi indicis que donin suport empíricament a la teoria de l'expansió de la morbiditat.

No obstant això, hem d'assenyalar que els resultats obtinguts en les diferents investigacions fan referència a l'evolució que els problemes de dependència han experimentat en el passat. Aquesta evolució, com vèiem en comentar l'article de Manton *et al.* (1997), és el resultat de la interacció de múltiples factors, la comprensió total dels quals dista molt d'estar clara.

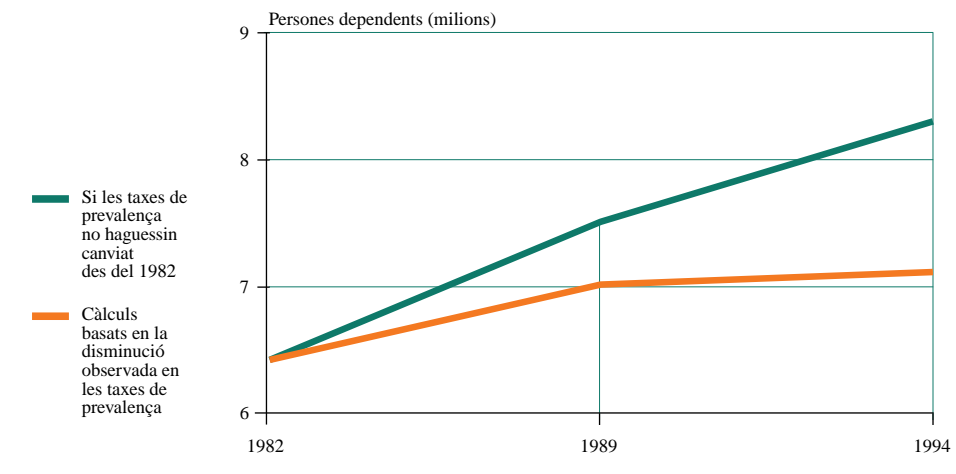
Això no obstant, a pesar del nostre reduït coneixement sobre el comportament d'aquests factors en el passat i, sobretot, de la incertesa inherent al seu comportament en el futur, el que sí que sembla evident és que qualsevol intent de projectar el nombre de persones grans dependents en el futur no es pot fer a esquena de la millor prova empírica disponible, i aquesta prova assenyala clarament que la prevalença no tan sols no ha augmentat els últims anys, sinó que el més probable és que hagi disminuït.

Per això, totes aquelles projeccions que assumeixin que les taxes de prevalença no canviaran en el futur, sense justificar adequadament el perquè d'aquesta hipòtesi, corren el risc d'incórrer en errors importants. En relació amb això, i per il·lustrar que la magnitud d'aquests errors possiblement no és

petita, val la pena comentar l'exercici dut a terme per Manton *et al.* (1997) al mateix article que hem comentat anteriorment. En concret, després d'advertir les diferències existents en les taxes de prevalença dels problemes de dependència entre els anys 1982 i 1994, els autors comparen el nombre total de persones grans dependents que hagués donat una projecció basada en les taxes de prevalença de 1982 amb el nombre total d'incapacitats funcionals efectivament observat durant el període analitzat (gràfic 1.2). La projecció per a l'any 1994, com es pot observar al gràfic, hauria sobreestimat en gairebé un 20% el nombre de persones grans dependents realment existent.

Gràfic 1.2

### NOMBRE DE PERSONES GRANS DEPENDENTS ALS EUA. 1982-1994



Font: Manton *et al.* (1997).

## 3. La situació a Espanya

### L'envelliment demogràfic: una realitat present i futura

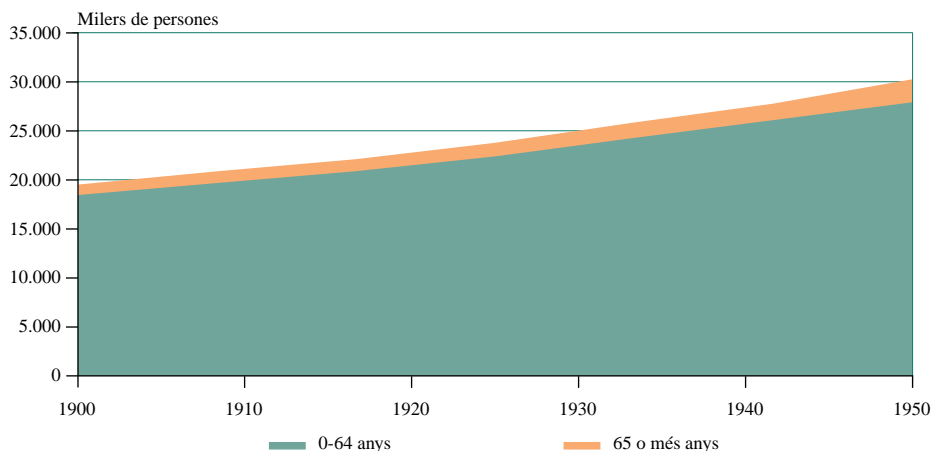
Encara que ja hem argumentat que l'envelliment demogràfic, per si sol, no ha de provocar un augment automàtic del nombre de persones grans dependents, és un factor que té (i tindrà) un paper important en relació amb això. En aquest apartat, per tant, tractarem de caracteritzar el procés d'enve-

lliment demogràfic que ha experimentat el nostre país, així com la previsible evolució que pot seguir en el futur.

La transició demogràfica que, recordem-ho, era el procés responsable d'una part important de l'envelliment demogràfic actual, va tenir en el cas d'Espanya un temps d'evolució diferent de l'observat en la majoria de països del seu entorn (Fernández Cordón, 1996). Així, les reduccions de les taxes de mortalitat ordinària (no epidèmica) no es produeixen al nostre país fins després de la Primera Guerra Mundial, és a dir, gairebé un segle després que en altres països europeus. Lògicament, la caiguda de la fecunditat que, recordem-ho, constitueix la segona fase de la transició, també es va produir a Espanya amb retard (uns quants anys abans de la Guerra Civil). El principal efecte de tot això, com mostra el gràfic 1.3, va ser el de propiciar un augment considerable de la població gràcies, sobretot, al descens de la mortalitat infantil, encara que cap al final del període s'observa ja un lleuger procés d'envelliment demogràfic.

Gràfic 1.3

### POBLACIÓ ESPANYOLA. 1900-1950



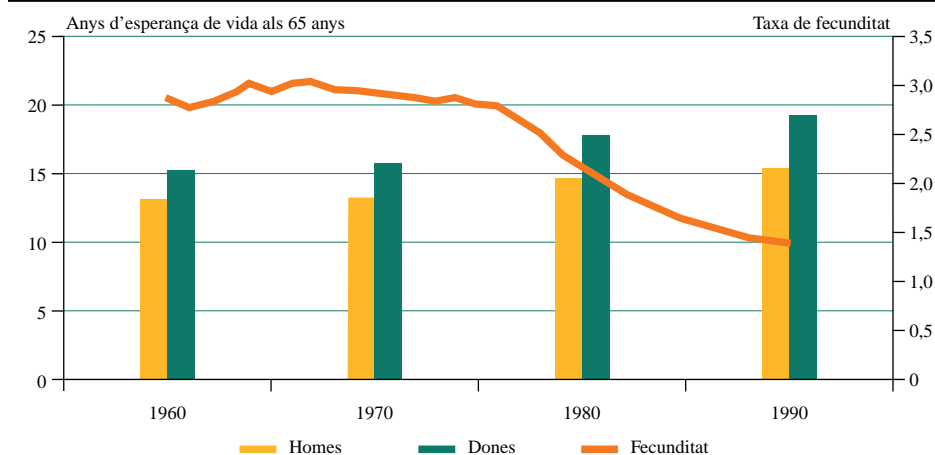
Font: <http://www.ine.es>

El «baby-boom», del qual es pot dir que va ser un fenomen totalment inesperat des d'un punt de vista demogràfic, s'inicia a Espanya l'any 1955, deu anys després que a la resta d'Europa, a causa de la llarga postguerra que va viure el nostre país. Aquest augment de la fecunditat va comportar, lògicament, un fre per al procés d'envelliment que ja es començava a observar.

També l'inici de la caiguda de la fecunditat que va seguir el «baby-boom», que parcialment s'ha d'interpretar com un retorn a la normalitat, va tenir lloc a Espanya amb retard.<sup>(4)</sup> No obstant això, a diferència del que va passar amb la fecunditat, les taxes de mortalitat sí que han seguit un comportament paral·lel a l'observat en altres països europeus; és a dir, reduccions sostingudes especialment importants entre els grups de més edat, des de mitjan anys seixanta. El gràfic 1.4 mostra l'evolució recent a Espanya de la mortalitat entre les persones grans, mesurada per l'esperança de vida als 65 anys, i també de la fecunditat.

Gràfic 1.4

### ESPERANÇA DE VIDA ALS 65 ANYS I TAXES DE FECUNDITAT. 1960-1990



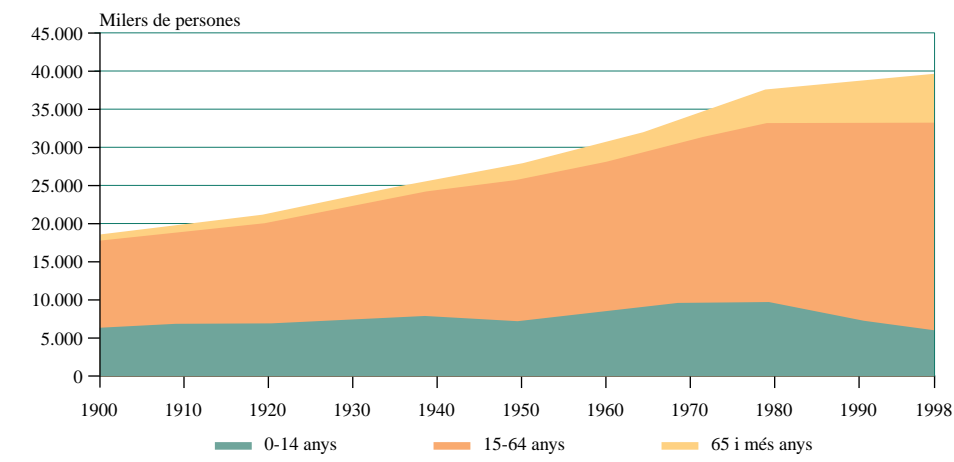
Font: Health Data File 2000.

(4) No obstant això, a diferència del que està passant en alguns països europeus, aquesta caiguda de la fecunditat no sembla que hagi tocat fons en el nostre (INE, 1999).

L'envelliment demogràfic de la població espanyola és, per tant, un procés que presenta el dinamisme més gran a partir de finals de la dècada dels setanta, com mostra el gràfic 1.5, com a conseqüència de l'acció combinada dels dos fenòmens que acabem d'assenyalar: disminució de la fecunditat i augment de l'esperança de vida a edats avançades. Això no obstant, a pesar que aquesta acceleració ens ha acostat als índexs d'envelliment observats en la resta de països europeus, la població espanyola encara continua sent lleugerament més jove que la mitjana de la Unió Europea.

Gràfic 1.5

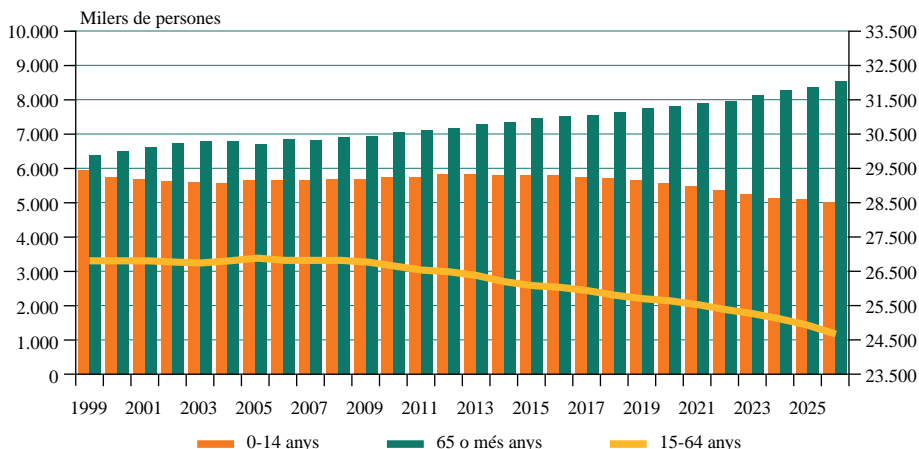
### EVOLUCIÓ DE LA POBLACIÓ ESPANYOLA PER GRUPS D'EDAT. 1900-1998



Font: <http://www.ine.es>

Pel que fa al futur, com ja hem indicat anteriorment, totes les projeccions coincideixen a assenyalar que el procés d'envelliment demogràfic no ha fet més que començar en els països desenvolupats (Jacobzone *et al.*, 1999). En el cas d'Espanya, com apunta un recent treball de Fernández Córdón (1998), la situació no sembla que serà diferent. A continuació (gràfic 1.6), per donar una idea de la magnitud d'aquest fenomen, es reproduïxen els resultats que es desprenen d'una de les diverses variants de projecció que utilitza aquest autor; en concret, la (variant B) que comporta valors intermedis per als tres paràmetres demogràfics (mortalitat, fecunditat i immigració).

## PROJECCIÓ DE LA POBLACIÓ ESPANYOLA PER GRUPS D'EDAT. 1999-2026



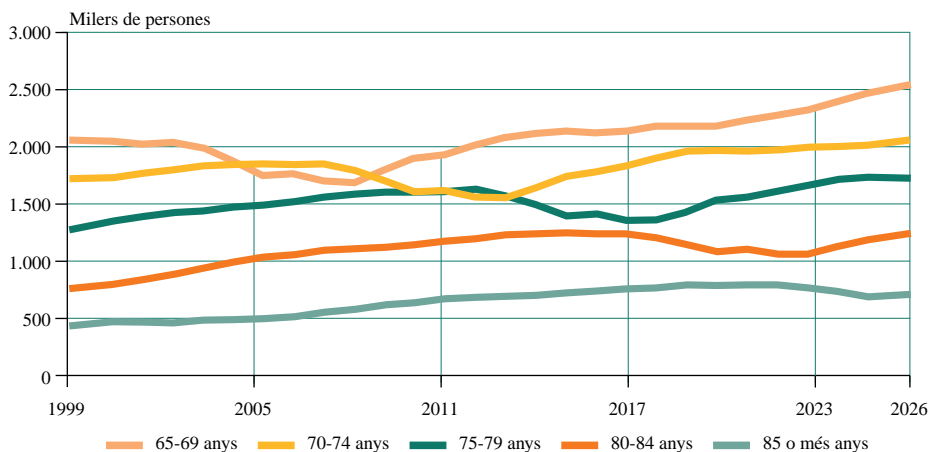
Font: Elaboració pròpia a partir de Fernández Cordón (1998).

És evident que el col·lectiu que experimentarà un creixement més gran les pròximes tres dècades serà el de les persones més grans de 65 anys. No obstant això, com també s'aprecia al gràfic, aquest creixement no serà uniforme. Així, a l'augment sostingut que s'espera en el futur més immediat (fins al 2002), seguirà un període de relatiu estancament que es prolongarà durant gairebé 10 anys, atribuïble al descens de la fecunditat que va tenir lloc durant la Guerra Civil i la primera postguerra («generacions buides»). A partir de l'any 2011, però, es produirà un augment ininterromput del nombre de persones grans, que s'accelerarà l'any 2020 amb l'arribada de les primeres generacions del «baby-boom» a l'edat de jubilació.

No obstant això, ja que els problemes de dependència afecten sobretot els individus de més edat dins del col·lectiu de persones grans, convé comentar quin comportament específic s'espera per a aquestes cohorts (gràfic 1.7).

Quan s'analitza l'evolució de les dues cohorts de més edat, a diferència del que passava quan es considerava tota la població gran, no es preveu cap període d'estancament fins d'aquí a vint anys. De fet, la cohort 80-84 experimentarà un fort creixement durant el pròxim decenni; un augment que,

## PROJECCIÓ DE LA POBLACIÓ ESPANYOLA DE MÉS DE 65 ANYS, PER GRUPS QUINQUENNALS D'EDAT. 1999-2026



Font: Elaboració pròpia a partir de Fernández Cordón (1998).

encara que lògicament esmorteït, es transmetrà a la cohort de més edat (85 o més) durant el decenni següent. Així doncs, si considerem únicament el seu component demogràfic, sembla clar que el repte social que comporta l'envel·liment demogràfic és més urgent en el cas que ens ocupa, les atencions de llarga durada, que en altres aspectes del benestar sobre els quals també s'està debatent (per exemple, el sistema públic de pensions).<sup>(5)</sup>

### La prevalença de la dependència a Espanya: evidència empírica

A pesar del creixent interès que sembla que hi ha al nostre país per la qüestió de la dependència, la veritat és que són pocs els treballs empírics fets fins ara sobre aquest tema. Tenint en compte l'àmbit territorial objecte d'estudi, les investigacions existents són de dos tipus. D'una banda, hi ha un conjunt de treballs que utilitzen informació procedent de diverses enquestes

(5) Per a una discussió sobre l'efecte de l'envel·liment demogràfic sobre el sistema públic de pensions, vegeu Herce *et al.* (2000).

representatives a escala estatal,<sup>(6)</sup> que van ser elaborades per quantificar altres aspectes a més de la incapacitat funcional (salut, condicions materials de vida, etc.). De l'altra, hi ha diverses investigacions la informació de base de les quals procedeix d'enquestes fetes amb el propòsit específic de valorar la incapacitat funcional, que analitzen aquesta qüestió en diferents municipis del país.<sup>(7)</sup>

No obstant això, abans de passar a analitzar els resultats obtinguts en aquestes investigacions, ens sembla més adequat intentar comentar primer quins objectius generals persegueixen aquests treballs i, sobretot, comentar quines són les qüestions metodològiques implicades i com han estat resoltes en cada cas.

El principal objectiu que persegueixen tots els treballs és obtenir estimacions sobre quantes persones grans en una població, ja sigui l'espanyola o la barcelonina, presenten problemes de dependència. A més d'això, algunes investigacions també pretenen identificar quins són els perfils sociodemogràfics que distingeixen les persones dependents de la resta. No obstant això, com comentarem a continuació, cap d'aquestes dues tasques és senzilla.

## Qüestions metodològiques

### a) ¿Quan és dependent un subjecte?

Una persona dependent, dèiem al principi d'aquest capítol, és aquella que durant un període prolongat de temps requereix l'ajuda d'una altra persona per dur a terme determinades activitats quotidianes. Referent a això, des dels treballs pioners de Katz *et al.* (1963) i Lawton i Brody (1969), els investigadors acostumen a distingir dos grups d'activitats: d'una banda, les activitats orientades a l'atenció personal, que en terminologia anglosaxona reben la denominació d'«activitats de la vida diària» (AVD), com per exemple menjar o arreglar-se, i, d'altra banda, aquelles el propòsit de les quals és mantenir l'entorn de la persona, són les denominades «activitats instrumentals de la vida diària» (AIVD), com per exemple comprar o preparar el menjar.

(6) Aquestes són, per ordre cronològic, l'«Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías» (INE, 1987), l'«Encuesta Nacional de Salud de 1993» (MSC, 1993) i l'«Encuesta sobre el Apoyo Informal» (CIS, 1993).

(7) Barcelona (Ruigómez i Alonso, 1996), Leganés (Béland i Zunzunegui, 1995), Vigo (Eiroa *et al.*, 1996) i Còrdova (Martínez *et al.*, 1997).

Així doncs, a l'hora de determinar quin és el nombre de persones dependents en una població, n'hi hauria prou sabent quins subjectes precisen ajuda per fer certes AVD i determinades AIVD. En aquest punt, però, les investigacions no sempre segueixen el mateix camí. En concret, difereixen pel que fa a l'elecció de les AVD i de les AIVD que s'han de considerar. Lamentablement, aquest fet provoca que els resultats de prevalença obtinguts pels diferents estudis siguin poc comparables entre si; és a dir, és impossible determinar fins a quin punt les diferències observades en els resultats són reals o, al contrari, responen a una elecció diferent pel que fa a les activitats sobre les quals pregunten als subjectes.

### **b) ¿En quina mesura és dependent un subjecte?**

A més del percentatge de persones grans que presenten problemes de dependència en una determinada població, una segona qüestió que preocupa els investigadors és conèixer el grau d'incapacitat funcional que pateixen els diferents individus dependents. El perquè d'aquest interès és obvi: des d'una perspectiva social, el repte assistencial que planteja un individu amb incapacitat funcional és directament proporcional al seu grau de dependència. En relació amb això, les propostes metodològiques són de tres tipus:

1) *Classificar els individus en funció del nombre i la naturalesa de les activitats en les quals necessiten ajuda.* En general, quan s'opta per aquesta via, els investigadors acostumen a establir una primera categoria que inclou aquells subjectes que només presenten problemes en les AIVD.<sup>(8)</sup> Així mateix, els individus que tenen problemes amb algunes AVD, independentment que tinguin també dificultats amb les AIVD, són classificats en categories diferents segons el nombre total d'AVD en les quals tenen problemes. Novament, tant el rang de les categories com el nombre varia d'unes investigacions a unes altres (vegeu quadre 1.2), i reflecteix el caràcter «ad hoc» que, en la nostra opinió, es troba subjacent en aquest tipus de metodologies. Podem afegir, però, que algunes d'aquestes aproximacions han demostrat el seu potencial per captar la diferent capacitat funcional dels individus dependents.<sup>(9)</sup>

(8) Òbviament es considera que les AIVD per si mateixes generen un grau de dependència menor.

(9) Ruigómez i Alonso (1996), per exemple, tot i establir només unes quantes categories segons el nombre d'AVD en què els individus tenen dificultats, contrasten empíricament com els subjectes pertanyen a aquestes categories i presenten taxes de mortalitat significativament més elevades que la resta.

2) *Utilitzar escales de capacitat funcional*. Des dels treballs pioners de Katz *et al.* (1963) i de Lawton i Brody (1969), als quals ja hem al·ludit, s'han desenvolupat diverses metodologies l'objectiu comú de les quals és aconseguir un «índex» que permeti mesurar (en unitats) el diferent grau de dependència que sens dubte hi ha entre els individus funcionalment incapços. De fet, les diferents escales existents no tan sols pretenen obtenir una «mètrica» de la dependència, sinó que també tracten de proposar un conjunt limitat de categories, obtingut a partir de l'índex elaborat, que ajudin a classificar els individus dependents.

Davant de les propostes metodològiques que consideràvem en l'apartat anterior, el principal atractiu de les escales de capacitat funcional és que acostumen a ser el resultat d'un procés d'elaboració científic més o menys rigorós (s'estudia, per exemple, si efectivament unes puntuacions superiors de l'índex es corresponen o no amb una major utilització d'atencions de llarga durada). No obstant això, com assenyalen Ruigómez i Alonso (1996), gran part d'aquestes escales han estat dissenyades amb el propòsit que la valoració funcional que fan dels individus sigui d'utilitat en l'àmbit clínic (que serveixin, per exemple, per avaluar la progressió dels pacients). Per això, el seu desenvolupament exigeix fer enquestes que han de contenir molta informació i, en alguns casos, ser administrades per personal qualificat. No obstant això, malgrat que això condiona la seva aplicabilitat en àmbits territorials grans, ja hi ha alguns estudis d'aquest tipus al nostre país [Martínez *et al.* (1997); Eiroa *et al.* (1996)].

3) *Classificacions basades en la utilització de tècniques d'anàlisi multivariant*. Les propostes d'aquest tipus, encara que comparteixen amb les altres l'objectiu d'establir categories d'individus dependents, es caracteritzen pel fet que aquestes categories s'obtenen sense necessitat de pressuposar res *a priori* sobre el nombre i el contingut. En concret, pel fet d'estar basades en la utilització de tècniques d'anàlisi multivariant,<sup>(10)</sup> és el contingut de les dades el que acaba determinant quines categories s'han de considerar.

Així, per exemple, en l'únic estudi que ha seguit aquesta orientació al nostre país (Béland i Zunzunegui, 1995), s'utilitza una tècnica multivariant, l'anàlisi de correspondència (AC), per analitzar la informació continguda en

(10) Manton *et al.* (1997).

l'enquesta «Envejecer en Leganés». Entre altres coses, l'AC permet a les autores classificar, d'una manera empíricament rigorosa, els individus amb problemes en les AVD en tres grans grups: *i*) aquells que necessiten ajuda per fer activitats que impliquen un desplaçament (per exemple, anar al lavabo), *ii*) aquells que necessiten ajuda en activitats que impliquen moviments sense desplaçament (per exemple, menjar), i *iii*) els que són incapaços de fer cap de les dues activitats anteriors.

### **c) Altres fonts de variació en els resultats**

A més de les qüestions que hem considerat fins ara, hi ha dos factors més que fan difícil comparar els resultats obtinguts pels diferents estudis. D'una banda, ja que les investigacions analitzen enquestes de poblacions que acostumen a diferir pel que fa a les característiques sociodemogràfiques, en la mesura que aquests factors són responsables de la diferent probabilitat individual de presentar dependències, els resultats de prevalença diferiran entre uns estudis i els altres. D'altra banda, ja que cap de les enquestes fetes a Espanya inclou en la seva mostra la població que està internada en institucions, una part (indeterminada) de les diferències observades en les taxes de prevalença és atribuïble al diferent grau d'institucionalització existent en les poblacions estudiades.

## **Resultats**

Els quadres 1.2 i 1.3 tracten de sintetitzar els resultats obtinguts pels diferents estudis sobre dependències fets al nostre país. En el primer, els treballs que apareixen són aquells que han analitzat la qüestió de la dependència a escala local. El segon quadre, d'altra banda, ofereix una síntesi dels estudis d'àmbit estatal. Comentarem els uns i els altres per separat.

En relació amb els treballs d'àmbit local, hi ha tres aspectes que mereixen ser destacats. En primer lloc, l'existència de diferències metodològiques entre els diferents estudis, com ja hem assenyalat anteriorment, dificulta la comparabilitat dels resultats obtinguts en cada un d'ells. Més concretament, en la mesura que les categories de dependència varien d'uns estudis als altres, comparar les taxes de prevalença és un exercici que no té sentit. Per això, tant si es pretén obtenir una estimació de la prevalença a

escala nacional, com si s'intenta contrastar l'existència de diferències territorials, els resultats dels treballs d'àmbit local no constitueixen una font d'informació que pugui ser utilitzada amb aquests propòsits.

No obstant això, i aquest és el segon aspecte que s'ha de destacar, res del que hem dit anteriorment qüestiona la utilitat dels treballs revisats, per la senzilla raó que l'objectiu que persegueixen els autors no és el de proporcionar una instantània parcial dels problemes de dependència a Espanya. Al contrari, el seu principal propòsit és oferir una instantània completa de quina és la prevalença de la incapacitat funcional en una determinada localitat. I aquest objectiu, com posa de manifest el quadre 1.2, l'aconsegueixen els diferents treballs, encara que utilitzant metodologies diferents en cada cas.

Finalment, a diferència del que passa amb les taxes de prevalença, quan els diversos estudis tracten d'identificar les característiques socio-demogràfiques que distingeixen les persones dependents de la resta, els resultats obtinguts sí que poden ser comentats des d'una perspectiva més general, ja que sembla raonable pensar que els factors associats a la dependència han de ser els mateixos independentment de l'àmbit territorial que es consideri.

Referent a això, però, la rellevància dels resultats obtinguts és diversa. Tret de l'estudi de Béland i Zunzunegui (1995), la resta de treballs es limiten a computar, per separat, si les diferències en les taxes de prevalença entre les diverses categories (i.e. home/dona) d'una mateixa variable (i.e. sexe), són estadísticament significatives o no; en altres paraules, quan s'estableix l'associació entre una variable i el fet de ser dependent, no es controla per l'efecte d'altres variables. Al contrari, el treball de Béland i Zunzunegui (1995), en la mesura que fa una anàlisi de regressió logística multivariant, sí que té en compte aquest punt. No és estrany, per tant, que els resultats d'aquest treball siguin substancialment diferents dels de la resta: encara que l'edat avançada conserva la seva significativitat, aquesta desapareix en el cas de la variable sexe. Així mateix, l'anàlisi de regressió permet afegir un nou factor que comporta una major probabilitat relativa de ser dependent: el baix nivell d'ingressos.<sup>(11)</sup>

(11) A la secció següent, on hem fet una anàlisi estadística de la recentment apareguda «Encuesta sobre la soledad en las personas mayores» (CIS, 1998), tindrem l'oportunitat de discutir més àmpliament el treball de Béland i Zunzunegui (1995), sens dubte el més complet dels que s'ha fet fins ara al nostre país.

Per la seva banda, com posa de manifest el quadre 1.3, són molt pocs els treballs que han intentat analitzar la prevalença dels problemes de dependència utilitzant la informació continguda en les diferents enquestes fetes a escala nacional. De fet, dues d'aquestes enquestes, l'ENS-95 i l'ENS-97, no han estat explotades més que pels responsables de la seva elaboració (MSC, 1997 i 1999), i els resultats que s'han publicat en aquest sentit han estat excessivament generals i, per això, de molt poca utilitat.

El treball de Pérez Díaz (1999), l'objectiu principal del qual és obtenir projeccions sobre el nombre futur de persones grans dependents, utilitza com a punt de partida unes taxes de prevalença calculades a partir de l'«Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías» (INE, 1987) (EDDM). Aquestes taxes, assenyala l'autor, augmenten a mesura que es consideren cohorts d'edat més avançada, i són més elevades entre les dones que entre els homes. Aquestes conclusions, però, s'obtenen per mitjà d'una anàlisi merament descriptiva (càlcul de freqüències). Així mateix, en la mesura que l'EDDM estudia la incapacitat segons una classificació de l'Organització Mundial de la Salut que no és específica per a l'envelliment (Béland i Zunzunegui, 1995), els resultats obtinguts són molt poc comparables amb els de l'altre estudi d'àmbit nacional existent, de Morán Aláez (1999).

Aquest últim autor s'aproxima a la quantificació dels problemes de dependència a Espanya utilitzant dues fonts complementàries d'informació: l'«Encuesta Nacional de Salud de 1993» (MSC, 1993) (ENS) i l'«Encuesta sobre el apoyo informal a las personas mayores. 1ª fase» (CIS, 1993) (EAI). Després de proposar una classificació dels subjectes dependents basada en el recompte del nombre d'activitats en les quals necessiten ajuda en tres grans àrees (atencions personals, feines domèstiques i assumptes propis), l'autor calcula les taxes de prevalença en cada una de les diferents categories estudiades utilitzant tant l'ENS com l'EAI (vegeu quadre 1.2). A pesar de les diferències existents entre els resultats de les dues enquestes, en general, no són estadísticament significatives (Morán Aláez, 1999).

Comparant les taxes de prevalença entre diferents grups d'edat, aquest autor observa com el problema de la dependència afecta més, en termes relatius, les persones grans d'edat avançada. Així mateix, utilitzant la informació continguda en l'EAI sobre diferents variables sociodemogràfi-

## ESTUDIS D'ÀMBIT LOCAL SOBRE DEPENDÈNCIES

Estudi	Font d'informació (any)	Població de referència (N)
Béland i Zunzunegui (1995)	Enquesta «Envejecer en Leganés» (1994)	Població no institucionalitzada de 65 o més anys (1.232)
Ruigómez i Alonso (1996)	Enquesta de salut de Barcelona (1986)	Població no institucionalitzada de 65 o més anys (1.632)
Eiroa <i>et al.</i> (1996)	Enquesta de Salut OARS-Vigo (1994)	Població no institucionalitzada de 65 o més anys (841)
Martínez <i>et al.</i> (1997)	Estudi Transversal a Còrdova	Població no institucionalitzada de 60 o més anys (1.103)

Nota: N: Dimensió de la mostra.

AVD: Activitats de la vida diària (per exemple menjar o arreglar-se).

AIVD: Activitats instrumentals de la vida diària (per exemple comprar o fer el menjar).

Font: Elaboració pròpia a partir de la informació continguda als diferents treballs referenciats.

ques, Morán Aláez tracta de caracteritzar la població dependent. Això no obstant, com que no utilitza informació sobre la població no dependent per fer aquesta caracterització i, sobretot, com que no està basada en una simple anàlisi descriptiva (freqüències), els diferents resultats obtinguts no permeten extreure cap conclusió rellevant sobre quins són els perfils sociodemogràfics que distingeixen les persones grans dependents de la resta.

A l'apartat següent, a partir de la informació continguda en la ja citada EAI (CIS, 1993) i a la recent «Encuesta sobre la soledad en las personas mayores» (CIS, 1998) (ESPM), tractarem de fer una aportació nova al conjunt de treballs que s'han dut a terme sobre la qüestió de la dependència a Espanya. A més de la novetat que per si sola comporta la utilització de les

Resultats			
Prevalença en població de 65 anys o més (%)		Factors associats a la dependència	
AVD:		AIVD:	Edat
Poden	84,4	Poden	60,9
Ajuda tasques amb desplaçament	6,6	Necessiten ajuda	31,6
Ajuda tasques sense desplaçament	6,2	No poden	7,5
No poden	2,7		
AVD:			Edat
Independents	62,8		Malalties cròniques
Independents amb dificultat	31,0		Sexe
Dependents	6,2		
AVD:			
Situació excel·lent/bona	58,0		
Deteriorament lleu/moderat	33,0		
Deteriorament greu/absolut	9,0		
AVD:			Edat
Situació excel·lent/bona	48,0		Sexe
Deteriorament lleu/moderat	41,0		
Deteriorament greu/absolut	10,0		

microdades de l'ESPM, que encara no han estat explotades en cap estudi, l'anàlisi que proposem resulta nova per dos motius addicionals. En primer lloc, utilitzarem diferents tècniques d'anàlisi multivariant per analitzar, d'una banda, la prevalença a escala estatal de diversos graus de dependència i, de l'altra, els factors sociodemogràfics associats a l'aparició d'aquests problemes. En segon lloc, ja que disposem de dades de secció creuada per a dos moments de temps diferents, tractarem d'utilitzar aquesta informació per intentar respondre una qüestió que encara no ha estat tractada al nostre país: ¿es detecta una tendència a Espanya, igual que ha passat en altres països, cap a una reducció de les taxes de prevalença?

## ESTUDIS D'ÀMBIT ESTATAL SOBRE DEPENDÈNCIES

Estudi	Font d'informació (any)	Població de referència (N)
Pérez Díaz (1999)	Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías (1986)	Famílies espanyoles (75.000)
MSC (1996)	Encuesta Nacional de Salud (1995)	Població espanyola > 15 anys (6.4000 individus)
	Encuesta Nacional de Salud (1993)	Població espanyola > 15 anys (6.400 individus)
Morán Aláez (1999)	Encuesta sobre el apoyo informal a las personas mayores (1993)	Població espanyola > 65 anys (2.500 individus)

Font: Elaboració pròpia a partir de la informació continguda en els diferents treballs referenciats.

## Noves dades sobre la dependència a Espanya

### Fonts d'informació

Hi ha diferents raons que expliquen per què la nostra anàlisi utilitzarà com a informació de base les dades contingudes en les dues enquestes anteriorment mencionades. Un primer motiu el podem trobar en el fet que tant l'«Encuesta sobre el apoyo informal» (EAI) com l'«Encuesta sobre la soledad de las personas mayores» (ESPM) van ser dissenyades amb l'objectiu exprés de caracteritzar la població anciana. Així, a diferència de l'«Encuesta Nacional de Salud» (ENS), aquestes dues enquestes utilitzen una mostra que únicament pretén representar la població més gran de 65 anys. Per això, la dimensió de la mostra de les dues enquestes és molt més gran que la de l'ENS.<sup>(12)</sup> Així mateix, en coherència amb el fet que *a priori* els problemes dels ancians són molt més greus com més avançada és l'edat, totes dues

(12) Totes dues enquestes del CIS utilitzen una mostra de 2.500 individus. D'altra banda, la submostra d'individus més grans de 65 anys que considera l'ENS-97 a penes supera els 1.000.

Prevalença en població de 65 anys o més (%)

Problemes d'«independència física»:

Homes	6,4	Dones	8,5
-------	-----	-------	-----

No ofereix informació agregada, només activitat a activitat ( $N > 65 = 1.100$ )

Alguna dependència (1 o més) en:	ENS-93	EAI-93
(1) Atencions personals	19,6	18,9
(2) Feines domèstiques	25,6	17,5
(3) Assumptes propis	27,1	20,3
(2) o (3)	34,5	32,9
(1) i (2) i (3)	5,3	0,8

Alguna dependència greu (3 o més) en:	ENS-93	EAI-93
(1) Atencions personals	3,0	5,9
(2) Feines domèstiques	9,8	5,7
(3) Assumptes propis	6,5	8,1
(2) o (3)	11,4	11,7
(1) i (2) i (3)	2,6	0,6

enquestes van ser dissenyades de manera que les cohorts de més edat estan sobrerrepresentades en la mostra, cosa que no passa en el cas de l'ENS i que resulta especialment important per analitzar els problemes de dependència.

En segon lloc, la similitud existent entre les dues enquestes i el fet que tant l'una com l'altra estiguin separades per un període de temps suficientment llarg (5 anys), les converteix en les úniques fonts d'informació que permeten abordar la qüestió de l'evolució temporal de la dependència amb un mínim de rigor.

Finalment, a diferència de l'ENS, les dues enquestes incorporen informació sobre quin és el tipus d'ajuda que reben els subjectes que presenten problemes de dependència (suport informal, atenció domiciliària, etc.). Aquest aspecte, com tindrem ocasió de comprovar al capítol II, ens permetrà analitzar quantitativament quins factors determinen la manera com la nostra societat està responnent al repte assistencial que comporten les persones grans dependents.

## La prevalença actual dels problemes de dependència a Espanya

### a) Una primera aproximació a les dades: categories àmplies de dependència

Com ja hem assenyalat, l'«Encuesta sobre la soledad de las personas mayores» (ESPM) és l'enquesta més recent que incorpora informació relacionada amb els problemes de dependència a Espanya. Així, en aquesta enquesta es preguntava als individus en quina mesura eren capaços de dur a terme autònomament dotze activitats, tres d'elles relacionades amb l'atenció personal (AVD) i la resta amb el manteniment de l'entorn (AIVD). En concret, per a cada una d'aquestes activitats, es donava la possibilitat als subjectes de contestar una de les sis possibles respostes que apareixen al quadre 1.4.

Ja hem comentat anteriorment que, en general, la majoria d'estudis assenyalen la necessitat de diferenciar entre aquells individus que només presenten problemes en les activitats «instrumentals de la vida diària» (i.e. cuinar) d'aquells altres, *a priori* menys nombrosos, que també tenen dificultats en les activitats «de la vida diària» (i.e. banyar-se), per la senzilla raó que la intensitat de les atencions que precisen els uns i els altres es pressuposa que és diferent. Seguint aquest esquema, hem calculat el percentatge que representen sobre el total de la població de més de 65 anys aquests dos grups d'individus dependents, i per a això s'ha adoptat una definició extensiva de dependència (és a dir, es computa com a dependent tant aquella persona que necessita una mica d'ajuda, com la que en necessita molta, i la que és totalment incapaç). Els resultats obtinguts es mostren al gràfic 1.8.<sup>(13)</sup>

Així doncs, tenint en compte aquests resultats, sembla que les persones que tenen problemes per fer tant les activitats de la vida diària (AVD) com les activitats instrumentals de la vida diària (AIVD) són, efectivament, menys nombroses que el grup d'individus que només necessiten ajuda en les AIVD. En conjunt, per tant, aquesta primera fotografia ens estaria dient que gairebé un 35% de la població anciana del nostre país necessita ajuda per portar a terme almenys una de les dotze activitats contemplades a l'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores».

(13) Tots els resultats que s'ofereixen a les pàgines següents tenen una interpretació poblacional, és a dir, han estat obtinguts després d'aplicar als resultats mostrals els coeficients d'elevació corresponents.

## ENQUESTA SOBRE LA SOLEDAT EN LES PERSONES GRANS. 1998

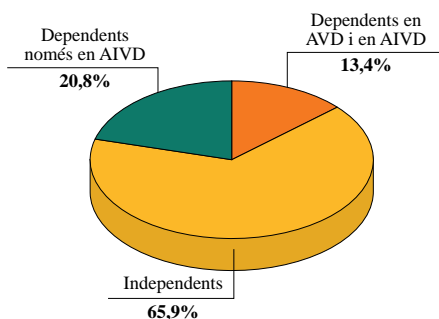
Mostra: 2.500 persones grans de 65 anys (representativa a escala estatal)

Preguntes sobre dependència	Respostes possibles
<b>Activitats de la vida diària (3):</b> Llevar-se, vestir-se i arreglar-se Banyar-se i/o dutxar-se Caminar per dins de casa	<input type="checkbox"/> Ho fa sense ajuda <input type="checkbox"/> Ho fa sense ajuda, però amb dificultat
<b>Activitats instrumentals de la vida diària (9):</b> Cuinar Fer la neteja i les feines de la casa Pujar i baixar escales Sortir i caminar pel carrer Fer servir el telèfon Fer servir el transport públic Anar de vacances Fer tràmits, gestions, etc. Portar el control dels diners	<input type="checkbox"/> Necessita una petita ajuda per fer-ho <input type="checkbox"/> Necessita una gran ajuda per fer-ho <input type="checkbox"/> No ho pot fer encara que l'ajudin <input type="checkbox"/> No ho fa perquè mai no ho ha fet

Font: Elaboració pròpia a partir de l'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores» (CIS, 1998).

Gràfic 1.8

## PROBLEMES DE DEPENDÈNCIA DE LA POBLACIÓ GRAN ESPANYOLA. 1998



AVD: Activitats de la vida diària.

AIVD: Activitats instrumentals de la vida diària.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores» (CIS, 1998).

Darrere d'aquestes xifres agregades, però, s'amaguen realitats molt diferents. En concret, ja que no hem considerat el nombre d'activitats en què cada individu té problemes, és evident que les persones que comparteixen una mateixa categoria de dependència, tant si és l'una com l'altra de les dues definides fins ara, poden requerir un volum d'ajuda molt diferent entre si.

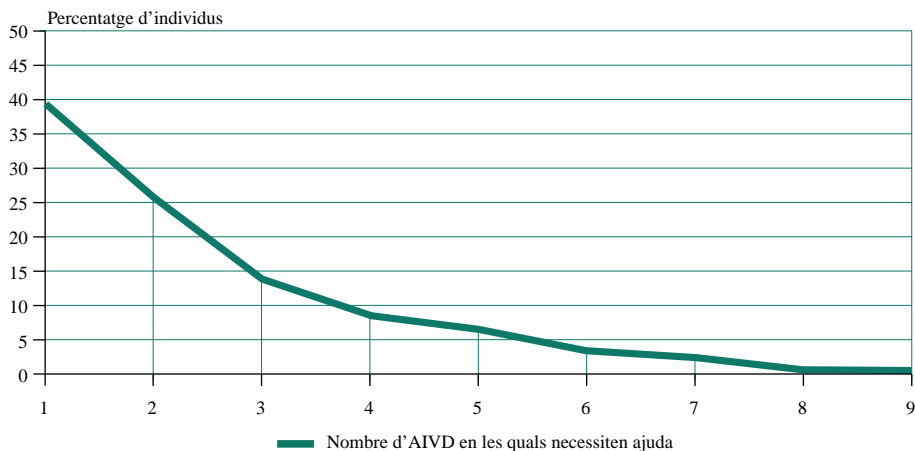
Així, en el cas del grup de persones que només necessiten ajuda en les AIVD, es constata que prop d'un 40% únicament necessita algú per fer una de les nou activitats considerades. De fet, com es pot observar al gràfic 1.9, els individus que depenen d'una altra persona per fer quatre o més d'aquestes nou activitats representen, conjuntament, menys del 25% del total d'individus pertanyents a la categoria «dependents només en AIVD».

També s'aprecien diferències entre els individus pertanyents a l'altra categoria de dependència anteriorment definida. Així, computant el nombre d'AIVD en les quals tenen problemes els individus que necessiten ajuda en una o més AVD (gràfic 1.10), apareixen dos aspectes que val la pena destacar. En primer lloc, com s'observa en l'última categoria de l'eix d'abscisses, que és, per la manera com s'ha construït el gràfic, la que acumula el total d'individus amb problemes en una, dues o tres AVD, cada un d'aquests tres subgrups d'individus té una dimensió desigual. En concret, els subjectes amb problemes en una sola AVD són tan nombrosos com aquells que tenen problemes en les tres AVD considerades; d'altra banda, els individus que precisen ajuda en dues d'aquestes activitats representen un col·lectiu considerablement menor de persones. En segon lloc, també és destacable la manera com es distribueixen els problemes en les AIVD entre cada un dels tres grups que acabem de mencionar. Així, llegint el gràfic 1.10 d'esquerra a dreta, s'observa com els subjectes que només tenen problemes en una AVD mostren, relativament, un nombre de problemes menor en les AIVD en comparació amb aquells individus que tenen més d'un problema en les AVD (dos o tres).

En resum, tant en el cas dels individus que només presenten problemes en les AIVD com en el dels subjectes que també requereixen ajuda en les AVD, sembla clar que les diferències dins dels dos col·lectius són importants. Així doncs, és necessari construir noves categories que ens permetin

Gràfic 1.9

## PERSONES DEPENDENTS NOMÉS EN LES ACTIVITATS INSTRUMENTALS DE LA VIDA DIÀRIA. 1998

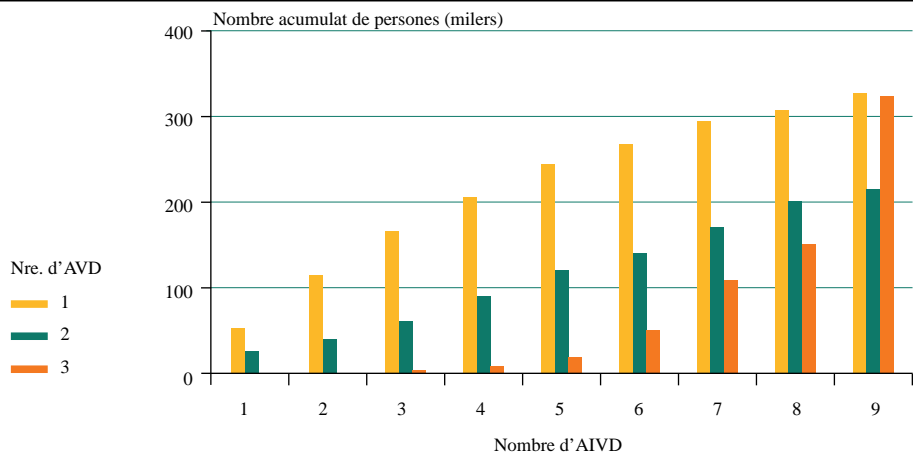


AIVD: Activitats instrumentals de la vida diària.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores» (CIS, 1998).

Gràfic 1.10

## PERSONES DEPENDENTS EN LES ACTIVITATS DE LA VIDA DIÀRIA I EN ACTIVITATS INSTRUMENTALS DE LA VIDA DIÀRIA. 1998



AVD: Activitats de la vida diària.

AIVD: Activitats instrumentals de la vida diària.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores» (CIS, 1998).

obtenir una fotografia més precisa de la prevalença dels problemes de dependència en el nostre país. Tractarem d'abordar aquesta tasca en l'apartat següent.

### **b) Afinant els resultats**

Idealment, ja que estem interessats a analitzar amb detall els problemes de dependència en el nostre país, ens agradaria arribar a ser capaços d'obtenir una mesura del grau global de dependència que pateixen cada un dels individus que diuen que tenen problemes per fer diferents activitats quotidianes. En principi, com ja hem dit, sembla clar que el nombre d'activitats en les quals els individus necessiten ajuda estarà relacionat amb aquest grau de dependència global. Així mateix, a més del nombre d'activitats, sembla clar que també el grau d'ajuda requerit en cada una de les activitats serà important.

En el cas de l'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores» (ESPM), per intentar obtenir aquesta mesura global, comptem amb informació de 2.500 subjectes sobre el grau d'ajuda que necessiten per portar a terme un total de 12 activitats, mesurat en un interval que admet cinc possibilitats en cada activitat (vegeu quadre 1.3). En aquest punt, la pregunta que sorgeix d'una manera espontània és la següent: ¿com transformar tota aquesta ingent quantitat de dades en una única mesura de dependència per a cada subjecte?

L'anàlisi d'homogeneïtat és una tècnica estadística que ens pot ajudar a oferir una resposta en relació amb això, per la senzilla raó que el seu objectiu és intentar condensar en unes poques noves variables, denominades factors, el màxim de la informació continguda inicialment en un conjunt més ampli de variables categòriques (com són, per exemple, les relatives a cada una de les dotze activitats que apareixen en l'ESPM).<sup>(14)</sup> Així, aplicant una anàlisi d'homogeneïtat al subconjunt d'individus que només tenen problemes en les activitats instrumentals de la vida diària (AIVD), s'ha pogut constatar que el primer factor resultant captura una part important de la

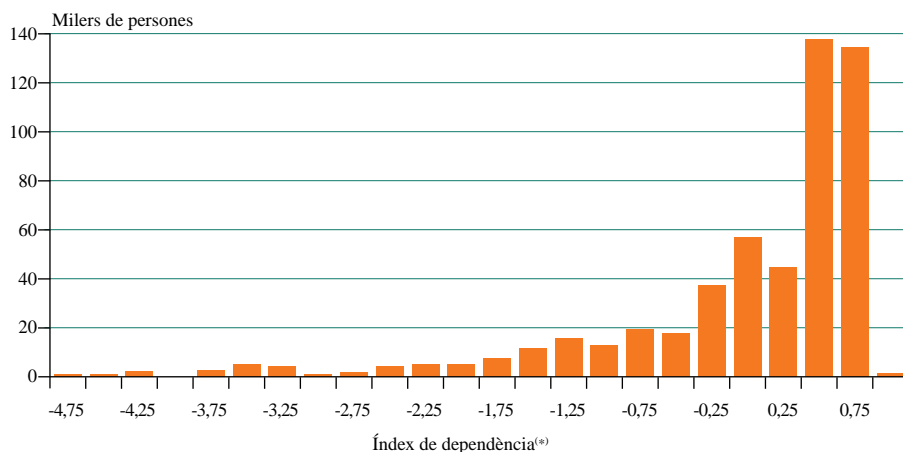
(14) Una excel·lent introducció a l'anàlisi d'homogeneïtat, així com a altres tècniques multivariants de reducció de dades categòriques (anàlisi de correspondència i anàlisi conjunta), es pot trobar a Greenacre (1993).

variabilitat existent pel que fa al grau d'ajuda requerit per fer el conjunt d'AIVD considerades (vegeu el gràfic 1 de l'annex). Per això, la puntuació registrada pels diferents individus en aquest primer factor constitueix un «índex» que ens aproxima quantitativament al grau global de dependència que experimenta cada un d'ells; en concret, com més negatiu és el valor de l'índex, més gran és el grau global de dependència. Els resultats obtinguts es reproduïxen al gràfic 1.11.

Així doncs, confirmant els resultats preliminars obtinguts en l'apartat anterior, sembla clar que els subjectes dependents pel que fa a les AIVD constitueixen un grup en què el grau global de dependència es distribueix d'una manera desigual; les persones més nombroses dins d'aquest grup són aquelles que presenten un grau de dependència molt baix (puntuacions positives). A partir de les puntuacions obtingudes, hem establert tres categories de subjectes en funció del grau global de dependència: lleu, moderada i severa. Encara que aquesta classificació té algunes limitacions, possiblement

Gràfic 1.11

### ÍNDEX DE DEPENDÈNCIA DE LES PERSONES AMB PROBLEMES PER FER LES AIVD



(\*) Com més negatiu és el valor de l'índex, més gran és el grau de dependència.

AIVD: Activitats instrumentals de la vida diària.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores» (CIS,1998).

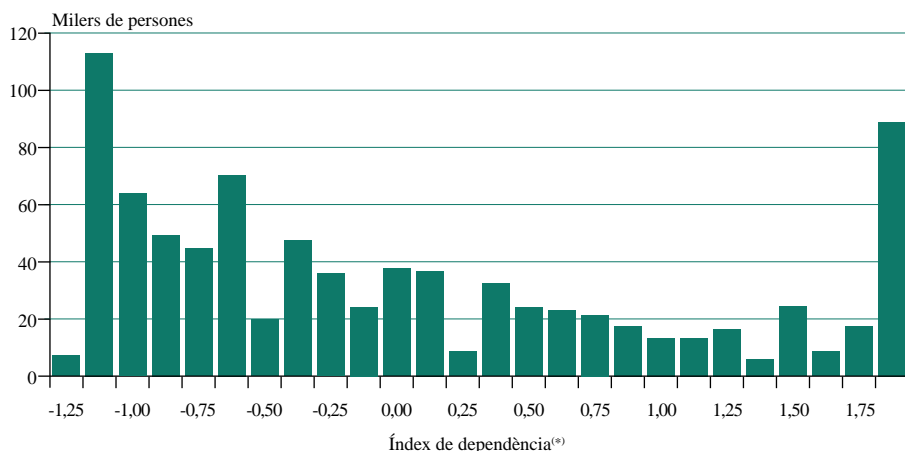
la més important és la derivada del caràcter discrecional amb què s'han establert els punts de tall entre les categories, creiem que ofereix una bona instantània de quina és la importància poblacional dels problemes amb les AIVD. Així, donant per bona aquesta nova classificació, es comprova que del 1.300.000 persones que declaren que tenen dificultats en les AIVD, només tenen un grau de dependència severa el 8,7%. Així mateix, el grup més nombrós està format pels individus amb un grau global de dependència lleu (76,7%), seguit de lluny per les persones amb un grau de dependència moderat (14,6%).

Pel que fa a l'altre gran grup de persones dependents caracteritzat en l'apartat anterior, que recordem que estava integrat per individus amb problemes tant en les AIVD com en les activitats de la vida diària (AVD), l'anàlisi d'homogeneïtat duta a terme ens ha permès treure noves conclusions. Novament, el primer dels factors condensa bona part de la variabilitat existent pel que fa al grau d'ajuda requerit per fer el conjunt de les dotze activitats considerades (vegeu gràfic A.2 de l'annex). En aquest cas, però, els valors de l'índex global de dependència obtinguts tenen una interpretació contrària: les puntuacions amb valors més positius corresponen als individus globalment més dependents, i viceversa. El gràfic 1.12 mostra els resultats obtinguts.

Novament, amb la intenció d'oferir una instantània més compacta del grau de dependència global que pateixen els individus amb problemes tant en les AVD com en les AIVD, hem construït tres grans categories de persones en funció de les seves puntuacions individuals en el primer factor de l'Anàlisi d'Homogeneïtat (AH). Així, sense oblidar el caràcter discrecional que està latent en la nostra classificació, podem concloure que els dependents lleus, moderats i severes representen, respectivament, un 36,8%, un 33,6% i un 29,6% de les prop de 870.000 persones més grans de 65 anys que anteriorment hem vist que necessitaven ajuda per fer algunes de les AVD i de les AIVD considerades a l'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores».

En aquest punt, gràcies a les noves categories de dependència que ens ha permès construir l'AH, estem en condicions d'oferir una fotografia més precisa de la importància poblacional que tenen els problemes de dependència entre la nostra població gran. Així, el gràfic 1.13 reproduïx les

## ÍNDEX DE DEPENDÈNCIA DE LES PERSONES AMB PROBLEMES PER FER LES AVD I LES AIVD



(\*) Com més positiu és el valor de l'índex, més gran és el grau de dependència.

AVD: Activitats de la vida diària (per exemple menjar).

AIVD: Activitats instrumentals de la vida diària (per exemple cuinar).

Font: Elaboració pròpia a partir de l'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores» (CIS, 1998).

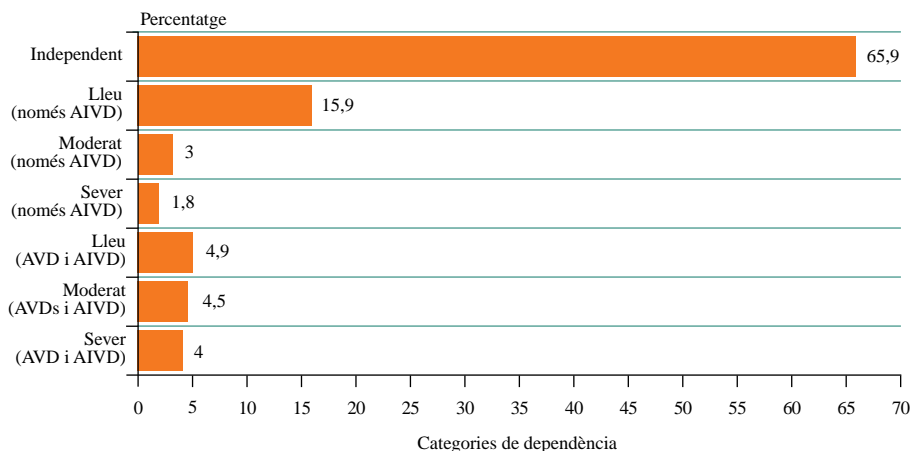
taxes de prevalença de les diferents categories de dependència que hem anat introduint.

### c) Factors determinants de la dependència

En la secció anterior, hem tractat de quantificar no tan sols el nombre d'individus que tenen dificultats per fer autònomament diverses activitats, sinó també el diferent grau de dependència global que presenten. No obstant això, encara que tots dos aspectes constitueixen un punt de partida ineludible en la valoració dels problemes que planteja la dependència, és necessari ampliar la nostra anàlisi i comentar quines característiques distingeixen les persones dependents de la resta.

En relació amb això, com ja hem emfatitzat al llarg de tot el capítol, l'edat constitueix un factor determinant. Així, quan es computa quina és la distribució per edats de les diferents categories de dependència introduïdes

## PREVALENCIA DELS PROBLEMES DE DEPENDÈNCIA A ESPANYA. 1998



AVD: Activitats de la vida diària.

AIVD: Activitats instrumentals de la vida diària.

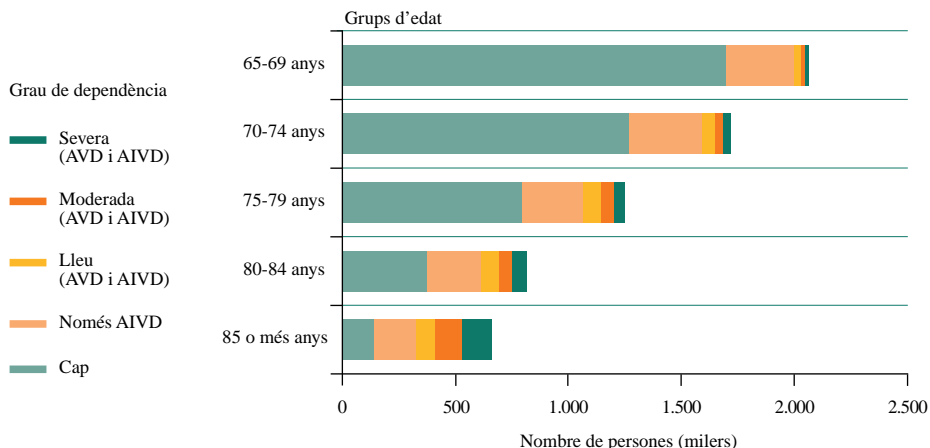
Font: Elaboració pròpia a partir de l'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores» (CIS, 1998).

en l'apartat anterior, els resultats que s'obtenen no poden ser més eloqüents (gràfic 1.14).

Tenint en compte aquests resultats, sembla evident que són els individus de més edat els que tenen més problemes de dependència. I això és cert no tan sols en termes relatius, sinó també en termes absoluts: excepte en aquella categoria que comporta un menor grau de dependència (ajuda només en les activitats instrumentals de la vida diària), per a la resta de categories la immensa majoria de subjectes dependents té més de 80 anys. Així doncs, com apuntàvem en seccions anteriors, la senescència es revela com un factor clarament determinant de l'aparició de problemes de dependència.

No obstant això, en la mesura en què no totes les persones d'edat molt avançada experimenten limitacions en la seva capacitat funcional, sembla clar que hi ha d'haver altres factors, a més de l'edat, que expliquin per què alguns subjectes són dependents i d'altres no. Referent a això, tornant a utilitzar la informació continguda a l'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores», s'ha plantejat un model estadístic en el qual s'analitza la

## GRAUS DE DEPENDÈNCIA PER GRUPS D'EDAT. 1998



AVD: Activitats de la vida diària.

AIVD: Activitats instrumentals de la vida diària.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores» (CIS, 1998).

possible influència de diferents variables socioeconòmiques sobre el fet de ser dependent.<sup>(15)</sup> Els resultats obtinguts en aquest model, a més de confirmar la importància de l'edat, assenyalen també que el fet de tenir un estat de salut pobre i un nivell educatiu baix són dos factors fortament associats al fet de ser dependent. De fet, en un sentit més ampli, el que apunten aquests resultats és que les trajectòries vitals de les persones (l'alimentació, les condicions laborals, etc.), influeixen decisivament sobre la probabilitat que tenen que, un cop ja han arribat a la vellesa, es trobin entre els desafortunats que han perdut la seva autonomia funcional. Així doncs, en la mesura que les trajectòries vitals de les persones grans del futur siguin diferents a les de les persones grans actuals, les taxes de prevalença dels problemes de dependència poden experimentar modificacions importants. De fet, amb l'ànim d'explorar retrospectivament aquests canvis, proposem en el següent apartat un exercici que pretén analitzar l'evolució dels problemes de dependència dels últims anys.

(15) El lector interessat pot consultar els detalls del model utilitzat a l'annex del capítol I.

## **Evolució de la dependència a Espanya: un intent de predicció**

No es coneix cap estudi que hagi intentat avaluar, per al cas del nostre país, quina ha estat la dinàmica temporal dels problemes de dependència els últims anys. Per això, com tindrem oportunitat de comprovar al capítol III, no és estrany que les poques projeccions que s'han fet sobre l'evolució futura del nombre de persones grans dependents, basin els càlculs en una extrapolació mecànica de les taxes de prevalença actuals. No obstant això, com ja hem assenyalat repetidament, tot exercici de projecció, si aspira a oferir un pronòstic versemblant sobre el futur, hauria de partir d'un coneixement al més ampli possible del passat. Hem d'afegir, malgrat tot, que en el cas del nostre país aquesta tasca ha resultat especialment complicada.

Així, fins a la recent aparició de l'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores», les poques enquestes d'àmbit estatal que havien incorporat alguna informació sobre les AVD («Encuesta nacional de salud» i «Encuesta sobre el apoyo informal»), o bé havien estat fetes en anys entre els quals hi havia un període de temps massa breu, o bé responien a un disseny que les feia pràcticament incomparables. En qualsevol cas, sigui per una raó o per l'altra, la veritat és que feien inviable qualsevol intent d'analitzar la possible evolució temporal de la dependència a Espanya.

### **Mètode**

A partir de les dades procedents de l'«Encuesta sobre el apoyo informal» i de l'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores», relatives respectivament a la població més gran de 65 anys l'any 1993 i el 1998, s'ha fet un exercici que pretén constatar si les taxes de prevalença dels problemes de dependència han experimentat alguna variació entre aquests dos anys. Per això, seguint la metodologia proposada per Jacobzone *et al.* (1999) al seu estudi sobre l'evolució de la dependència en alguns països de l'OCDE, s'ha partit d'una definició molt àmplia de dependència. En concret, hem considerat que algú era dependent si necessitava ajuda per fer una, o més, de les cinc activitats següents: 1) llevar-se, vestir-se i arreglar-se, 2) banyar-se o dutxar-se, 3) caminar per dins de casa, 4) pujar i baixar escales, i 5) sortir i caminar pel carrer. S'han contemplat únicament aquestes activitats per la senzilla raó

que són les que apareixen, simultàniament, tant en l'«Encuesta sobre el apoyo informal a las personas mayores» com en l'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores». Una vegada calculades les taxes de prevalença en cada un dels dos anys,<sup>(16)</sup> s'ha contrastat la significativitat estadística de les diferències observades entre elles aplicant una prova T.

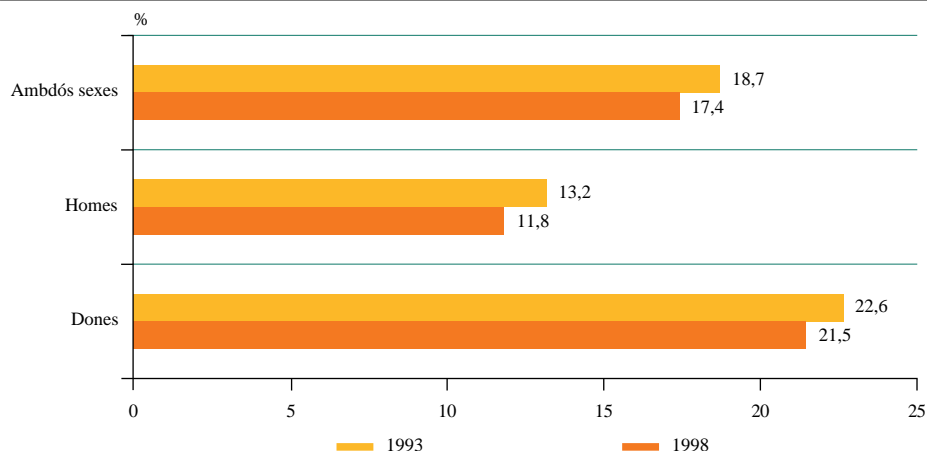
Això no obstant, abans de comentar quins han estat els resultats que hem obtingut, convé deixar clar que el nostre exercici té dues limitacions importants. En primer lloc, l'interval de temps que hi ha entre les dues enquestes, si bé és important, pot ser que no sigui prou gran per capturar les variacions que es puguin produir en la incidència poblacional dels problemes de dependència. No obstant això, com es desprèn dels resultats de Jacobzone *et al.* (1999), si els canvis són realment importants, cinc anys són bastants per advertir-ne la presència. En segon lloc, el fet que hàgim catalogat un subjecte com a dependent a partir únicament de la seva capacitat per fer cinc activitats, i que haguem obviat tota la resta d'informació no coincident que les dues enquestes incorporen sobre altres activitats, pot introduir biaixos en els resultats. Així, ja que el nombre i el contingut d'aquestes altres activitats és diferent en una enquesta i en l'altra, això podria esbiaixar els resultats comparatius si aquestes diferències de disseny tinguessin algun efecte sobre allò que contesten els individus. Malgrat això, ja que les activitats finalment considerades constitueixen el nucli dur dels problemes de dependència (contemplen les atencions personals), creiem que els nostres resultats mereixen ser tinguts en consideració. Vegem, doncs, quins han estat.

## Resultats

El gràfic 1.15 ens mostra quin percentatge de la població més gran de 65 anys presentava problemes de dependència l'any 1993 i l'any 1998. Així, entre aquests dos anys, la taxa de prevalença va disminuir 1,3 punts percentuals. Aquest descens es va produir tant entre els homes com entre les dones. Això no obstant, malgrat aquest descens, les diferències entre un sexe i l'altre es van mantenir tots dos anys. Encara que aquestes diferències són

(16) Els càlculs s'han fet ponderant les dues mostres, de 2.500 individus cada una, pels coeficients d'elevació que permeten recuperar la representativitat poblacional tant de l'EAI com de l'ESPM.

## TAXES DE PREVALEÇA DELS PROBLEMES DE DEPENDÈNCIA, PER SEXES, L'ANY 1993 I EL 1998



Nota: Percentatges sobre població més gran de 65 anys.

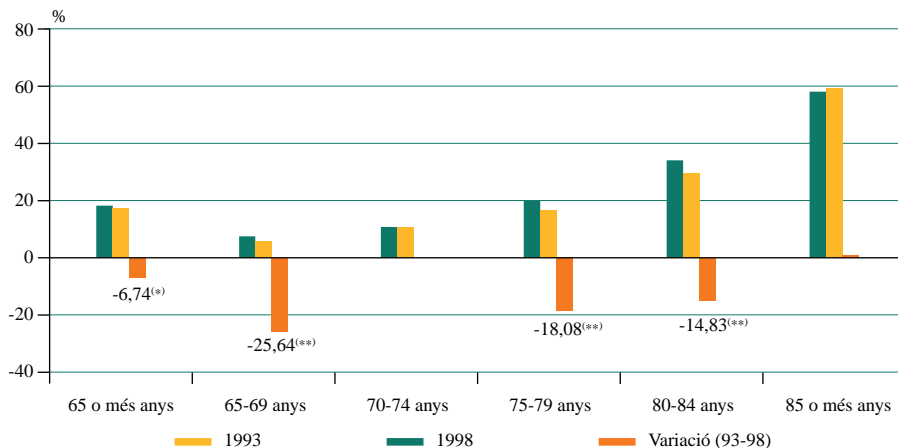
Font: Elaboració pròpia a partir de l'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores» (CIS, 1998).

estadísticament significatives, no hem d'oblidar que apareixen en la mesura que no hem considerat l'efecte d'aquelles altres variables que analitzàvem anteriorment (educació, estat de salut, etc.).

Pel que fa a la distribució per edats dels problemes de dependència, el gràfic 1.16 ens mostra quina ha estat l'evolució de la prevalença en les diferents cohorts d'edat entre els anys 1993 i 1998. Així, tret del cas dels subjectes de més edat (85 o més) i del dels individus d'entre 70 i 74 anys, en la resta de cohorts s'aprecien disminucions que són estadísticament significatives en tots els casos.

En definitiva, els resultats obtinguts, amb totes les limitacions que abans assenyalàvem, se situen dins de les tendències que comentàvem quan analitzàvem l'evidència empírica disponible per a altres països. Així, també en el cas d'Espanya, sembla que les taxes de prevalença no tan sols no han augmentat els últims anys, sinó que hi ha una certa evidència que més aviat han tendit a disminuir.

## VARIACIÓ PERCENTUAL DE LES TAXES DE PREVALENCIA DELS PROBLEMES DE DEPENDÈNCIA, PER GRUPS D'EDAT. 1993-1998



(\*) Significativa al 10%.

(\*\*) Significativa al 5%.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores» (CIS, 1998).

### A manera de conclusió

L'envelliment de la població constitueix ja una realitat al nostre país i, com posen de manifest totes les projeccions demogràfiques, es tracta d'un procés que sens dubte s'accentuarà els pròxims anys. No obstant això, com hem explicat al llarg d'aquest capítol, aquest fet no ha de comportar necessàriament un augment simètric del nombre d'ancians espanyols afligits pels problemes de dependència. El motiu es basa en el fet que ser dependent està determinat per altres factors a més del de l'edat, com són el nivell educatiu o l'estat de salut. Per això, en la mesura en què aquestes altres variables experimentin en el futur un comportament més favorable, que és el que sembla que ha tingut lloc aquests últims anys, el nombre de persones dependents pot ser que augmenti menys del que suggereixen algunes projeccions catastrofistes. Així doncs, és molt necessari començar a abandonar el to apocalíptic amb el qual se solen plantejar aquestes qüestions i, davant del titular fàcil, contraposar més i millors estudis que ens ajudin a comprendre en tota la seva

complexitat la dinàmica que hi ha entre l'envelliment demogràfic i els problemes de dependència.

A més, independentment de quin sigui el nombre de persones grans dependents en el futur, aquesta no és l'única variable que ens ha de fer reflexionar sobre la manera amb què el nostre país afrontarà el repte assistencial que planteja l'existència de persones dependents. Així, alguns dels canvis que s'estan produint en el comportament social, com poden ser la creixent incorporació de les dones al mercat laboral o la major autonomia domiciliar dels ancians, constitueixen fenòmens que ens obliguen a fer una valoració exhaustiva dels seus possibles efectes sobre la forma com tradicionalment la nostra societat ha respost al problema de la dependència (suport informal). Aquestes i altres qüestions, entre les quals destaca el paper que actualment té el sector públic en l'atenció a les persones dependents, seran analitzades al capítol següent.

## II. L'atenció de les persones grans dependents

### 1. ¿Una responsabilitat individual o col·lectiva?

En totes les societats sempre hi ha hagut persones grans que han necessitat l'ajuda d'unes altres per poder fer les activitats quotidianes que hem assenyalat al capítol anterior (menjar, vestir-se, banyar-se, etc.). No obstant això, des de mitjan segle xx, la manera amb què s'ha donat resposta a les necessitats d'atenció d'aquestes persones ha experimentat canvis importants en els països desenvolupats.

Fins ben entrat segle xx, a tots els països sense excepció, els familiars de les persones grans dependents eren els principals responsables que aquestes persones rebessin les atencions necessàries (Montgomery, 1999). Encara que l'origen concret d'aquesta responsabilitat fos diferent en les diferents societats, en tots els casos intervenien motius morals i/o econòmics. Pel que fa als primers, hem d'assenyalar que la majoria de tradicions culturals (religioses o civils) emfatitzaven, i continuen emfatitzant, la responsabilitat cap a la família. D'altra banda, el motiu econòmic que en més mesura estimulava que els familiars es fessin càrrec de les persones dependents era l'herència. Efectivament, com que les persones grans eren les propietàries de la majoria d'actius familiars (terres, casa, etc.), la possibilitat d'heretar actuava com a incentiu i estimulava els descendents de la persona gran dependent a proporcionar-li les atencions que necessités. Per descomptat que els llaços emocio-

nals que unien els membres d'una família també generaven, en moltes ocasions, els incentius per proporcionar l'assistència necessària.

En qualsevol cas, amb independència de quin dels anteriors motius fos el més important, la veritat és que la majoria de persones grans tenien en la família una mena d'assegurança. Així, el risc que comportava per a un individu la possibilitat de ser dependent, era cobert per la seva família. Aquest risc no era, però, l'únic risc contra el qual «assegurava» la família. La pèrdua d'ingressos que comportava la impossibilitat de treballar a partir d'una certa edat, també era coberta per les aportacions d'altres membres més joves. De fet, tot un conjunt de riscos que podien comportar una pèrdua de benestar per als individus (malaltia, dependència, atur, etc.), eren assegurats mitjançant la posada en comú dels recursos econòmics i humans de la família. Quan els individus no tenien família, l'Estat i alguns ordes religiosos, amb intensitat variable segons els països, proporcionaven certa ajuda. En el cas concret de les persones grans dependents, les antigues «llars per a pobres» en són un exemple paradigmàtic.

En el cas dels països desenvolupats, aquesta situació va començar a canviar a principis del segle XX amb l'adveniment dels primers programes de benestar social que acabarien configurant amb el pas dels anys els Estats de Benestar que avui dia coneixem. Encara que amb temps de desenvolupament diferents, a mitjan segle tots els països desenvolupats comptaven amb sistemes públics i universals de pensions i d'atur, a més de sistemes sanitaris que proporcionaven cobertura mèdica a gairebé tota la població. Així doncs, tres dels riscos als quals al·ludíem anteriorment (el cessament de l'activitat laboral per vellesa, l'atur i la malaltia), que fins aleshores s'havien afrontat mitjançant els recursos econòmics de la família, van passar a tenir una consideració de «risc social»: és a dir, quan es produïen, l'Estat passava a encarregar-se de proporcionar l'ajuda necessària als individus afectats, i finançava les despeses que comportessin mitjançant ingressos procedents d'impostos o de cotitzacions socials.<sup>(1)</sup>

(1) Les causes que expliquen el perquè d'aquests canvis són múltiples, i s'hi entremesclen factors polítics i econòmics que, a més, es manifesten d'una manera diferent en els diferents països. El lector interessat pot trobar una interessant perspectiva general sobre aquestes qüestions a Tortella (2000).

No obstant això, en el cas del risc que més ens interessa analitzar, el de dependència, els canvis van ser molt menys importants, tret d'uns quants països, i més tardans. Així, no va ser fins a finals dels anys seixanta, i únicament als països escandinaus (Kalish *et al.*, 1998), que l'Estat va passar a responsabilitzar-se de les atencions requerides per totes les persones grans dependents, al marge de quina fos la seva situació econòmica i familiar. Davant d'aquest enfocament «universalista», en el qual les atencions de llarga durada es concebien com un dret inherent a la condició de ciutadà, l'Administració de la resta de països desenvolupats va continuar aplicant una lògica «assistencialista». Sota aquest segon enfocament, per tant, l'actuació de l'Estat va continuar sent de caràcter subsidiari: és a dir, únicament tenia lloc quan la persona gran dependent no tenia el suport familiar i/o recursos econòmics. Això no obstant, els últims anys, dos països més han adoptat un enfocament universalista en matèria d'atencions de llarga durada: Alemanya (l'any 1996) i Japó (el 2000). A la resta de països desenvolupats, entre els quals hi ha Espanya, la implicació de l'Estat continua sent actualment de tipus assistencialista. Així doncs, a diferència dels altres riscos anteriorment apuntats, el de dependència únicament ha estat socialitzat en alguns països i, si bé en aquests pocs casos, d'una manera molt recent. Diverses són les causes que, en opinió nostra, explicarien aquest fenomen.

En primer lloc, l'Estat de Benestar es comença a consolidar als diferents països en un moment, després de la Segona Guerra Mundial, en què les societats desenvolupades s'estructuraven d'una manera diferent a l'actual (Esping-Andersen, 1999). En concret, el model social imperant reservava a la dona un paper més aviat passiu en el mercat de treball, i era el marit l'encarregat de procurar els ingressos necessaris per al manteniment de la unitat familiar. Així mateix, la dona solia ser la responsable de portar a terme les diferents activitats domèstiques, entre les quals hi havia ocupar-se dels nens i dels ancians.<sup>(2)</sup> En aquest context, quan els diferents països van decidir socialitzar alguns dels riscos fins aleshores individuals, es va optar per donar prioritat a aquells la cobertura familiar dels quals semblava més complicada.

(2) Els anys 50, i en països tan desenvolupats com EUA, el Regne Unit, Finlàndia o Noruega, el percentatge de persones grans que vivien a la mateixa casa que els seus fills oscil·lava entre el 30% i el 50% del total (Esping-Andersen, 1999: 54).

Així, en el cas de les pensions i del subsidi d'atur, els sistemes desenvolupats comportaven un flux d'ingressos estable quan el cap de família veia interrompuda temporalment (atur) o permanentment (vellesa) la seva activitat laboral. D'altra banda, en el cas dels serveis sanitaris, es tractava bàsicament de permetre que tothom, independentment del seu nivell d'ingressos, pogués optar a una assistència sanitària que fins llavors era massa cara per a la majoria de famílies. No obstant això, a causa de les baixes taxes d'activitat femenina, es va considerar que el risc de dependència podia continuar sent cobert per les famílies sense que això comportés una pèrdua excessiva de benestar, per dos motius: d'una banda, perquè, a diferència dels serveis sanitaris, les atencions de llarga durada podien ser proporcionades d'una manera bastant satisfactòria pels familiars de la persona dependent; i, de l'altra, perquè els principals encarregats de proporcionar aquestes atencions, les dones, que majoritàriament no treballaven, podien assumir aquesta responsabilitat sense que això impliqués una pèrdua d'ingressos per a la família.

En segon lloc, cap als anys cinquanta, quan s'estava configurant l'Estat de Benestar en els diferents països, les poblacions tenien una estructura d'edat també diferent de l'actual. En aquells moments l'envelliment demogràfic no era un problema: després de la Segona Guerra Mundial, les taxes de natalitat havien experimentat un creixement espectacular (el famós «baby-boom»), i el percentatge de persones més grans de 65 anys no arribava al 10% de la població en cap país. Així mateix, el pes poblacional dels més ancians (més grans de 80 anys), que, recordem-ho, és el col·lectiu que concentra un major nombre de persones dependents, era encara menor. Davant d'aquesta situació, és lògic que el risc de dependència no figurés entre les prioritats dels diferents governs i que s'optés per socialitzar altres riscos que afectaven un nombre més grans de persones.

Els dos factors anteriors explicarien per què no es va considerar la dependència com un risc que calia assegurar socialment durant els primers moments de gestació de l'Estat de Benestar. No obstant això, com hem assenyalat anteriorment, a partir de finals dels anys seixanta, alguns països van decidir universalitzar la cobertura del risc de dependència. Però, ¿per què ho van fer? Contestar aquesta pregunta és complicat, ja que no tan sols són múltiples els factors que intervenen en la socialització d'un risc, sinó

que la importància d'aquests factors és probable que variï d'uns països als altres. Tractarem, però, d'assenyalar alguns elements que, en la nostra opinió, van tenir un paper important en aquest procés.

Un primer element va ser, sens dubte, el progressiu envelliment demogràfic que es va començar a produir ja en la dècada dels seixanta. El pes electoral de les persones grans augmentava a tots els països desenvolupats i, en alguns d'ells, aquest fet va propiciar que l'agenda dels governs comencés a ser més sensible als problemes que podien començar a afectar un nombre més gran d'electors. Simultàniament, en el cas dels països escandinaus, en els quals l'Estat de Benestar s'havia consolidat en major grau, es tenia la convicció que el desenvolupament definitiu de les noves estructures de benestar exigiria reconsiderar el paper que les dones havien de tenir en la societat. En concret, davant l'emergent incorporació de les dones al mercat de treball, es va tenir clar que, perquè la incorporació fos plena, l'Estat havia de desenvolupar mecanismes que permetessin compatibilitzar aquesta nova dimensió laboral amb les activitats que les dones havien fet tradicionalment a l'interior de les cases. Així, ja que una d'aquestes activitats era atendre els ancians dependents, la resposta que es podia donar era evident: permetre que tota la població anciana, quan ho necessités, pogués utilitzar els serveis públics destinats a les persones grans dependents (ajuda a domicili, residències, etc.). D'aquesta manera es va aconseguir compatibilitzar els dos objectius que es perseguïen: d'una banda, obtenir una autonomia més gran de les dones, i de l'altra, respondre a la creixent demanda de serveis d'un col·lectiu, el de les persones grans, que estava guanyant pes en la societat.

En el cas dels dos països que han socialitzat el risc de dependència més recentment que, recordem-ho, són Alemanya i el Japó, les causes que hi ha darrere dels dos processos són diferents a les que acabem d'assenyalar per als països nòrdics. A Alemanya, a principis dels anys noranta, els governs locals, que eren i continuen sent els encarregats de proveir la major part de les atencions de llarga durada finançades públicament, van començar a tenir serioses dificultats per afrontar una demanda que creixia sense parar a causa de l'envelliment demogràfic. És més, aquesta demanda ja no provenia únicament de persones grans que no tenien mitjans econòmics, fins aleshores els tradicionals sol·licitants de l'ajuda pública, sinó que també les clas-

ses mitjanes tractaven d'accedir als serveis públics, incapaços de pagar els elevats preus dels serveis oferts pel sector privat. Simultàniament, l'augment de les taxes d'ocupació femenina que s'havia anat produint els últims anys, dificultava en molts casos la solució familiar. Davant d'aquesta situació, els governs locals van pressionar el govern federal perquè prengués alguna mesura. La solució que van prendre va ser, com ja hem assenyalat, incorporar la dependència als altres riscos ja coberts pel sistema de seguretat social (atur, pensions i malaltia).

Al Japó, d'altra banda, els motius que han dut al recent desenvolupament d'una assegurança pública de dependència no són gaire diferents als del cas alemany. Així, el fet que el país nipó sigui el més envellit del món ha comportat, sens dubte, un esperó perquè el govern es decidís a actuar en la direcció en què ho ha fet. Així mateix, a pesar que Japó ha estat i continua sent un país amb profundes conviccions familiars, també la creixent incorporació de la dona al mercat de treball ha posat en tela de judici la sostenibilitat d'un model d'atenció fonamentat gairebé exclusivament en la responsabilitat familiar.

Com dèiem anteriorment, excepte en els països escandinaus, el Japó i Alemanya, a la resta de països de l'OCDE la intervenció de l'Estat en matèria d'atencions de llarga durada continua sent avui dia de caràcter assistencialista. Però, ¿per què?

En primer lloc, perquè fins fa molt pocs anys, els països no han tingut la percepció que un dels reptes socials que implica l'incipient procés d'envelliment demogràfic sigui el relatiu a les atencions de llarga durada. Així, a principis dels anys vuitanta, quan els països desenvolupats debatien sobre el futur de l'Estat del Benestar,<sup>(3)</sup> l'èmfasi es va posar en la sostenibilitat d'aquells programes que estaven ja consolidats (pensions i sanitat). En el fons, se seguia considerant que la família, com havia fet fins aleshores, es podia continuar responsabilitzant de les persones grans dependents. De fet, en la majoria de països, les taxes d'activitat de les dones de més de 40 anys, que eren les que podien veure's obligades a ocupar-se dels seus pares o sogres, no eren gaire superiors a les registrades en èpoques anteriors. Així

(3) Vegeu *L'Estat del Benestar en crisi* (OCDE, 1981).

mateix, en un moment en què la majoria d'estats tenia problemes per acomodar els ritmes de creixement de la despesa pública a l'evolució dels ingressos, no era gaire oportú augmentar el conjunt de les responsabilitats ja adquirides.<sup>(4)</sup>

A més d'aquesta confiança en la sostenibilitat de la «solució familiar» i de les estretors pressupostàries, hi ha un altre factor que probablement explica per què els estats van continuar tractant la qüestió de les atencions de llarga durada des d'una perspectiva assistencialista: el paper del mercat. Efectivament, encara que fins ara ens hem referit exclusivament a la família i a l'Estat com els únics candidats capaços de donar resposta a les necessitats de les persones grans dependents, la veritat és que el mercat també pot tenir un paper important en aquest sentit. Sense anar més lluny, en el cas del nostre país, més del 60% de les places de residències estan ocupades per persones grans que paguen íntegrament de la seva butxaca els serveis que se'ls presta. I aquesta situació, lògicament, no és en absolut una peculiaritat espanyola. A més d'aquesta modalitat de provisió privada, en d'altres països diferents del nostre (especialment EUA), el sector privat també ha desenvolupat diversos tipus d'assegurances que cobreixen específicament el risc de dependència dels seus subscriptors. En qualsevol cas, és important assenyalar que la família i l'Estat no constitueixen les úniques alternatives amb què compten els individus per obtenir les atencions de llarga durada que puguin necessitar. Així, davant del risc de dependència, a més de la cobertura que poden oferir l'Estat o la família, els subjectes també tenen la possibilitat de responsabilitzar-se individualment d'aquest risc i, si arriba el cas, pagar perquè algú en el mercat els proporcioni les atencions necessàries.<sup>(5)</sup>

En resum, com hem pogut comprovar després d'aquest breu recorregut històric, els diferents països han anat desenvolupant al llarg del temps fórmules diverses per afrontar les necessitats d'atenció que precisen les persones grans dependents. Des d'una perspectiva conceptual, els diferents models d'atencions de llarga durada es poden entendre com combinacions variables del paper que en cada cas s'atorga a la família, a l'Estat i al mercat.

(4) Cal afegir, no obstant això, que aquest no era el cas d'Espanya. En aquell temps, com argumenta Comín (1996), el nostre país més aviat començava a establir les bases del que es considera que ha de ser un Estat de Benestar modern.

(5) En el pagament d'aquests serveis, com és obvi, la persona dependent pot rebre ajuda dels seus familiars.

Així mateix, hem d'afegir que en tots els països cada un d'aquests tres agents hi té algun paper. De fet, també als països que han optat per universalitzar el risc de dependència, les famílies continuen proporcionant una part molt important de les atencions de llarga durada.

Encara que les solucions adoptades pels diferents països siguin diverses, la veritat és que tots ells s'enfronten a un futur marcat per dos fenòmens comuns. D'una banda, com ja hem assenyalat al capítol anterior, el nombre de persones grans creixerà els pròxims anys en tots els països. Així doncs, en termes estrictament quantitius, el problema de la dependència guanyarà importància. De l'altra, les taxes d'activitat de les dones de més de 40 anys, que com veurem més endavant són les que majoritàriament s'han encarregat de cuidar les persones grans dependents a tot arreu, continuaran augmentant els pròxims anys en la majoria de països.

Davant d'aquesta situació, no és estrany que molts països s'hagin començat a plantejar, cada un des del seu particular punt de partida, com combinar en el futur les tres peces (família, Estat i mercat) que intervenen en la satisfacció de les necessitats de les persones grans dependents. Oferir una resposta no és senzill. A més de la qüestió fonamental sobre la responsabilitat a la qual ens estem referint, hi ha altres aspectes que s'han de tractar. Per posar només uns quants exemples: suposant que s'opti per una assegurança pública de dependència, ¿hauríem de compensar monetàriament aquelles famílies que, tot i tenir l'assegurança, prefereixen continuar fent-se càrrec dels seus familiars grans? I l'Estat, ¿hauria de cobrar als usuaris dels serveis públics una part del cost com ja es fa als països nòrdics? ¿Com s'haurien de combinar els diferents serveis existents (ajuda a domicili, centres de dia, residències, etc.) per oferir una assistència adequada a les necessitats dels ancians? A l'apartat següent analitzarem com s'està donant resposta a aquestes i a d'altres qüestions en alguns països del nostre entorn.

## 2. Breu panoràmica internacional de les atencions de llarga durada

### Característiques d'un model d'atencions de llarga durada

Ja hem vist que la família, l'Estat i el mercat constitueixen els tres pilars sobre els quals poden descansar les atencions de llarga durada d'un país. Això no obstant, a més de la qüestió de qui es responsabilitza en major mesura d'aquestes atencions, hi ha d'altres elements igualment importants que ajuden a caracteritzar com s'organitza l'assistència a les persones grans dependents en els distints països. En concret, des d'una perspectiva econòmica, aquests altres elements són els següents: *i) ¿qui i com aportar els recursos econòmics necessaris per finançar els serveis que les persones dependents puguin necessitar (finançament)? i, ii) ¿quins seran aquests serveis i qui els proveirà (provisió)?*

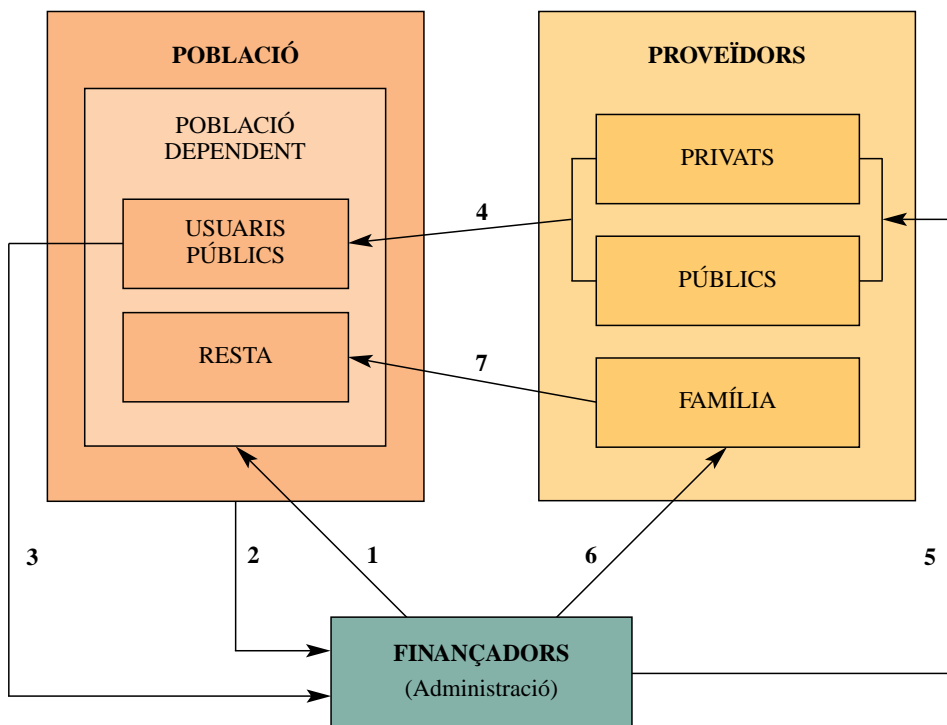
Haver de respondre aquestes qüestions no és una cosa a la qual s'hagin hagut d'enfrontar únicament les societats actuals. Així, si ens remuntem fins a l'època, no gaire remota, en què les famílies eren les úniques responsables de les atencions de llarga durada, ens adonem que aquestes societats ja finançaven i proveïen les atencions de llarga durada d'una manera concreta. Començant per la provisió, està clar que els «serveis» eren bàsicament de caràcter domiciliari: les dones s'encarregaven de cuidar, a casa seva mateix, les persones grans dependents. Evidentment, aquestes atencions tenien un cost: les dones, mentre s'ocupaven dels ancians, deixaven de fer altres activitats igualment importants per a elles. Així mateix, si bé aquests costos no tenien un caràcter monetari, està clar que una part era finançada per mitjà de les herències.

Actualment, però, les coses són molt més complexes. En tots els països, a més de la família, també l'Estat i el sector privat estan involucrats tant en el finançament com en la provisió de les atencions de llarga durada. Deixant de banda per un moment aquells fluxos de diners (finançament) i de serveis (provisió) que tenen lloc en el mercat, i també l'ajuda proporcionada per les famílies, el gràfic 2.1 tracta de caracteritzar les diferents maneres en

què actualment intervenen les administracions dels països desenvolupats en el finançament i en la provisió de les atencions de llarga durada.

Gràfic 2.1

## EL PAPEL DE L'ADMINISTRACIÓ EN EL FINANÇAMENT I PROVISIÓ DE L'ATENCIÓ DE LLARGA DURADA



- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| 1. Cobertura (universal o assistencial) | 5. Pagaments (pressupostos o tarifes) |
| 2. Cotitzacions i/o impostos            | 6. Transferències en metàl·lic        |
| 3. Copagaments                          | 7. Atencions informals                |
| 4. Serveis formals                      |                                       |

Font: Elaboració pròpia.

El primer element que apareix al gràfic (fletxa 1) fa referència al grau de cobertura que l'Administració ofereix als seus ciutadans en matèria d'atencions de llarga durada. Per grau de cobertura, en aquest context, hem d'entendre el tipus d'enfocament que aplica el sector públic: universalista o assistencialista. En el primer cas, els usuaris potencials dels serveis públics seran totes aquelles persones que tenen un cert grau de necessitat d'atencions (per exemple, ajuda en dues o més activitats de la vida diària –AVD–), sigui quina sigui la seva situació econòmica o familiar. En el segon cas, a més d'algun criteri sobre el grau d'incapacitat funcional, es requerirà que els potencials beneficiaris dels serveis públics no tinguin mitjans econòmics i/o familiars.

En un cas i en l'altre, però, facilitar els serveis públics que es considerin oportuns costarà diners a l'Administració (ajuda a domicili, residències, etc.). En tots els països, l'Administració obté els fons necessaris de dues maneres diferents: d'una banda, mitjançant impostos o cotitzacions (fletxa 2) i, de l'altra, mitjançant aportacions (copagaments) que han de satisfer els usuaris dels serveis públics (fletxa 3).

Pel que fa a la provisió de serveis públics (fletxa 4), la poden fer tant agents públics com privats. Com a contraprestació pels seus serveis, l'Administració paga als uns i als altres les tarifes que es considerin oportunes en cada cas (fletxa 5).

En molts països, a més de satisfer les necessitats d'atenció de les persones dependents finançant diferents serveis, l'Administració també contempla la possibilitat de fer efectiva la responsabilitat que hagi assumit (universal o assistencial) mitjançant transferències en metàl·lic a les famílies que es fan càrrec dels seus ancians (fletxa 6). Quan es fan aquestes transferències, són una espècie de «compensació» a les famílies beneficiàries per l'anomenat suport informal que proporcionen les famílies (fletxa 7).

Tot i que aparentment inconnexes, les qüestions relatives al finançament i a la provisió de les atencions de llarga durada estan estretament vinculades entre si. Així, el volum total de recursos necessaris (finançament) dependrà, entre altres coses, de quina sigui l'oferta relativa dels diferents tipus de serveis existents (provisió), ja que els costos d'aquests

serveis (atenció domiciliària, centres de dia, residències, etc.) difereixen entre si. Així mateix, la forma com es remuneren els proveïdors (sistemes de pagament) pot alterar tant la qualitat com el tipus de serveis que aquests ofereixen.<sup>(6)</sup>

Encara que és bastant detallat, el gràfic anterior només captura parcialment la complexitat del conjunt de fluxos de diners i de serveis que realment es donen en els sistemes públics d'atencions de llarga durada dels diferents països. En tots ells, com tindrem oportunitat de comprovar més endavant, hi ha un element comú que afegeix complexitat a l'entramat: la concurrència simultània de diversos estaments de govern (central, regional i local) tant en el finançament com en la provisió dels diferents serveis.<sup>(7)</sup>

Això no obstant, com ja sabem, l'Administració no és l'únic agent que intervé en les atencions de llarga durada. Els individus també poden obtenir aquests serveis en el mercat. Quan passa això, els diferents fluxos de diners i de serveis que tenen lloc s'esquematitzen al gràfic 2.2. En la majoria de països en què les assegurances privades de dependència estan poc o gens desenvolupades, les coses són senzilles: a canvi dels serveis que reben (fletxa 1), ja siguin ajuda a domicili, una residència o un centre de dia, els individus (consumidors) paguen uns preus determinats (fletxa 2). Quan hi ha assegurances, però, apareixen noves relacions i agents. En particular, les companyies d'assegurances ofereixen pòlisses de dependència als consumidors. Aquestes pòlisses, lògicament, difereixen segons el grau de cobertura que proporcionen (fletxa 3), i estableixen condicions diferents sobre els serveis que cobreixen (ajuda a domicili, residències, etc.) i/o sobre la intensitat (per exemple, un determinat nombre d'hores a la setmana d'ajuda a domicili). Segons com sigui aquesta cobertura, els subscriptors paguen unes primes o unes altres (fletxa 4). Així mateix, a més d'aquestes primes, quan el risc de dependència es materialitza i els subscriptors necessiten utilitzar els serveis, el més habitual és que també hagin de contribuir a finançar una part del cost

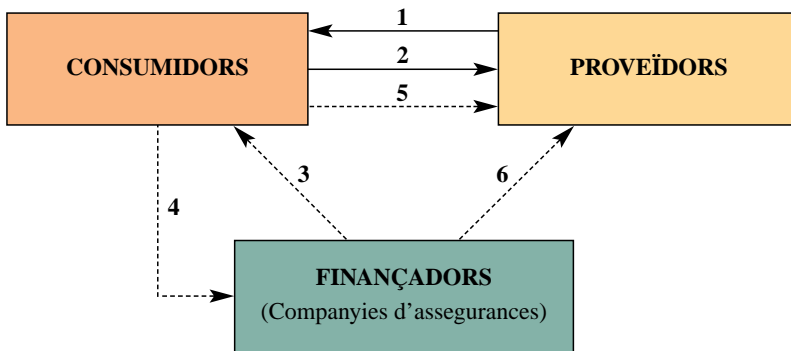
(6) Per a una discussió detallada sobre els sistemes de pagament als proveïdors, vegeu Martínez Zahonero (2000).

(7) En el cas d'Espanya, per exemple, l'ajuda a domicili és una competència de caràcter municipal: són les corporacions locals les que determinen les condicions d'accés al servei, els copagaments imposats als usuaris i les tarifes amb què es remunera els proveïdors (propis o concertats) d'aquesta modalitat d'ajuda. D'altra banda, els serveis residencials solen ser gestionats per les CA, encara que part de la provisió s'acostuma a contractar a residències que pertanyen a les corporacions locals.

(fletxa 5). La resta del cost, òbviament, el financen les companyies d'assegurances mitjançant els sistemes de pagament que hagin acordat amb els proveïdors dels serveis (fletxa 6).

Gràfic 2.2

## PROVISIÓ I FINANÇAMENT DE LES ATENCIONS DE LLARGA DURADA EN EL MERCAT



- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| 1. Serveis formals             | 5. Copagaments                                      |
| 2. Preus                       | 6. Pagaments  |
| 3. Cobertura (total o parcial) | ----- Si hi ha assegurances de dependència privades |
| 4. Primes                      |   |

Font: Elaboració pròpia.

Si bé no apareix al gràfic 2.2, la veritat és que l'Administració acostuma a intervenir en el funcionament del mercat d'atencions de llarga durada de dues maneres diferents. D'una banda, igual que fa en molts altres mercats, també en el d'atencions de llarga durada, estableix algunes normes que els potencials oferents (proveïdors o companyies d'assegurances) han de complir per poder-hi operar (qualitat dels centres residencials, solvència de les companyies d'assegurances, etc.). De l'altra, en bastants països, acostuma a haver-hi deduccions fiscals per als individus que compren serveis privats, o també, quan n'hi ha, assegurances de dependència.

A més de fer-ho per mitjà de l'Estat (gràfic 2.1) i del mercat (gràfic 2.2), no hem d'oblidar que els països també poden donar resposta a les

necessitats d'atenció de les persones grans dependents mitjançant l'alternativa assistencial que comporten les atencions de llarga durada proveïdes per les famílies. Així, si s'afegeix aquesta alternativa familiar als diferents elements recollits en les dues figures anteriors, un obté una idea bastant precisa de quins són els ingredients que caracteritzarien el model d'atencions de llarga durada d'un determinat país. Aquests ingredients serien els següents. En primer lloc, la manera en què l'Administració d'aquest país determina a qui van destinats els serveis públics, quins són aquests serveis, qui els proveeix i com es financen. En segon lloc, quin és el paper que en aquest país té el mercat d'atencions de llarga durada i quin és el funcionament (quins serveis es proveeixen, a quins preus, si hi ha o no assegurances, etc.). I, finalment, quina importància tenen les famílies en la provisió de les atencions de llarga durada.

Encara que segons el que acabem de dir no són gaires els elements que s'han de considerar per caracteritzar els models d'atencions de llarga durada dels diferents països, la veritat és que les fonts d'informació disponibles no permeten abordar aquesta tasca més que d'una manera bastant superficial. Així, els successius intents fets en aquest sentit per diversos organismes internacionals (Unió Europea, OCDE, etc.), s'han saldat amb un relatiu fracàs: en algunes ocasions, els països consultats pels encarregats d'elaborar els informes internacionals no disposen de la informació que se'ls demana; en d'altres, si hi ha informació, resulta que és massa heterogènia per poder fer comparacions fiables entre els diferents països.<sup>(8)</sup> Davant d'aquesta situació, els apartats següents no poden ser vistos com un intent d'oferir una descripció detallada dels diferents models d'atencions de llarga durada vigents a escala internacional. La nostra intenció és una altra. En concret, utilitzant els diferents elements que hem anat introduint fins ara (maneres de provisió, formes de finançament, etc.), es fa una aproximació panoràmica que intenta esbossar les grans tendències que s'observen a escala internacional pel que fa a la provisió i al finançament de les atencions de llarga durada.

(8) Així, Paolet *et al.* (1999), coordinadors d'un informe recent encarregat per la UE per analitzar les diferents respostes ofertes pels estats membres en matèria d'ALD, arriben a l'extrem d'apuntar entre les principals conclusions la següent: «... la necessitat de generar més i millor informació sobre la manera com es financen i proveeixen les ALD als diferents països».

## Provisió

### **Les peculiaritats de les atencions de llarga durada**

Les atencions de llarga durada serien, en un sentit ampli, totes aquelles activitats que es porten a terme amb el propòsit que les persones grans dependents puguin continuar tenint una qualitat de vida al més bona possible. Així doncs, ajudar una persona gran a menjar, a vestir-se o a banyar-se, serien totes elles activitats que s'haurien de conceptualitzar com a atencions de llarga durada. La principal característica de les atencions de llarga durada, i d'aquí ve el nom, és que es desenvolupen durant períodes de temps prolongats. Així, per exemple, quan una persona gran pateix un infart cerebral que li ocasiona una pèrdua de mobilitat, el més habitual és que durant la resta de la seva vida requereixi l'ajuda d'altres persones per portar a terme un cert nombre d'activitats en la vida diària (AVD). Una altra característica de les atencions de llarga durada, que les diferencien de les atencions mèdiques amb les quals se solen confondre, és que poden ser dispensades sense grans requeriments tecnològics. Així, per exemple, perquè algú pugui ajudar a menjar una persona gran, no cal que tingui uns coneixements específics ni tampoc un instrumental sofisticat. De fet, aquesta absència de grans requeriments tecnològics, tant humans com materials, és el que permet que les atencions de llarga durada puguin ser proveïdes pels familiars de la persona dependent.

No obstant això, quan el grau de dependència de la persona gran augmenta, les atencions de llarga durada es tornen també més intensives: és a dir, l'ajuda es requereix d'una manera més continuada. Quan passa això, les persones encarregades de proporcionar les atencions s'han d'estar molt temps al costat de l'individu dependent. Aquesta continuïtat, precisament, és la que determina que el component residencial tingui una importància decisiva en les atencions de llarga durada (Stone, 2000). Així, quan les atencions de llarga durada es requereixen amb molta freqüència, proveir-les acostuma a exigir que el cuidador i la persona gran dependent visquin al mateix lloc.

Les atencions de llarga durada no són, però, l'únic tipus d'assistència que requereixen les persones grans dependents. Com hem vist al capítol anterior, els problemes de salut, i més concretament les malalties cròniques

(artritis, demència, diabetis, etc.), són els que sovint desencadenen els problemes de dependència. Per això, les persones grans dependents acostumen a necessitar l'assistència sanitària amb una freqüència molt superior a la de la resta de la població.

En resum, des d'un punt de vista assistencial, les necessitats de les persones grans dependents són bàsicament de dos tipus: atencions de llarga durada i assistència sanitària. Això no obstant, com es pot apreciar al gràfic 2.3, la satisfacció d'aquestes necessitats es porta a terme de múltiples formes en els països desenvolupats. En el cas de les atencions de llarga durada, com ja hem vist, les famílies poden optar per proveir elles directament l'ajuda que requereix la persona dependent (suport informal). Si aquesta és l'opció, lògicament, l'atenció sanitària que la persona gran pugui necessitar es farà efectiva a través dels serveis sanitaris que utilitza la resta de la població (atenció primària i hospitals).

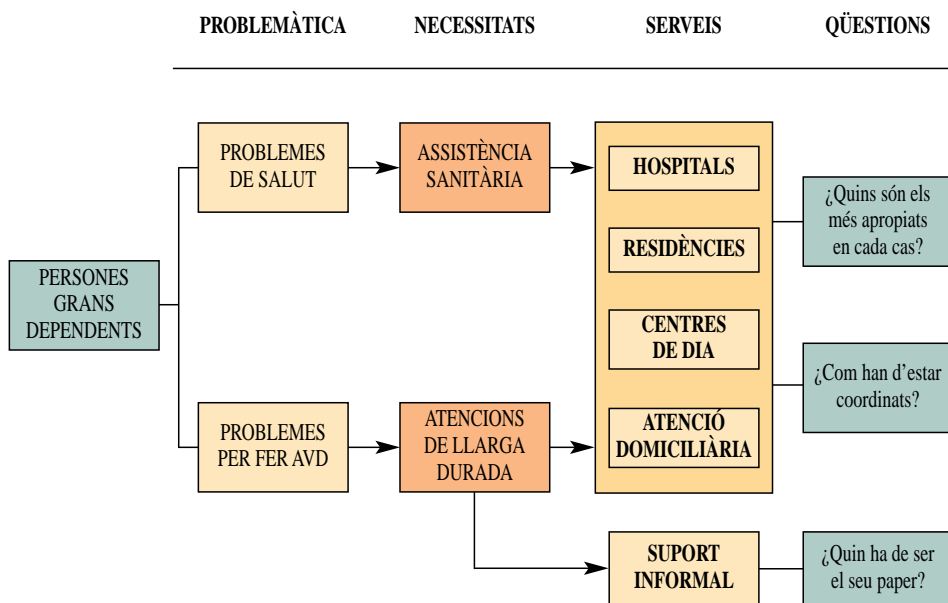
A diferència del suport informal, que únicament proporciona atencions de llarga durada, la resta de «serveis formals» que avui dia s'ofereixen a les persones grans dependents proporcionen, amb una intensitat variable, tant aquest tipus d'atencions com assistència sanitària. Això no obstant, entre els diferents tipus de serveis formals que apareixen al gràfic 2.3, es poden establir algunes diferències fonamentals.

La primera d'elles té a veure amb el tractament que es dona en cada cas al component residencial, que, com vèiem anteriorment, és un element fonamental de les atencions de llarga durada. En aquest sentit, les respostes que ofereixen els diferents serveis són de dos tipus.

D'una banda, en el cas de l'atenció domiciliària i dels centres de dia, l'assistència es presta a persones dependents que continuen vivint a casa seva. De fet, com indica la seva denominació en anglès («community care»), tot dos serveis comparteixen l'objectiu d'intentar mantenir, en la mesura del possible, les persones grans dependents en el seu entorn habitual.

De l'altra, en el cas de les residències i dels hospitals, la seva utilització per part de les persones grans dependents implica que aquestes abandonin casa seva i vagin a viure en un altre tipus d'institució (d'aquí ve el nom en anglès d'aquest tipus de serveis: «institutional care»). Aquesta «institu-

## LES NECESSITATS ASSISTENCIALS DE LES PERSONES GRANS DEPENDENTS



AVD: Activitats de la vida diària.

cionalització», no obstant això, no sempre és permanent. De fet, en el cas dels hospitals, no hauria de ser-ho. Així, els llits hospitalaris de llarga estada són, en sentit estricte, un recurs orientat a oferir assistència sanitària quan hi ha complicacions prolongades de l'estat de salut, encara que lògicament també es proporcionen atencions de llarga durada als pacients ingressats si les necessiten. No obstant això, quan les complicacions de l'estat de salut desapareixen, no sembla que mantenir ingressada la persona gran dependent sigui el més adequat. En el cas de les residències, els ingressos tampoc no han de ser permanents. En molts països, entre els quals hi ha Espanya, algunes residències destinen part de les seves places a estades temporals; sota aquesta modalitat, la persona dependent ingressa durant un termini limitat de temps, per exemple dos mesos, amb el propòsit que els cuidadors habituals puguin alleujar la tensió acumulada.

Els diferents serveis disponibles, però, no es diferencien entre si únicament pel fet que uns impliquen la institucionalització de la persona gran dependent i la resta no. De fet, malgrat que al gràfic 2.3 només hem contemplat quatre tipus de serveis, la veritat és que cada un d'aquests tipus adopta en realitat múltiples concrecions.<sup>(9)</sup> Per exemple, l'atenció domiciliària pot incloure, a més de les atencions de llarga durada pròpiament dites (ajuda en les AVD), diferents graus d'assistència complementària (fisioteràpia, atencions d'infermeria, etc.). Així mateix, els centres de dia poden diferir entre si en relació amb la naturalesa de les activitats que s'hi desenvolupen (rehabilitació, control de símptomes, etc.) o també en relació amb el tipus de persones a les quals estan destinades (per exemple, només persones grans dependents afectades per demències). Tampoc les residències constitueixen una categoria homogènia: així, mentre que algunes són poca cosa més que hotels, d'altres compten amb serveis mèdics permanents, fisioterapeutes i animadors culturals.

Més enllà de les especificitats assenyalades, aquesta pluralitat de formes de provisió que s'observa tant en els serveis públics com en els privats de tots els països, suscita dues qüestions fonamentals: ¿Quan caldria utilitzar cada un dels diferents serveis formals disponibles? ¿Com s'haurien de coordinar entre si? En relació amb això, com veurem als apartats següents, les respostes dels països desenvolupats s'han anat modificant al llarg del temps.

### **El «balanç assistencial»**

Fins ben entrats els anys seixanta, en què comencen a desenvolupar-se els primers programes d'atenció domiciliària als països escandinaus, les úniques atencions formals de llarga durada que hi havia als diferents països eren les que es dispensaven en residències i hospitals (Kalish *et al.*, 1998). Avui dia, però, l'atenció domiciliària és un recurs assistencial present en tots els països desenvolupats (encara que, com veurem més endavant, amb intensitat variable). Segons Hennessy (1995), el que va provocar l'expansió de l'atenció domiciliària va ser, d'una banda, la convicció que seria una alterna-

(9) El lector interessat pot trobar una descripció detallada sobre els diferents serveis disponibles a escala europea a Pacolet *et al.* (1999: 67-90).

tiva preferida per la majoria de persones grans dependents: entre poder continuar vivint a casa seva, adequadament atesos, i ingressar en una residència, semblava evident quina seria l'elecció dels ancians. D'altra banda, també es va pensar que l'atenció domiciliària seria una opció assistencial molt menys costosa que seguir proporcionant les atencions de llarga durada, com fins aleshores, en hospitals i residències.

No obstant això, els últims anys, l'evidència empírica ha obligat a moderar l'eufòria que va provocar l'atenció domiciliària en els inicis. Així, com assenyala Hennessy (1995), l'experiència internacional demostra que per reduir la utilització de les places residencials d'una manera substancial, es requereix una expansió de l'atenció domiciliària de tal magnitud que, en general, els costos globals del sistema es mantenen inalterats. Així mateix, en aquells estudis que incorporen no tan sols els costos sinó també els beneficis d'una opció assistencial i de l'altra (atenció domiciliària i serveis residencials), els resultats assenyalen que l'atenció domiciliària només és una alternativa millor en determinats casos (Jacobzone, 1999). En concret, quan els subjectes que s'han de cuidar mostren un grau de dependència moderat, és cert que l'ajuda a domicili representa una manera de provisió més adequada. No obstant això, quan el grau de dependència augmenta, els papers s'inverteixen i la institucionalització del subjecte passa a ser l'opció més satisfactòria.<sup>(10)</sup>

Aquests resultats, a més de replantejar el paper que hauria de tenir l'atenció domiciliària, també han servit perquè els diversos països desenvolupats enfoquin la qüestió de la provisió de les atencions de llarga durada d'una manera diferent a la que era habitual. Així, en un recent estudi de l'OCDE en què es preguntava als països membres sobre la manera amb què

(10) Els treballs empírics mencionats, i en general tots aquells que intenten avaluar la idoneïtat dels diferents serveis comparant els beneficis i els costos de cada un d'ells, parteixen del marc d'anàlisi que ofereix un model teòric denominat de «balanç assistencial» (*balance of care*). Segons aquest enfocament, els beneficis i els costos de les diferents formes de provisió d'ALD (atenció domiciliària, centres de dia, residències, etc.) varien en funció de les característiques dels individus (grau de dependència, estat de salut, situació familiar, etc.). Hem de precisar, per evitar confusions, que els beneficis i els costos que intenten computar aquests treballs no són només monetaris. Es consideren «costos», per exemple, les pèrdues d'oci que assumeixen els cuidadors informals. D'altra banda, pel que fa als beneficis de les diferents formes d'intervenció, aquests es mesuren en termes del grau amb què cada una d'elles satisfà les necessitats assistencials dels individus dependents. A Martínez Zahonero (2000), el lector interessat pot trobar una bona caracterització del model de balanç assistencial, així com dels resultats obtinguts en alguns treballs empírics que utilitzen aquest enfocament.

s'haurien de proveir les atencions de llarga durada (Jacobzone, 1999), la majoria de respostes emfatitzaven la necessitat de comptar amb dispositius assistencials que combinessin diferents tipus de serveis. En el fons, aquest plantejament es basa en una idea molt senzilla: ja que sembla raonable pensar que les necessitats assistencials de les persones grans dependents varien segons les seves característiques (grau de dependència, estat de salut, situació familiar, etc.), disposar d'una àmplia gamma de serveis és la millor garantia que es podrà donar la resposta més adequada a cada situació particular. Aquest enfocament, al qual s'ha donat el nom d'«atenció continuada» (*continuing care*), està tenint repercussions importants sobre la manera en què actualment s'està organitzant la provisió de les atencions de llarga durada a escala internacional.

En primer lloc, i sens dubte guiats per aquest nou paradigma, molts països han optat per desenvolupar noves formes de provisió (centres de dia, estades temporals, etc.), el principal propòsit de les quals és el d'augmentar la gamma de respostes assistencials que el sistema pot oferir a les diverses necessitats de les persones grans dependents.

En segon lloc, a causa de la importància que concedeix l'enfocament de l'atenció continuada a l'adequació dels diferents serveis, s'ha produït un replantejament a escala internacional sobre el paper que han de tenir tant residències com hospitals (Hennessy, 1995). Pel que fa a les primeres, com ja hem assenyalat anteriorment, hi ha la impressió generalitzada que haurien de ser un recurs assistencial destinat a cobrir les necessitats dels individus que presentessin un grau de dependència més gran. Així mateix, ja que el propòsit fonamental de les residències ha de ser proporcionar atencions de llarga durada a persones dependents, es considera una anomalia el fet que en alguns països continuï sent important el nombre de places que s'ofereixen a persones totalment independents («vàlides»). Una anomalia que té l'origen, segons Hennessy (1995), en la persistència entre algunes persones grans de problemes de pobresa i d'habitatge no resolts. Davant d'aquests problemes, sembla evident que les polítiques de pensions assistencials i de rehabilitació d'habitatges constitueixen solucions més interessants que les residències per a persones vàlides. De fet, com apunta el mateix Hennessy, les millores registrades els últims anys en aquestes altres solucions no residencials, expli-

carien per què el nombre total de places per a persones vàlides ha disminuït en molts països. D'altra banda, d'acord amb l'objectiu anteriorment assenyalat, les places per a assistits han augmentat en tots els països de l'OCDE.<sup>(11)</sup>

També els hospitals han vist modificat el seu paper en la provisió d'atencions de llarga durada durant aquests últims anys. Així, d'aquell escenari dels anys cinquanta en què els hospitals s'utilitzaven, al costat de les residències, com un ressort capaç de proporcionar atencions de llarga durada quan la família no podia fer-ho, s'ha passat a un de nou en què els llits hospitalaris es conceben com un recurs destinat exclusivament a individus (dependents o no) que requereixen assistència sanitària. Aquesta nova perspectiva és la conseqüència directa dels plantejaments anteriorment esmentats («continuitat assistencial»): quan en un pacient ingressat desapareixen les complicacions de salut que van motivar-ne l'ingrés, hi ha d'altres recursos diferents de l'hospital amb els quals proporcionar més eficientment les atencions de llarga durada que aquesta persona necessita cas de ser dependent. De fet, segons Hennessy (1995), aquesta percepció sobre la inadequació dels hospitals com a proveïdors d'atencions de llarga durada, unida a l'increment dels costos sanitaris, haurien estat dos factors inductors de l'expansió dels diferents serveis formals d'atencions de llarga durada anteriorment citats (atenció domiciliària, centres de dia, etc.). És més, en aquells països on l'expansió d'aquests serveis ha resultat menys intensa (com Espanya), continua sent una prioritat reduir la utilització inadequada per part de les persones grans dependents dels llits hospitalaris.

### **Descentralització i problemes de coordinació sociosanitària**

Vèiem a l'apartat anterior com la majoria de països estan apostant pel desenvolupament de dispositius assistencials que incorporin múltiples serveis, ja que hi ha la convicció que aquesta diversificació constitueix la

(11) En relació amb això, podem fer una apreciació important. Sovint, quan es discuteix sobre quines són tendències internacionals pel que fa a la provisió d'ALD, s'assenyala el fet que molts països han optat per un enfocament «desinstitucionalitzador». No obstant això, aquest terme és equívoc. En tots els països de l'OCDE (Hennessy, 1995), el nombre total de places residencials per a assistits ha augmentat els últims anys. El que sí que és veritat, i d'aquí ve l'equívoc, és que el nombre de places per cada 100 habitants més grans de 65 anys ha disminuït en alguns països (en concret, en aquells que tenien una oferta inicial més elevada).

millor garantia que es podrà donar una resposta al més adequada possible a les necessitats dels diferents individus. Per això, quantificar correctament aquestes necessitats és un requisit indispensable perquè la diversificació de serveis doni els efectes desitjats. Referent a això, com assenyala Jacobzone (1999), l'orientació majoritària als països de l'OCDE ha estat la de situar a escala local la gestió dels serveis públics destinats a persones dependents, perquè es considera que els ajuntaments podien valorar les necessitats dels individus d'una manera més precisa que altres estaments de govern superiors. El desenvolupament d'aquest enfocament descentralitzador no ha exigít canvis importants a escala administrativa, ja que les corporacions locals ja eren, de fet, les que tradicionalment s'anaven encarregant en gairebé tots els països de l'assistència social.

No obstant això, la correcta valoració de les necessitats no és l'únic ingredient necessari perquè la diversitat de serveis acabi proporcionant respostes assistencials adequades. També hi ha d'haver mecanismes de coordinació entre els diferents serveis que facilitin el trànsit de pacients de l'un a l'altre quan les necessitats varien. Lògicament, aquesta coordinació no s'ha de produir únicament entre aquells serveis específicament destinats a proporcionar atencions de llarga durada (centres de dia, atenció domiciliària, residències, etc.), sinó també entre aquests últims i els serveis estrictament sanitaris (atenció primària i hospitalària). La necessitat d'aquest segon tipus de coordinació, que en el cas del nostre país ha rebut el nom de «coordinació sociosanitària», té l'origen en un fet al qual ja ens hem referit anteriorment: moltes persones grans dependents pateixen malalties cròniques que necessiten, d'una banda, un control i un tractament durant les seves fases estables i, de l'altra, intervencions d'urgència quan es produeixen episodis aguts.

Encara que la seva necessitat és evident, la veritat és que la coordinació sociosanitària continua sent una assignatura pendent en la majoria de països de l'OCDE (Jacobzone, 1999). L'establiment de mecanismes de coordinació entre els serveis sanitaris i socials ha estat problemàtic per diversos motius. En primer lloc, es dona la situació que en molts països tant un tipus de serveis com l'altre són competència exclusiva de dos estaments de govern diferents: correspon als ajuntaments la gestió dels serveis socials i als governs regionals (o al central) la dels serveis sanitaris. Per això, als proble-

mes tècnics que per si sols planteja coordinar professionals amb activitats que responen a lògiques diferents (personal sanitari i treballadors socials), s'afegeixen les dificultats que sempre sorgeixen quan s'han de prendre decisions en què hi ha implicades diverses institucions. D'altra banda, tret d'aquells pocs països on s'ha optat per universalitzar no tan sols l'assistència sanitària sinó també les atencions de llarga durada, l'accés a un tipus de serveis i a l'altre és asimètric per al conjunt de la població: total en el cas dels serveis sanitaris, i restringit als ciutadans pobres en el cas de les atencions de llarga durada. En aquest context, la coordinació sociosanitària és un objectiu més difícil d'aconseguir perquè aquesta s'ha d'establir d'una manera fragmentària.

Als països escandinaus, a més d'haver optat per un enfocament universalista en la provisió d'atencions de llarga durada, la coordinació socio-sanitària s'ha vist facilitada per algunes reformes iniciades els últims anys, que tendien a situar en el mateix estament de govern gran part dels serveis sanitaris i socials (entre els quals s'inclouen les atencions de llarga durada); a Finlàndia, els municipis són els encarregats de gestionar tant els serveis sanitaris com els serveis destinats a proporcionar atencions de llarga durada (WHO, 2000 a); d'altra banda, a Noruega i a Suècia, tots els serveis d'atencions de llarga durada (residències i serveis comunitaris) i l'atenció primària són competència municipal, i es reserven per a un estament de govern superior (comtats) la gestió de l'atenció hospitalària.

### **Altres formes de provisió pública: les prestacions en metàl·lic**

En la majoria de països, l'Administració fa efectiva la seva intervenció en la provisió d'atencions de llarga durada finançant (parcialment, com veurem més endavant) els costos que es deriven de la utilització per part de les persones grans dependents dels diferents serveis anteriorment assenyalats (atenció domiciliària, centres de dia, residències, etc.). No obstant això, en alguns països, a més d'aquesta modalitat d'ajuda «en espècie», l'Estat també fa transferències en metàl·lic orientades a cobrir les necessitats d'assistència de les persones grans dependents (Jenson i Jacobzone, 2000). Vegem quines són les principals característiques d'aquesta peculiar modalitat d'ajuda en els països que han optat pel seu desenvolupament.

A Àustria (des de 1993) i a Alemanya (des de 1995), totes les persones grans que continuïn vivint a casa seva i que presentin un cert grau de dependència poden optar, amb independència dels seus ingressos, a les ajudes en metàl·lic previstes per l'Administració. Així mateix, a tots dos països, l'ajuda en metàl·lic, que varia segons el grau de dependència del beneficiari, és de lliure disposició: és a dir, pot ser utilitzada tant per comprar serveis formals (públics o privats) com per «remunerar» les atencions informals que proporcioni un familiar. En el cas alemany, a més d'aquestes ajudes a les persones que continuen vivint a casa seva, també hi ha transferències en metàl·lic destinades a aquells individus que opten per ingressar en una residència.

A França, des de l'any 1997, hi ha un sistema de transferències en metàl·lic molt semblat a l'alemany, ja que el beneficiari pot utilitzar la transferència tant per pagar-se l'ingrés en una residència com per adquirir serveis domiciliaris (formals i informals). Això no obstant, si el beneficiari opta per les atencions informals, l'esquema imposa la condició que la persona que assumeixi les atencions ha d'estar a l'atur. D'altra banda, i a diferència del cas alemany, només aquelles persones grans que no superen un determinat nivell de renda poden sol·licitar l'ajuda.

A diferència dels tres països anteriors, els altres dos països en què hi ha transferències en metàl·lic, que són Austràlia i Finlàndia, aquestes últimes no van dirigides a la persona cuidada sinó al cuidador, i no són de lliure disposició. En tots dos casos, els beneficiaris potencials de les ajudes són totes aquelles persones que s'ocupen de proporcionar atencions de llarga durada a un familiar dependent. L'únic requisit que s'exigeix, tant a Austràlia com a Finlàndia, és que la persona cuidada superi cert nivell mínim de dependència.

### **El paper de la família en la provisió d'atencions de llarga durada**

Fins ara hem considerat els diferents tipus de serveis que l'Administració posa a la disposició de les persones grans dependents. No obstant això, en tots els països, inclosos aquells en els quals hi ha esquemes d'assegurament universal, el paper predominant en la provisió d'atencions de llar-

ga durada el continua tenint la família. Així, segons un estudi recent de l'OCDE (Jacobzone, 1999), s'estima que les atencions informals representen, com a mitjana, prop del 75% de tota l'ajuda que reben les persones grans dependents en els països desenvolupats, mentre que la resta correspon a les atencions de llarga durada proveïdes formalment per l'Administració i pel mercat.

De fet, la potenciació dels serveis comunitaris que s'està produint en tots els països (ajuda a domicili, centres de dia, estades temporals, etc.), pot ser entesa com una manera d'intentar fer més viable i efectiva l'ajuda que continuen proporcionant les famílies de les persones dependents. Així, en la majoria de casos, les persones que utilitzen els serveis formals continuen rebent ajuda informal complementària dels seus familiars; només en aquells casos en què no hi ha família, que són els menys, els serveis formals constitueixen l'única font d'ajuda utilitzada. I aquest fenomen, com ja hem indicat anteriorment, es produeix fins i tot en aquells països que compten amb una àmplia oferta de serveis públics als quals pot accedir tothom.

En relació amb això, l'experiència d'Alemanya és reveladora. Des de 1996, totes les persones grans dependents poden sol·licitar les transferències en metàl·lic que ofereix la Seguretat Social. Aquestes transferències, com ja s'ha assenyalat, poden ser utilitzades tant per comprar serveis formals com per remunerar un familiar que proporcioni atencions informals. Doncs bé, a pesar que la quantia de les transferències és un 50% menor si s'opta per aquesta segona opció, les últimes dades disponibles indiquen que un 77% dels beneficiaris no institucionalitzats ha escollit rebre exclusivament atencions informals (WHO, 2000).

En resum, el fet que els individus continuïn recorrent a les atencions informals en aquells països on hi ha la possibilitat d'utilitzar serveis públics universals, constitueix un clar reflex d'una cosa que no podem perdre de vista a l'hora d'analitzar la provisió d'atencions de llarga durada: el component emocional. És a dir, pot passar que en moltes ocasions, ni la persona dependent ni els seus familiars, donin el mateix valor a l'assistència formal que a les atencions informals i acabin inclinant-se per aquesta segona opció perquè consideren que ofereix un major benestar per a tots. En cert sentit, el progra-

ma de transferències finlandès, al qual ens referíem anteriorment, constitueix el reconeixement explícit per part de l'Administració d'aquesta possibilitat: tot i disposant d'una oferta pública de serveis formals molt desenvolupada, s'ha cregut convenient ajudar econòmicament també aquelles persones que voluntàriament decideixen prestar elles mateixes les atencions de llarga durada que el seu familiar pugui necessitar.

## Serveis públics: criteris d'accés i mecanismes de finançament

### **Criteris d'accés**

En matèria d'atencions de llarga durada, com ja s'ha assenyalat diverses vegades, l'aspecte que majoritàriament distingeix els països de l'OCDE és el criteri que s'utilitza en cada cas per determinar qui poden ser els beneficiaris dels serveis públics. En relació amb això, recordem que hi ha dos grans grups de països. D'una banda, als països escandinaus, Canadà, Austràlia, Alemanya i Japó, l'únic criteri que s'utilitza és el de necessitat: és a dir, l'accés als diferents serveis finançats públicament, o a les ajudes econòmiques en el cas d'Alemanya, s'estableix segons el grau de dependència dels subjectes. De l'altra, a la resta de països, a més del grau de dependència dels subjectes, s'utilitzen altres criteris (nivell d'ingressos, situació familiar, etc.) a l'hora de determinar qui accedeix als serveis finançats públicament.

Això no obstant, si bé és útil per fer una primera caracterització de com l'Administració aborda les atencions de llarga durada en els diferents països, l'anterior distinció entre «universalistes» i «assistencialistes» no aconsegueix capturar tota la complexitat que realment comporta la qüestió de l'accés als serveis públics.

Un primer factor a considerar és el relatiu a la descentralització administrativa. Pel fet que en tots els països la gestió dels serveis públics que ofereixen atencions de llarga durada és una competència no del govern central sinó d'altres estaments de govern inferiors (regions, comtats, municipis, etc.), els criteris d'accés varien substancialment dins d'un mateix país. L'única excepció és Alemanya, on el govern central és l'únic encarregat d'establir

com es valora el grau de necessitat dels potencials beneficiaris de les ajudes en metàl·lic que proporciona la Seguretat Social.<sup>(12)</sup>

Un segon aspecte, parcialment relacionat amb l'anterior, té a veure amb la disponibilitat de serveis en les diferents zones geogràfiques d'un mateix país (nombre de professionals que presten atenció domiciliària, places en centres de dia, en residències, etc.). Si la disponibilitat difereix d'unes zones a les altres, és evident que les condicions reals d'accés als serveis no han de ser les mateixes per al conjunt d'habitants d'un mateix país (per exemple, temps d'espera diferents per ingressar en una residència).

Finalment, hi ha un tercer aspecte que s'ha de considerar: els preus monetaris. En tots els països, inclosos els escandinaus, els usuaris dels diferents serveis públics paguen amb diners de la seva butxaca una part del cost de l'atenció (copagaments). L'existència d'aquests copagaments, lògicament, influeix en les decisions que prenen les persones dependents sobre quina part consumir dels diferents serveis. Novament, ja que són els governs subcentrals els encarregats de determinar la quantia dels copagaments, si aquests difereixen, les condicions reals d'accés poden variar dins d'un mateix país.

Així doncs, si un estigués interessat a comparar quines són les condicions d'accés als serveis públics existents als diferents països, hauria de comptar amb informació desagregada per a cada país sobre els tres elements que acabem de citar: criteris formals d'accés i influència sobre la materialització d'aquests tant del grau de serveis disponible com de la quantia dels copagaments. Tota aquesta informació, de moment, no està disponible a escala internacional. Per això, quan els diferents estudis de l'OCDE, als quals ens hem anat referint, intenten comparar les condicions d'accés a escala internacional, no és estrany que acabin emfatitzant la gran diversitat existent, i que l'única generalització que s'hi faci sigui la que aquí s'ha fet: és a dir, la que distingeix els països segons si l'orientació és «universalista» o «assistencialista».

(12) El govern alemany ha establert tres nivells de necessitat (graus de dependència) segons la freqüència horària amb la qual es requereixen les atencions. Uns equips de valoració (integrats per metges i treballadors socials) s'encarreguen de determinar en quin d'aquests tres grups ha de ser classificat cada potencial beneficiari (WHO, 2000).

## Mecanismes de finançament

Encara que són diversos els països que tenen un esquema d'assegurament públic universal en matèria d'atencions de llarga durada, la veritat és que hi ha diferències entre ells pel que fa a la manera d'obtenir els recursos necessaris per finançar el sistema públic. En relació amb això, s'han adoptat bàsicament dos enfocaments: d'una banda, el d'Alemanya i el Japó, on el gruix del finançament procedeix de les cotitzacions a la Seguretat Social; de l'altra, el dels països escandinaus, on els recursos que financen les atencions de llarga durada procedeixen majoritàriament dels ingressos generats pel conjunt del sistema impositiu. Analitzem cada un d'aquests dos enfocaments amb una mica més de detall.

A Alemanya, com ja hem comentat anteriorment, els beneficiaris de l'assegurança pública de dependències reben transferències en metàl·lic que s'utilitzen per pagar la modalitat d'ajuda que el beneficiari elegeixi. La quantia d'aquestes transferències varia segons el grau de dependència dels subjectes (hi ha tres graus), però és idèntica per a tots els individus classificats en un mateix grup d'incapacitat (és a dir, no depèn del nivell d'ingressos del beneficiari). Per finançar aquest sistema de transferències, el govern alemany ha decidit augmentar les contribucions a la Seguretat Social que estan obligats a fer tant empresaris com treballadors. En concret, després de la introducció de la nova assegurança l'any 1996, l'1,7% dels ingressos bruts mensuals de tots els treballadors alemanys serveix per finançar específicament les transferències fetes en favor dels beneficiaris de l'assegurança.<sup>(13)</sup> Això no obstant, com s'assenyala en un recent informe de l'OMS (2000), la quantia de les transferències no és prou elevada per poder pagar la totalitat del preu dels diferents serveis disponibles.<sup>(14)</sup> Per això, els beneficiaris es veuen obligats a fer aportacions de la seva pròpia butxaca o a sol·licitar ajudes addicionals per part dels serveis socials municipals. En resum, encara que la nova assegurança social alemanya de dependències ofereix una cobertura universal (tota la població se'n pot beneficiar), aquesta cobertura és

(13) Aquest 1,7% és finançat a parts iguals per treballadors i empresaris.

(14) En el cas de les residències, per exemple, les transferències han estat calculades perquè aconseguixin cobrir únicament el component assistencial (atenció sanitària).

limitada (la quantia de les transferències només permet adquirir un nivell bàsic d'assistència).

Al Japó, on la nova assegurança social de dependència va començar a funcionar a mitjan any 2000, s'ha seguit una via lleugerament diferent de l'alemanya. En primer lloc, els beneficis que proporciona l'assegurança no són en metàl·lic sinó en espècie: és a dir, l'Administració paga directament el 90% del preu del servei que en cada cas triï el beneficiari, i corre a càrrec d'aquest últim el pagament del 10% restant. Així mateix, l'origen dels fons que utilitza el govern per fer efectius els pagaments és mixt: un 50% procedeix de les cotitzacions a la Seguretat Social i el 50% restant, dels ingressos generats pel conjunt del sistema impositiu. Una peculiaritat interessant del sistema japonès és que en la part procedent de les cotitzacions socials, únicament estan obligats a fer aportacions aquells treballadors l'edat dels quals supera els 40 anys. Aquest esforç suplementari, segons assenyala Crume (1997), ha estat justificat pel govern en la mesura que són les persones de mitjana edat les que més es beneficiaran del nou esquema d'assegurança, ja que si no n'hi ha, la responsabilitat de cuidar els progenitors dependents hagués anat completament al seu càrrec.

Als països escandinaus, els recursos que serveixen per finançar el sistema públic d'atencions de llarga durada tenen un origen diferent a l'observat a Alemanya i Japó. En concret, són tres les fonts de finançament utilitzades. En primer lloc, el govern central cedeix als governs subcentrals (comtats, municipis, etc.) una part dels ingressos obtinguts mitjançant els impostos d'àmbit estatal. S'ha d'afegir, però, que no hi ha cap impost específic que serveixi per pagar les atencions de llarga durada en concret, ja que els mateixos impostos que financen les atencions de llarga durada també serveixen per finançar la resta de serveis públics (educació, sanitat, etc.). L'absència d'un impost «afectat» per les atencions de llarga durada, que és com els economistes denominen els impostos la recaptació dels quals va destinada a una finalitat específica, és la principal característica que diferencia els sistemes públics d'atencions de llarga durada dels països escandinaus de l'assegurança social de dependència alemanya. La segona font de finançament té l'origen en els governs subcentrals. Aquests governs, per completar la quantia de les transferències que reben del govern central, solen destinar

una part dels ingressos propis a finançar els serveis que, recordem-ho, ells mateixos s'encarreguen de proveir. Novament, igual que passava amb el govern central, aquests ingressos dels governs subcentrals s'obtenen mitjançant impostos (locals) no afectats. Finalment, la tercera font de finançament existent són els copagaments: és a dir, els usuaris paguen –de la seva pròpia butxaca– una part del cost del servei que en cada cas utilitzin. Això no obstant, com s'explica a continuació, la manera com es calculen aquests copagaments difereix segons el tipus de servei utilitzat.

En el cas de les residències, l'aportació que fa l'usuari està determinada per la quantia de la seva pensió. De fet, en tots els països escandinaus (excepte Dinamarca), la residència ingressa directament la totalitat de la pensió de l'ancià, i n'hi deixa una petita quantitat en concepte de diners «de butxaca» (que és idèntica per a tots els ancians). Així doncs, en la mesura en què les pensions dels individus són diferents, les aportacions que fan cada un d'ells també varien; és més, ja que el que realment finança el sector públic és la diferència entre el cost de la residència i l'aportació de l'usuari, la quantia del subsidi públic varia d'uns subjectes als altres. Segons un recent treball de la UE (Pacolet *et al.*, 1999), el subsidi públic mitjà a Noruega, Suècia i Finlàndia se situa al voltant del 80% del cost d'una plaça residencial en cada un d'aquests països (o, invertint la perspectiva, el copagament mitjà que fan els usuaris és d'un 20% del cost). En el cas de Dinamarca, el funcionament és diferent: l'usuari es queda amb tota la seva pensió, però ha d'aportar el 15% de tota la seva renda (pensió i altres ingressos) a la residència, a més de pagar una sèrie de taxes de quantia fixa per diversos conceptes (allotjament, electricitat, etc.).

D'altra banda, en el cas de l'atenció domiciliària i d'altres serveis no residencials, els usuaris estan obligats a pagar un determinat percentatge del cost, i novament és Dinamarca l'excepció (on no hi ha copagaments de cap tipus). En la resta de països escandinaus, però, cal assenyalar que la quantia dels copagaments varia amb el nivell de renda dels beneficiaris.<sup>(15)</sup>

(15) Lamentablement, els estudis internacionals consultats no aporten informació sobre quins són els percentatges d'aportació que s'exigeixen als individus que pertanyen a trams de renda diferents.

En qualsevol cas, la manera com l'Administració finança el cost dels serveis públics als països escandinaus ens obliga a reconsiderar l'abast de l'universalisme que, fins ara, hem dit que era un element diferenciador d'aquests països. Així, si bé és cert que l'accés als serveis és universal (tothom se'n pot beneficiar), no ho és menys que l'Administració actua d'una manera diferent segons el nivell d'ingressos dels individus. En concret, pel fet que la quantia dels subsidis públics (diferència entre el cost dels serveis i l'aportació dels usuaris) no és la mateixa per a totes les persones, l'Administració reconeix implícitament que el seu nivell de responsabilitat és diferent segons els recursos econòmics del beneficiari: com més grans siguin, menor és el grau d'implicació de l'Administració (subsidis menors). Aquest esquema de funcionament contrasta clarament amb l'enfocament de l'assegurança alemanya de dependències, a la qual ens hem referit anteriorment. A Alemanya, la quantia de les transferències en metàl·lic, a pesar que han estat calculades per adquirir un nivell bàsic de serveis, són les mateixes per a tots els beneficiaris independentment del seu nivell d'ingressos.

Fins ara ens hem referit als mecanismes de finançament utilitzats per aquells països en què l'Administració ha optat per desenvolupar sistemes públics d'atencions de llarga durada que cobreixen tota la població. No obstant això, en el cas d'aquells països en els quals només s'ofereix cobertura pública a les persones dependents amb pocs recursos econòmics, que són la resta, els mecanismes utilitzats no són gaire diferents als que ja hem comentat. Així, en la majoria de països, com que són els estaments subcentrals del govern els encarregats de proveir els serveis socials, s'observen els mateixos fluxos que acabem de descriure: d'una banda, el govern central transfereix diners dels seus ingressos generals als governs subcentrals i, de l'altra, aquests últims utilitzen les seves pròpies fonts d'ingressos per acabar de finançar els serveis que proveeixen. Tant en un cas com en l'altre, igual que passava als països escandinaus, els fons no procedeixen d'impostos afectats, sinó que tenen l'origen en els ingressos obtinguts a través del conjunt del sistema impositiu.

També en els països que han optat per un enfocament «assistencialista», els copagaments constitueixen una font de finançament addicional dels serveis proveïts per l'Administració. Així, per finançar les residències, molts

països utilitzen la fórmula anteriorment descrita: es permet al beneficiari conservar una petita quantitat de la seva pensió en concepte de diners de butxaca, i la resta s'utilitza per cobrir el cost que comporta la institucionalització del subjecte. Òbviament, quan la pensió no arriba a cobrir la totalitat del cost, l'Administració assumeix la diferència. Entre altres, països com el Regne Unit, Irlanda, Portugal, Holanda, Àustria o Espanya, apliquen un esquema d'aquest tipus. Altres països, com Bèlgica, Itàlia o França, han optat per un enfocament lleugerament diferent. En aquests casos, el cost d'una plaça en una residència es divideix en dos components: el sanitari i el residencial. El primer, que inclou tots aquells costos relacionats amb l'assistència sanitària pròpiament dita (atencions d'infermeria, consum farmacèutic, etc.), ho cobreix enterament l'Administració mitjançant fons procedents del sistema sanitari públic. El component residencial, que és el més important econòmicament, el paga l'usuari de la seva pròpia butxaca, i inclou tots aquells costos no sanitaris (allotjament, manutenció, etc.). Novament, si els ingressos de l'individu no arriben a cobrir el cost d'aquest segon component, l'Administració assumeix la diferència.<sup>(16)</sup> Pel que fa a l'atenció domiciliària, igual que passa als països escandinaus, a la resta de països desenvolupats l'Administració també utilitza per al seu finançament copagaments que tornen a estar modulats d'acord amb el nivell d'ingressos dels usuaris.

### La despesa en atencions de llarga durada dels països desenvolupats

Conèixer quin és el volum de recursos econòmics que els diferents països destinen a proporcionar atencions de llarga durada és una tasca complexa. Fins i tot en els informes més recents de l'OCDE relacionats amb això (Jacobzone, 1999), la informació presentada sol ser bastant incompleta. Pel que fa a despesa pública, la principal dificultat per aconseguir informació prové del fet que en tots els països són molts els estaments de govern que

(16) Així doncs, en aquells països en què s'ha optat per aquest enfocament dels dos components, l'Administració finança les places residencials seguint una lògica mixta: d'una banda, actua d'una manera «universalista», ja que, independentment dels ingressos de l'usuari, assumeix la totalitat dels costos sanitaris que comporta la institucionalització; de l'altra, també actua d'una manera assistencialista perquè únicament assumeix els costos residencials quan els recursos econòmics de l'usuari són insuficients.

intervenen en la provisió d'atencions de llarga durada. Per això, consolidar tots els fluxos financers que tenen lloc resulta complicat. A tot estirar, com reconeixen els autors dels successius informes de l'OCDE, es poden oferir estimacions orientatives de la despesa pública en què incorren alguns països; de la resta, no és possible obtenir-ne informació. En relació amb la despesa privada, la situació encara és pitjor: en la majoria de països, les enquestes de pressupostos familiars, que són la font d'informació que permet conèixer en què gasten els ciutadans els seus recursos, no tenen el suficient detall per poder aïllar la despesa feta en atencions de llarga durada (atenció domiciliària, residències, etc.).

Com a conseqüència de tot el que acabem de dir, la informació a escala internacional és molt fragmentària. Jacobzone (1999), utilitzant diverses fonts de dades, ha aconseguit obtenir la instantània que reproduïm al quadre 2.1.

Sobre les dades contingudes al quadre 2.1, a pesar de les llacunes d'informació existents, es poden fer alguns comentaris generals. Hi ha quatre països (Holanda, Dinamarca, Suècia i Noruega) la despesa total dels quals en atencions de llarga durada és molt superior a la de la resta. En el cas holandès, però, una part substancial d'aquesta despesa (33%) es finança privatament, cosa que no passa en els tres països escandinaus que l'acompanyen en aquest grup capdavanter, en què la pràctica totalitat de les despeses són finançades per l'Administració.<sup>(17)</sup> Després d'ells, hi ha un altre grup de països (Bèlgica, Canadà, Austràlia, EUA, Regne Unit, Finlàndia i Àustria), que destinen entre un 1 i un 1,5% del seu PIB a proporcionar atencions de llarga durada. En aquests països, la part de la despesa finançada públicament se situa en un punt intermedi entre el 81% d'Austràlia i el 53% d'EUA. Encara que la falta de dades obliga a ser prudents, sobre la resta de països també es poden fer algunes observacions. Al Japó, Alemanya i França, el volum de despesa pública, que és l'única sobre la qual tenim informació, s'assembla bastant al que s'observa al segon grup de països que acabem d'esmentar. Això no obstant, en el cas d'Alemanya i Japó, és evident que les

(17) No hem d'oblidar, però, que una part d'aquest finançament públic és realment privat; en concret, el procedent dels copagaments que vèiem anteriorment.

## DESPESA PÚBLICA I PRIVADA EN ATENCIONS DE LLARGA DURADA ALS PAÏSOS DE L'OCDE

	Despesa total en atencions de llarga durada 1992-1995 (% PIB)	Despesa pública en atencions de llarga durada 1992-1995 (% PIB)	% pública
Austràlia (A)	0,90	0,73	81,1
Àustria (AU)	1,40	–	–
Bèlgica (B)	1,21	0,66	54,5
Canadà (C)	1,08	0,76	70,4
Dinamarca (D)	2,30	2,24	97,4
Finlàndia (F)	1,12	0,89	79,5
França (FR)	–	0,50	–
Alemanya (AL)	–	0,82	–
Japó (J)	–	0,62	–
Holanda (H)	2,70	1,80	66,7
Noruega (N)	2,80	2,80	100,0
Suècia (S)	2,70	2,70	100,0
Regne Unit (RU)	1,30	1,00	76,9
EUA (US)	1,32	0,70	53,0
Grècia (G)	0,17	–	–
Irlanda (IR)	0,86	–	–
Itàlia (I)	0,58	–	–
Portugal (P)	0,39	–	–
Espanya (E)	0,56	–	–

Font: Jacobzone (1999).

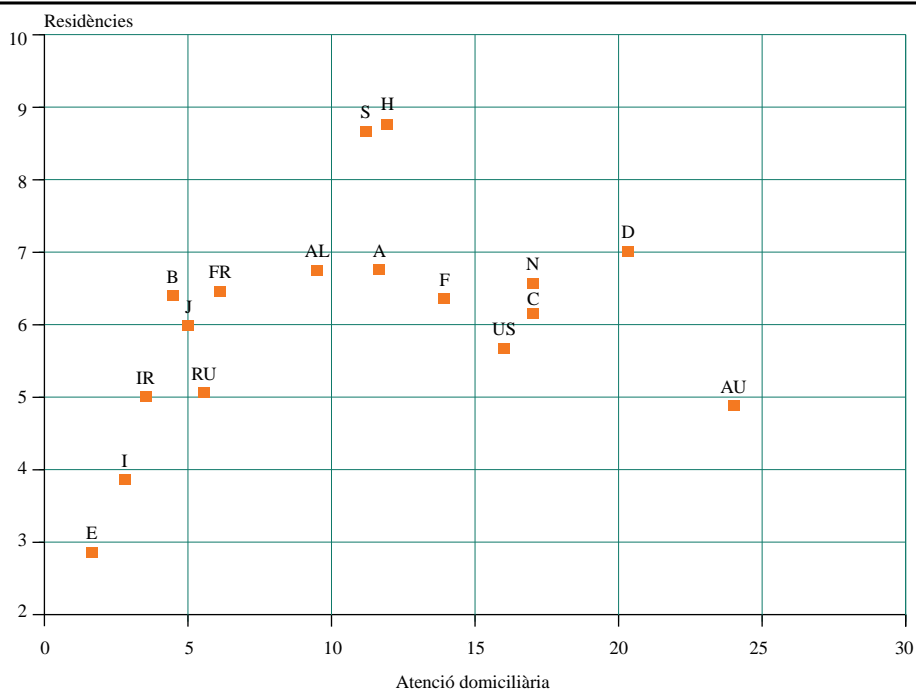
dades disponibles no constitueixen un bon reflex de la posició relativa d'aquests dos països en l'actualitat, ja que es refereixen a un període (1992-1995) en què l'assegurança social de dependència d'un país i de l'altre encara no havia estat posada en funcionament. Finalment, la resta de països que figuren al quadre, entre els quals hi ha Espanya, es caracteritzen per l'escàs pes relatiu que tenen les despeses en atencions de llarga durada. En tots ells, encara que la informació disponible es refereixi únicament a la despesa total, hem d'interpretar-la com un reflex d'una baixa implicació tant de l'Administració com del sector privat (mercat).

Una forma alternativa de comparar la quantitat de recursos que els diferents països destinen a proporcionar atencions de llarga durada és la que s'ofereix al gràfic 2.4. En comptes del volum de despesa, el que es compara a continuació són els graus de provisió (pública i privada) dels dos serveis que absorbeixen la major quantitat de recursos: les residències i l'atenció domiciliària. En concret, s'ha calculat quin és el percentatge de persones més grans de 65 anys que utilitzen un tipus de servei o l'altre. Així, ja que les diferències en l'estructura d'edat dels diferents països es tenen en compte, les dades que es mostren a continuació ofereixen una idea més precisa de la importància en cada un d'ells de l'assistència formal a les persones grans dependents. Això no obstant, com ja s'ha indicat, les dades disponibles no permeten precisar quina part d'aquesta assistència formal es vehicula a través de l'Estat i quina a través del mercat (excepte als països escandinaus, on pràcticament només hi ha provisió pública).

De les dades que apareixen al gràfic 2.4, hi ha dos aspectes que convé destacar. En primer lloc, malgrat que el nombre d'observacions és molt reduït, sembla que es constata una certa relació positiva entre les dues variables considerades: en general, aquells països en els quals l'atenció domiciliària és utilitzada per un major nombre de persones, són els mateixos països que compten amb un major nombre de persones institucionalitzades. No obstant això, com es pot apreciar al gràfic, hi ha tres excepcions notables: Àustria, la ràtio d'institucionalització de la qual és relativament baixa, compta amb un gran nombre de persones que reben ajuda formal als seus domicilis; d'altra banda, Holanda i Suècia són els dos països que tenen les ràtios d'institucionalització més altes, malgrat que els percentatges de l'una i l'altra pel que fa a la utilització de serveis domiciliaris no es troben entre els més elevats. En segon lloc, igual que passava amb els índexs de despesa, hi ha un grup de països que es caracteritzen per la poca utilització que s'hi fa dels dos serveis formals considerats. Aquests països són Espanya, Itàlia i Irlanda, encara que probablement se'ls unirien Grècia i Portugal, si es disposés d'informació sobre ells.

Més enllà d'aquestes consideracions de caràcter general, les dades anteriors no permeten extreure grans conclusions sobre la manera com els diferents països responen davant les necessitats assistencials de les persones

## PERCENTATGE DE PERSONES GRANS QUE UTILITZEN SERVEIS RESIDENCIALS I DOMICILIARIS EN ALGUNS PAÏSOS DE L'OCDE. 1995



Nota: Les sigles dels països es corresponen amb les que apareixen al quadre 2.1.

Font: Elaboració pròpia a partir de Jacobzone (1999).

grans dependents. I el principal motiu, una vegada més, és la falta d'informació. Tractant-se de dades que no incorporen cap informació sobre la intensitat dels serveis (nombre d'hores d'atenció domiciliària, nivell d'infraestructures sanitàries dels centres residencials, etc.), és impossible pronunciar-se sobre el grau amb què els serveis disponibles en els diferents països satisfan les necessitats assistencials de les persones dependents que els utilitzen. És més, com que tampoc no incorporen informació sobre el grau i la intensitat de les atencions que proporcionen les famílies, les comparacions no permeten considerar la contribució al benestar de les persones grans com una font d'ajuda que no tan sols existeix a tots els països, sinó que en molts d'ells sabem que és fonamental.

En el fons, les matisacions anteriors i d'altres que hem anat fent en apartats precedents, remetent a una qüestió més general que convé ressaltar abans de concloure aquesta breu panoràmica internacional. Aquesta qüestió és la següent: ¿què podem esperar de l'anàlisi comparada?

En principi, ja que l'envelliment demogràfic constitueix una realitat cap a la qual es dirigeixen tots els països desenvolupats, és lògic que des d'Espanya es tracti de conèixer quines són les respostes que s'estan oferint en altres llocs. No obstant això, en el cas concret de les atencions de llarga durada, aquest exercici és útil només fins a cert punt, per diversos motius.

Encara que hi ha certa informació, aquesta és massa escassa perquè puguem tenir una idea precisa de com realment les atencions de llarga durada estan sent proveïdes i finançades als diferents països. Així, a causa de l'elevada descentralització que caracteritza la intervenció de l'Administració en aquesta matèria, se'n desconeixen aspectes fonamentals (condicions d'accés, nivell dels copagaments, qualitat dels serveis, etc.). De fet, com apunten els estudis internacionals consultats, s'intueix que tots aquests elements són diferents fins i tot dins d'un mateix país. Tampoc sobre el paper del mercat i de la família, que són els altres dos pilars sobre els quals descansa la provisió d'atencions de llarga durada, es disposa de gaire informació. En resum, encara que puguem caracteritzar d'una manera bastant general quin és el model d'atencions de llarga durada vigent als diferents països, aquesta caracterització és massa superficial perquè l'anàlisi comparada ens permeti obtenir alguna conclusió sobre la bondat relativa dels diferents models.

D'altra banda, fins i tot en el cas que la informació disponible fos millor del que és ara, és evident que els resultats que es poguessin desprendre de la comparació entre països no eximiria a cada un d'ells de la responsabilitat d'haver de decidir sobre múltiples qüestions: ¿S'han de remunerar els cuidadors informals? ¿Com s'han de finançar els serveis públics? ¿S'ha d'estimular la contractació privada d'assegurances privades de dependència? ¿Com s'ha de regular aquest mercat? Encara que sembla clar que conèixer les respostes d'altres països ens pot ajudar a prendre les nostres decisions, és una mica ingenu pensar que l'anàlisi comparada portarà la solució als nostres problemes: ni les preguntes han de ser les mateixes, ni les respostes s'han d'adequar a la situació de partida del nostre país.

### 3. Anàlisi de la situació actual de les atencions de llarga durada a Espanya

Ja hem vist a les pàgines anteriors que les tres institucions implicades en la provisió d'atencions de llarga durada són la família, l'Estat i el mercat. Referent a això, com es recordarà, utilitzem el concepte de «model d'atencions de llarga durada» per referir-nos a la manera en què cada un d'aquests tres elements es combinen a l'hora de satisfer les necessitats assistencials de les persones grans dependents. El principal objectiu d'aquest apartat és, precisament, tractar d'analitzar el model d'atencions de llarga durada actualment vigent al nostre país. Per això, hem adoptat un enfocament que s'aproxima a la realitat d'aquest model en diverses etapes. En la primera secció, s'intenta quantificar quina és la importància relativa de la família, de l'Estat i del mercat en la provisió de les atencions de llarga durada. Després d'això, en la segona secció, s'analitzen quins són els factors que expliquen per què determinats individus s'inclinen per utilitzar serveis formals (atenció domiciliària, residències, etc.) en comptes de recórrer al suport informal. En la tercera secció, ens centrarem en l'anàlisi de les principals característiques de la intervenció que fa el nostre sector públic en matèria d'atencions de llarga durada. Finalment, en la quarta secció, abordarem l'estudi de l'important paper que ocupa la família i analitzarem en detall distintes qüestions relacionades amb el suport informal en el nostre país.

#### Les grans xifres del nostre model d'atencions de llarga durada

Si es pretén obtenir una visió de conjunt sobre la manera com es proveeixen les atencions de llarga durada en un país determinat, pot ser útil començar diferenciant els diferents tipus d'atencions segons el lloc on viuen les persones dependents que els reben. En aquest sentit, un primer grup d'atencions de llarga durada serien aquelles que són prestades a persones dependents que segueixen vivint a casa seva. A aquest grup, com ja hem comentat, pertanyerien les atencions informals, l'atenció domiciliària i els centres de dia. A més d'aquest grup de serveis, l'altra modalitat d'atencions de llarga durada que trobem al nostre país són les residències, la principal

característica de les quals és que l'atenció que s'hi presta exigeix que l'individu abandoni casa seva. Així doncs, partint d'aquesta classificació, a partir d'ara intentarem quantificar la importància relativa de la família, de l'Estat i del mercat en la provisió d'atencions a un tipus i a l'altre de persones dependents: les que viuen a casa seva i les institucionalitzades.

### **Ancians dependents no institucionalitzats: modalitats d'ajuda**

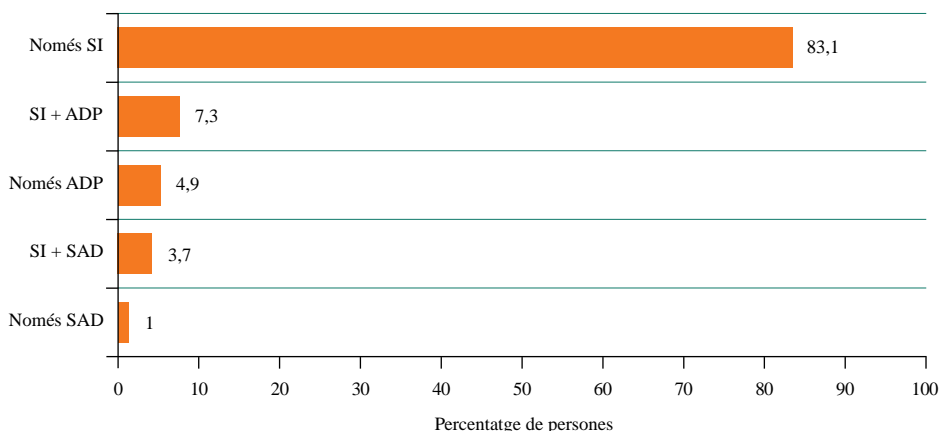
L'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores» (CIS, 1998), que ja hem utilitzat al capítol anterior per quantificar el nombre de persones grans dependents no institucionalitzades al nostre país, és la font de dades més recent de què disposem per intentar conèixer el grau d'utilització que fan aquestes persones d'alguns dels serveis esmentats anteriorment. Concretament, en aquesta enquesta es preguntava a totes les persones dependents qui els proporcionava l'ajuda que necessitaven per fer aquelles activitats en les quals tenien problemes.<sup>(18)</sup> Després d'agrupar les diferents respostes en tres categories (suport informal, atenció domiciliària privada i atenció domiciliària pública), els resultats que hem obtingut són els que es mostren al gràfic 2.5.

El gràfic 2.5 posa de manifest un fet de sobra conegut: a Espanya, el gruix de les atencions de llarga durada que es dispensen a les mateixes cases, els proporcionen els familiars de les persones dependents que necessiten ajuda. En concret, i expressat en termes percentuals, més del 80% de les persones grans dependents reben exclusivament ajuda del suport informal. Així mateix, entre els subjectes que utilitzen atenció formal pública o privada, tant l'una com l'altra van acompanyades, en la majoria dels casos, de suport informal. Així, si bé és cert que prop d'un 17% d'individus reben atencions formals, no ho és menys que d'aquest percentatge ni més ni menys que 11 punts percentuals corresponen a persones en les quals el suport informal també està present. De fet, com posa de manifest el gràfic anterior, el percentatge d'individus que acostuma a rebre atencions formals, públiques o privades, a penes supera el 4,5% del total.

(18) Per a una descripció de les activitats contemplades a l'ESPM, així com de les principals característiques de la mostra utilitzada, vegeu el capítol I.

Gràfic 2.5

## TIPUS D'AJUDA REBUDA PELS ANCIANS DEPENDENTS A CASA. 1998



Nota: SI: Suport informal. ADP: Atenció domiciliària privada. SAD: Serveis públics d'ajuda a domicili.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores» (CIS, 1998).

Si s'utilitzen no les xifres percentuals sinó els valors absoluts, les conclusions poden ser encara més sorprenents. Així, dels 2.150.000 persones grans dependents que estimàvem al capítol I que hi havia al nostre país l'any 1998, ni més ni menys que 1.780.000 rebien exclusivament atencions informals. D'altra banda, els usuaris dels serveis públics d'ajuda a domicili (SAD), amb o sense suport informal complementari, representaven un total aproximat d'uns 100.000 individus.<sup>(19)</sup> Finalment, en relació amb les persones dependents que recorrien a l'atenció domiciliària privada, completant-la o no amb suport informal, el nombre total arribava aproximadament a les 260.000.

Darrera d'aquestes xifres agregades, però, s'ha de matisar que s'hi amaguen realitats que poden ser molt diferents. En el cas del suport informal,

(19) Aquest resultat ens permet, indirectament, calibrar la bondat global dels nostres resultats. Així, segons les dades de l'Imsero relatives a 1999 (Imsero, 2001), aquest any el total d'usuaris dels SAD a escala estatal superava lleugerament els 110.000 individus. Ja que aquesta dada procedeix de l'agregació per al conjunt de l'Estat dels resultats obtinguts a través d'un qüestionari que va ser enviat a les CA, la nostra xifra, obtinguda mitjançant una explotació d'una enquesta feta el 1998 a 2.500 persones de tota Espanya, sembla ser una bona estimació (penseu en l'increment d'usuaris que, amb tota seguretat, va tenir lloc entre 1998 i 1999).

com veurem més endavant, és molt important precisar si és una o diverses persones les que s'encarreguen de proporcionar les atencions, per la senzilla raó que el desgast del cuidador principal no serà el mateix en un cas que en l'altre. D'altra banda, en relació amb l'atenció domiciliària privada, és evident que admet múltiples modalitats: des de la mera ajuda que proporciona una persona coneguda a la qual es paga alguna cosa a canvi, fins als serveis proporcionats per professionals qualificats contractats a través d'una agència especialitzada. Lamentablement, encara que sabem que hi ha aquestes diferències, no és possible quantificar-ne la importància a partir de la informació continguda a l'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores».

L'ESPM tampoc no proporciona cap informació sobre l'altre tipus de servei utilitzat per algunes de les persones dependents que continuen vivint a casa seva: els centres de dia. Referent a això, les úniques dades que es coneixen procedeixen d'un estudi recent dut a terme per l'Imsero (2001), en el qual s'han xifrat en 7.103 les places d'aquest servei actualment disponibles al nostre país. Aquesta exigua quantitat de places, de les quals no és possible determinar quantes són públiques i quantes privades, constitueix un clar reflex que es tracta d'un recurs assistencial el desenvolupament del qual no ha fet més que començar a Espanya.<sup>(20)</sup>

### **Ancians dependents institucionalitzats**

En el cas de les persones que viuen en residències, a diferència del que passava amb les persones no institucionalitzades, de moment no hi ha cap enquesta d'àmbit estatal que ens permeti conèixer quants dels actuals residents tenen problemes de dependència. En relació amb això, l'única font d'informació disponible procedeix d'un estudi que l'Imsero (1998 a) va fer l'any 1995. En aquest estudi, mitjançant l'enviament de qüestionaris a 32 residències públiques i privades, es va aconseguir recopilar informació sobre uns 1.200 residents. Aquesta informació mostrava que el 72,5% de totes les

(20) Per il·lustrar l'escassa importància que ara com ara tenen els centres de dia al nostre país es pot fer un càlcul senzill: tot i suposant que fossin els ancians no institucionalitzats amb un grau de dependència més gran (moderat i sever) els únics usuaris de les places en centres de dia, el nombre actual d'aquestes places només estaria permetent atendre un 2% del total de dependents moderats i severos que al capítol I estimàvem que hi havia a Espanya (315.000 persones).

persones ingressades eren dependents, és a dir, necessitaven l'ajuda d'altres persones per poder desenvolupar una o més activitats de la vida diària (AVD).

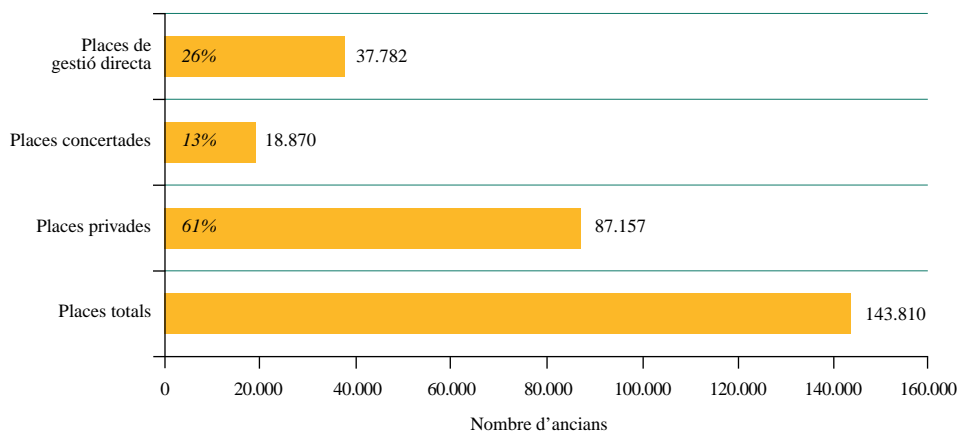
A partir d'aquestes dades, i de la informació més recent de què es disposa sobre el nombre total de places residencials existents al nostre país (Imsero, 2001), s'ha estimat quantes de les persones que actualment viuen en residències poden ser considerades dependents. Així mateix, amb l'objectiu de quantificar la importància relativa de l'Estat i del mercat en la provisió de serveis residencials destinats a proporcionar atencions de llarga durada a persones grans dependents, els càlculs anteriors s'han fet distingint entre dos tipus de places: d'una banda, les que hem denominat «privades», la principal característica de les quals és que tot el cost de l'atenció és finançat íntegrament amb les aportacions que fan els usuaris; de l'altra, les places «públiques», que es caracteritzen pel fet que l'Administració finança una part del cost, mentre que la resta del finançament correspon, com veurem més endavant, als mateixos usuaris. Dins de les places públiques, però, hem distingit entre places «de gestió directa», en les quals el centre on aquestes es troben pertany a l'Administració, i «places concertades», en les quals la titularitat del centre és privada.

Tenint en compte aquests resultats,<sup>(21)</sup> podem afirmar que el «mercat» s'encarrega de satisfer les necessitats assistencials d'un 61% de les persones dependents institucionalitzades. D'altra banda, l'Administració, ja sigui a través de centres propis o concertant places en el sector privat, s'ocupa de proporcionar atencions de llarga durada al 39% restant. Hem d'afegir, per evitar confusions, que el nombre de places que apareixen al gràfic 2.6 no correspon al total de places realment existents al nostre país: a més de les 143.810 que aquí s'esmenten, n'hi ha 54.548 més, tant públiques com privades, ocupades per persones grans que no tenen cap tipus d'incapacitat funcional.

(21) Els resultats s'han d'interpretar amb cautela, ja que han estat obtinguts establint tres supòsits que val la pena destacar. En primer lloc, s'ha extrapolat al conjunt de residents de tot l'Estat els resultats procedents de l'estudi de l'Imsero (1998a) anteriorment referit que, recordem-ho, apuntava que el 72,5% de les persones ingressades a les residències objecte d'estudi podien ser considerades dependents. En segon lloc, no tan sols s'ha donat per bo el percentatge anterior, sinó que ha estat aplicat a tots els tipus de places de la mateixa manera (gestió directa, concertades i privades). Finalment, en no disposar d'informació sobre quin és la mitjana d'ocupació de les places residencials, s'ha suposat que la totalitat estaven ocupades.

Gràfic 2.6

## NOMBRE D'ANCIANS DEPENDENTS QUE OCUPEN PLACES EN RESIDÈNCIES. 1999

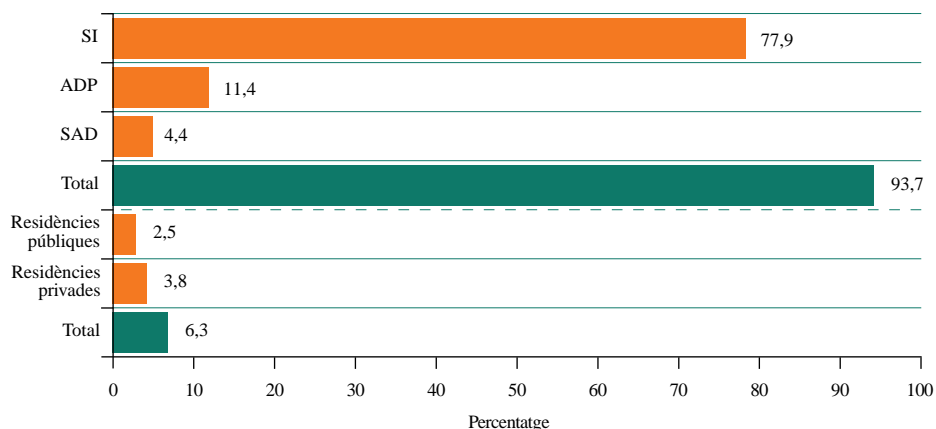


Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'Imsero (2001 i 1998a).

Així doncs, si a aquests resultats afegim els obtinguts en l'apartat anterior, estem en disposició d'oferir una instantània general de la manera com es proveeixen les atencions de llarga durada al nostre país (gràfic 2.7).

Al gràfic 2.7, hi ha diversos aspectes que criden l'atenció. En primer lloc, a pesar que constitueix un lloc comú en el debat sobre les atencions de llarga durada, sorprèn constatar l'extraordinària importància quantitativa que el suport informal té en el nostre país: dels 2.300.000 de persones grans dependents que hi ha al nostre país (incloent, per tant, aquelles que viuen en residències), gairebé un 78% únicament rep ajuda de caràcter informal. En segon lloc, només una petita minoria, una mica més d'un 6%, viu en residències, tant públiques com privades. Finalment, el pes del sector públic i del privat en la provisió d'atencions de llarga durada és realment modest. En el primer cas, tot i sumant els usuaris dels dos serveis públics considerats (Serveis d'ajuda a domicili i residències), la xifra global a penes representa el 7% del total de persones grans dependents. D'altra banda, aquelles persones que opten per adquirir privadament atencions de llarga durada, tant si són domiciliàries com residencials, representen

## PERCENTATGES D'UTILITZACIÓ DE LES DIFERENTS MODALITATS D'ATENCIÓ DE LLARGA DURADA. 1999



Nota: SI: Suport informal. ADP: Atenció domiciliària privada. SAD: Serveis públics d'ajuda a domicili.  
Font: Elaboració pròpia.

aproximadament un 15% del total. Així doncs, en el cas d'Espanya, família, mercat i Estat són, per aquest ordre d'importància, els tres agents que intervenen en la provisió d'atencions de llarga durada. Després d'aquesta caracterització general del nostre model d'atencions de llarga durada, ja estem a punt d'abordar-ne l'anàlisi detallada.

### Els serveis formals d'atencions de llarga durada

#### ¿Qui els utilitza?

L'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores», a la qual ja ens hem referit anteriorment, incorpora informació sobre diferents variables socioeconòmiques que permeten analitzar quines característiques diferencien les poques persones dependents que utilitzen serveis formals domiciliaris d'aquelles moltes altres que, com vèiem, opten pel suport informal. Això no obstant, incloent únicament informació sobre persones que segueixen vivint a casa seva, l'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores» no

és útil per caracteritzar aquells altres subjectes que utilitzen l'altra gran modalitat d'atencions de llarga durada existent: les residències. De fet, al nostre país, de moment no hi ha cap enquesta la mostra de la qual inclogui simultàniament tant la població no institucionalitzada com aquella que es troba ingressada en residències. Per aquest motiu, a continuació analitzarem per separat els factors que determinen la utilització d'un tipus de serveis formals i de l'altre (domiciliaris vs. residencials).

### **Serveis formals domiciliaris**

A partir de les dades contingudes a l'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores», i seguint els passos proposats pels escassos treballs empírics existents a escala internacional sobre aquesta qüestió,<sup>(22)</sup> s'ha utilitzat un model estadístic que permet llançar alguna llum sobre quins són els factors determinants de la utilització de serveis formals domiciliaris en el cas del nostre país. En concret, el model, els detalls del qual poden ser consultats en l'annex, analitza l'efecte d'un conjunt de variables socioeconòmiques (edat, nivell de renda, estudis, grau de dependència, etc.) sobre la decisió d'adquirir alguna de les dues modalitats d'atenció domiciliària existents: els serveis públics d'ajuda a domicili i l'atenció domiciliària privada. Els resultats obtinguts es comenten a continuació.

Pel que fa a l'atenció domiciliària privada, són diverses les variables que incideixen sobre la probabilitat que sigui aquesta, i no el suport informal, l'opció elegida pels diferents individus. En primer lloc, i comparat amb les persones dependents que viuen acompanyades, les persones que viuen soles tenen una probabilitat quatre vegades superior de contractar atenció domiciliària privada. Aquest fet té una explicació fàcil: ja que la viudetat acostuma a ser l'estat civil habitual de les persones que viuen soles, la nostra variable «viure sol» estaria capturant l'absència de la potencial ajuda que pot proporcionar el cònjuge de la persona gran dependent. Així mateix, probablement sigui aquest mateix fenomen el que expliqui per què les dones tenen una probabilitat tres vegades superior que els homes de contractar serveis privats, ja que és un fet conegut que la viudetat és més freqüent entre les pri-

(22) Kemper (1992), Coughlin *et al.* (1992), Ettner (1994) i Portrait *et al.* (2000).

meres que entre els segons. D'altra banda, comparat amb les persones grans que tenen fills, les persones dependents sense descendència tenen el doble de probabilitat d'acabar contractant privadament les atencions que necessiten. Novament, com tindrem oportunitat de comprovar més endavant, aquest fenomen al·ludeix directament a la menor disponibilitat potencial de suport informal que caracteritza les persones sense fills.

No obstant això, a més de l'efecte de les variables anteriors, la característica comuna de les quals és la relació que tenen amb el grau de viabilitat que comporta la solució familiar (suport informal) en cada cas, hi ha altres factors que exerceixen una influència addicional sobre la probabilitat que els subjectes comprin atenció domiciliària privada. Així, comparat amb les persones d'ingressos elevats, els individus d'ingressos mitjans i baixos són bastant menys propensos a la contractació de serveis privats. Per això, encara que és probable que les atencions de llarga durada tinguin característiques que els diferencien d'altres serveis,<sup>(23)</sup> la veritat és que la demanda de serveis domiciliaris privats es comporta de la manera habitual: a més nivell d'ingressos, més probabilitat d'adquirir-los.

També el nivell d'estudis dels individus influeix sobre la probabilitat que aquests utilitzin serveis domiciliaris privats. En concret, comparat amb les persones que tenen estudis secundaris o superiors, la propensió a contractar atenció privada decreix progressivament a mesura que considerem subjectes amb nivells educatius inferiors. Segons Portrait *et al.* (2000), que van obtenir un resultat semblat quan van examinar el cas holandès, la influència del nivell educatiu es produeix per dos motius. D'una banda, en la mesura que és probable que els fills de les persones grans més educades siguin també individus relativament més formats que la resta, sembla raonable pensar que aquests siguin menys propensos a proporcionar ells mateixos l'atenció que requereixen els seus pares, per una senzilla raó: si optessin pel suport informal, això comportaria una pèrdua d'ingressos molt important, pel fet que la seva major formació els permet tenir feines molt ben remunerades. De l'altra, independentment de quin sigui el nivell educatiu dels seus fills, les

(23) És probable, com assenyalàvem anteriorment, que moltes persones dependents vulguin que la intimitat i l'afecte estiguin presents en l'ajuda que reben per fer certes activitats (neteja personal, vestir-se, etc.).

persones dependents amb més estudis<sup>(24)</sup> probablement tenen un grau de coneixement més elevat sobre quins són els serveis que poden ser comprats privatament, on contractar-los, etc.

Aquests resultats, que són consistents amb els obtinguts als treballs internacionals anteriorment mencionats, permeten extreure algunes conclusions interessants sobre quina pot ser l'evolució de la demanda de serveis domiciliaris privats en el futur. Encara que tractarem amb més detall aquestes qüestions més endavant, ja podem avançar algunes idees. En primer lloc, ja que el nivell educatiu influeix positivament sobre la contractació d'atenció privada, podem esperar que els anys vinents les noves cohorts de persones grans demanin més serveis privats que avui dia, ja que una de les característiques de les noves generacions d'ancians és un nivell formatiu més alt. D'altra banda, en la mesura que els nivells de renda de les persones grans també experimentin creixements en el futur, és probable que aquest fet provoqui un increment paral·lel en la demanda de serveis domiciliaris privats.

Considerant els factors determinants de la utilització dels serveis privats, podem passar a comentar els resultats relatius a l'atenció domiciliària pública. En aquest cas, però, podem fer una consideració prèvia de caràcter conceptual. És important assenyalar que l'atenció domiciliària pública i la privada difereixen pel que fa a la seva naturalesa, i l'accés a un tipus de serveis o a un altre respon a lògiques diferents. Així, en el cas dels serveis públics, l'accés està definit per una sèrie de criteris fixats per l'Administració, com són el nivell de renda o les condicions familiars. Per això, quan els nostres resultats assenyalin que una determinada variable influeix sobre la probabilitat de rebre atenció domiciliària pública, caldrà interpretar que aquests efectes no són únicament el reflex de les eleccions que prenen els individus, sinó també de la manera particular amb què el sector públic decideix proveir l'assistència. Vegem, doncs, quins han estat els resultats obtinguts.

(24) A més del que acabem de dir, no és desencertat pensar que potser les persones amb més nivell educatiu tinguin una concepció menys familiarista de qui s'ha de responsabilitzar de les atencions de llarga durada: és a dir, pot ser que aquells que opinin que es tracta d'un problema individual, no familiar, siguin relativament més nombrosos entre les classes socials amb uns nivells formatius més elevats.

Igual que passava amb els serveis privats, també el fet de viure sol constitueix un factor que determina una probabilitat superior de rebre atenció domiciliària pública, encara que la magnitud de l'efecte és ara superior. Al contrari, a diferència del cas anterior, no s'observen diferències entre les persones amb o sense fills pel que fa a la probabilitat de rebre atenció domiciliària pública en comptes de suport informal. Els dos fenòmens anteriors, per tant, permeten extreure una primera conclusió sobre com l'Administració decideix qui són els beneficiaris de l'ajuda pública: independentment que es tinguin fills o no, les persones grans dependents que viuen soles semblen ser l'objectiu prioritari dels serveis públics d'ajuda a domicili (SAD). Així mateix, a més del règim convivencial, sembla que els SAD també tenen en compte el grau de dependència dels individus a l'hora de determinar qui rep l'ajuda. En concret, comparat amb les persones amb dependència severa, els subjectes amb dependència lleu tenen una probabilitat quatre vegades inferior de ser beneficiaris dels SAD.

D'altra banda, en el cas dels SAD, l'edat té un paper que no tenia en el cas de l'atenció domiciliària privada. Així, comparat amb les persones de més edat (>85 anys), els subjectes d'entre 70 i 79 anys tenen una probabilitat més gran de ser atesos pels SAD. Encara que és difícil trobar una explicació a aquest fenomen, ens atrevim a proposar la hipòtesi següent: ja que les persones més ancianes (>80 anys) són les que primer obtenen plaça en una residència pública, el que un esperaria observar és que els beneficiaris dels SAD de menys de 80 anys fossin relativament més nombrosos, per una raó: perquè la proporció d'aquests últims que estarien rebent SAD mentre esperen ingressar en una residència, seria molt superior que en el cas de les persones més grans de 80 anys. Lamentablement, com ja s'ha assenyalat, no disposem encara de la informació suficient per poder validar empíricament aquesta hipòtesi.

Finalment, a diferència del que passava amb l'atenció domiciliària privada, el nivell d'ingressos no influeix en la probabilitat que un subjecte dependent utilitzi els SAD. Això vol dir que, a la pràctica, el principi de subsidiarietat que informa l'actuació de l'Administració en aquesta matèria no és simètric: a l'hora de determinar qui rep l'ajuda, preval la insuficiència de recursos familiars, el reflex més evident de la qual és el fet de viure sol, per sobre de la falta de recursos econòmics.

## Residències

En el cas de les residències, com ja hem assenyalat, la falta de dades impedeix fer una anàlisi tan exhaustiva com la realitzada en la secció anterior. No obstant això, encara que no hi ha una enquesta que aportí tanta informació sobre les persones institucionalitzades com la que conté l'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores» per als subjectes que viuen a casa seva, sí que és possible conèixer algunes de les característiques de les persones grans ingressades en residències. En concret, el Padró d'Habitants (INE) conté dades sobre el sexe i l'edat de totes aquelles persones que declaren que resideixen en establiments col·lectius del tipus «residències d'ancians». Això no obstant, aquesta informació no és completa per una senzilla raó: hi ha moltes persones que, tot i que viuen en una residència, continuen empadronades en el que havia estat el seu domicili anterior. Per això, per tractar d'oferir una imatge al més ajustada possible a la realitat, hem decidit «corregir» les dades del padró. Així, s'ha suposat que totes les places residencials disponibles l'any 1998 (Imsero, 2001) estaven ocupades, i que la distribució per sexe i edat dels seus ocupants era la mateixa que la continguda al Padró. Després de fer aquests càlculs, els resultats obtinguts són els que es reproduïxen al quadre 2.2.

Encara que la informació del Padró no especifica si la residència en la qual està ingressat el subjecte és pública o privada, creiem que els resultats del quadre anterior constitueixen una aproximació bastant precisa de quina és la realitat de la institucionalització al nostre país. En relació amb això, volem destacar que les persones que viuen en residències es caracteritzen pel fet de tenir una edat molt avançada. De fet, com es pot comprovar al quadre 2.3, el percentatge de persones institucionalitzades augmenta acceleradament a mesura que considerem cohorts de més edat. Així, prenent les cohorts extremes, s'observa que mentre només un 1% de tots els individus d'entre 65 i 69 anys viuen en residències, aquest percentatge augmenta fins al 12% en el cas de les persones que tenen 85 anys o més. D'altra banda, de les xifres contingudes al quadre anterior, val la pena destacar el diferent comportament que s'observa entre homes i dones pel que fa a la utilització que fan uns i altres dels recursos residencials. Així, en tots els grups d'edat, s'observa com els percentatges d'institucionalització són superiors entre les dones que entre els homes.

Quadre 2.2

**USUARIS DE PLACES RESIDENCIALS PÚBLIQUES I PRIVADES. 1998**

	Homes	Dones	Total
65-69	8.817	13.555	22.371
70-74	9.185	18.438	27.623
75-79	8.884	24.271	33.155
80-84	10.303	34.853	45.156
85 o més	13.912	56.141	70.053
<b>Total</b>	<b>51.101</b>	<b>147.257</b>	<b>198.358</b>

Font: Elaboració pròpia a partir d'Imsero (2001) i del Padró d'Habitants (INE).

Encara que la falta de més informació ens impedeix contrastar rigorosament el perquè d'aquests fenòmens, tant el sentit comú com els resultats obtinguts en els treballs portats a terme en altres països, ens permeten oferir algunes explicacions.

En primer lloc, les majors ràtios d'institucionalització de les cohorts de població més anciana són, com era de preveure, la conseqüència directa d'un fet sobre el qual hem aportat evidència empírica al capítol I: les taxes de prevalença dels problemes de dependència augmenten exponencialment amb l'edat. Per això, si les residències s'encarreguen de proporcionar atencions de llarga durada a persones dependents, no és estrany que la majoria dels seus ocupants siguin subjectes d'edat avançada. De fet, en tots els estudis empírics de fora del nostre país en què s'ha analitzat quins factors desen-

Quadre 2.3

**PERCENTATGE DE PERSONES QUE VIUEN EN RESIDÈNCIES.<sup>(\*)</sup> 1998**

	Homes	Dones	Total
65-69	0,94	1,25	1,10
70-74	1,22	1,95	1,63
75-79	1,78	3,29	2,68
80-84	3,74	6,95	5,81
85 o més	7,76	13,97	12,05
<b>Total</b>	<b>1,93</b>	<b>4,00</b>	<b>3,14</b>

(\*) Públiques i privades.

Font: Elaboració pròpia a partir d'Imsero (2001) i del Padró d'Habitants (INE).

cadenen l'ingrés en una residència, el grau de dependència resulta ser una de les variables amb més poder explicatiu.<sup>(25)</sup>

D'altra banda, pel que fa a les diferències observades en les ràtios d'institucionalització d'homes i dones, són realment el reflex de la influència d'altres factors diferents del gènere per se. En primer lloc, ja que les dones tendeixen a ser més longeves que els homes, la viudetat constitueix una situació més freqüent entre les dones que entre els homes. I la viudetat, com assenyalen tots els estudis empírics, és un factor que influeix decisivament en la probabilitat d'ingressar en una residència, ja que les persones que han perdut el seu cònjuge no tenen la possibilitat que aquest últim els proporcioni les atencions necessàries.

Així mateix, la pèrdua d'ingressos que acompanya la desaparició del cònjuge constitueix un fenomen que, pel que s'ha dit anteriorment, apareixerà amb més freqüència entre les dones. A causa d'això, com que també hi ha evidència empírica que les persones amb més ingressos tenen una probabilitat menor d'ingressar en una residència, no és sorprenent que les taxes d'institucionalització de les dones siguin superiors a les dels homes. En concret, segons els diferents treballs consultats,<sup>(26)</sup> allò que explica que el nivell d'ingressos influeixi negativament sobre la probabilitat d'ingressar en una residència és el fet que les persones amb més recursos econòmics tenen, a igual grau de necessitat, més possibilitats de contractar atenció domiciliària privada, o un altre tipus de serveis (rehabilitació, adaptació de l'habitatge, etc.), que els permeten prolongar el temps de permanència a casa seva. Així mateix, ja que en la majoria de països l'accés a les places residencials públiques està restringit a les persones amb menys ingressos, per a les persones que no són pobres, l'atenció domiciliària constitueix una alternativa relativament més barata que la institucionalització.

A més dels factors anteriors, que ens han permès explicar el perquè de les diferències entre les taxes d'institucionalització d'homes i dones, els estudis empírics mostren que hi ha dues variables més que influeixen en la

(25) Vegeu, per citar alguns dels més recents, els treballs de Carrière i Pelletier (1997), Murtaugh *et al.* (1997), Reschovsky (1998) i Portrait *et al.* (2000).

(26) Borsh-Supan (1992), Reschovsky (1998) i Portrait *et al.* (2000).

probabilitat de ser ingressat en una residència l'efecte de les quals és totalment independent del sexe dels individus: la descendència i els preus. Efectivament, comparat amb les persones que no tenen fills, els subjectes amb descendència tenen una probabilitat inferior de ser institucionalitzats. Aquest fet, com ja passava en el cas de l'atenció domiciliària, té a veure amb la font potencial d'atencions que representen els fills. D'altra banda, en aquells casos en què ha estat possible obtenir informació sobre el cost de les residències en zones geogràfiques diferents, els investigadors han pogut constatar com la demanda de serveis residencials és sensible a variacions dels preus [Reschovsky (1998); Portrait *et al.* (2000)].

En resum, tots els resultats anteriors, a més d'ajudar-nos a entendre més bé quins són els factors que actualment determinen les pautes d'utilització dels serveis residencials, ens permeten prendre consciència que són molts els elements que poden influir sobre l'evolució futura de places residencials. Encara que sens dubte el nombre de persones dependents serà un factor decisiu, no s'ha de perdre de vista que hi haurà altres variables igualment importants. Així, l'evolució futura dels ingressos de les persones grans, els canvis de les taxes de viudetat<sup>(27)</sup> o les modificacions dels preus relatius dels diferents serveis disponibles, seran alguns dels factors que acabin determinant el nombre de persones ingressades en residències.

### **Serveis públics: ¿els coneix tothom?**

Ja ens hem referit anteriorment a la manera en què l'Administració intervé en la provisió d'atencions de llarga durada. Pel que fa a l'atenció domiciliària, com ha posat de manifest la nostra anàlisi de les dades contingudes a l'«Encuesta sobre la soledad de las personas mayores», sembla ser que el sector públic concentra els seus esforços a ajudar les persones grans dependents que viuen soles. En el cas de les places residencials, com tindrem oportunitat de comentar més endavant, els criteris d'accés apunten en

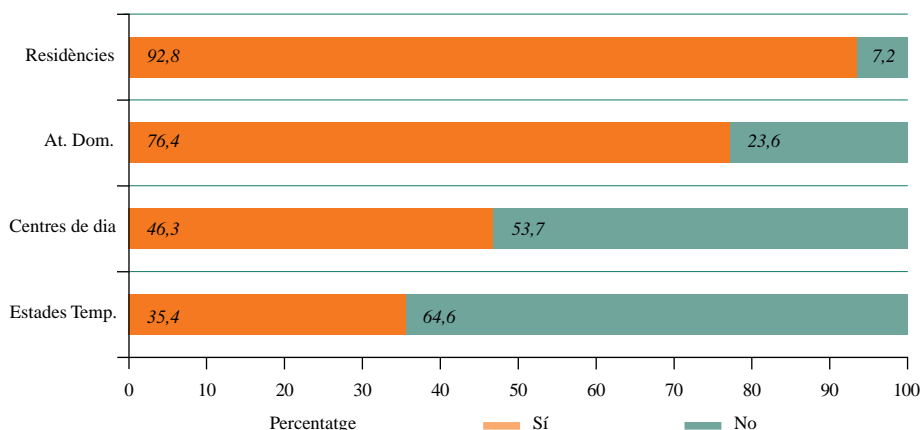
(27) En el cas dels EUA, per exemple, hi ha proves que part de la disminució observada durant els últims anys en les taxes d'institucionalització, es pot atribuir a la disminució del percentatge de viudes ancianes. Aquesta disminució de les taxes femenines de viudetat, atribuïble als grans guanys relatius en l'esperança de vida dels homes ancians, hauria provocat una expansió de les ALD proporcionades domiciliàriament pels cònjuges i, consegüentment, una disminució de les taxes d'institucionalització femenines (Lakdawalla i Philipson, 1999).

aquesta mateixa direcció, encara que formalment es reconeix també la necessitat de proporcionar abans ajuda a aquells subjectes amb menys recursos econòmics.

No obstant això, a més dels criteris d'accés que utilitza l'Administració, hi ha un altre factor que també determina quins són els individus que acaben utilitzant els serveis públics destinats a proporcionar atencions de llarga durada: el coneixement de la seva existència. Efectivament, ja que per ser beneficiari de l'ajuda pública primer és necessari sol·licitar-la, conèixer l'existència dels diferents serveis és un requisit previ per poder ser-ne usuari. Pel que fa a això, un tendria a pensar que tothom coneix l'existència dels serveis d'ajuda a domicili, dels centres de dia o de les residències. Això no obstant, quan a l'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores» es va preguntar als entrevistats si coneixien o no una sèrie de serveis públics, els resultats obtinguts van ser els que es mostren al gràfic 2.8.

Gràfic 2.8.

### CONEXIEMENT DE L'EXISTÈNCIA DE DIFERENTS SERVEIS PÚBLICS. 1998



Font: Elaboració pròpia a partir de l'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores» (CIS; 1998).

Així, si bé la pràctica totalitat de persones més grans de 65 anys coneixia l'existència de residències, l'atenció domiciliària era un recurs desconegut per gairebé el 25% de la població. En el cas dels dos serveis més nous, els centres de dia i les estades temporals, més de la meitat dels entrevistats van declarar que no en coneixien l'existència.

Lògicament, davant d'aquesta situació, sembla convenient tractar d'analitzar quins són els factors que expliquen per què alguns individus coneixen els serveis públics i d'altres no. En aquest sentit, per exemple, és especialment rellevant determinar si el fet de ser dependent està entre aquests factors, ja que, al capdavall, les persones dependents constitueixen el col·lectiu al qual van adreçats els diferents serveis públics mencionats.

Així doncs, per intentar determinar quins són els factors que influeixen sobre el grau de coneixement de l'oferta pública d'atencions de llarga durada, s'ha fet una anàlisi estadística dels detalls de la qual es poden consultar a l'annex. Els resultats obtinguts indiquen que són tres les variables que expliquen el diferent grau de coneixement que tenen els subjectes sobre els serveis públics. En primer lloc, com més alt és el nivell educatiu dels entrevistats, més gran és la probabilitat que coneguin cada un dels tres serveis considerats. En segon lloc, es constata que, de les persones grans, les més joves són les que tenen més probabilitat de conèixer els serveis públics. Finalment, pel que fa al grau de dependència, els resultats indiquen que de les persones dependents, únicament les severes tenen una probabilitat més gran que les persones autònomes de saber que hi ha una oferta pública d'atencions de llarga durada.

Aquests resultats permeten treure algunes conclusions interessants sobre com són les persones que, en principi, es poden decidir a sol·licitar l'ajuda de l'Administració perquè en coneixen l'existència. En primer lloc, si suposem que el grau de dependència constitueix un criteri atractiu a l'hora de determinar els beneficiaris dels serveis públics, els nostres resultats conviden a l'optimisme: comparat amb la resta, les persones dependents severes són les que coneixen més l'existència dels serveis públics.

No obstant això, aquest optimisme ha de ser matisat tenint en compte un altre dels efectes detectats: a igual grau de dependència, s'observa que les

persones més educades tenen una probabilitat més gran de conèixer l'existència dels serveis públics i, per això, pot ser que sol·licitin utilitzar-los en una proporció superior a la de la resta d'individus. A causa d'això, ja que sembla raonable pensar que les persones més educades pertanyeran a famílies amb més recursos econòmics, és possible que siguin aquestes persones les que acabin fent una utilització més gran d'uns serveis que, teòricament, estan destinats a subjectes amb pocs recursos econòmics.

De fet, ja que és molt probable que els ingressos de l'individu i els recursos econòmics de la seva família estiguin molt relacionats, els diferents coeficients distingits per la variable «ingressos de l'individu» sembla que reforcin l'argument anterior. Així, tret del cas de l'atenció domiciliària, s'observa que el grup de subjectes amb un nivell d'ingressos personals menor (menys de 50.000 ptes.), tenen una probabilitat inferior de conèixer l'existència dels centres de dia i les estades temporals que les persones de les altres dues categories d'ingressos més elevats.

En qualsevol cas, més que com un punt d'arribada, els resultats obtinguts en aquest apartat s'han d'interpretar com un punt de partida per a futures anàlisis. En aquest sentit, és sorprenent la poca atenció que els investigadors han prestat a l'estudi dels factors que determinen les diferències observades en el coneixement dels serveis públics i com aquestes diferències incideixen en la utilització que en fan els individus. Si tinguéssim informació sobre aquestes qüestions, l'Administració no tan sols podria dissenyar campanyes publicitàries que disseminessin d'una manera més efectiva la informació entre les persones grans, sinó que tindria una major garantia que els serveis d'atencions de llarga durada finançats públicament són utilitzats per aquells col·lectius als quals suposadament van dirigits.

## El paper de la família

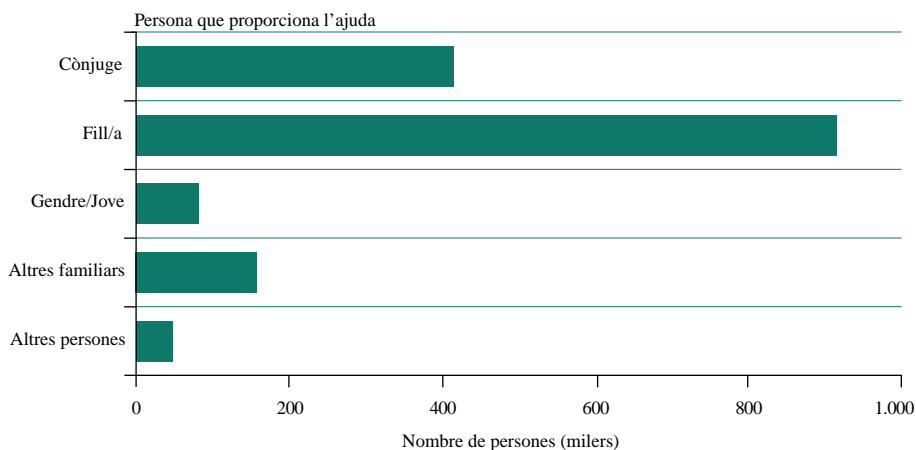
### **Principals característiques del suport informal a Espanya**

Ja hem vist que el suport informal representa la font d'ajuda més freqüent entre les persones grans dependents no institucionalitzades. No obstant això, el suport informal no constitueix una modalitat d'ajuda totalment

homogènia. Així, analitzant amb detall la informació continguda en la ja coneguda ESPM, apareixen diferències importants.<sup>(28)</sup>

Gràfic 2.9

### ORIGEN DEL SUPORT INFORMAL. 1998



Font: Elaboració pròpia a partir de l'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores» (CIS, 1998).

En primer lloc, com posa de manifest el gràfic 2.9, la pràctica totalitat del suport informal té l'origen en les atencions que proporcionen membres de la família de la persona dependent. Així, només en un 2,6% dels casos, el cuidador principal és una persona que no té vincles familiars amb el subjecte que rep les atencions. En termes quantitius, per tant, la importància de les atencions informals «comunitàries» (amics, veïns, etc.) és totalment residual.

Pel que fa a l'ajuda familiar, es constata que són els fills i les filles de les persones dependents les que en major mesura proporcionen les atencions (57%). De fet, si al paper ocupat pels descendents directes hi afegim les atencions procurades per gendres i joves, un 62% de tota l'ajuda familiar

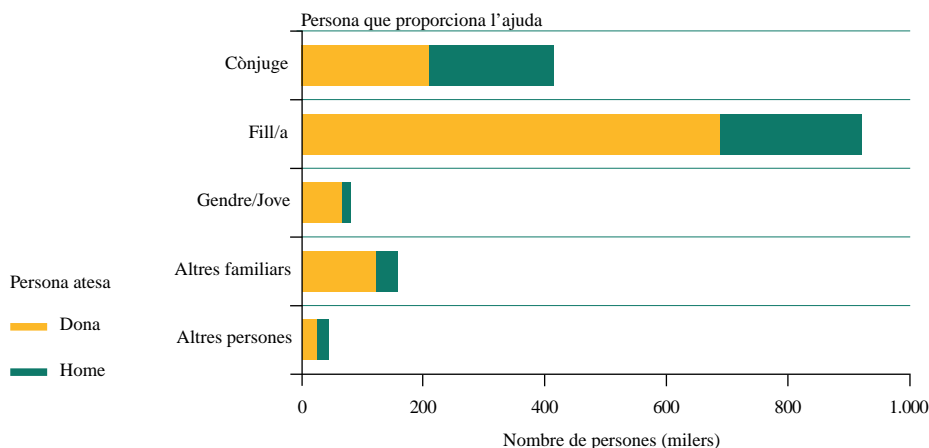
(28) Tots els resultats que s'ofereixen a les pàgines següents tenen una interpretació poblacional, és a dir, han estat obtinguts després d'aplicar als resultats mostrals els coeficients d'elevació corresponents.

prové d'aquest col·lectiu «ampliat» de fills i filles. Després d'aquest, el segon col·lectiu de cuidadors familiars més important està representat pels cònjuges de les persones dependents, que són la principal font d'ajuda en gairebé el 26% dels casos. Finalment, en el 10% dels casos, són altres familiars (germans/es, nebots/des, etc.) els encarregats de proporcionar les atencions requerides per la persona dependent.

D'altra banda, com es pot apreciar al gràfic 2.10, el sexe de la persona dependent influeix decisivament en quina de les anteriors fonts d'ajuda és la més utilitzada.

Gràfic 2.10

### SEXE DE LA PERSONA CUIDADA I TIPUS DE CUIDADOR. 1998



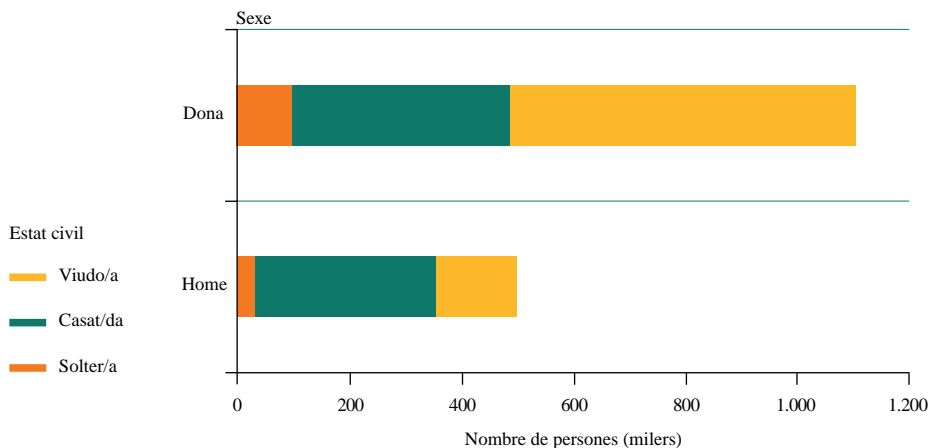
Font: Elaboració pròpia a partir de l'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores» (CIS, 1998).

Així, centrant-nos en les dues fonts d'ajuda més importants (cònjuges i fills/es), si la persona dependent és un home, totes dues són igualment freqüents: un 41% i un 45% respectivament. En canvi, si la persona dependent és una dona, la freqüència de l'ajuda conjugal (19%) és molt inferior a la proporcionada pels descendents (62%). Òbviament, com posen de manifest els dos gràfics següents, aquestes diferències són el resultat de l'efecte combinat de dos fenòmens: d'una banda, les taxes de viudetat són

molt superiors entre les dones<sup>(29)</sup> (gràfic 2.11) i, de l'altra, entre les persones viudes, gairebé el 85% de les atencions les proporcionen els descendents (gràfic 2.12).

Gràfic 2.11

## SEXE I ESTAT CIVIL DE LES PERSONES GRANS DEPENDENTS. 1998

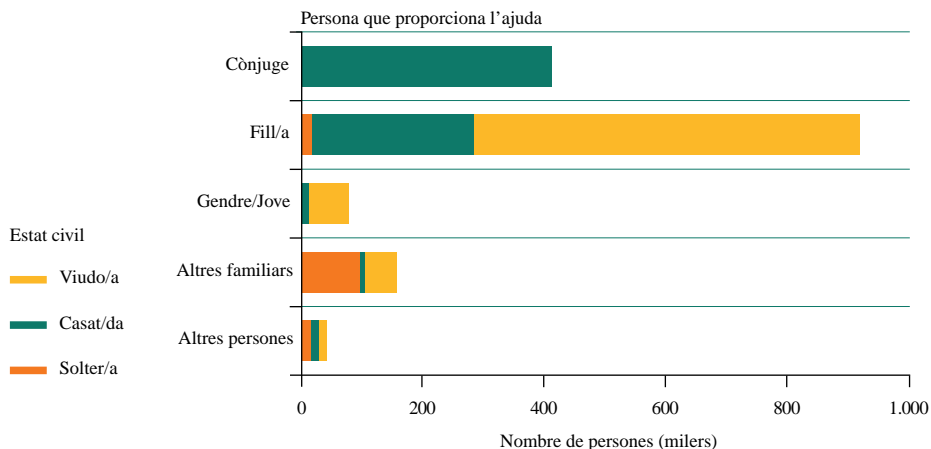


Font: Elaboració pròpia a partir de l'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores» (CIS, 1998).

Després d'aquesta caracterització general del suport informal al nostre país, en els dos apartats següents analitzarem totes dues qüestions que per l'especial importància mereixen un tractament diferenciat. En primer lloc, veurem com les persones dependents que reben suport informal es diferencien, a més de pels factors ja assenyalats, pel tipus de relació de convivència que s'estableix entre elles i la persona que se n'ocupa. En segon lloc, comentarem quines són les principals característiques dels descendents que assumeixen el paper de cuidadors i analitzarem diferents qüestions relacionades amb el sexe, l'edat i la situació laboral d'aquestes persones.

(29) No tan sols per ser més longeves que els homes, sinó també per les diferències en l'edat a la qual els homes i les dones contreuen matrimoni. Sobre aquest últim aspecte, l'ESPM demostra que en les parelles en què els dos cònjuges són vius, les dones tenen una edat mitjana tres anys inferior a la dels homes.

## ESTAT CIVIL I TIPUS D'AJUDA INFORMAL REBUDA. 1998



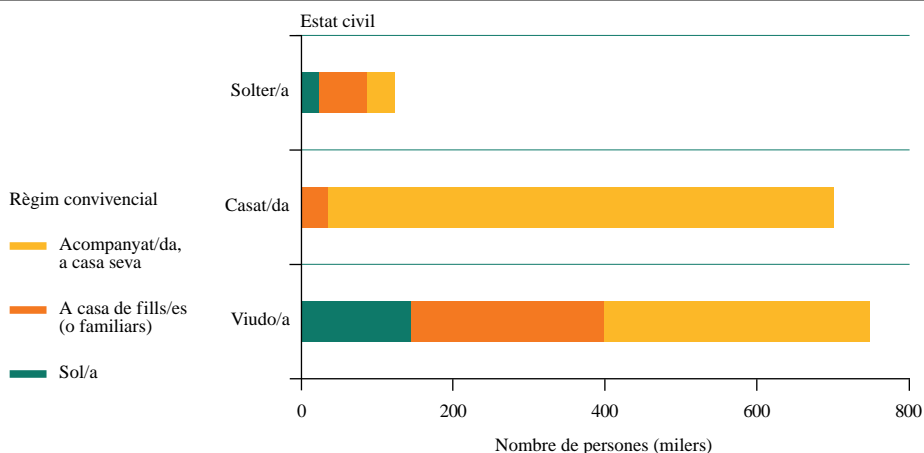
Font: Elaboració pròpia a partir de l'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores» (CIS, 1998).

### La importància del règim convivencial

En l'apartat anterior hem vist en quina mesura es relacionen l'estat civil del subjecte dependent i el tipus de persona que li proporciona l'ajuda (cònjuge, fills/es, etc.). No obstant això, aquest no és l'únic aspecte en què l'estat civil és una variable important. Així, com es pot observar al gràfic 2.13, el règim convivencial de la persona dependent també varia substancialment segons el seu estat civil.

De les dades anteriors, un primer element que crida l'atenció és, sens dubte, l'elevat percentatge de persones dependents que han perdut l'autonomia domiciliar: així, un 22% d'aquestes persones no viuen a casa seva, sinó que ho fan a casa d'algun familiar (fills, nebots, germans, etc.). Però, com també es pot apreciar al gràfic, aquest fenomen té una importància diferent segons l'estat civil de la persona. En el cas dels casats i casades, només un 4% viu en un lloc que no és la seva pròpia casa. En canvi, entre les persones solteres i viudes, la pèrdua de l'autonomia domiciliar es produeix, respectivament, en un 51% i un 34% dels casos. També el viure sol, com era d'esperar, és una opció molt més freqüent entre les persones solteres (20%) i viudes (19%).

## ESTAT CIVIL I RÈGIM CONVIVENCIAL DE LES PERSONES DEPENDENTS. 1998



Font: Elaboració pròpia a partir de l'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores» (CIS, 1998).

Coneixent aquestes dades, la qüestió realment interessant és intentar comprendre quins són els factors que determinen que alguns subjectes perdin la seva autonomia domiciliar i d'altres no. En relació amb això, el primer element que se'ns acut és el grau de dependència: si aquest últim és elevat, la persona gran requerirà ajuda amb freqüència i, per tant, l'alternativa que persona dependent i cuidador comparteixin sostre guanya punts. Tot i que tractarem de contrastar empíricament aquesta hipòtesi més endavant, una primera aproximació a aquesta qüestió es pot fer comparant els règims convivencials dels subjectes dependents (que apareixien al gràfic anterior) amb el dels individus totalment autònoms (que es mostren al gràfic 2.14).

Així doncs, s'observa clarament com la pèrdua de l'autonomia domiciliar és un fenomen molt poc freqüent entre les persones grans no dependents, ja que només apareix en un 4,8% del total de casos. Així mateix, quan es distingeixen els subjectes per l'estat civil, aquest percentatge a penes arriba al 2% en el cas dels casats, i és lleugerament superior al 10% en el dels viudus i separats. En qualsevol cas, es tracta de percentatges molt allunyats dels que s'observaven al gràfic 2.14.

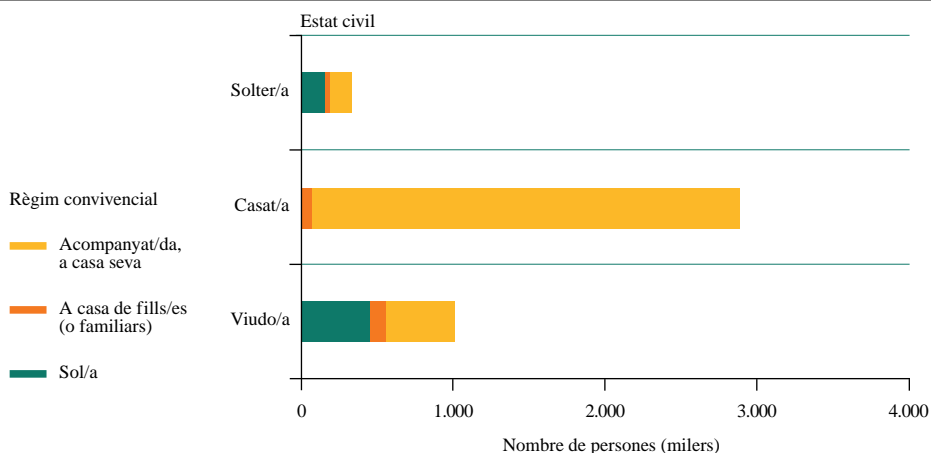
D'altra banda, de la comparació de les dades en els dos gràfics anteriors, sorgeix un altre resultat que val la pena assenyalar. Encara que en termes percentuals les persones viudes i separades que viuen soles són més o menys les mateixes en els dos casos, el fet que hi hagi moltes més persones grans independents que dependents, motiva que el nombre total de persones que viuen soles siguin majoritàriament subjectes independents. Així, de les 775.000 persones més grans de 65 anys que viuen soles l'any 1998, únicament 169.000 (un 21,8%) tenien problemes de dependència. Tornarem sobre aquest punt més endavant.

Els resultats anteriors permeten treure conclusions importants sobre la manera en què la família proporciona les atencions de llarga durada. En primer lloc, hem vist que quan una persona casada té problemes de dependència, el seu cònjuge sol ser l'encarregat de proporcionar-li, al domicili que tots dos comparteixen, les atencions requerides. En segon lloc, quan apareixen problemes de dependència, si qui els pateix és una persona viuda o soltera, la família actua com un ressort que proporciona les atencions. Així mateix, si el grau de dependència d'aquestes persones que no tenen cònjuge és elevat, la solució habitual és que la persona se'n vagi a viure a casa d'algun dels familiars, si bé es pot donar el cas que aquesta continuï vivint a la seva pròpia casa acompanyada d'algun membre més jove de la família. Aquesta segona opció, com s'ha assenyalat anteriorment, és més probable com menys sigui l'edat de la persona dependent. El gràfic 2.15, en el qual s'aporta informació sobre el règim convivencial de les persones dependents sense cònjuges, il·lustra a la perfecció la intensitat d'aquests fenòmens.

Així doncs, de les persones sense cònjuges que tenen un grau de dependència sever, són molt poques les que viuen soles (5%). Així mateix, encara que aquest percentatge és més elevat en el cas dels individus amb un grau de dependència moderat, la xifra continua sent modesta (14%). De totes maneres, fins i tot en el cas que les persones dependents visquin soles, això no significa que no rebin l'ajuda que necessiten. De fet, com posa de manifest el gràfic 2.16, són precisament aquestes persones les que utilitzen en major mesura les altres dues fonts d'ajuda disponibles: els serveis públics d'ajuda a domicili i l'atenció domiciliària privada. Així mateix, com també es pot observar al gràfic, el fet de viure sol no implica, necessària-

Gràfic 2.14

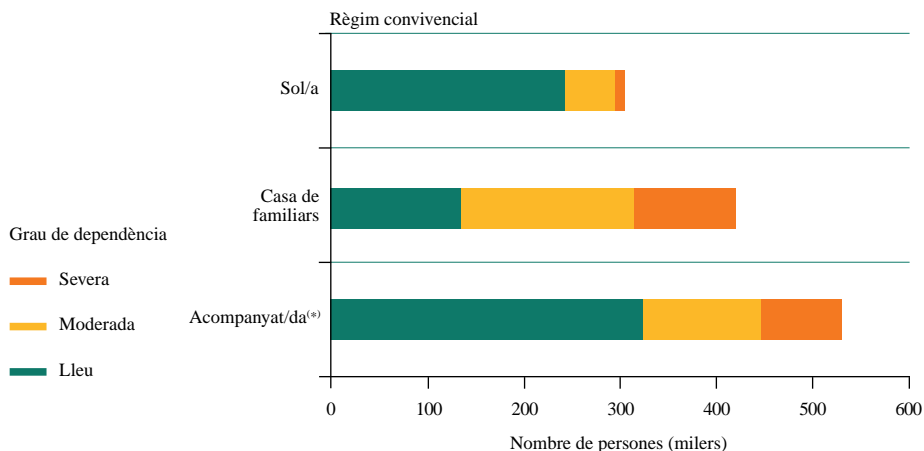
## ESTAT CIVIL I RÈGIM CONVIVENCIAL DE LES PERSONES INDEPENDENTS. 1998



Font: Elaboració pròpia a partir de l'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores» (CIS, 1998).

Gràfic 2.15

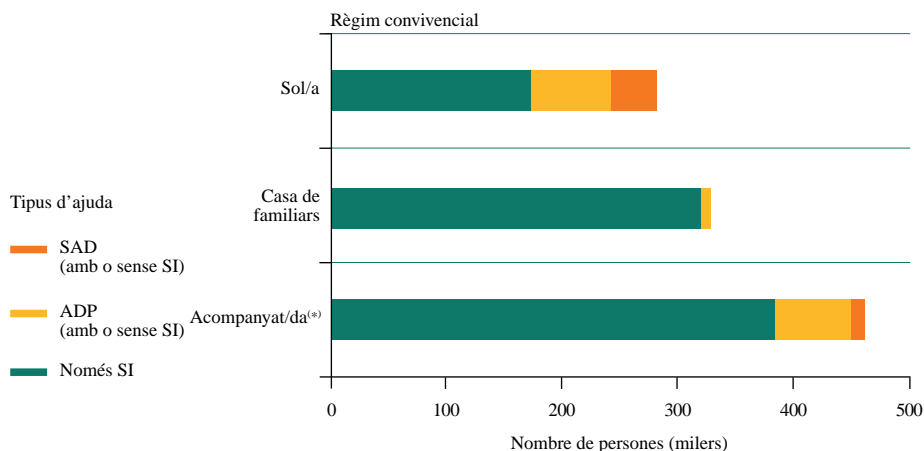
## RÈGIM CONVIVENCIAL DE LES PERSONES VIUDES I SEPARADES SEGONS EL GRAU DE DEPENDÈNCIA. 1998



(\*) A la seva pròpia casa.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores» (CIS, 1998).

## RÈGIM CONVIVENCIAL DE LES PERSONES VIUDES I SEPARADES, SEGONS TIPUS D'AJUDA REBUDA. 1998



(\*) A la seva pròpia casa.

Nota: SI: Suport informal. SAD: Serveis públics d'ajuda a domicili. ADP: Atenció domiciliària privada.

Font: Elaboració pròpia a partir de l'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores» (CIS, 1998).

ment, que no es puguin rebre atencions informals per part d'algun membre de la família.

Tenint en compte els resultats obtinguts al llarg d'aquest apartat, i com a corol·lari, voldríem acabar amb unes breus reflexions sobre el futur. Sovint, quan es discuteix sobre les atencions de llarga durada, se sol assenyalar que el previsible increment del nombre de persones grans que viuen soles constitueix, al costat d'altres factors, un dels principals motius que converteixen la qüestió de les atencions de llarga durada en un problema urgent. No obstant això, en la nostra opinió, aquest plantejament és poc encertat si no va acompanyat de dues observacions addicionals.

En primer lloc, creiem que l'increment observat aquests últims anys en el nombre de persones que viuen soles constitueix, en si mateix, una dada positiva. I és positiva perquè ha estat motivada, entre altres coses, per l'augment del poder adquisitiu de moltes persones grans. Així, estem convençuts que la universalització de les pensions assistencials, sobretot en el cas de les

dones viudes, ha constituït un dels factors que en més mesura han fet possible que moltes d'elles continuessin vivint a la seva pròpia casa. De fet, com ja hem indicat anteriorment, més del 80% de les persones grans que viuen soles són totalment independents. Evidentment, aquesta nova realitat que està sorgint pot plantejar problemes en alguns casos (la soledat, per exemple). No obstant això, aquests problemes no ens poden fer perdre de vista els que hi havia anteriorment. Abans, quan algú es quedava viudo i tenia pocs ingressos, estava obligat o bé a anar-se'n a viure amb altres persones, i molt probablement sentir-se una càrrega per a elles, o bé a ingressar en una residència, i possiblement patir les conseqüències negatives de veure's separat del que havia estat el seu entorn habitual (el barri, el poble, etc.). Per això, davant d'aquestes alternatives, viure sol en un mitjà conegut pot ser una alternativa preferida per moltes persones grans independents.

No obstant això, i aquesta és la segona observació que podem fer, viure sol es pot convertir en un problema si, quan sorgeixen problemes de dependència, la persona no pot recórrer al suport formal o informal a la seva pròpia casa ni tampoc anar-se'n a viure a casa d'algun familiar. Així doncs, des d'aquesta perspectiva, la qüestió rellevant a l'hora de discutir sobre els efectes futurs de l'increment del nombre de persones grans soles és la següent: ¿hi ha raons per pensar que aquestes alternatives assistencials puguin ser menys viables els anys vinents? En el cas dels serveis formals, pot ser que no: o bé perquè l'Administració continuï expandint els seus nivells d'oferta o bé perquè les persones grans del futur vegin augmentats els seus ingressos i puguin comprar més atenció domiciliària privada. En el cas del suport informal, poden aparèixer problemes si la família té una menor capacitat de resposta. A l'anàlisi d'aquesta qüestió, precisament, dediquem l'apartat següent.

### **Les baixes taxes d'activitat femenines: motor del suport informal**

En pàgines anteriors, quan hem analitzat les característiques generals del suport informal al nostre país, ja hem tingut l'oportunitat de comprovar que els principals proveïdors d'aquesta modalitat d'assistència són els descendents de les persones grans dependents. En concret, quan al paper ocupat pels descendents directes hi afegíem les atencions procurades per gendres i

joves, l'ESPM assenyalava que un 62% de tota l'ajuda familiar provenia d'aquest col·lectiu «ampliat» de fills i filles. Així doncs, ja que el nostre principal objectiu és tractar de discutir quina pot ser l'evolució futura del suport informal, és evident que primer haurem d'analitzar quines són les principals característiques d'aquest important grup de cuidadors. Per això, però, l'ESPM no és una font d'informació adequada: pel fet que els subjectes que componen la mostra d'aquesta enquesta són les persones grans dependents, i no els seus cuidadors, és molt poca la informació que es proporciona sobre aquests últims.

Afortunadament, per analitzar les principals característiques de les persones que proporcionen atencions informals al nostre país, comptem amb una font de dades alternativa: l'«Encuesta sobre el apoyo informal a las personas mayores, 2ª fase» (EAI-2) CIS, 1994). Aquesta enquesta conté informació sobre 1.700 persones de més de 18 anys que, l'any 1994, proporcionaven atencions informals (no remunerades) a un nombre igual de persones grans dependents de tot el país.

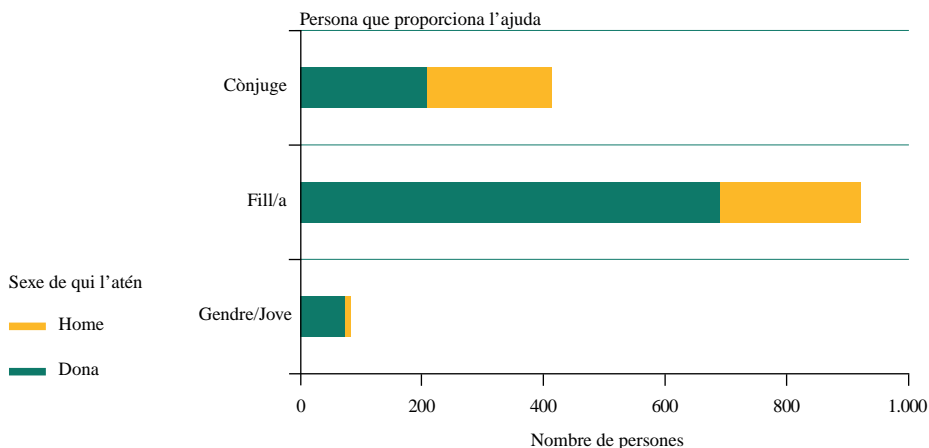
A pesar d'haver estat feta quatre anys abans, una primera explotació de les dades contingudes en l'EAI-2 (1994) dona uns resultats molt semblats als que vam obtenir quan vam analitzar l'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores» (1998). En concret, com es pot observar al gràfic 2.17, els descendents de les persones dependents continuen sent els principals proveïdors d'ajuda familiar. Això no obstant, una dada nova, que també apareix al gràfic, és la relativa al sexe dels cuidadors: en un 76% dels casos, els descendents encarregats de proporcionar les atencions són dones.

Segons aquestes dades, per tant, sembla clar que són les filles i les joves les que actualment proporcionen el gruix de les atencions informals. Aquest fet, com posa de manifest el gràfic 2.18, està íntimament relacionat amb el perfil d'edat d'aquestes dones cuidadores i, més concretament, amb les baixes taxes d'activitat associades a aquest perfil.

De les dades que apareixen al gràfic anterior, un primer element que crida l'atenció és el relatiu a l'edat de les dones cuidadores: un 81% té més de 40 anys. De fet, només les dones d'entre 45 i 54 anys representen ja prop del 40% del total de cuidadores. Evidentment, aquest fet constitueix el reflex

Gràfic 2.17

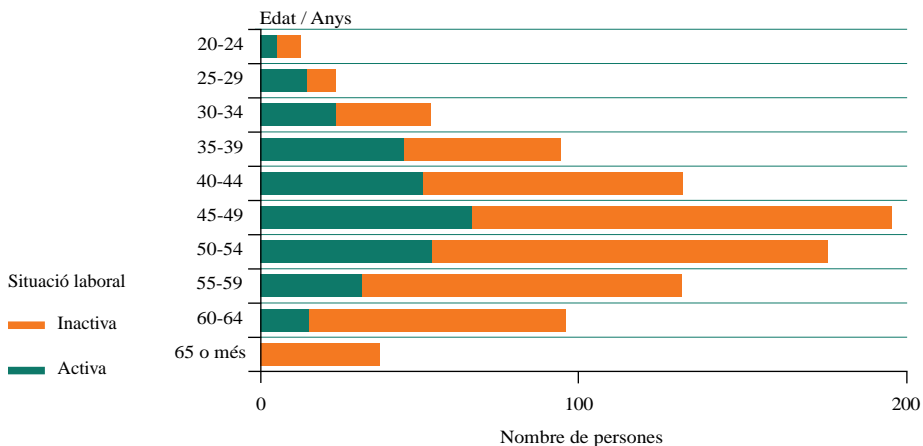
## RELACIÓ DEL CUIDADOR AMB LA PERSONA CUIDADA PER SEXES. 1998



Font: Elaboració pròpia a partir de l'«Encuesta sobre el apoyo informal a las personas mayores, 2ª fase» (CIS, 1994).

Gràfic 2.18

## EDAT I SITUACIÓ LABORAL DE LES FILLES I LES JOVES QUE PROPORCIONAVEN ATENCIONS INFORMALS L'ANY 1994



Font: Elaboració pròpia a partir de l'«Encuesta sobre el apoyo informal a las personas mayores, 2ª fase» (CIS, 1994).

directe d'una cosa que ja sabem: les persones grans dependents són, majoritàriament, subjectes de més de 80 anys. No és estrany, per tant, que el perfil d'edat de les descendents que les cuiden sigui el que acabem d'assenyalar. Així mateix, com també s'observa al gràfic, la situació laboral que en major mesura caracteritza les dones cuidadores és la inactivitat.

Això no obstant, ja que atendre una persona gran dependent pot absorbir moltes hores, es podria pensar que, en realitat, les baixes taxes d'activitat observades estan motivades pel fet que les cuidadores s'han vist obligades a abandonar el mercat de treball. No obstant això, quan es pregunta a les entrevistades si han hagut de deixar de treballar, únicament el 10% respon afirmativament. Així mateix, hem comparat les taxes d'activitat d'aquestes dones i les de la població general l'any 1994 (Fernández Cordon, 1996), i no s'aprecien diferències significatives. En altres paraules, encara són poques les dones que es troben en la tessitura d'haver de decidir entre continuar treballant o cuidar un familiar dependent, per la senzilla raó que la immensa majoria de dones cuidadores (70%) estaven inactives quan van començar a actuar com a tals. Són aquestes dades les que, de fet, justifiquen el títol d'aquest epígraf: fins ara, les baixes taxes d'activitat de les dones que tenen familiars grans dependents, han estat el principal factor que ha fet possible que aquestes persones poguessin veure cobertes d'una manera «familiar» les seves necessitats d'atencions.

No obstant això, com veurem més endavant, les previsions indiquen que les taxes d'activitat femenina experimentaran un creixement notable els pròxims anys. Per això, en contraposició amb la situació actual, el que podem esperar per al futur és que més dones es vegin obligades a haver de decidir, si un familiar pròxim té problemes de dependència, com compaginar la seva activitat laboral i les atencions que pugui precisar aquesta persona gran. En aquest sentit, encara que no siguin gaires les dones que es troben en aquesta tessitura, l'anàlisi del seu comportament pot proporcionar-nos pistes interessants sobre el que pot passar en el futur. Per això, a l'apartat següent, abordarem aquesta qüestió utilitzant part de la informació continguda en l'«Encuesta sobre el apoyo informal a las personas mayores. 2ª fase» (EAI-2).

## El temps: un recurs escàs

Òbviament, quan algú s'ocupa d'atendre una persona dependent, el temps disponible per dur a terme altres activitats es veu reduït. Així, en el cas que el cuidador no estigués treballant abans d'assumir el seu nou rol, ajudar la persona dependent l'obliga a tenir menys oci i/o a dedicar menys temps a les responsabilitats que hagués assumit prèviament (per exemple, les feines de la casa). D'altra banda, en el cas d'aquelles persones que estaven treballant, a més dels sacrificis que acabem de mencionar, apareix la qüestió de si continuar treballant o no, i si és que sí, quantes hores. En qualsevol cas, i això és l'important, si un familiar necessita ajuda, els seus descendents han de prendre decisions sobre com assignar un recurs escàs, el seu propi temps, entre aquesta nova tasca i la resta d'activitats que estaven fent (oci, treball i feines domèstiques).<sup>(30)</sup>

Adoptant aquest enfocament, i utilitzant la informació continguda en l'EAI-2, hem plantejat un model estadístic que permet analitzar com han reaccionat aquelles dones que treballaven davant la responsabilitat d'haver de cuidar una persona gran dependent.<sup>(31)</sup> Els resultats obtinguts indiquen que hi ha dos factors fonamentals que expliquen per què algunes dones, quan han de proporcionar atencions a un familiar dependent, es decideixen a abandonar el mercat de treball. En primer lloc, la probabilitat d'abandonament és molt superior entre les dones amb menys nivell de formació. En concret, comparat amb aquelles persones que tenen estudis secundaris i superiors, tant les dones sense estudis com les que només tenen estudis primaris, mostren una major propensió a deixar de treballar per poder ocupar-se de la persona gran dependent que cuiden. Aquest fenomen, però, no ens ha de resultar sorprenent: com que els ingressos salarials de les dones més formades són superiors, és lògic que aquestes abandonin relativament menys el mercat de treball, ja que el cost monetari que comporta aquesta decisió és superior per a elles que per a les dones amb menys formació.

(30) Aquesta manera d'analitzar els comportaments familiars utilitzant conceptes propis de la teoria econòmica, va arrencar a final dels anys seixanta, i el seu principal impulsor va ser l'economista nord-americà i premi Nobel, Gary Becker (1981).

(31) El lector interessat pot consultar els detalls d'aquest model a l'annex.

D'altra banda, la segona variable que influeix en la decisió de deixar la feina o no és la relativa al grau de dependència de la persona gran que es cuida. Efectivament, com més gran és el nombre d'AVD en què el subjecte necessita ajuda, més gran és la probabilitat que la dona encarregada de cuidar-lo es decideixi a abandonar el mercat de treball. Novament, aquest resultat té una fàcil explicació: un grau de dependència més gran implica, lògicament, que el nombre d'hores durant les quals s'han de proporcionar atencions sigui superior. Per això, quan el grau de dependència és elevat, és més complicat poder compaginar adequadament un treball remunerat amb les feines de cuidadora.

Ara que ja coneixem els factors que influeixen en el comportament laboral de les dones que han decidit assumir l'atenció d'un familiar dependent, hi ha una segona qüestió que mereix ser analitzada: aquelles dones que decideixen continuar en el mercat laboral, ¿dediquen menys hores a proporcionar atencions que les que decideixen abandonar-lo?

Lamentablement, l'«Encuesta sobre el apoyo informal a las personas mayores. 2ª fase» (EAI-2), que és l'única enquesta que s'ha fet al nostre país sobre el suport informal, no conté la informació necessària per poder analitzar la qüestió anterior. De fet, a escala internacional, només es coneix l'existència d'un treball els resultats del qual permetin extreure alguna conclusió sobre la qüestió que ens preocupa (Boaz, 1996). En aquest estudi, després d'analitzar una àmplia enquesta feta als EUA sobre el suport informal, la seva autora conclouia que, de les persones que s'encarregaven de proporcionar atencions a un ancià dependent, només aquelles que treballaven a temps complet dedicaven un nombre d'hores significativament menor que la resta a les seves feines de cuidador. En canvi, els treballadors a temps parcial, proporcionaven la mateixa quantitat d'atencions que les persones que no tenien una ocupació remunerada. Així doncs, tenint en compte aquests resultats, sembla que l'efecte de no abandonar el mercat de treball sobre el nombre d'hores d'atencions dependrà, en última instància, de quin sigui el tipus de jornada de treball per la qual s'opti.

De fet, en molts casos, pot ser que les dones considerin més alternatives que només les de continuar treballant o no. En concret, com han

posat de manifest diversos estudis,<sup>(32)</sup> és probable que algunes d'elles decideixin simplement reduir la seva jornada de treball i, d'aquesta manera, aconseguir compaginar la seva activitat laboral amb les seves tasques de cuidador.<sup>(33)</sup>

No obstant això, ja sigui treballant a temps complet o a temps parcial, és evident que les dones cuidadores que decideixin mantenir-se en el mercat laboral hauran de fer sacrificis, i el més important possiblement serà el relatiu a la pèrdua de temps d'oci (relacions socials, entreteniments, etc.). És probable, per tant, que algunes d'aquestes dones tractin de minorar aquests efectes negatius recorrent als serveis domiciliaris formals.<sup>(34)</sup> De fet, segons les dades contingudes en l'EAI-2, el suport que proporcionen un 10% de les cuidadores que treballen a temps complet es veu complementat amb atenció domiciliària. En canvi, en el cas de les dones que treballen a temps parcial aquest percentatge és del 7%, i únicament del 0,5% entre aquelles dones que no treballen.

### **La transició laboral de les dones espanyoles**

Ja hem vist que actualment la majoria de dones que proporcionen ajuda a un ascendent amb problemes de dependència són persones inactives. Aquest fet, com hem assenyalat anteriorment, està relacionat amb el perfil d'edat d'aquestes dones: en general, són persones d'entre 45 i 65 anys, amb un baix nivell formatiu, que van abandonar el mercat de treball quan van contraure matrimoni per assumir l'atenció dels seus fills i ocupar-se de les feines de la casa. En definitiva, és el reflex d'una manera d'organització familiar, a la qual ens referíem al començament d'aquest capítol, en què els homes s'han ocupat de generar ingressos per a la unitat familiar i les dones s'han encarregat de proporcionar serveis domèstics. Per això, en aquest tipus de famílies,

(32) Stern (1990), Ettner (1995) i Wolf i Soldo (1995).

(33) Evidentment, també hi ha l'alternativa de no proporcionar ni una sola hora d'atencions. Això no obstant, ni l'EAI-2 ni cap altra enquesta nacional o internacional, permeten estimar quants descendents s'inclinen per aquesta opció. Pensem, però, que el seu nombre no deu ser gaire alt.

(34) D'altra banda, cal afegir que en moltes ocasions les cuidadores principals, tant si treballen com no, compten amb el suport d'altres membres de la família a l'hora de proporcionar les atencions a la persona dependent. Així, gairebé un 60% de les dones que proporcionen ajuda a un ascendent reben suport d'altres persones.

quan algun ascendent tenia problemes de dependència i havia enviudat, alguna de les seves filles o joves es convertia en la candidata natural per proporcionar les atencions que aquesta persona gran pogués necessitar.

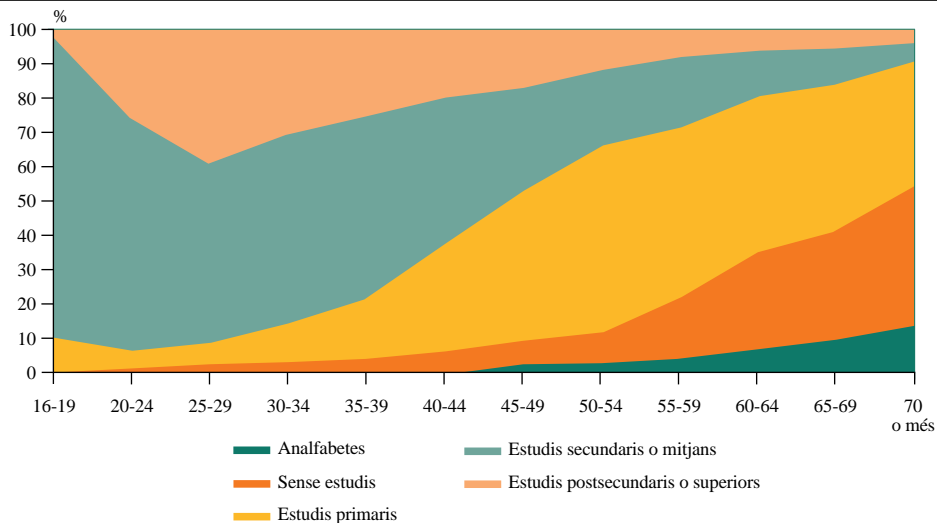
No obstant això, les dones que els pròxims anys es veuran en la tessitura d'haver de cuidar algun dels pares, s'assemblen poc a les dones que avui dia s'ocupen de proporcionar aquest tipus d'atencions. Comparat amb aquestes, aquelles no tan sols tenen uns nivells formatius molt superiors, sinó que el seu comportament laboral és substancialment diferent. Pel que fa al primer, les xifres que es mostren al gràfic 2.19 no poden ser més eloqüents.

Les noves generacions de dones es caracteritzen, doncs, per haver arribat a uns nivells de formació molt superiors als de les seves predecessores. Així mateix, ja que un major nivell educatiu sol anar acompanyat de més i millors oportunitats d'ocupació, durant les últimes dues dècades, les taxes d'ocupació de les successives cohorts de dones d'entre 25 i 45 anys han experimentat un increment espectacular. La intensitat d'aquest fenomen, al qual s'ha donat l'oportú nom de «transició laboral femenina» en un recent informe del Consell Econòmic i Social (CES, 2000), es pot apreciar clarament al gràfic 2.20.

Les protagonistes d'aquesta transició laboral, segons assenyala el citat informe del CES, han estat les successives generacions de dones que van néixer al començar el «baby-boom» que, com apuntàvem al capítol I, va tenir l'origen al nostre país l'any 1955. En general, aquestes dones, que ara tenen entre 30 i 45 anys, estan seguint trajectòries vitals molt diferents a les de les seves mares: no tan sols tenen menys fills, sinó que quan els tenen, que és més tard, la majoria d'elles no abandona el mercat de treball (Alba, 2000). En resum, gran part de les noves generacions de dones ha optat per un model de família més reduït, en el qual tant elles com els seus cònjuges s'encarreguen d'aportar ingressos a la llar. En aquest estat de coses, ja que els pròxims anys les persones grans dependents seran precisament els pares d'aquestes dones i dels seus marits, està clar quina és la pregunta que ens hem de formular: ¿Podran els descendents de les persones grans del demà continuar proporcionant suport informal en un grau similar a l'actual?

Gràfic 2.19

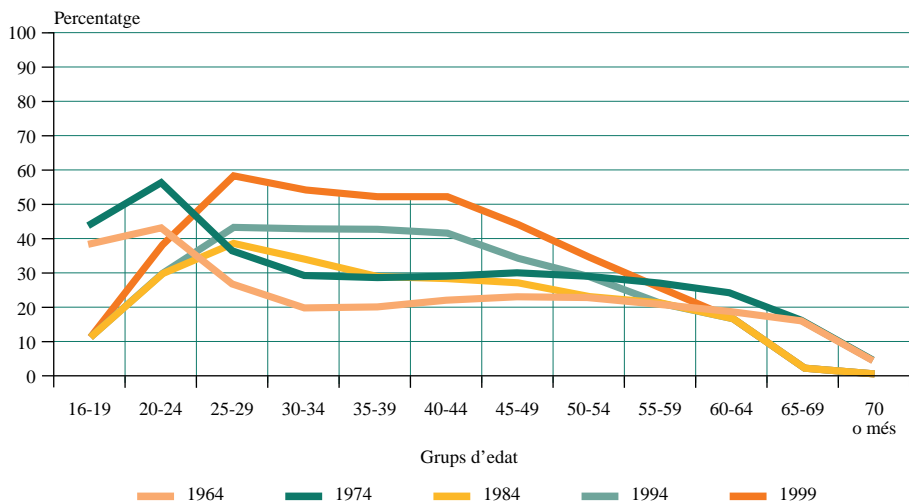
## DONES PER EDAT I ESTUDIS ACABATS. 1999



Font: CES (2000).

Gràfic 2.20

## TAXES D'OCUPACIÓ FEMENINES PER EDAT. 1964-1999



Font: CES (2000).

## ¿Crisi futura del suport informal?

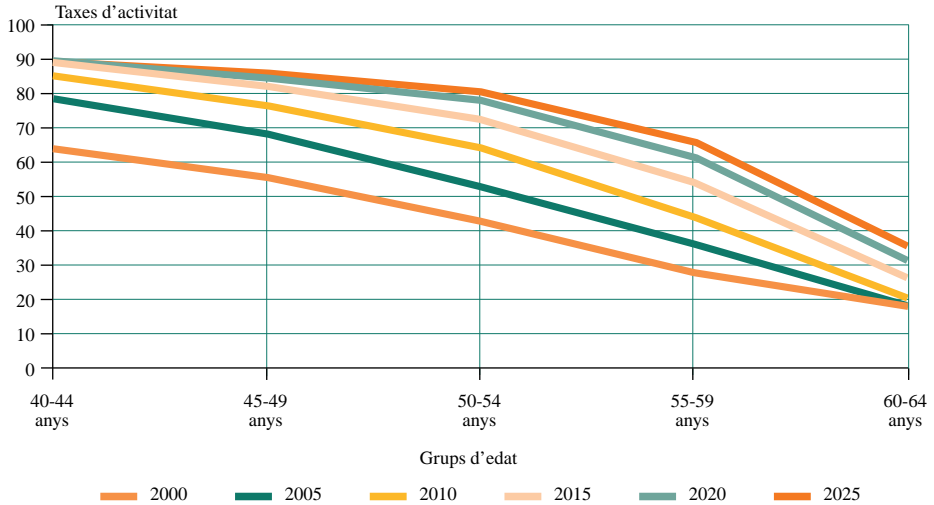
El futur, com ja hem tingut oportunitat de comprovar al capítol I, és una cosa sobre la qual sempre és complicat pronunciar-se. No obstant això, en el cas que ara ens ocupa, hi ha un aspecte que està fora de qualsevol dubte, i aquest és el relatiu a l'edat de les persones que els pròxims anys tindran entre 40 i 65 anys. També podem estar segurs que d'aquestes persones, tal com passa avui dia, aproximadament un 50% seran homes i un 50% dones. No obstant això, el percentatge d'aquestes últimes que estarà treballant quan el seu ascendent comenci a tenir problemes de dependència serà molt diferent a l'actual per una raó senzilla: els anys vinents, es preveu que les taxes d'activitat femenines continuïn augmentant per a totes les cohorts d'edat compreses entre els 40 i els 65 anys (Fernández Cordón, 1996). En relació amb això, el gràfic 2.21 és bastant il·lustratiu.

Així doncs, en els vint-i-cinc anys vinents, quan algun dels membres de més edat d'una família comenci a tenir problemes de dependència, els descendents d'aquesta persona es caracteritzaran pel fet que en la majoria de casos o tindran una feina o l'estaran buscant. En contraposició amb la situació actual, per tant, serà molt alt el percentatge de potencials cuidadores que es trobaran en la tessitura d'haver de decidir quantes hores d'atencions han de donar i com combinar aquesta tasca amb la feina remunerada. De fet, segons els resultats que obteníem anteriorment, podem suposar que seran poques les que decideixin abandonar totalment el mercat laboral, ja que gràcies a un nivell educatiu més alt ocuparan llocs de treball més remunerats que els de les seves predecessores.

Per tot això, els anys vinents, més que una crisi de suport informal, el que creiem que tindrà lloc és una transformació d'aquest suport. D'una banda, a causa de la creixent participació de les dones en el mercat de treball, el que probablement passarà és que no tan sols elles, sinó també els seus cònjuges, acabin responsabilitzant-se de proporcionar les atencions que el pare o la mare d'un d'ells pugui necessitar. De l'altra, com que previsiblement aquestes parelles continuaran treballant a pesar d'actuar com a cuidadors, potser moltes d'elles intentaran buscar un complement de les seves atencions en l'atenció domiciliària. En qualsevol cas, perquè aquestes noves maneres d'actuació familiar es puguin arribar a produir, sí que és evident que tant el

Gràfic 2.21

## TAXES FEMENINES D'ACTIVITAT A ESPANYA. 2000-2025



Font: Elaboració pròpia a partir de Fernández Cordón (1996).

sector públic com el privat siguin cridats a tenir un paper més important que el d'avui dia. Precisament, l'anàlisi d'aquest possible reequilibri futur de forces entre la família, el sector privat i l'Administració, constitueix l'objectiu del capítol següent.

### III. El cost futur de les atencions de llarga durada

#### 1. Introducció

Durant les últimes dècades, les poblacions de tots els països del nostre entorn econòmic estan experimentant un procés d'envelliment sense precedents històrics. A Espanya, el percentatge representat pels més grans de 65 anys sobre la població total ha arribat a ser més del doble en només quatre dècades i mitja, i ha passat d'un 7% l'any 1950 a un 16% el 1998 (INE, 2000). No obstant això, a pesar de la consecució social que comporta el fet d'haver augmentat tant el nombre d'individus que arriben a vells com el nombre d'anys viscuts per cada un d'ells, el procés d'envelliment demogràfic també ha tingut una contrapartida negativa: un increment del nombre de persones grans que passen els últims anys de la seva vida en situacions de dependència, i/o aflagits per una o diverses malalties cròniques associades a estats de salut pobres i per a les quals no hi ha altra cosa que tractaments pal·liatius (demències, afeccions respiratòries, reumatisme, etc.).

Davant d'aquesta situació, en molts països s'ha iniciat un debat intens sobre les conseqüències econòmiques que en el futur pot tenir el previsible augment del nombre de persones grans dependents. En concret, els diferents canvis que s'estan produint en les estructures familiars (augment del nombre de persones que viuen soles, creixent incorporació de la dona al mercat laboral, famílies cada vegada més reduïdes, etc.), posen en qüestió la sostenibilitat futura d'un «model» d'atenció a les persones grans dependents

que fins ara, com vèiem al segon capítol, s'ha basat fonamentalment en el suport familiar. Així doncs, a la vista de les actuals projeccions demogràfiques que apunten cap a una acceleració del procés d'envelliment poblacional, caldrà plantejar-se no tan sols quines conseqüències tindrà tot això sobre el volum de recursos destinats a les atencions de llarga durada (a partir d'ara, atencions de llarga durada), sinó també qui es farà responsable del seu finançament (l'Administració, l'individu –a través del mercat–, o la família).

Les projeccions sobre l'evolució futura de la demanda de serveis formals d'atencions de llarga durada hauria de servir, en la nostra opinió, per ajudar en el procés de presa de decisions i il·lustrar les conseqüències econòmiques de les diferents alternatives que s'obren en matèria d'atencions de llarga durada (incentivar l'atenció domiciliària, expandir l'oferta de centres de dia, etc.). En relació amb això, l'experiència del Regne Unit és un exemple del que pensem que és el camí correcte: el Ministeri de Sanitat britànic va encarregar a un equip d'investigació de la London School of Economics un estudi sobre la demanda i el finançament de l'atenció a les persones grans dependents (Wittenberg *et al.*, 1998). Aquest estudi ha produït un model de macrosimulació que permet projectar la demanda d'atencions de llarga durada des d'avui fins l'any 2030. El model ha estat extensament utilitzat per la «Royal Commission on Long-Term Care» per il·lustrar les conseqüències econòmiques de les diferents alternatives considerades en relació amb la manera de finançar les atencions de llarga durada en el futur (Royal Commission, 1999). També en el cas dels EUA, encara que amb menor repercussió política que al Regne Unit, s'han desenvolupat diversos models que pretenen calibrar l'impacte de l'envelliment demogràfic sobre la despesa futura en atencions de llarga durada [Wiener *et al.* (1994); Rivlin i Wiener (1988)].

En el cas del nostre país, encara que ja fa alguns anys que hi ha certa preocupació pels possibles efectes econòmics de l'envelliment demogràfic sobre les atencions de llarga durada, la veritat és que no hi ha cap estudi publicat que hagi intentat fer-ne un exercici prospectiu. Per això, seguint els passos de les investigacions fetes en altres països, l'objectiu d'aquest capítol serà desenvolupar un model de simulació que permeti obtenir projeccions de quins poden ser els costos futurs de les atencions de llarga durada a Espanya.

## 2. Metodologia

### Projeccions sobre el cost futur de les atencions de llarga durada

En el cas de les atencions de llarga durada, igual que passarà amb altres serveis de caràcter personal, l'evolució futura de la quantitat de recursos necessaris per proveir-les dependrà críticament del nombre de persones grans que visquin al nostre país. Per això, no és estrany que tots els treballs que comenten les necessitats futures d'atencions de llarga durada, tant a Espanya com en altres països, comencin sempre de la mateixa manera: emfatitzant el creixent pes que les projeccions demogràfiques actuals atorguen al col·lectiu d'individus més grans de 65 anys.

A pesar d'això, és evident que el nombre de persones grans no serà l'únic factor que influirà sobre els costos futurs de proporcionar atencions de llarga durada. A més de la combinació relativa de les diferents fonts d'atencions (suport informal, atenció domiciliària, residències, etc.), l'estat de salut i la capacitat funcional dels ancians del futur seran, entre d'altres, variables que afectaran la quantitat de recursos necessaris per atendre les persones grans dependents. Per això, tot exercici de projecció de costos hauria d'aspirar a integrar en la seva anàlisi la possible evolució d'aquestes altres variables no demogràfiques.

Així mateix, les projeccions de costos no haurien d'incórrer en l'error següent, molt comú, de tipus inferencial: ja que la vellesa té en els individus una sèrie d'efectes indesitjables (per exemple, la dependència), l'envel·liment demogràfic tindrà els mateixos efectes sobre el conjunt de la societat. Es tracta d'un raonament erroni en la mesura que implícitament suposa que les característiques de la vellesa individual són fixes i conegudes, de manera que tothom es comporta igual i té els mateixos problemes quan arriba a edats avançades; i en el cas de les atencions de llarga durada, aquesta suposició esdevé especialment problemàtica per dos motius fonamentals.

En primer lloc, perquè en el fet de ser dependent o no ser-ho, com hem tingut oportunitat de comprovar al capítol 1, hi influeixen un conjunt de factors que estan experimentant processos de canvi des de fa uns quants anys

(estils de vida, programes de prevenció, etc.). D'aquesta manera, sembla raonable suposar que les probabilitats que tindran els ancians de l'any 2030 de ser dependents (individus que avui dia tenen 45 anys) no seran les mateixes que les dels individus que tenien 45 anys l'any 1970 (i que són ancians avui). En segon lloc, tot i en el cas que el risc de dependència no s'estigués modificant, sí que ho estarien fent les variables que a escala individual condicionen el tipus i la intensitat de les atencions de llarga durada que rep un subjecte dependent (estructura familiar, nivell de renda, etc.). Tant en el cas d'aquestes últimes variables com en el dels factors de risc, i aquesta és la qüestió important, no està gens clar quina és la magnitud ni el signe dels efectes que aquests canvis poden tenir sobre el cost futur de les atencions de llarga durada.

Així doncs, metodològicament, el repte és considerable: es tractaria d'integrar en l'anàlisi prospectiva la manera en què diferents variables, més enllà de la simple edat cronològica, interactuen a escala individual en la determinació del cost de les atencions de llarga durada (grau de dependència, renda, existència de fills, etc.). Ja que l'única manera de predir el futur d'una variable (per exemple, el cost d'atencions de llarga durada) passa per comprendre els determinants de la seva evolució passada, la consecució de l'objectiu plantejat exigiria disposar d'enquestes longitudinals que incorporessin informació individual sobre el conjunt de variables esmentades.

En el cas del nostre país, per desgràcia, encara no tenim disponibles enquestes d'aquestes característiques. Sí que hi ha, però, algunes enquestes amb dades individuals de tall transversal. Per això, sense deixar de ser conscients de les limitacions que planteja el nostre enfocament, aquesta anàlisi intentarà utilitzar les dades disponibles per obtenir projeccions del cost futur de les atencions de llarga durada.

### Marc d'anàlisi: factors determinants del cost total de les atencions de llarga durada

Com acabem de dir, si un pretén obtenir projeccions sobre l'evolució futura del cost total de les atencions de llarga durada, sembla evident que aquestes projeccions s'haurien de construir a partir de la informació disponible sobre els diferents factors que determinen el cost actual d'aquestes aten-

cions. Per això, adaptant la proposta feta per Cutler i Sheiner (1999) per als serveis sanitaris, s'ha considerat que aquests factors són els següents:

a) Envel·liment demogràfic. És a dir, el nombre de persones grans que viuen actualment al nostre país.

b) Prevalença dels problemes de dependència. Aquest factor al·ludeix al percentatge de persones grans que, institucionalitzades o no, necessiten ajuda per portar a terme diferents activitats quotidianes.

c) Grau d'utilització dels diferents serveis. Aquesta variable fa referència a la manera com es proporciona assistència a les persones grans dependents (atenció domiciliària, suport informal, residències, etc.).

d) Cost unitari dels serveis assenyalats al punt anterior.

Així doncs, aquestes quatre variables, o més concretament les variacions que experimentin amb el pas del temps, seran les que acabin determinant l'evolució futura del cost total de les atencions de llarga durada. Per això, partint d'aquesta descomposició, als pròxims apartats es fa operatiu un model de simulació que permet obtenir projeccions sobre aquests costos per al cas espanyol.

### Un model de simulació del cost futur de les atencions de llarga durada

El model de simulació que presentem i que s'inspira en els treballs previs fets en altres països, té com a principal característica la d'haver estat concebut amb la intenció de contemplar els diferents elements que configuren el nostre actual sistema d'atencions de llarga durada. En concret, a l'hora d'obtenir projeccions sobre el cost futur de les atencions de llarga durada, el model ha optat per considerar explícitament el diferent paper que tenen (i tindran) les tres institucions encarregades de proveir les atencions de llarga durada: és a dir, la família, l'Estat i el sector privat. Així mateix, a més d'aquesta diferenciació pel que fa a la font de les atencions, el model també distingeix entre els principals serveis que poden oferir tant el sector públic com el privat: places en residències, atenció domiciliària i centres de dia. De fet, com posen de manifest els tres gràfics adjunts, el model distingeix entre

cada un dels tres àmbits en què es poden proporcionar les atencions de llarga durada: les residències (públiques o privades), les cases (suport informal i atenció domiciliària pública i privada) i els centres de dia (recordem que en aquests últims, ja siguin públics o privats, hi van individus que continuen vivint a casa seva). Així doncs, encara que estiguin connectats entre si, el model consta de tres submodels. Vegem-ne les principals característiques.

El primer submodel, que s'esquematitza al gràfic 3.1, intenta descriure el procés que determina el cost total de les atencions de llarga durada dispensades a les residències. En primer lloc, partint de la població total, el model calcula el nombre de persones que en un any qualsevol té més de 65 anys (envelliment demogràfic). D'aquestes, en un segon càlcul, el model distingeix, segons el sexe i l'edat, quantes volen ingressar en una residència (*demanda residencial*) i quantes volen continuar vivint a casa seva (el que passa amb aquestes últimes, s'analitzarà al gràfic 3.2).

Simultàniament, amb la intenció de satisfer aquesta demanda residencial, el sector públic i el privat ofereixen un nombre de places determinat. La seva interacció, com es mostra al gràfic 3.1, genera dues possibilitats: una part dels demandants, si l'oferta total de places és menor que la demanda, continua vivint a casa seva a l'espera que hi hagi vacants (*demanda insatisfeta*). Els altres demandants, d'altra banda, ingressen en alguna de les places disponibles i es converteixen en *usuaris*.

En aquest punt, segons quin sigui el percentatge de places privades finançades públicament (% de concertació), el model classifica els usuaris en dues grans categories: d'una banda hi ha aquells que utilitzen places residencials que es financen amb fons públics, tant si són de titularitat pública (*places de gestió pública directa*) com de titularitat privada (*places concertades*); de l'altra, hi ha els usuaris de *places privades no concertades* en què la totalitat del preu és sufragada pels mateixos usuaris.

Tots dos tipus d'usuaris, segons quina sigui la intensitat de les atencions que precisen, passen a ocupar places que poden ser de *vàlids* o d'*assistits*. Després d'això, tenint en compte el diferent cost que comporten les unes i les altres segons que siguin de finançament públic o privat, el model obté per agregació la despesa total pública i privada en places residencials. Pel

que fa a la primera, i ja que els usuaris de places finançades públicament aporten el 75% de la seva pensió en concepte de «copagament», el model calcula tant la suma total d'aquestes aportacions, diferents segons el sexe i l'edat dels usuaris, com el cost net que comporta per al sector públic oferir places públiques i concertades (diferència entre el cost total i les aportacions dels usuaris).

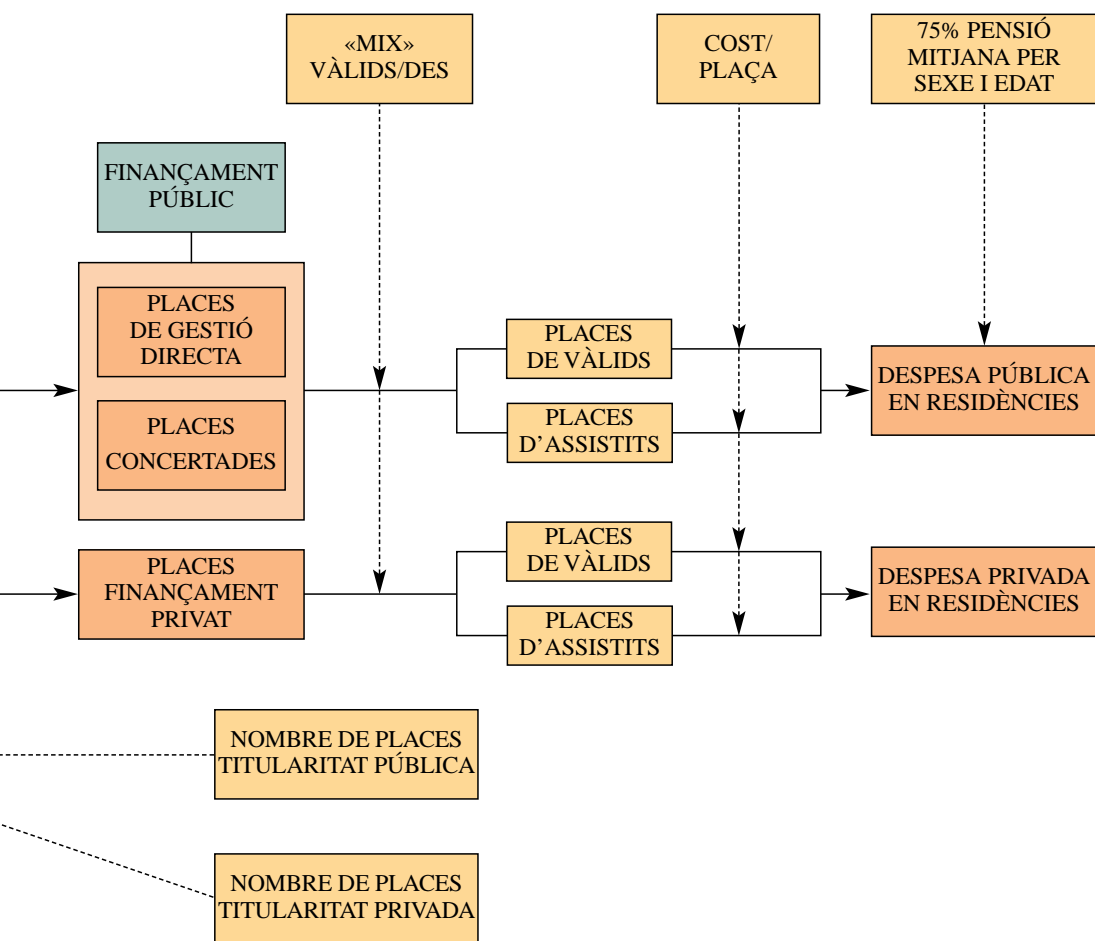
D'altra banda, el segon submodel, que s'esquematitza al gràfic 3.2, intenta descriure el procés que determina el cost total de les atencions de llarga durada que reben les persones grans dependents que continuen vivint a casa seva. En primer lloc, tenint en compte les taxes de prevalença dels diferents graus de dependència entre els diferents grups d'edat i de sexe, el model calcula el nombre total de persones grans amb dependència lleu, moderada i severa. Després d'això, segons el tipus d'ajuda que reben (% de cobertura), es computa per a cada un d'aquests tres col·lectius quants individus sols reben suport informal (SI), quants reben serveis públics d'ajuda a domicili (SAD), i quants reben atenció domiciliària privada (d'ara endavant, ADP).

Distingint segons el grau de dependència (lleu, moderat o sever) i el tipus d'ajuda rebuda (SI, SAD o ADP), el model calcula el nombre total d'hores d'atencions que reben el conjunt d'individus de cada una de les nou categories possibles; amb aquesta finalitat s'utilitza la intensitat assistencial que sigui més adequada a cada cas (mesurant aquesta intensitat en termes de mitjana d'hores per persona).

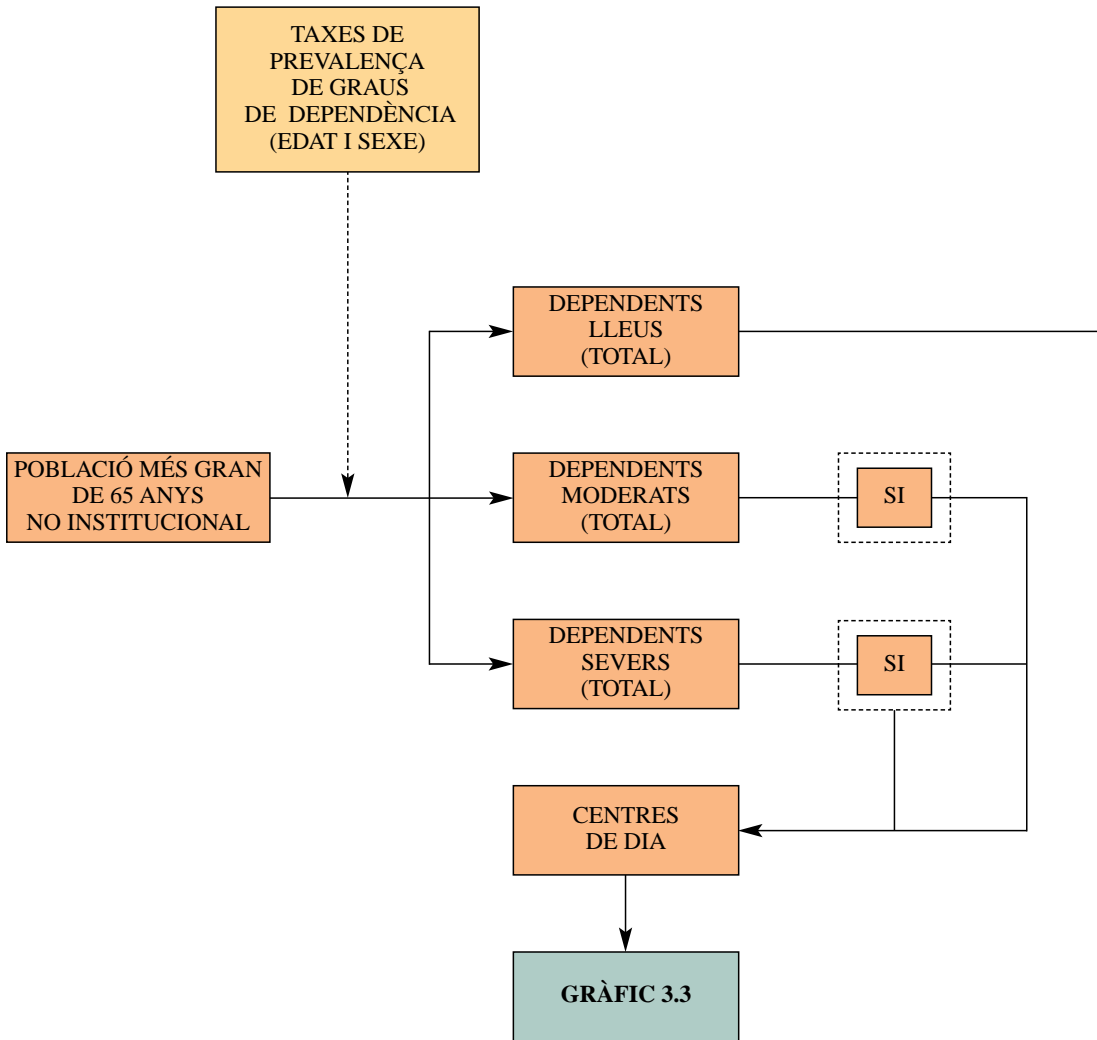
Finalment, per obtenir el cost total associat a les dues modalitats d'ajuda formal (SAD i ADP), es multiplica el nombre total d'hores de cada categoria de dependència pel cost horari corresponent (públic o privat).

A més de caracteritzar el procés que regeix el cost total de les atencions de llarga durada dispensades a casa mateix, aquest segon submodel també influeix en la determinació del cost total de l'altre tipus de servei que utilitzen les persones dependents no institucionalitzades: els centres de dia. En concret, com es pot observar al gràfic 3.2, el model comporta que una fracció dels dependents moderats i severs que només reben suport informal, també utilitza durant el dia els serveis que es proporcionen en els centres amb places d'estada diürna. Amb el propòsit de simplificar l'exposició del

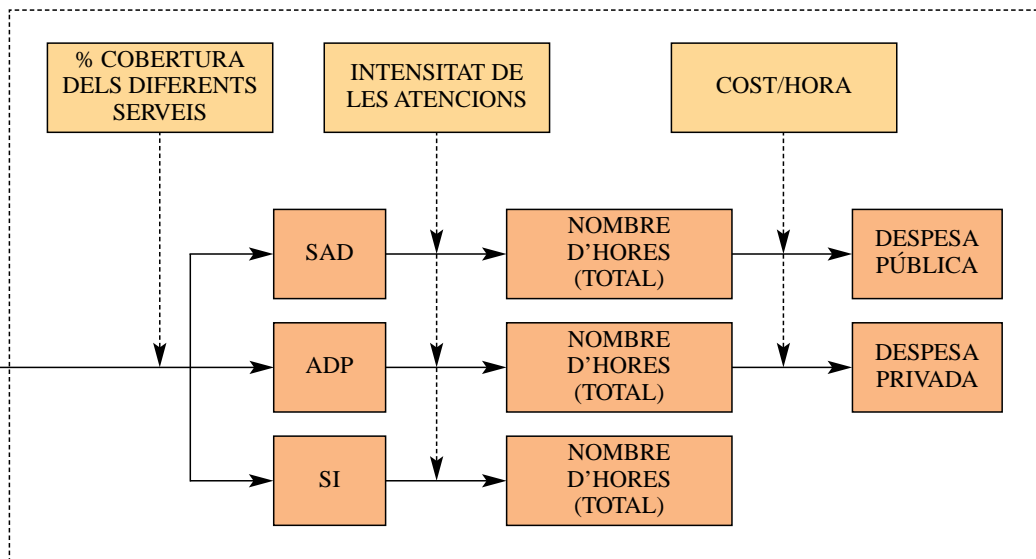




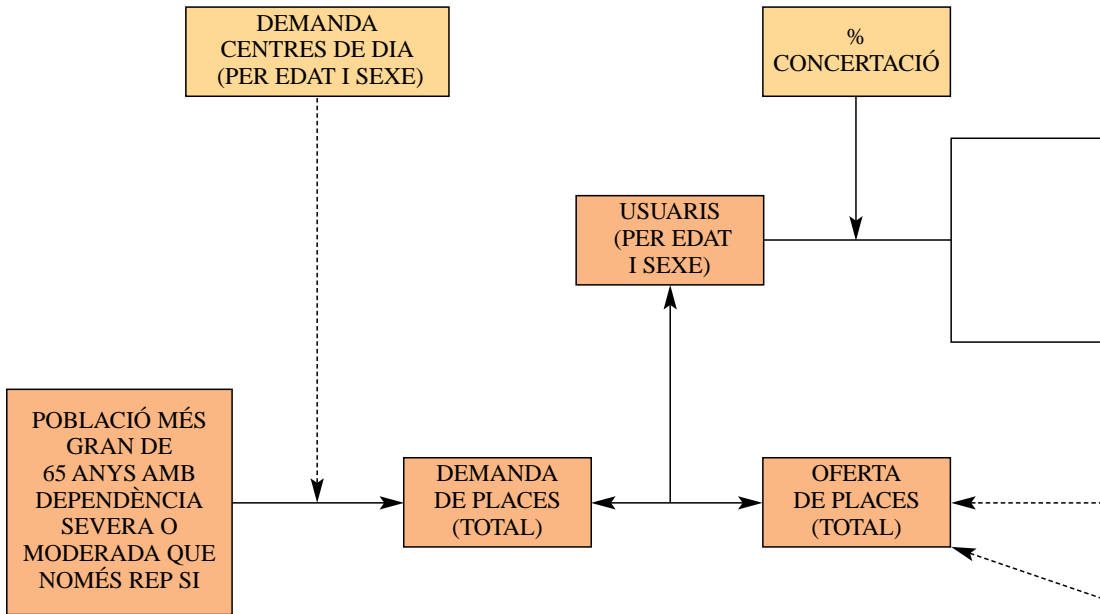
LES ATENCIONS DE LLARGA DURADA PROVEÏDES A LES LLARS



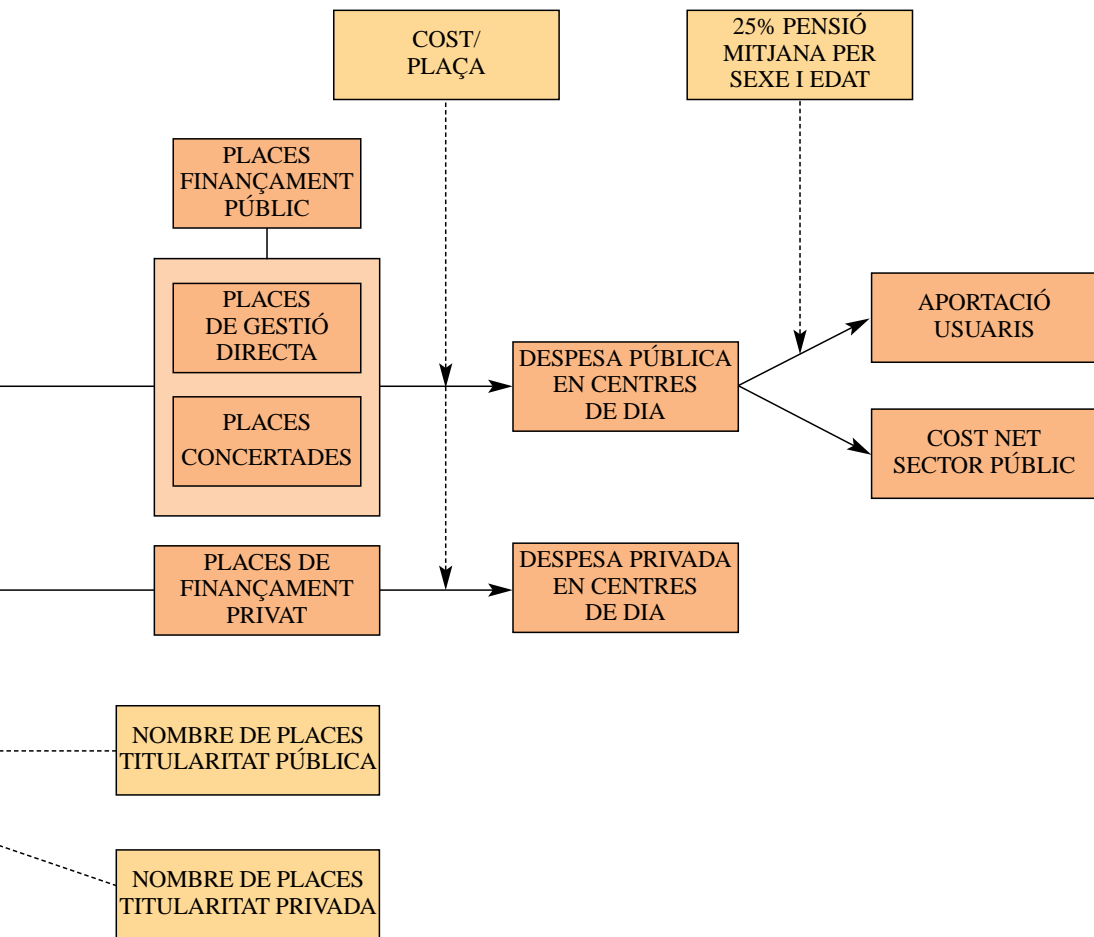
Nota: SI: Suport informal. SAD: Serveis públics d'ajuda a domicili. ADP: Atenció domiciliària privada.



## EL COST TOTAL DE LES PLACES EN CENTRES DE DIA



Nota: SI: Suport informal.



model, el procés que determina el cost total d'aquestes places es recull al gràfic 3.3. No obstant això, ja que els elements que componen aquest tercer submodel són simètrics als del primer, i que aquests ja han estat àmpliament comentats amb anterioritat, no insistirem més sobre aquest punt.

A continuació, tenint en compte les principals característiques dels seus tres components, convé fer dues observacions addicionals sobre el disseny general del model. En primer lloc, podem assenyalar que aquest model considera dos tipus de variables. D'una banda hi ha les que podríem denominar «exògenes»: és a dir, es tracta de variables els valors de les quals no estan determinats pel model i, per tant, és necessari establir algun tipus d'hipòtesi sobre aquests valors. Aquest seria el cas, per exemple, del nombre total de places residencials que el sector públic oferirà d'aquí a deu anys. D'altra banda, hi ha un segon tipus de variables, que podríem denominar «endògenes», els valors de les quals sí que estan determinats pel model. Una variable endògena seria, per exemple, la despesa pública en places residencials d'aquí a deu anys. Als tres gràfics anteriors, amb la intenció de deixar constància gràfica d'aquesta distinció entre variables endògenes i exògenes, tant les unes com les altres apareixen amb format diferent: les primeres amb traç continu, les segones amb traç discontinu.

Tots dos tipus de variables, i aquesta és la segona de les observacions que volíem fer, tenen valors diferents segons el període temporal que es consideri. De fet, en tots dos casos, només hi ha dues possibilitats. D'una banda hi ha els valors «reals»: és a dir, aquells que es refereixen a l'any que serveix de base per a les projeccions (1998), en què ja sabem el que ha passat. De l'altra, per a la resta d'anys (1999-2026), tots els valors obtinguts són «estimacions»: és a dir, si es complissin una sèrie d'hipòtesis en les variables exògenes, els valors de les variables endògenes serien els que ens diu el model. Totes dues qüestions –quins són els valors de partida i quines hipòtesis s'han fet sobre la seva evolució futura– es tracten als dos apartats següents.

### 3. Les dades de partida del model

Com ja hem assenyalat anteriorment, el 1998 és l'any de partida del model. Per a aquesta data, utilitzant fonts diverses que comentarem a continuació, es disposa d'informació sobre gran part de les variables que comentàvem en la secció anterior. Aquestes variables, com es recull al quadre adjunt, es poden classificar en dos grans grups: d'una banda, podem considerar tots aquells factors que tenen relació amb el nombre total de persones que van demanar atencions de llarga durada l'any 1998 (*variables de demanda*); de l'altra, hi hauria aquelles altres variables que determinen la disponibilitat i el cost de les atencions de llarga durada que es van oferir aquell mateix any (*variables d'oferta*). Comentem, per separat, les fonts d'informació que s'han utilitzat en un cas i en l'altre.

#### Variables de demanda

Les dades relatives a l'envelliment demogràfic procedeixen del treball de Fernández Cordón (1998). Aquest estudi fa projeccions de la població espanyola fins l'any 2026. En relació amb la població de l'any 1998, s'han pres les dades d'aquest estudi, en lloc de la revisió de 1998 del Padró de 1996 (INE), per un motiu de coherència. Així, ja que les projeccions demogràfiques de Fernández Cordón són les més recents, les utilitzarem en el nostre posterior exercici prospectiu; per això, per evitar «salts» en les nostres estimacions, la dada de 1998 procedeix del mateix estudi que s'utilitzarà posteriorment.

El següent dels factors de demanda considerats és el relatiu a les taxes de prevalença dels problemes de dependència que es van registrar l'any 1998. Aquestes dades procedeixen de l'exploració que hem fet de l'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores» (CIS, 1998), els principals resultats de la qual són els que hem comentat al capítol I i que tornem a reproduir al quadre 3.1. Referent a això, volem recordar que aquests resultats estaven referits a la població que l'any 1998 vivia a casa seva; en queden exclosos, per tant, tots aquells individus que estaven ingressats en residències. Aquests últims, així com les persones que volien ingressar en una residència i no trobaven plaça, constitueixen el que hem denominat «demanda

residencial». No obstant això, a causa de la seva complexitat, val la pena explicar detalladament la manera com hem obtingut la informació sobre aquesta última variable.

En principi, si un aspira que les simulacions del model incorporin amb certa precisió la demanda residencial, sembla desitjable poder tenir en el cas de l'any base (1998) informació sobre l'edat i el sexe tant dels individus ingressats en residències com d'aquells altres que hi voldrien ingressar. No obstant això, obtenir aquestes dues informacions és complicat.

Pel que fa a les persones ingressades en residències, no hi ha cap font que ens permeti conèixer el sexe i l'edat de totes. Sí que és possible, però, obtenir aquesta informació per a una fracció important d'aquest col·lectiu. Així, el Padró de 1996, i més concretament la seva revisió de 1998 (INE), conté dades sobre el nombre de persones que resideixen en establiments col·lectius del tipus «residències». Això no obstant, aquesta informació no és completa per una senzilla raó: hi ha moltes persones que, tot i viure en una residència, continuen empadronades en el que havia estat el seu domicili anterior. Així doncs, com que tampoc no hi ha cap enquesta que hagi intentat valorar a escala estatal les característiques de les persones ingressades en residències, s'ha optat per utilitzar aquesta informació padronal com a base de càlcul d'aquella part de la demanda «residencial» que efectivament es va convertir l'any 1998 en «utilització». En concret, s'ha suposat que totes les places residencials disponibles l'any 1998 (Imsero, 2001) estaven ocupades i que la distribució per sexe i edat dels seus ocupants era la mateixa que la continguda en el Padró.

En relació amb les persones que volien ingressar en una residència i no trobaven plaça, la qüestió encara és més complicada: no és que no sapiguem l'edat i el sexe d'aquestes persones, senzillament en desconeixem el nombre. Així, encara que totes les CA reconeixen l'existència de llistes d'espera, aquestes llistes no s'han fet públiques en cap cas. Davant d'aquesta situació, s'ha optat per suposar que el sexe i l'edat d'aquestes persones són idèntics als dels individus que sí que tenen plaça, i que el nombre és igual a la diferència entre la taxa d'institucionalització actualment existent (3%) i la suggerida com a desitjable pel Pla Gerontològic (5%): és a dir, unes 100.000 persones.

El següent dels factors de demanda considerats, el relatiu als individus que utilitzen o voldrien utilitzar els centres de dia, també és problemàtic. Així, no hi ha cap font que ens permeti determinar ni el nombre d'usuaris actuals (demanda efectiva) ni el nombre de persones que voldrien utilitzar aquest servei i no troben plaça (demanda insatisfeta), ni, per descomptat, l'edat i el sexe dels individus que componen un tipus de demanda i l'altre. En aquest cas, s'ha procedit de la manera següent. Pel que fa a la demanda efectiva, s'ha tornat a suposar que totes les places d'estada diürna disponibles l'any 1998 (Imsero, 2001) estaven ocupades, i que la distribució per sexe i edat dels ocupants era la mateixa que l'observada en el cas dels usuaris de les places dels centres de dia que tenia l'Imsero l'any 1995.<sup>(1)</sup> D'altra banda, pel que fa a la demanda insatisfeta, s'ha considerat que el nombre es pot estimar com la diferència entre dues quantitats: 1) el nombre total d'usuaris que hi hauria hagut l'any 1998 si les places disponibles aquell any haguessin estat les que recomana el Pla Gerontològic,<sup>(2)</sup> i totes estiguessin ocupades, i 2) les places realment existents l'any 1998.

Finalment, en relació amb la quantia dels copagaments existents en el cas de les places residencials i d'estada diürna finançades pel sector públic, s'han agafat els percentatges d'aportació vigents en la majoria de CA: un 75% de la pensió en el cas de les places residencials i un 25% en el cas de les places en centres de dia (Imsero, 2001).

### Variables d'oferta

Les variables d'oferta considerades, com es pot observar al quadre 3.1, s'agrupen en tres grans categories: les que tenen a veure amb les diferents modalitats d'ajuda que reben a casa seva les persones dependents (suport informal, serveis públics d'ajuda a domicili –SAD– i atenció domiciliària privada –ADP–), les atencions de llarga durada rebudes en centres de dia (públics i privats) i l'assistència dispensada en les residències (públiques

(1) L'any 1995, segons informació interna de l'«Imsero» d'aleshores que ens ha estat facilitada, aquest organisme gestionava un total de 562 places d'estada diürna, repartides en un total de 32 centres. Avui dia, totalment acabat el procés de transferència a les CA, l'actual Imsero ja no gestiona cap d'aquests centres.

(2) 0,5 places per cada 100 persones de 65 o més anys.

## DADES DE PARTIDA DEL MODEL. 1998: FONTS D'INFORMACIÓ

### Demanda

	Font
Envelliment demogràfic	Fernández Cordón (1998)
Taxes de prevalença dels problemes de dependència entre la població no institucionalitzada	Elaboració pròpia a partir de: «Encuesta sobre la soledad en las personas mayores» (CIS, 1998)
Demanda residencial	Elaboració pròpia a partir de: Padró Municipal (INE, 1998) Imsero (2001)
Demanda centres de dia	Elaboració pròpia a partir de: «Encuesta sobre la soledad en las personas mayores» (CIS, 1998) Imsero (2001)
Percentatge d'aportació dels usuaris	Imsero (2001)

Dades

Observacions

Vegeu capítol I

Vegeu capítol I

Percentatge persones que estan ingressades en una residència o que hi voldrien estar:

Edat	Homes	Dones	Total
65-69	1,41	1,87	<b>1,66</b>
70-74	1,84	2,93	<b>2,45</b>
75-79	2,68	4,95	<b>4,03</b>
80-84	5,62	10,46	<b>8,74</b>
85 o més	11,67	21,01	<b>18,13</b>
<b>Total</b>	<b>2,91</b>	<b>6,02</b>	<b>4,72</b>

Supòsits:

Totes les places disponibles estan ocupades.

Se xifra la demanda insatisfeta en 100.000 persones.

Percentatge de dependents moderats i severs que van a un CD o que hi voldrien anar:

Edat	Homes	Dones	Total
65-69	4,10	13,95	<b>8,10</b>
70-74	4,72	7,34	<b>6,29</b>
75-79	4,45	5,62	<b>5,21</b>
80-84	7,92	5,66	<b>6,19</b>
85 o més	3,24	2,39	<b>2,59</b>
<b>Total</b>	<b>4,71</b>	<b>5,11</b>	<b>4,98</b>

Supòsits:

Totes les places disponibles estan ocupades.

Se xifra la demanda insatisfeta en 25.000 persones.

Residències: 75% de la pensió

CD: 25% de la pensió

## DADES DE PARTIDA DEL MODEL. 1998: FONTS D'INFORMACIÓ

Oferta

	Font
<b>Famílies</b>	
Percentatge de cobertura SI/ SAD/ ADP	«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores» (CIS, 1998)
Intensitat SAD/ADP (hores/usuari)	
Cost/hora	Imsero (2001)
<b>Centres de dia</b>	
Nombre de places de titularitat pública	Imsero (2001)
Nombre de places de titularitat privada	Imsero (2001)
Percentatge de concertació (% de places privades contractades pel sector públic)	Imsero (2001)
Cost/plaça (anual)	Imsero (2001)
<b>Residències</b>	
Nombre de places de titularitat pública Nombre de places de titularitat privada Percentatge de concertació	Imsero (2001)
Percentatge de places de vàlids vs. assistits	Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (2000)
Cost/plaça (anual)	Imsero (2001)

Nota: SI: Suport informal. SAD: Serveis públics d'ajuda a domicili. ADP: Atenció domiciliària privada.

Dades	Observacions
Vegeu capítol II	
SAD: 1.307 pessetes ADP: 1.307 pessetes	Mitjana ponderada cost/hora registrada en les diferents CA  Se suposa que el cost/hora de l'ADP és idèntic al dels SAD
2.841	Se suposa que la distribució de les places segons la titularitat és idèntica a l'observada a Catalunya
4.262	
17,8%	Se suposa que el percentatge de places concertades és idèntic a l'observat en el cas de les residències.
Públiques: 944.086 pessetes Privades: 944.086 pessetes	Mitjana ponderada cost/hora registrada en les diferents CA  Se suposa que el cost/hora dels centres privats és idèntic al dels públics
52.113 146.245 17,8%	
Públiques i concertades: 43% vs. 57% Privades: 58% vs. 42%	Resultats procedents d'una enquesta feta a 100 residències (públiques i privades)
Públiques: Vàlids: 1.614.753 pessetes Assistits: 2.161.855 pessetes  Privades: Vàlids: 1.614.753 pessetes Assistits: 2.161.855 pessetes	Mitjana ponderada del cost/plaça registrat en les diferents CA  Se suposa que el cost/plaça dels centres privats és idèntic al dels públics

i privades). Examinem les fonts d'informació utilitzades en cada un d'aquests tres casos.

En relació amb les atencions de llarga durada rebudes a casa, les dades considerades corresponents a l'any 1998 procedeixen de l'explotació que s'ha fet de l'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores» (CIS, 1998), i els principals resultats relatius al grau de cobertura i a la intensitat de les diferents modalitats d'ajuda són els que hem obtingut al capítol II. Així mateix, pel que fa al cost horari dels SAD, s'ha utilitzat les dades que proporciona un estudi recent de l'Imsero (2001). D'altra banda, ja que no hem localitzat cap estudi referent a això, en el cas de l'ADP s'ha suposat un cost horari idèntic al dels SAD.

Pel que fa als centres de dia, el nombre de places de titularitat pública i privada existents l'any 1998, així com el percentatge d'aquestes últimes que havien estat concertades pel sector públic aquest mateix any, són dades que novament procedeixen del treball de l'Imsero (2001). També en relació amb el cost per plaça d'aquest tipus de recursos, s'ha utilitzat la informació continguda en aquest mateix estudi.

Finalment, en el cas de les residències, també procedeix de l'estudi de l'Imsero (2001) la informació sobre el nombre de places (públiques i privades) disponibles l'any 1998 i el percentatge dels concerts, així com del cost per plaça de les residències que aquest any rebien fons públics. Novament, en no tenir informació sobre el cost de les places finançades privadament, s'ha suposat que aquest cost era idèntic al registrat en el cas de les públiques i concertades. Pel que fa a la tipologia de les places (vàlides o assistides), les dades procedeixen d'un treball recentment elaborat per la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (2000).

## 4. Característiques dels escenaris simulats: hipòtesi sobre l'evolució futura dels factors determinants

Com apuntàvem a la secció metodològica, per poder obtenir projeccions sobre els costos futurs de les atencions de llarga durada, el nostre model exigeix l'establiment d'hipòtesi sobre quina pot ser l'evolució futura dels factors que determinen i continuaran determinant la quantia d'aquests costos. En principi, ja que hem tingut en compte un nombre considerable de factors en la construcció del model, és fàcil entendre que la quantitat de combinacions que podríem fer entre ells és pràcticament il·limitada. És evident, però, que no totes aquestes combinacions són igualment plausibles. No tindria gaire sentit, per posar només un exemple, generar un escenari en el qual suposéssim que el suport informal experimentarà un creixement sostingut els anys vinents, ja que no sembla que el previsible augment de les taxes d'activitat femenina permetin contemplar aquesta possibilitat. En definitiva, i dit en poques paraules, si volem que el nostre model proporcioni estimacions útils del cost futur de les atencions de llarga durada, estem obligats a valorar un conjunt reduït d'escenaris i, el que és més important, aquests escenaris han de ser el resultat de l'establiment d'hipòtesis substantives sobre l'evolució futura dels factors determinants d'aquest cost, tant dels de demanda com dels d'oferta. Per això, els set escenaris que finalment hem valorat, i que apareixen recollits al quadre 3.2, no són fruit de l'atzar, sinó que tots ells tenen la seva raó de ser. Vegem quina és en cada cas.

L'escenari base pretén analitzar quins serien els efectes de l'envelliment demogràfic sobre el cost futur de les atencions de llarga durada si tots els factors, tret del demogràfic, es mantinguessin constants en el futur. La seva principal utilitat és que ens han de permetre valorar quin seria l'impacte diferencial sobre el cost de les atencions de llarga durada que tindrien diferents modificacions dels valors d'aquests altres factors no demogràfics (d'aquí ve el qualificatiu de «base»). Així doncs, quan al quadre 3.2 s'utilitza l'expressió «constant», cosa que sempre passa en aquest primer escenari, el que es vol dir és que aquest factor registra en cada un dels anys compresos entre 1999 i 2026, que és el període sobre el qual es fa la projecció, o bé el mateix valor que tenia l'any 1998 o bé, quan es tracta de variacions anuals,

## CARACTERÍSTIQUES DELS ESCENARIS SIMULATS

		Escenari Base	Escenari 1	
<b>FACTORS DE...</b>				
<b>HIPÒTESIS</b>	<b>DEMANDA</b>	Envelliment demogràfic	Fernández (98)	
		Taxes de prevalença	Constant	Constant
		Demanda residencial	Constant	
		Demanda centres de dia	Constant	
		Percentatge d'aportació usuaris	Constant	
	<b>FAMÍLIES</b>			
	Percentatge de cobertura SI / SAD / ADP	Constant	Crisi «dèbil» SI ( ↓0,25 punts percentuals/any)... ...absorbida pel sector públic i pel privat a parts iguals.	
	Intensitat SAD/ADP	Constant		
	Cost/hora (SAD/ADP) <sup>(1)</sup>	5% <sup>(2)</sup>		
	<b>CENTRES DE DIA</b>			
<b>OFERTA</b>	Nombre de places de titularitat pública <sup>(1)</sup>	220 <sup>(3)</sup>	Expansió dèbil: Ràtio «0,5%» el 2020	
	Nombre de places de titularitat privada <sup>(1)</sup>	330 <sup>(3)</sup>		
	Percentatge de concertació	Constant		
	Cost/plaça <sup>(1)(4)</sup>	3% <sup>(5)</sup>		
	<b>RESIDÈNCIES</b>			
Nombre de places de titularitat pública <sup>(1)</sup>	3.800 <sup>(3)</sup>	Expansió dèbil: Ràtio «0,5%» el 2020		
Nombre de places de titularitat privada <sup>(1)</sup>	4.000 <sup>(3)</sup>			
Percentatge de concertació	Constant			
«Mix» vàlids/assistits	Constant			
Cost/plaça <sup>(1)</sup>	Vàlids: 5% Assistits: 3%			

(1) Variació anual.

(2) Aquest ha estat l'increment anual mitjà registrat entre 1994 i 1999 en el subgrup «atenció domèstica» de l'IPC (INE).

(3) Aquest ha estat l'increment anual mitjà registrat entre 1994 i 1998 en el cas de les places en centres de dia, i entre 1988 i 1998 en el cas de les places residencials (SEGG, 2000).

(4) Se suposa que la variació anual és idèntica en el cas de les places públiques que en el de les privades.



les observades en el període de temps immediatament anterior sobre el qual es té informació (i.e. taxa de variació anual mitjana entre 1988 i 1998 del nombre disponible de places residencials).

Els sis escenaris restants es construeixen, en contraposició a l'escenari base, suposant que el comportament futur d'alguns d'aquests factors experimenta canvis en relació amb el seu comportament actual. Així, els escenaris 1, 2 i 3 tenen en comú el fet que tots ells plantegen canvis pel que fa a l'evolució futura de l'oferta d'atencions de llarga durada. Bàsicament, aquests canvis són de dos tipus: d'una banda, se suposa una disminució de la disponibilitat futura del suport informal, que té l'origen en les transformacions socials que s'estan produint en les estructures familiars (vegeu capítol II); de l'altra, per afrontar aquesta menor disponibilitat de l'ajuda informal, se suposa que el sector públic i el privat augmenten la quantitat de recursos assistencials destinats a l'atenció de les persones grans dependents, tant d'aquelles que es proporcionen a casa (atenció domiciliària) com fora d'ella (centres de dia i residències).

Les diferències entre aquests tres escenaris, com s'explica a continuació, provenen de la diferent intensitat amb què se suposa que es produiran els canvis en la disponibilitat del suport informal i, consegüentment, també en la resposta del sector públic i privat davant d'aquesta situació. Així doncs, des d'un punt de vista conceptual, el model considera que l'evolució del cost futur de les atencions de llarga durada dependrà, en última instància, de quina sigui la reacció de l'Estat i del mercat davant del previsible col·lapse que experimentarà la família, que, com vèiem al capítol II, constitueix la principal proveïdora d'atencions de llarga durada avui dia.

En aquest sentit, dels tres escenaris mencionats, l'escenari 1 és el que planteja una evolució més favorable del suport informal («crisi dèbil»). En concret, se suposa que la reducció en la disponibilitat del suport informal es produeix a un ritme anual de 0,25 punts percentuals, és a dir, cada any que passa el percentatge de persones dependents que només reben SI disminueix en aquesta quantitat. D'altra banda, com es pot observar al quadre 3.2, la resposta per part del sector públic i privat tendeix a ser discreta. Així, pel que fa a l'atenció domiciliària, tant la pública (SAD) com la privada (ADP) augmenten la seva cobertura en un percentatge que permet absorbir a parts

iguals la petita disminució del suport informal anteriorment apuntada.<sup>(3)</sup> Així mateix, en relació amb l'atenció en centres de dia, el sector públic i el privat expandeixen la seva oferta disponible a un ritme anual de 625 i 825 places respectivament, cosa que permetria arribar a la ràtio suggerida pel Pla Gerontològic<sup>(4)</sup> l'any 2020. Finalment, en relació amb les atencions residencials, l'expansió del nombre de places públiques i privades disponibles es produiria a un ritme anual (4.500 en els dos casos) que permetria arribar l'any 2020 a les 5 places per cada 100 habitants més grans de 65 anys que, en aquest cas, recomana el Pla Gerontològic.

Els escenaris 2 i 3, seguint amb la lògica anteriorment apuntada, plantegen una evolució del suport informal menys favorable: el primer d'ells, suposa una disminució anual de 0,50 punts percentuals per any, que arriba fins als 0,75 punts en el cas del segon. Pel que fa a la resposta del sector públic i del privat, tant un escenari com l'altre suposen una expansió de recursos consegüent amb la diferent intensitat de la crisi del suport informal considerada en cada cas. Els detalls d'aquestes diferències apareixen al quadre 3.2.

Finalment, pel que fa a l'evolució futura dels costos unitaris dels diferents serveis, que se suposa idèntica en els tres escenaris, s'ha considerat que es reproduïxen les tendències observades els últims anys, i els valors utilitzats són els que s'especifiquen al quadre 3.2.

Els escenaris restants (1bis, 2bis i 3bis) constitueixen una rèplica dels tres escenaris que acabem d'analitzar, amb una sola diferència: tots ells plantegen una disminució futura de les taxes de prevalença dels problemes de dependència, que fins ara s'havia suposat que eren constants. Així doncs, allò que aquests tres escenaris afegeixen en relació amb els anteriors és la possibilitat que els diferents canvis comentats en els factors d'oferta, crisi del suport informal i resposta substitutòria dels sectors públic i privat, tinguin lloc en un context epidemiològic més favorable. De fet, com hem ana-

(3) Encara que sens dubte la intensitat amb què es prestin les atencions domiciliàries serà un factor important pel que fa a l'evolució futura del cost total, en els escenaris plantejats s'ha considerat que aquesta no variarà els pròxims anys. Novament, sense tenir la informació i les raons que permetin justificar hipòtesis alternatives en relació amb això, hem optat per considerar que tot continuarà igual.

(4) 0,5 places per cada 100 persones més grans de 65 anys.

litzat al capítol I, sembla que aquest ha estat el cas aquests últims anys tant a Espanya com a la resta de països desenvolupats. Per això, recuperant els resultats obtinguts aleshores, aquests tres escenaris plantegen una disminució anual de l'1% en les taxes de prevalença de les categories de dependència que aleshores vam considerar (lleu, moderada i severa).

## 5. Limitacions i avantatges del model de simulació proposat

### Limitacions

En tots els escenaris simulats, s'ha suposat que la demanda de places residencials es mantindrà constant en el futur: és a dir, el percentatge d'individus més grans de 65 anys que voldran ingressar en una residència, independentment que ho aconseguixin o no, no es modificarà els pròxims anys. Això no obstant, si com hem comentat, les taxes de prevalença dels problemes de dependència tendeixen a disminuir, sembla evident que la demanda residencial hauria de fer el mateix. Aleshores, ¿per què no hem contemplat aquesta possibilitat? El motiu és, lògicament, la falta d'informació. Així, pel fet que no hi ha cap enquesta que hagi considerat simultàniament els individus que viuen a casa seva i els que estan en residències, desconexim en quina mesura el fet de ser dependent determina que s'opti per l'alternativa residencial o no. De fet, no és que no sapiguem quina és la influència del fet de ser dependent sobre la decisió d'ingressar en una residència, sinó que desconexim l'efecte de totes les altres variables que sens dubte influeixen en aquesta decisió (disponibilitat d'ajuda informal, renda, etc.). Davant d'aquesta situació, el supòsit que «tot continua igual» ens sembla el més raonable. Hem d'afegir, però, que la nova «Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud», 1999, que està a punt d'acabar l'INE, permetrà enriquir la nostra anàlisi, ja que la mostra utilitzada contempla tant la població que viu a casa seva com la població institucionalitzada.

Una segona limitació, estretament relacionada amb l'anterior, té a veure amb el supòsit que hem fet en virtut del qual els augments en l'oferta disponible de serveis no provoquen cap canvi en la demanda. Novament, aquesta hipòtesi és poc plausible; així, per posar un exemple, si el nombre de

places dels centres de dia augmenta, és probable que el nombre de persones que vulguin utilitzar aquests centres també augmenti. Lamentablement, igual que en el cas anterior, la falta de dades ens ha impedit introduir en el nostre model aquest tipus d'interaccions entre oferta i demanda. En aquest cas, però, les dades que es requeririen per abordar aquesta qüestió no sembla que es puguin obtenir en un futur pròxim.

Finalment, en relació amb els costos unitaris dels diferents serveis, la informació de partida del model presenta llacunes importants. Quan aquest ha estat el cas, com passava al quadre 3.2, s'ha procedit a plantejar diferents hipòtesis. Per això, en la mesura que per exemple el cost horari dels SAD sigui diferent del de l'ADP, els resultats que hem obtingut poden perdre validesa.

## Avantatges

Potser el principal avantatge d'un model de simulació com el proposat, al qual ja ens hem referit anteriorment, és que ens permet calibrar l'impacte econòmic futur de les diverses alternatives que hi ha pel que fa a la provisió d'atencions de llarga durada. Per això, encara que nosaltres hàgim contemplat únicament set escenaris, la veritat és que el model permetria ser utilitzat per valorar-ne totes les variants que es volgués.

Un segon avantatge del nostre model, derivat directament de l'anterior, és la capacitat que aquest model té per simular canvis en l'oferta de serveis que no han de passar sempre tots de cop, sinó que es poden produir d'una manera gradual al llarg del temps. Així, en comptes de calcular quina seria la quantitat de recursos necessaris l'any 1998 per aconseguir aquest mateix any la ràtio recomanada del 5% de places residencials, i valorar després el flux de diners necessaris per mantenir aquesta ràtio en el futur, el nostre model fa una altra cosa: ens indica quantes places addicionals farien falta anualment, i quin seria el cost associat a aquest augment, si pretenguéssim aconseguir aquesta ràtio amb més o menys celeritat. En la nostra opinió, aquesta característica del model resulta interessant perquè permet incorporar un element consubstancial a la planificació de serveis tant públics com privats, el gradualisme.

En aquest sentit, la nostra proposta difereix substancialment de l'enfocament adoptat pels autors de l'únic estudi en què s'ha fet una anàlisi prospectiva del cost de les atencions de llarga durada al nostre país (Antares Consulting, 2000). En aquest treball, únicament es valora quants diners farien falta per finançar el grau de serveis que, segons l'opinió dels autors, permetria proporcionar una atenció adequada a les persones grans dependents, avui dia i en el futur. L'estimació, que comprèn igual que el nostre estudi el període 1999-2026, es fa suposant que tot l'increment de serveis es produeix l'any de partida, encara que lògicament també es calcula quants recursos farien falta per mantenir aquest nivell òptim els anys posteriors.

Finalment, a pesar de les limitacions anteriorment apuntades, que recordem que fonamentalment eren degudes a la falta d'informació, el model ha estat dissenyat amb la flexibilitat suficient perquè resultés molt poc costós anar incorporant aquestes noves dades a mesura que estiguin disponibles.

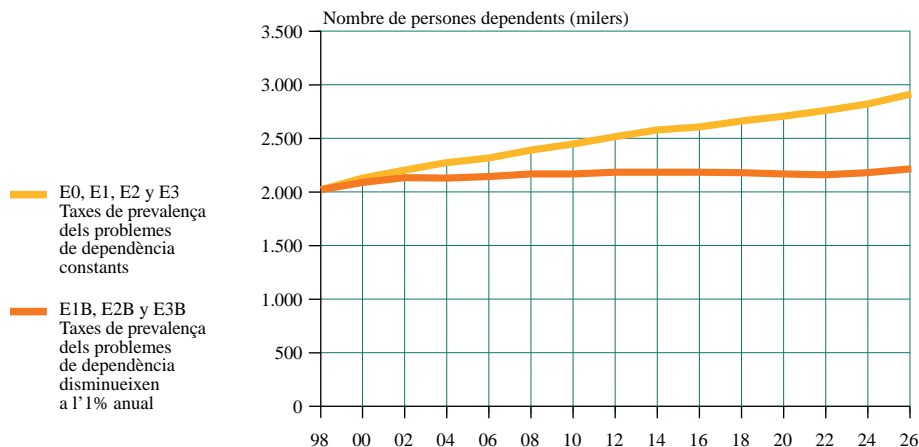
## 6. Resultats del model

Abans de comentar els resultats obtinguts, convé precisar quin és l'impacte global que tindrà sobre els diferents escenaris una de les variables que en major mesura els diferencia: l'evolució futura del nombre de persones dependents. Referent a això, com explicàvem a l'apartat anterior, hi ha dos grups d'escenaris: d'una banda hi ha aquells que suposen un comportament constant de les taxes de prevalença dels problemes de dependència (escenaris 0, 1, 2 i 3); de l'altra, hi ha els que han estat construïts suposant una disminució anual d'aquestes taxes de l'1% (escenaris 1B, 2B i 3B). El gràfic 3.4 mostra quin seria el nombre de persones grans dependents que hi hauria a Espanya si en el futur es produís una pauta epidemiològica o l'altra.

### Evolució del nombre d'usuaris dels diferents serveis

Si comencem la nostra discussió dels resultats fixant-nos en el nombre d'usuaris dels serveis públics d'ajuda a domicili (SAD) que hem obtingut en els diversos escenaris, es pot observar clarament com les diferències que sobre això apareixen entre els dos grups d'escenaris (gràfics 3.5 i 3.6,

## PERSONES GRANS DEPENDENTS A ESPANYA. 1999-2026

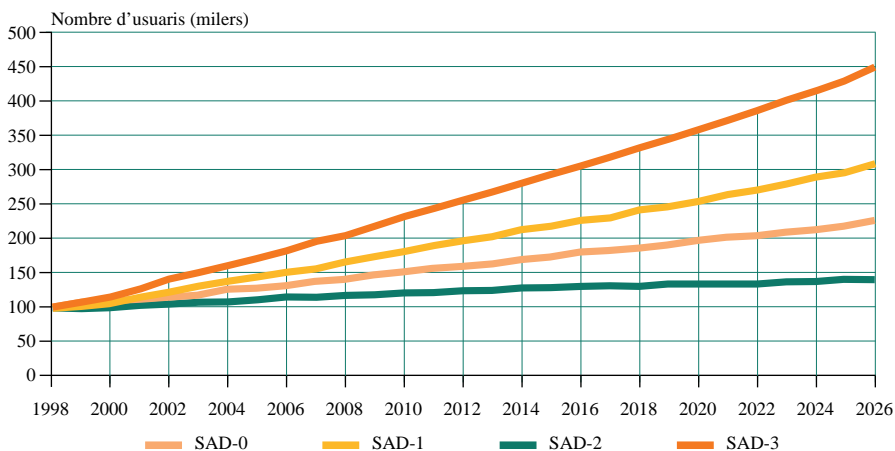


Font: Elaboració pròpia.

respectivament), són totalment atribuïbles al fet que tant en un cas com en l'altre el nombre de persones grans dependents és diferent.

No obstant això, com es pot observar als gràfics anteriors, també hi ha diferències importants entre els escenaris que pertanyen a un mateix grup. Així, tot i suposant que les taxes de prevalença no es modifiquessin en el futur (gràfic 3.5), la veritat és que el nombre d'usuaris dels SAD seria ben diferent segons quina fos finalment la intensitat de la crisi del suport informal i, sobretot, segons quina fos la resposta de l'Administració davant d'aquesta situació. Si no hi hagués cap crisi del suport informal, que és el que suposa l'escenari base (SAD-0), aleshores el nombre d'usuaris dels SAD els pròxims anys seria el resultat directe d'uns graus de cobertura com els actuals aplicats a una població amb més persones grans dependents. Aquesta situació, però, no sembla la més probable. Al contrari, en línia amb els resultats obtinguts als escenaris 1, 2 i 3 (SAD-1, SAD-2 i SAD-3), el que podem més aviat esperar és un increment del nombre d'usuaris més gran que el suggerit en l'escenari base. No obstant això, com també es pot observar al gràfic 3.5, la magnitud d'aquest increment dependrà, en última instància, de la gravetat de la crisi del suport informal.

## USUARIS DELS SAD EN EL SUPÒSIT QUE LES TAXES DE PREVALENCÇA ES MANTINGUIN CONSTANTS. 1999-2026



Nota: SAD: Serveis d'ajuda a domicili.

Font: Elaboració pròpia.

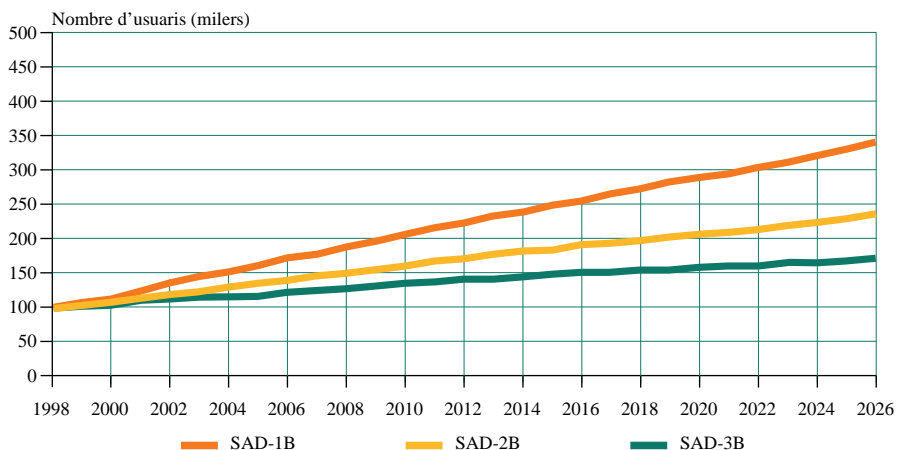
Lògicament, tots aquests comentaris, encara que referits a uns índexs d'usuaris sempre inferiors, són igualment vàlids en aquells escenaris (SAD-1B, SAD-2B i SAD-3B) que han estat construïts suposant una disminució de les taxes de prevalença dels problemes de dependència (gràfic 3.6). Així mateix, com es pot comprovar als gràfics A.1 i A.2 de l'annex, la situació és molt semblant pel que fa a la previsible evolució dels usuaris de l'atenció domiciliària privada.

En relació amb els usuaris de places en centres de dia finançats públicament, i tornant a considerar en primer lloc els escenaris en què les taxes de prevalença es mantenen constants, els resultats obtinguts són els que es mostren al gràfic 3.7.

Igual que en el cas anterior, quan suposem un futur en què no hi ha cap crisi del suport informal (escenari base), la tímida evolució futura del nombre d'usuaris dels centres de dia públics, és el reflex del lent creixement del nombre de places que es produiria si els ritmes d'expansió d'aquest recurs fossin els mateixos que els registrats els últims anys. No obstant això,

Gràfic 3.6

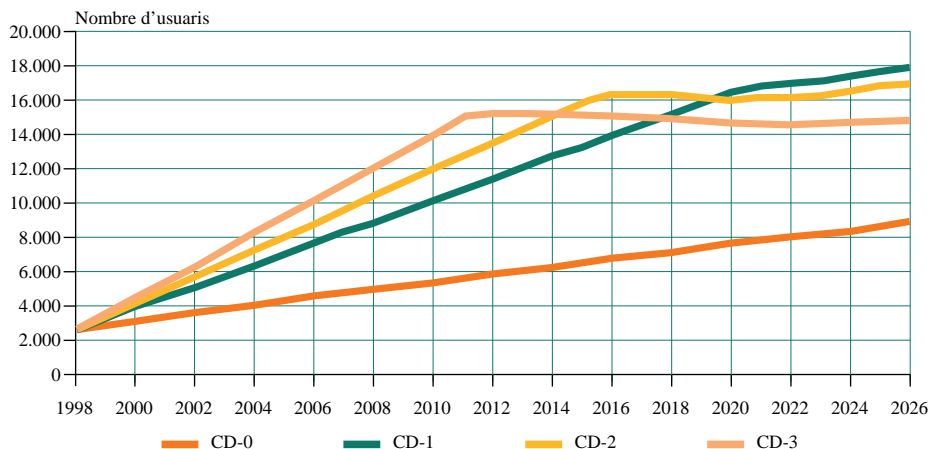
### USUARIS DELS SAD EN EL SUPÒSIT QUE LES TAXES DE PREVALÈNÇA DISMINUEIXIN UN 1% ANUAL. 1999-2026



Nota: SAD: Serveis d'ajuda a domicili.  
Font: Elaboració pròpia.

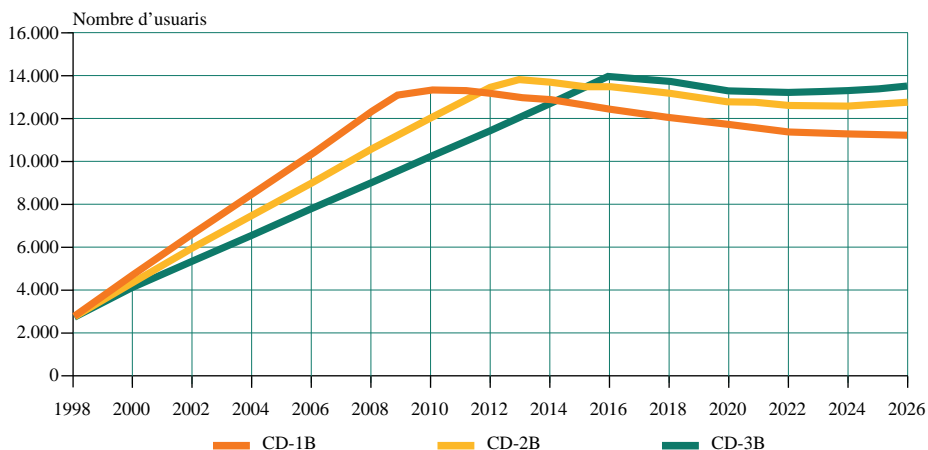
Gràfic 3.7

### USUARIS DE CENTRES DE DIA PÚBLICS EN EL SUPÒSIT QUE LES TAXES DE PREVALÈNÇA ES MANTINGUIN CONSTANTS. 1999-2026



Font: Elaboració pròpia.

## USUARIS DE CENTRES DE DIA PÚBLICS EN EL SUPÒSIT QUE LES TAXES DE PREVALENCÇA DISMINUEIXIN UN 1% ANUAL. 1999-2026

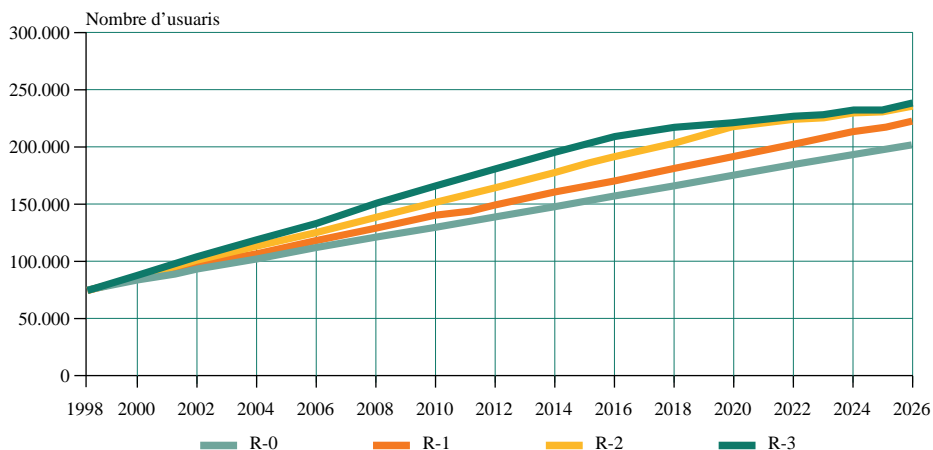


Font: Elaboració pròpia.

quan a causa de la previsible crisi del suport informal, se suposen respostes més expansives per part de l'Administració, els resultats canvien. En el cas de l'escenari 3, que recordem que plantejava l'expansió més vigorosa, el nombre d'usuaris es multiplica per cinc en a penes deu anys, i el creixement dels altres dos escenaris és menys accelerat. Però en tots ells, es pot apreciar una estabilització del nombre d'usuaris a partir d'un cert moment, més llunyà en el temps com menor és la intensitat de l'expansió. Aquest fenomen respon, en tots tres casos, a les mateixes causes: d'una banda, constitueix el reflex de l'augment simultani de la disponibilitat de les atencions domiciliàries, que recordem que es produeixen en els tres escenaris encara que a un ritme diferent;<sup>(5)</sup> d'altra, són el resultat de la previsible desacceleració que es produirà en les taxes de creixement de les cohorts d'individus de més edat a partir de l'any 2015 (vegeu capítol I). Novament, com es pot apreciar al gràfic 3.8, els resultats obtinguts són idèntics, encara que referits a uns índexs

(5) No hem d'oblidar, com es va apuntar a la secció metodològica, que els escenaris han estat construïts contemplant les interaccions que es produeixen entre la disponibilitat de recursos domiciliaris (SI, SAD i ADP) i la demanda de centres de dia.

## USUARIS DE PLACES RESIDENCIALS FINANÇADES PÚBLICAMENT. 1999-2026



Font: Elaboració pròpia.

d'usuaris inferiors, en aquells escenaris que suposen una disminució en les taxes de prevalença dels problemes de dependència.<sup>(6)</sup>

Pel que fa als usuaris de places residencials, i considerant en primer lloc el cas dels quatre escenaris epidemiològicament menys favorables, els resultats obtinguts són els que es mostren al gràfic 3.9. Novament, davant de l'expansió moderada d'usuaris que es registra en l'escenari base (R0), podem contraposar els grans augments que caracteritzen la resta d'escenaris (R1, R2 i R3). En aquests dos últims, l'estabilització del nombre d'usuaris que té lloc a llarg termini té a veure, novament, amb la desacceleració a partir de l'any 2015 de les taxes de creixement de les cohorts de més edat que, recordem-ho, són les que en major mesura opten per la solució residencial (vegeu el quadre 3.2). Així mateix, que aquesta estabilització tingui lloc primer en el cas de l'escenari 3, obeeix al fet que en aquest escenari la ràtio de places recomanada pel Pla Gerontològic, 5 per cada 100 persones grans, s'a-

(6) Pel que fa als usuaris de places en centres de dia privats, els resultats en els diferents escenaris es poden trobar als gràfics A.3 i A.4 de l'annex, i l'essència dels quals és la que ja hem apuntat per als centres de dia públics.

consegueix cinc anys abans que en l'escenari 2. Així mateix, com pot es observar al gràfic A.5 de l'annex, aquestes tendències es reproduïxen en el cas dels usuaris de places residencials finançades exclusivament amb fons privats.<sup>(7)</sup>

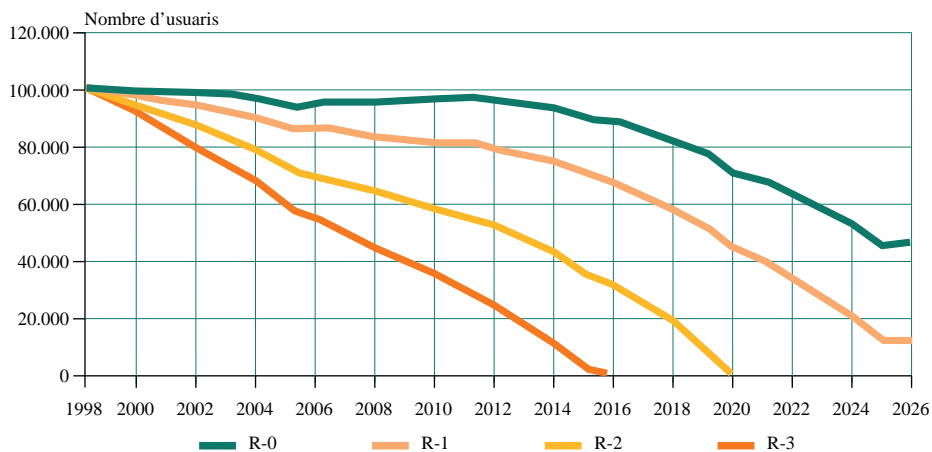
Una de les virtualitats del model desenvolupat és que permet valorar, en el cas dels centres de dia i de les residències, quants dels individus que voldrien utilitzar un dels dos tipus de recurs o l'altre no podran fer-ho per falta de places disponibles. El nombre d'aquests individus, que componen el que anteriorment hem definit com «demanda insatisfeta», difereix entre els diversos escenaris. Així, com posen de manifest els gràfics 3.10 i 3.11, s'observa com la quantitat d'insatisfets decreix més ràpidament –com és lògic– en aquells escenaris que plantegen una expansió de recursos més pronunciada (per ordre, el 3, el 2 i l'1).

En definitiva, si davant la previsible crisi del suport informal i l'augment simultani del nombre de persones grans dependents, el sector públic i el privat no reaccionen ampliant els actuals índexs d'oferta –tant de places residencials com de centres de dia–, la quantitat de persones que veuran frustrats els seus desitjos d'utilitzar aquests serveis es mantindrà en cotes elevades. Així mateix, com apuntàvem anteriorment, a aquesta pressió sobre els serveis proporcionats fora de les llars, s'hi hauria de sumar la creixent demanda d'aquelles altres atencions que es proveeixen en els domicilis (públics i privats). En resum, tot i en el cas que suposem unes taxes de prevalença dels problemes de dependència a la baixa, l'envelliment demogràfic i els canvis en les estructures familiars seran d'una magnitud tal que, segons les nostres estimacions, els pròxims anys es requerirà una implicació més gran dels sectors públic i privat en la provisió de les atencions de llarga durada. Aquesta implicació, lògicament, exigirà unes despeses superiors a les actuals. En els apartats següents oferim algunes estimacions sobre aquest extrem.

(7) En el cas de la demanda residencial, a causa de les raons que ja es van comentar a la secció metodològica, el model ha estat construït sense considerar els possibles efectes de variacions en les taxes de prevalença dels problemes de dependència. Per això, tant en els escenaris epidemiològicament favorables com en els desfavorables, els resultats obtinguts són els mateixos; per aquest motiu no es reproduïxen els gràfics corresponents als escenaris 1B, 2B i 3B, ni en el cas de les places públiques ni en el de les privades.

Gràfic 3.10

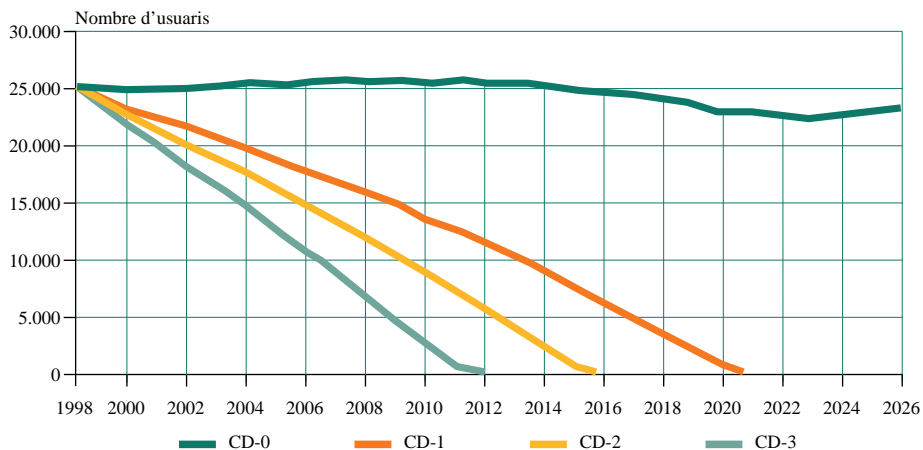
### DEMANDA INSATISFETA DE PLACES EN RESIDÈNCIES PÚBLIQUES I PRIVADES. 1999-2026



Font: Elaboració pròpia.

Gràfic 3.11

### DEMANDA INSATISFETA DE PLACES DE CENTRES DE DIA PÚBLICS I PRIVATS. 1999-2026



Font: Elaboració pròpia.

## Una estimació del cost actual de les atencions de llarga durada

Com apuntàvem quan discutíem les característiques del model, aquest ha estat construït de tal manera que és possible obtenir no tan sols projeccions sobre l'evolució futura del cost de les atencions de llarga durada, sinó també estimacions sobre els seus índexs actuals. Si les dades sobre serveis socials fossin millors del que són, la possibilitat d'obtenir aquestes estimacions seria irrellevant. No obstant això, com recordarem del capítol II, ja que les estadístiques disponibles no permeten conèixer dades tan elementals com ara quant es gasta en atenció domiciliària pública (SAD), poder obtenir aquestes estimacions és un valor en si mateix del model. Referent a això, convé assenyalar que els resultats que hem obtingut, recollits al quadre 3.3, no estan referits a cap dels set escenaris en particular, per la senzilla raó que l'any de partida (1998) totes les variables del model són conegudes i, per tant, els escenaris són idèntics entre si.

Les xifres contingudes al gràfic 3.11 il·lustren alguns aspectes interessants. En primer lloc, ens permeten tenir una idea, encara que sigui aproximada, del volum total de recursos que el nostre país destina actualment a proporcionar atencions de llarga durada a les persones grans dependents. Aquesta quantitat, que supera lleugerament el mig bilió de pessetes, representa el 0,6% del PIB que es va generar a Espanya l'any 1998. Aquest percentatge és semblant a l'observat en els altres països mediterranis, encara que se situa bastant per sota de la tendència registrada a la resta de països de la Unió Europea (Jacobzone, 1999). Lògicament, com ja hem comentat al capítol II, aquesta situació s'explica per la major importància relativa que continuen tenint al nostre país les atencions informals.

D'altra banda, pel que fa a l'esforç relatiu fet pel sector públic i el privat, es constata que el gruix de les atencions formals és proveït a través del mercat. En aquest sentit, més del 70% del cost total de les atencions el fan agents privats (residències, agències d'atenció domiciliària, etc.) que no reben fons públics. Conseqüentment, aquests costos són finançats, per mitjà dels preus, per aquelles persones grans que opten pels serveis privats com a via per afrontar les necessitats d'atencions o, en molts casos, pels familiars.

### COST TOTAL ESTIMAT DE LES ATENCIONS DE LLARGA DURADA A ESPANYA. 1998

	Milions de pessetes	%
<b>Cost públic</b>	<b>144.923</b>	<b>27,1</b>
Atenció domiciliària	46.794	8,7
Centres de dia	1.863	0,3
Residències	96.265	18,0
<b>Cost privat</b>	<b>390.310</b>	<b>72,9</b>
Atenció domiciliària	156.009	29,1
Centres de dia	2.012	0,4
Residències	232.289	43,4
<b>Cost total</b>	<b>535.233</b>	<b>100</b>

Font: Elaboració pròpia.

Amb tot, encara que hi té un paper essencialment subsidiari, el sector públic dedica ja avui dia més de 140.000 milions de pessetes a la provisió d'atencions de llarga durada. Així mateix, malgrat l'expansió experimentada pels SAD aquests últims anys, prop del 70% del cost públic total correspon als serveis residencials. De fet, ja que els gairebé 100.000 milions destinats a places residencials han estat calculats restant prèviament les aportacions dels usuaris, que s'estima que van ser d'uns 48.000 milions l'any 1998, la quantitat de recursos realment mobilitzats pel sector públic en l'àmbit residencial seria més gran de la que figura al quadre 3.3 (en concret, la suma del cost «net» i de les aportacions).

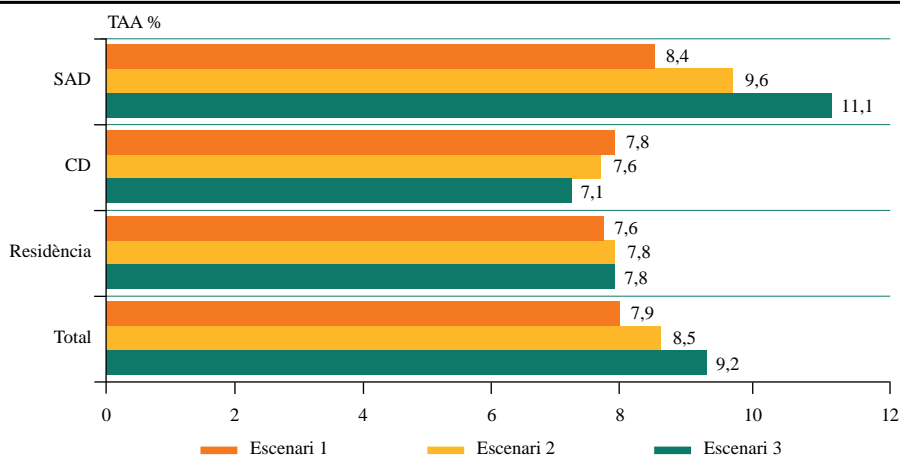
### El cost futur de les atencions de llarga durada a Espanya: 1999-2026

Un cop estimat el cost actual de les atencions de llarga durada al nostre país, estem en condicions de valorar els diferents resultats que hem obtingut en relació amb la previsible evolució d'aquests costos en el futur. En aquest sentit, amb la intenció d'oferir una mesura que il·lustri adequadament l'esforç financer que comportaria aconseguir els índexs de despesa obtinguts en els diferents escenaris, hem calculat quines haurien de ser les taxes anuals de variació acumulativa en cada cas. Aquestes taxes ens indiquen a quin rit-

me anual uniforme haurien de créixer els recursos destinats a atencions de llarga durada, en termes percentuals, perquè es registressin les pautes d'expansió de despesa que suggereixen els diferents escenaris. En el cas dels escenaris 1, 2 i 3, en els quals, recordem-ho, es planteja un manteniment per al futur de les actuals taxes de prevalença, els resultats obtinguts sobre l'evolució dels costos públics es reproduïxen al gràfic 3.12.

Gràfic 3.12

**COST TOTAL DE LES ATENCIONS PÚBLIQUES DE LLARGA DURADA: TAXES ANUALS ACUMULATIVES. 1999-2026**

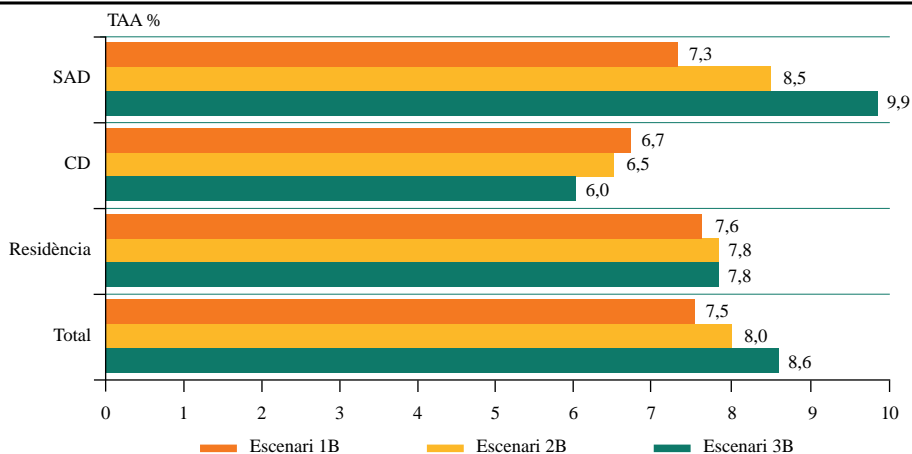


Nota: SAD: Serveis públics d'ajuda a domicili. CD: Centres de dia.

Font: Elaboració pròpia.

Així doncs, tenint en compte aquests resultats, els recursos totals que el sector públic destina a la provisió d'atencions de llarga durada haurien de créixer a un ritme anual que se situaria entre gairebé el 8%, si suposem un escenari optimista pel que fa a la crisi del suport informal (escenari 1), i més del 9%, si finalment aquesta crisi fos més profunda (escenari 3). Així mateix, pel que fa a la composició relativa d'aquests increments, els grans esforços en termes relatius s'haurien de produir en l'atenció domiciliària. A causa d'això, com també es pot apreciar al gràfic, la quantitat de recursos destinats a finançar les places en centres de dia, podria créixer a taxes més modestes. En relació amb la despesa residencial, i a causa de l'important pes

### COST TOTAL DE LES ATENCIONS PÚBLIQUES DE LLARGA DURADA, SI LES TAXES DE PREVALENCIA DISMINUÏSSIN UN 1% ANUAL: TAA. 1999-2026



Nota: SAD: Serveis públics d'ajuda a domicili. CD: Centres de dia.

Font: Elaboració pròpia.

en termes absoluts que comporta i comportarà aquesta partida, aquesta despesa evoluciona en els diversos escenaris d'una manera pràcticament simètrica a la dels costos totals. Aquests resultats, com posa de manifest el gràfic 3.13, es mantenen essencialment inalterats quan es consideren els escenaris més favorables epidemiològicament (1B, 2B i 3B), i les diferències en relació amb els seus homònims només són lleugerament inferiors.

Si un pretén fer-se una idea de la importància que tenen en termes econòmics aquestes taxes de creixement, pot ser útil comparar-les amb l'evolució registrada recentment per alguna variable similar.<sup>(8)</sup> Així, si considerem la partida de despesa social dels Pressupostos Generals de l'Estat per a l'any 2001 (Banc d'Espanya, 2000), comprovem que aquesta partida experimenta un creixement del 7,3% en relació amb l'any anterior, i també que és la més dinàmica de totes les que componen el pressupost. No obstant això,

(8) Idealment, el més adequat seria tractar de comparar-les amb l'evolució passada de la despesa pública en ALD. Lamentablement, com indicàvem anteriorment, la informació disponible no permet fer aquest exercici amb la suficient fiabilitat.

com posen de manifest els gràfics 3.12 i 3.13, en tots els nostres escenaris les taxes de creixement anual obtingudes superen aquesta xifra. A més, hem de tenir en compte que, a diferència de l'increment que es contempla als Pressupostos, les taxes anuals que nosaltres hem calculat s'haurien de mantenir, any rere any, durant un període d'uns trenta anys. En resum, és poc probable que les necessitats de despesa que apunten els nostres resultats puguin ser aconseguides sense recórrer a noves fórmules de finançament, que s'analitzem al capítol següent, o a reassignacions dels usos que actualment es donen als fons públics.

Encara que són útils per fer una primera valoració de l'esforç financer que pot ser requerit en el futur, les anteriors taxes anuals acumulatives, pel fet que estan referides a un període de temps molt llarg, no ens permeten capturar quina pot ser l'evolució de la despesa pública en atencions de llarga durada a més curt termini. Per això, hem tornat a calcular aquestes taxes per a dos subperíodes de temps: el que va des de l'any 1999 fins al 2015, i el comprès entre els anys 2016 i 2026. En relació amb els escenaris epidemiològicament desfavorables, aquests són els resultats obtinguts (gràfics 3.14 i 3.15).<sup>(9)</sup>

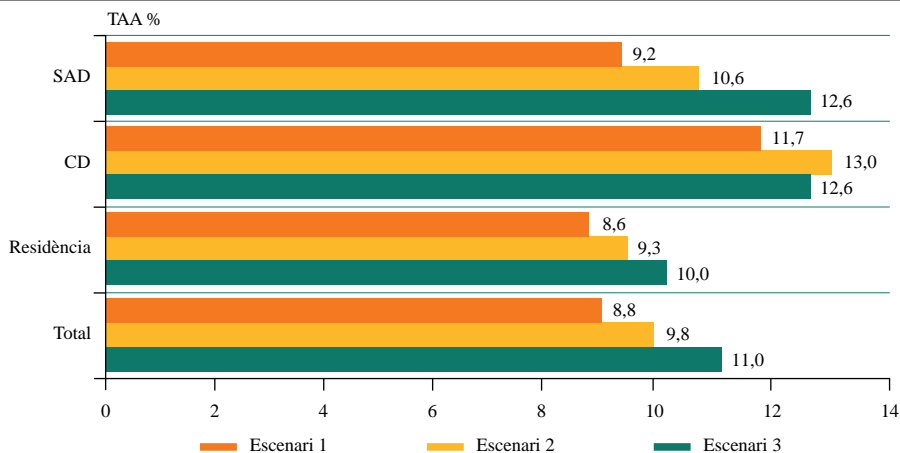
Els gràfics 3.14 i 3.15 posen de manifest un fenomen que, en el fons, ja s'intuïa quan analitzàvem la previsible evolució dels usuaris dels diversos serveis disponibles, i que no és altre que el relatiu al «timing» amb què s'haurien de produir els increments de recursos que suggereixen els nostres escenaris. Així, a causa de la previsible desacceleració a partir de l'any 2015 del ritme al qual creixeran les cohorts poblacionals de més edat, el gruix de l'esforç inversor per part del sector públic s'hauria de produir els pròxims anys.<sup>(10)</sup> Aquesta situació contrasta amb el que presumiblement passarà amb les pensions públiques, ja que en aquest cas les grans tensions començaran precisament aleshores, l'any 2015, quan comencin a arribar a l'edat de jubilació les primeres generacions del tardà «baby-boom» espanyol (Herce *et al.*, 2000).

(9) En el cas dels escenaris epidemiològicament favorables, els resultats es reproduïen als gràfics A.6 i A.7 de l'annex.

(10) Encara que ens hem centrat en la despesa pública, la veritat és que l'esforç per part del sector privat també serà important, com es pot comprovar als diferents gràfics que apareixen a l'annex (de l'A.8 a l'A.13).

Gràfic 3.14

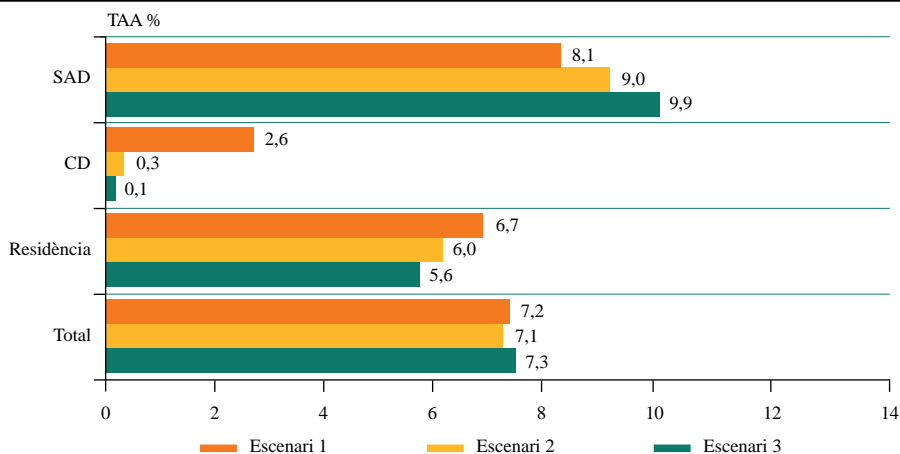
### COST TOTAL DE LES ATENCIONS PÚBLIQUES DE LLARGA DURADA: TAXES ANUALS ACUMULATIVES. 1999-2026



Nota: SAD: Serveis públics d'ajuda a domicili. CD: Centres de dia.  
Font: Elaboració pròpia.

Gràfic 3.15

### COST TOTAL DE LES ATENCIONS PÚBLIQUES DE LLARGA DURADA: TAXES ANUALS ACUMULATIVES. 2016-2026



Nota: SAD: Serveis públics d'ajuda a domicili. CD: Centres de dia.  
Font: Elaboració pròpia.

En resum, qualsevol anàlisi que pretengui valorar econòmicament l'impacte futur de l'envelliment demogràfic sobre les atencions de llarga durada, i la que hem fet en aquest capítol no és una excepció, s'enfronta amb múltiples dificultats. La més important, que serà present independentment de la metodologia que s'utilitzi, té a veure amb la incertesa sobre quina pot ser l'evolució futura de les variables que determinen quant gasta una societat per proporcionar assistència a les persones grans dependents. Referent a això, l'única solució possible passa per establir hipòtesis, i aquestes, desafortunadament, pot ser que no es compleixin.

No obstant això, si un estableix únicament aquelles hipòtesis que li semblen més raonables i les combina entre si, obté un conjunt d'escenaris que, en principi, permeten reduir la incertesa inicial. En aquest sentit, per tant, el que hem pretès amb el nostre model ha estat plantejar diversos escenaris que, si més no, ens ofereixen un rang acotat sobre quina pot ser en un futur la quantitat de recursos necessaris per atendre les nostres persones grans dependents. Deixant de banda les xifres concretes, el més important ara és comprendre quins factors contribuiran al fet que ens acabem situant en un extrem o en l'altre d'aquest rang.

És evident que l'envelliment demogràfic serà un d'aquests factors. Això no obstant, com hem intentat representar en el nostre model, a més de l'evolució del nombre de persones grans, serà decisiu el grau d'independència funcional que presentin aquestes persones. De fet, com suggereixen Jacobzone *et al.* (1999), la qüestió central és fins a quin punt les previsible millores de la capacitat funcional dels ancians aconseguiran compensar, totalment o parcialment, el major nombre de persones grans que implicarà l'envelliment demogràfic. En aquest sentit, el nostre model ha definit dues alternatives: una d'epidemiològicament optimista, en la qual les taxes de prevalença se suposa que disminueixen sostingudament, i una altra de pessimista, en què aquestes taxes es mantindrien constants. Es descarta, d'acord amb l'evidència disponible sobre el passat, la possibilitat que aquestes taxes creixin en el futur.

Pel que fa als factors d'oferta, el més important de tots, a la vista de quina és la situació de partida del nostre sistema d'atencions de llarga dura-

da, és sens dubte el suport informal. Referent a això, hem intentat explicitar diverses maneres d'evolució d'aquesta font d'atencions, si bé totes elles coincideixen a suposar-ne una disminució futura. En la nostra opinió, aquest fet, lluny de ser un aspecte negatiu, constitueix un efecte més de les transformacions que estan vivint les estructures familiars i, més concretament, del paper que hi tenen les dones. Així doncs, davant d'aquesta nova realitat, el més probable és que observem que els pròxims anys les famílies comencin a demanar l'expansió dels serveis formals, conscients que són l'única via efectiva per aconseguir compaginar l'activitat laboral i les atencions requerides pels ancians.

Davant d'aquesta situació, els agents que hauran de donar resposta a aquesta creixent demanda seran, lògicament, el sector públic i el privat. Referent a això, però, les alternatives són molt variades. En última instància, com hem intentat recollir en el model, que s'acabi optant per una major o menor implicació en la provisió d'atencions de llarga durada, és una decisió que competeix als nostres decisors polítics, en el cas dels serveis públics, i a les empreses en el cas dels serveis privats. I, novament, el grau d'incertesa sobre quin serà el signe d'aquestes decisions és elevat. Per això, en aquest sentit, el nostre model, més que un artefacte que pretén endevinar el futur, es pot entendre com un intent d'oferir un mètode que ens ajudi a calibrar l'impacte econòmic de les diverses alternatives que s'obren a la nostra societat per proporcionar atencions de llarga durada en el futur.

De totes maneres, encara que les possibilitats són diverses, ha de quedar clar que el més probable és que en tots els casos sigui necessari un esforç financer important per part dels sectors públic i privat. De fet, la magnitud dels increments de la despesa que suggereixen els nostres resultats, amb ritmes de creixement anual especialment intensos per als pròxims quinze anys, obliga a no posposar durant més temps un debat serè sobre com el nostre país pot aconseguir els recursos necessaris per afrontar una demanda creixent d'atencions de llarga durada. En l'apartat següent comentarem algunes alternatives referent a això.

## 7. El finançament futur de les atencions de llarga durada

Els pròxims anys, si la nostra anterior anàlisi sobre la dinàmica de les atencions de llarga durada es revela encertada, assistirem a canvis substancials en la manera en què les famílies afrontaran la problemàtica associada a la dependència d'un dels seus membres. En concret, a causa fonamentalment de la incorporació massiva de les futures cohorts de dones al mercat laboral, caldrà pensar en mecanismes que permetin a aquest nou tipus de famílies continuar oferint atencions informals, si així ho volen, sense que això impliqui una reducció inassumible del benestar econòmic de la unitat familiar.

Fins ara, com ja hem assenyalat anteriorment, la configuració del nostre model d'atencions de llarga durada ha estat caracteritzada, en termes generals, per l'assumpció total per part dels individus dependents i de les seves famílies dels sacrificis que comporta cobrir les necessitats assistencials associades al fet de ser dependent. En el cas de les famílies en què aquestes necessitats han estat exclusivament cobertes mitjançant el suport informal que, recordem-ho, són la majoria, els sacrificis els han fet aquells individus que han assumit el paper de cuidador: generalment dones inactives que, conseqüentment, han vist reduït el seu temps d'oci i en no poques ocasions s'ha deteriorat el seu propi estat de salut. D'altra banda, en el cas d'aquelles famílies que han optat per cobrir totalment o parcialment les necessitats assistencials de la persona dependent mitjançant la contractació privada de serveis formals (atenció domiciliària, centres de dia i residències), els sacrificis han estat fonamentalment de tipus econòmic. Finalment, en el cas dels usuaris dels serveis públics que, recordem-ho, constitueixen un col·lectiu caracteritzat fonamentalment per la falta de suport familiar, també els individus han vist reduït el seu poder adquisitiu, ja que la majoria de serveis disponibles estan subjectes a copagaments d'intensitat diversa.

En aquest estat de coses, ja que les noves dinàmiques familiars i demogràfiques comporten una font de tensió evident sobre l'equilibri futur del nostre actual model d'atencions de llarga durada, no és estrany que també a Espanya, igual que en altres països del nostre entorn, s'hagi començat a debatre com afrontar l'atenció de les persones grans dependents els pròxims

anys. En les pàgines següents, amb l'ànim de contribuir a aquest debat, s'analitzen amb cert detall algunes de les propostes que han despertat més interès: les ajudes a les famílies, la incentivació fiscal d'assegurances privades de dependència i la creació d'una assegurança social d'atencions de llarga durada.

## Ajudes a les famílies

### Desgravacions fiscals

Una de les novetats que ha comportat la promulgació de la Llei 40/1998, de reforma de l'IRPF, ha estat la relativa al tractament fiscal de les famílies que s'ocupen de proporcionar atencions de llarga durada a un dels seus membres. Fins l'any 1998, mentre va estar vigent l'anterior model d'IRPF (Llei 18/1991), els subjectes passius que tinguessin un ascendent vivint a casa seva, podien deduir de la seva quota líquida fins a 80.000 pessetes, sempre que els ingressos de la persona cuidada no excedissin el Salari Mínim Interprofessional (SMI), i que aquesta persona tingués un grau reconegut de minusvàlua superior al 33%. Aquest esquema, però, ha estat modificat amb el nou IRPF. Així, en comptes de fer-se sobre la quota líquida, les noves deduccions operen sobre la base de l'impost. En concret, si la persona gran a càrrec té uns ingressos inferiors al SMI, el subjecte passiu podrà augmentar el mínim familiar exempt en una quantia diferent segons el grau de minusvàlua reconegut: 300.000 pessetes si se situa entre el 33% i el 65%, i 600.000 si supera aquest últim percentatge.<sup>(11)</sup>

Aquestes modificacions, però, no comporten un canvi substancial en la lògica que aplicava anteriorment l'Administració per justificar l'existència d'aquest tipus de desgravacions. Efectivament, tant l'anterior normativa com l'actual, en establir deduccions d'escassa quantia econòmica,<sup>(12)</sup> conceben aquest tipus de programa més com una via per reconèixer d'alguna

(11) En operar sobre la base de l'impost, l'estalvi fiscal que comporten les noves deduccions per a les famílies beneficiàries varia segons el tipus impositiu mitjà del subjecte passiu que fa la declaració. Així, per exemple, si aquest tipus impositiu mitjà fos del 20%, que és aproximadament el que suporten la majoria de famílies, les deduccions anteriorment descrites reduirien la factura fiscal en unes 60.000 i 120.000 pessetes, respectivament. Unes quantitats que, d'altra banda, no difereixen substancialment de les que ja hi havia en l'anterior IRPF.

(12) Vegeu la nota anterior.

manera l'esforç que fan les famílies, que no pas com un intent per contribuir efectivament al fet que aquestes puguin recórrer als serveis formals per completar l'ajuda que proporcionen. D'altra banda, en la mesura que aquestes deduccions només són aplicables si hi ha coresidència i que els ingressos de la persona a càrrec no excedeixen un determinat llindar, s'exclouen totes aquelles persones que no reuneixen una d'aquestes dues característiques. En resum, a no ser que es modifiqui l'actual import de les ajudes o que aquestes s'inscriguin en un marc més general, sembla poc probable que aquestes despeses fiscals constitueixin, per si soles, un mecanisme prou potent per poder afrontar amb èxit el repte futur que plantegen les atencions de llarga durada.

### **Canvis en la normativa laboral**

Com vèiem anteriorment, el principal canvi que s'està produint en les famílies espanyoles o si més no el que pot tenir un impacte més gran sobre la manera amb què responen a les necessitats assistencials de les persones grans, és el relatiu a la creixent incorporació de les dones al mercat de treball. L'any 1999, amb la intenció d'adaptar la normativa laboral a aquesta nova situació, el govern va promulgar una llei que tracta d'establir alguns mecanismes que permetin als treballadors ocupar-se d'un familiar dependent, alhora que segueixin desenvolupant la seva activitat professional (Llei 39/1999). En concret, la nova normativa estableix dos tipus de mesures: les reduccions de jornada i les excedències. En el primer cas, si un treballador s'encarrega de proporcionar atencions de llarga durada a un familiar que no té mitjans econòmics, aquell podrà sol·licitar una reducció de jornada d'entre el 33% i el 50% que, això no obstant, comportarà una disminució salarial d'una proporció igual. D'altra banda, en el cas de les excedències, aquestes podran ser sol·licitades durant un període no superior a un any i, durant aquest temps, el treballador no percebrà ingressos.

En la nostra opinió, comparat amb la buidor legal preexistent, tots dos tipus de mesures són un avenç positiu. D'una banda, emparen legalment el treballador que es troba en la tessitura d'haver de cuidar un familiar dependent, ja que se li reconeix el dret de reclamar a l'empresa que modifiqui transitòriament les condicions del seu contracte i aconseguir, d'aquesta manera, alternar una activitat laboral remunerada amb el paper de cuidador. De l'altra

banda, pel fet d'haver estat establerts dos tipus de mecanismes diferents, les reduccions de jornada i les excedències, s'ha reconegut oportunament la diferent intensitat amb què es poden requerir les atencions de llarga durada. Això no obstant, tant les reduccions de jornada com les excedències, en la mesura que van acompanyades de reduccions salarials, constitueixen dues fórmules en què el risc de dependència es continua cobrint íntegrament per mitjà dels recursos econòmics de la família. Per això, igual que passava amb les desgravacions fiscals, es tracta de mecanismes que, tot i que reconeixen implícitament la menor capacitat de la família per proveir atencions de llarga durada en el futur, no comporten un canvi substancial de paradigma pel que fa a la manera d'assegurar el risc de dependència.

### Assegurances privades de dependència: abast i limitacions

Des d'una perspectiva teòrica, en contraposició amb els mecanismes anteriors, és evident que el desenvolupament d'un mercat d'assegurances privades de dependència permetria introduir canvis substancials en la manera com els individus i les famílies suporten els sacrificis que comporta el fet de ser dependent. En concret, ja que no tots els subscriptors tindrien la mala sort de necessitar atencions de llarga durada, però sí que tots ells haurien contribuït econòmicament a l'assegurança a través de les primes, quan algun dels individus assegurats requereix aquests serveis, els podria utilitzar sense haver-ne de satisfer tot el cost. D'aquesta manera, com en qualsevol altre tipus d'assegurança, les pòlisses de dependència serien un instrument que permetria atenuar l'impacte econòmic que comporta per a un individu concret el fet de necessitar atencions de llarga durada, ja que aquest impacte s'hauria repartit entre un elevat nombre de persones (ell i tota la resta de subscriptors).

Fins ara, EUA ha estat el país on aquestes idees s'han dut més a la pràctica. Així, els últims anys, el nombre d'individus que voluntàriament han decidit contractar una pòlissa privada de dependència no ha deixat de créixer: dels aproximadament 200.000 subscriptors existents l'any 1986, es va passar a un total de 4.000.000 deu anys després (Scanlon, 1998). Però a pesar d'aquest notable creixement, la veritat és que la importància quantitati-

va d'aquest mercat és més aviat modesta: únicament un 1% de la despesa total en atencions de llarga durada es cobreix mitjançant assegurances privades de dependència. Així mateix, segons diferents estimacions, sembla que només les persones amb un nivell de renda superior han optat per subscriure aquest tipus d'assegurances. Per tot això, després de gairebé vint anys de funcionament, el mercat d'assegurances privades de dependència sembla que no ha donat tots els fruits que s'esperaven. Aquest fet, lògicament, ha despertat l'interès dels investigadors aquests últims anys, que no han trigat a assenyalar quins poden haver estat els factors que explicarien aquest fracàs relatiu.

## **Factors d'oferta**

### **Selecció adversa**

Pel costat de l'oferta, potser la dificultat més important pot haver estat el conegut problema de la selecció «adversa»: si s'ofereix una assegurança de dependència, hi ha el risc que siguin precisament aquells individus amb una probabilitat més gran de convertir-se en usuaris dels serveis, els que en major mesura demanin aquest producte. Això no obstant, si aquesta «selecció adversa» té lloc, les taxes d'utilització dels beneficiaris de les pòlisses excediran el grau que assegurava la rendibilitat de l'assegurança i, per tant, les companyies asseguradores es veuran obligades a augmentar les primes. Aquest augment de primes, d'altra banda, provocarà que els subscriptors de menor risc abandonin l'assegurança i s'iniciï així una espiral retroalimentada de grans taxes d'utilització i d'augment de primes. En general, per mitigar els efectes negatius de la selecció adversa, que es poden produir tant en aquest com en altres mercats d'assegurances voluntàries, les companyies asseguradores tracten de desenvolupar mecanismes que permetin detectar *ex ante* els individus amb pitjors riscos i excloure'ls de l'assegurança. No obstant això, en el cas de les assegurances de dependència, és especialment complicat establir aquest tipus de filtres, ja que el fet que un determinat subjecte s'acabi convertint en el futur en un usuari costós depèn de múltiples factors sobre els quals ara mateix es disposa de poca informació (estils de vida, preferències pel suport informal i disponibilitat d'aquest suport, etc.).

Encara que limitada, hi ha certa evidència empírica que en el mercat nord-americà d'assegurances privades de dependència pot haver-hi hagut problemes de selecció adversa. En concret, Sloan i Norton (1997), després d'estimar un model economètric que pretén analitzar quines característiques dels individus influeixen sobre la probabilitat que subscriuïn una pòlissa de dependència, conclouen que hi ha una clara associació positiva entre les expectatives que els individus tenen d'acabar en una residència i la compra d'una assegurança d'aquest tipus. Així mateix, tant l'elevada quantia de les primes (una mitjana de 2.000 dòlars anuals) com l'edat mitjana dels subscriptors (70 anys), constitueixen dades que ens indueixen a pensar que, efectivament, la selecció adversa constitueix un problema present en el mercat nord-americà d'assegurances privades de dependència.

### **Abús moral**

Igual que la selecció adversa, els problemes d'«abús moral» tenen l'origen en el fet que les companyies asseguradores tenen una capacitat limitada d'obtenir informació sobre els individus. En aquest cas, però, les dificultats no apareixen perquè no es pugui prevenir el risc relatiu dels potencials beneficiaris, que és el que provoca la selecció adversa, sinó perquè hi ha incertesa sobre quin pot ser el comportament dels individus pel fet d'estar assegurats. D'una banda, en la mesura que les pòlisses redueixen el preu que els individus paguen pels serveis formals que utilitzen, les asseguradores corren el risc que els subscriptors utilitzin aquests serveis per sobre del nivell que garanteix la rendibilitat de l'assegurança. De l'altra, reforçant l'efecte anterior, pot ser que alguns dels subscriptors, davant la possibilitat d'adquirir serveis formals a baix preu que els brinda l'assegurança, es decideixin a utilitzar molt menys suport informal del que les asseguradores observaven que es consumia quan van treure al mercat la seva assegurança. En qualsevol cas, ja que és molt complicat predir quina pot ser la magnitud dels efectes descrits, les companyies tracten de protegir-se d'aquests possibles problemes d'abús moral limitant la cobertura de les pòlisses. En relació amb això, segons assenyala Cutler (1996), s'utilitzen dos tipus de mecanismes: d'una banda, s'estableix un període durant el qual el cost del servei utilitzat corre a càrrec de l'individu<sup>(13)</sup>

(13) De 90 a 100 dies en el cas dels serveis domèstics, i de 20 a 30 en el cas de les residències (Cutler, 1996).

(franquícies) i, de l'altra, transcorregut aquest període, el que l'assegurança cobreix és una quantia fixa del cost del servei. Això no obstant, aquest tipus de restriccions, si bé tendeixen a mitigar els possibles efectes negatius de l'abús moral, tenen l'inconvenient que redueixen l'atractiu de les pòlisses, sobretot per a aquells individus de menor risc.

### **Costos administratius**

En part, les elevades primes que exigeixen les companyies asseguradores per la subscripció d'una pòlissa de dependència constitueixen el reflex, segons assenyala Norton (2000), que els costos administratius d'aquest tipus d'assegurances són especialment elevats. En concret, entre un 50% i un 60% dels costos totals de les assegurances corresponen a partides administratives, la més important de les quals és la relativa a despeses publicitàries. Aquest fet està motivat perquè les pòlisses col·lectives a empreses han tingut molt poca acollida i, en conseqüència, les companyies d'assegurances s'han vist obligades a concentrar els seus esforços en la captació de subscriptors individuals, amb les elevades despeses publicitàries que lògicament comporta aquesta alternativa. D'altra banda, com afegeix el mateix Norton, l'escàs interès de les empreses per aquest tipus de productes estaria motivat per la por de les empreses que la seva subscripció generés obligacions financeres inassumibles. En concret, ja que el període de temps que intervé entre la subscripció de la pòlissa i l'inici de les prestacions és molt dilatat, és probable que els treballadors exigissin que les quanties futures d'aquestes prestacions s'anessin ajustant a l'evolució dels preus dels serveis coberts.

### **Factors de demanda**

Pel que fa al comportament de la demanda, un primer factor que se sol apuntar per explicar el modest desenvolupament de les assegurances privades és el relatiu a l'escassa percepció que tenen els individus, sobretot els més joves, que efectivament el risc de dependència constitueixi una contingència contra la qual valgui la pena assegurar-se. D'una banda, els subjectes acostumen a concedir poc valor a un producte (la pòlissa) que els assegura contra un risc que no afecta a tothom i, el que és més important, que es produirà al cap de molts anys. De l'altra, en la mesura que tampoc hi ha infor-

mació conclouent sobre els principals factors de risc, les persones reaccionen amb optimisme davant d'aquesta incertesa, i són poques les que perceben la dependència com un risc que les pugui afectar en el futur.

A més del que acabem de dir, el lent desenvolupament de les assegurances privades de dependència estaria motivat pel fet que moltes persones consideren, erròniament, que les assegurances sanitàries que ja posseeixen, públiques i privades,<sup>(14)</sup> les cobreixen contra les despeses que els pugui comportar haver d'utilitzar els diversos serveis destinats a individus dependents (residències, atenció domiciliària, etc.). Òbviament, aquestes persones, si creuen que estan cobertes contra el risc de dependència, no perceben la necessitat de completar el seu actual grau de cobertura adquirint una assegurança privada de dependència.<sup>(15)</sup>

Finalment, un tercer factor de demanda que hauria contribuït a l'escàs desenvolupament de les assegurances privades de dependència, seria el relatiu a l'escàs valor que per als individus hauria tingut un producte que, com hem dit, exigeix primes abundants i limita notablement el grau de cobertura ofert. Així, com a reflex indirecte d'aquesta situació, s'ha estimat que únicament entre un 10% i un 20% de la població gran tindria els recursos suficients per estar disposada a adquirir alguna de les pòlisses privades de dependència que actualment s'ofereixen en el mercat nord-americà (Scanlon, 1998).

En resum, la principal ensenyança que podem extreure de l'experiència nord-americana és que la creació d'un mercat d'assegurances privades de dependència és una alternativa que, per si sola, dona uns resultats modestos.

(14) Als EUA hi ha una assegurança pública universal, anomenada «Medicare», que cobreix l'assistència sanitària de tots els ciutadans més grans de 65 anys. Així mateix, amb caràcter voluntari, els individus contracten al llarg de la seva vida assegurances privades sanitàries que cobreixen una part del cost de l'assistència mèdica que puguin necessitar. En el cas de les persones menors de 65 anys, si falten els recursos econòmics necessaris per contractar una assegurança privada, l'Administració disposa d'un altre programa, denominat «Medicaid», que proporciona una certa cobertura. Això no obstant, ni Medicare ni les assegurances sanitàries tradicionals cobreixen les despeses derivades de la utilització dels serveis formals destinats a persones dependents. Aquest tipus de despeses, només són cobertes a través de Medicaid, encara que perquè això passi cal que prèviament l'individu dependent demostrï que no té els recursos econòmics necessaris (ingressos, propietats, etc.) per poder adquirir en el mercat l'assistència que requereix (generalment, una plaça en una residència).

(15) L'any 1993, segons assenyalen Wiener *et al.* (1994), ni més ni menys que el 51% de la població adulta nord-americana desconeixia que Medicare no cobria les despeses originades per la utilització de serveis formals destinats a persones grans dependents.

Per això, tornant al cas espanyol, si finalment el Ministeri d'Economia es decidís a estimular fiscalment un mercat privat d'assegurances de dependència, però es deixés que fossin els individus els que voluntàriament decidissin contractar les pòlisses, el més probable és que aquest mercat trigués anys a desenvolupar-se i, el que és més important, que els resultats que finalment s'obtinguessin fossin insuficients. En concret, igual que ha passat als EUA, tot apunta a què només un petit percentatge d'individus es decidiria a adquirir una pòlissa de dependència privada. És més, ja que previsiblement aquests individus pertanyerien als segments de població amb més capacitat econòmica, ¿tindria algun sentit subvencionar fiscalment les despeses fetes per aquest col·lectiu?

En definitiva, si del que es tracta és d'aconseguir que totes les famílies estiguin assegurades contra el risc que suposa haver de finançar l'assistència que necessita un individu quan té problemes de dependència, sembla que la creació d'un mercat d'assegurances voluntàries no és l'alternativa adequada.

### Creació d'una assegurança social de dependència

Val la pena començar aquesta secció definint amb precisió què s'entén per assegurança social de dependència en les pàgines següents. Així, perquè un determinat esquema de finançament d'atencions de llarga durada pogués dur el segell d'assegurança social de dependència, s'haurien de complir dues condicions bàsiques: d'una banda, totes les persones dependents podrien, arribat el moment, gaudir dels beneficis que l'esquema hagués establert prèviament i, de l'altra, tots els ciutadans estarien obligats a contribuir al seu finançament. Aquestes dues característiques, com expliquem a continuació, permetrien al nostre país afrontar el repte de l'atenció a les persones grans dependents d'una manera més efectiva que mitjançant l'actual model d'atencions de llarga durada.

En essència, igual que passa amb l'assistència sanitària, el principal motiu que es pot esgrimir per justificar l'existència d'una assegurança de caràcter universal en matèria d'atencions de llarga durada té un substrat moral: la societat, considerant que ningú hauria de quedar exclòs de la possi-

bilitat de rebre assistència en cas de ser dependent, decideix instrumentar un mecanisme que permeti a tothom accedir a la modalitat d'ajuda que sigui més adequada en cada cas. Per això, l'únic criteri que utilitzaria l'Administració per establir qui té dret als beneficis de l'assegurança seria el grau de dependència dels individus (ni el nivell d'ingressos, ni la situació familiar serien tinguts en consideració). D'aquesta manera, en contraposició amb la situació actual, una assegurança universal permetria als individus dependents, i per tant també a les seves famílies, no haver d'assumir la totalitat dels sacrificis que comporta cobrir les necessitats assistencials associades al fet de ser dependent.

Per la seva banda, l'obligatorietat de l'esquema, que constituiria l'altre tret diferencial d'una assegurança social de dependència, es justificaria en la mesura que permetria explotar els avantatges d'un enfocament assegurador, bàsicament la possibilitat de distribuir entre moltes persones el finançament dels efectes negatius que comporta el risc de dependència, i evitar els problemes de selecció adversa que hem vist que apareixien en un mercat d'assegurances privades voluntàries.

Això no obstant, com demostra l'experiència internacional, implementar una assegurança que reuneixi aquestes dues característiques admet moltes possibilitats. Així doncs, per ajudar a aclarir l'actual debat sobre el tipus d'assegurança social pel qual hauria d'optar Espanya, a continuació oferim una breu discussió sobre algunes de les possibles respostes que es poden oferir a les dues qüestions que ens semblen més importants en aquest sentit: ¿Quins haurien ser els beneficis inclosos? ¿Com s'hauria de finançar el sistema?

### **¿Quins haurien de ser els beneficis inclosos?**

Referent a això, bàsicament hi ha dues vies d'actuació possibles: adoptar un enfocament «en espècie» o «en metàl·lic». En el primer cas, que és l'alternativa que s'ha seguit al Japó i als països escandinaus, l'assegurança social dóna dret a convertir-se en «potencial» usuari d'algun dels serveis existents (atenció domiciliària, residències, centres de dia, etc.), ja que la decisió sobre quin és finalment el servei al qual es té accés està en mans d'un professional, anomenat «care manager», que utilitza com a criteri d'assignació les seves pròpies valoracions sobre les necessitats relatives dels

diferents individus. En el segon cas, que és l'opció que s'ha seguit a Alemanya, el beneficiari rep una transferència en metàl·lic («xec») la quantia de la qual varia segons el grau de dependència, i que haurà de ser utilitzada per pagar el cost del servei que l'individu triï o, si ho prefereix, per «remunerar» un cuidador informal.

En la nostra opinió, hi ha diverses raons per pensar que un sistema de xecs seria una alternativa preferible:

- Encara que s'opti per una assegurança universal de dependència, és evident que no es podrà satisfer completament la demanda d'utilització de serveis formals que tots i cada un dels individus dependents voldria fer. Així, sigui quina sigui la quantitat i la qualitat dels serveis oferts, sempre hi haurà individus que voldrien consumir més i/o millors serveis. Això no obstant, ja que inexorablement la quantia dels fons de què disposarà l'assegurança serà limitada, caldrà decidir en quin grau se satisfan les potencials demandes dels beneficiaris. En relació amb això, tot i que la societat és la que en última instància hauria de decidir-ho, creiem que l'enfocament que seria més coherent amb la idea d'establir una assegurança social, consistiria a definir un paquet bàsic de prestacions. És a dir, es tractaria d'establir explícitament quins són els límits que separen el que està inclòs en l'assegurança del que està exclòs. Així, per posar només un exemple referit al cas de les places residencials, es podria descartar la inclusió de tots aquells complements que no estiguessin directament relacionats amb les atencions que precisen les persones dependents. En un sentit més ampli, per tant, la justificació per a aquest tipus d'exclusions es derivaria del reconeixement que allò que l'assegurança pretén garantir a tothom és la possibilitat de continuar fent una sèrie d'activitats fonamentals (les activitats de la vida diària), però no la consecució d'unes condicions de vida més «confortables», menys solitàries, etc.

En aquest sentit, comparat amb les transferències en espècie, creiem que els «xecs» constituïrien un mecanisme que permetria abordar d'una manera més satisfactòria la necessària delimitació de prestacions que acabem de defensar, per un motiu bàsicament instrumental: en el cas dels xecs, la decisió sobre la quantitat i la qualitat dels serveis coberts, únicament exigeix als responsables de la gestió de l'assegurança determinar quina ha de ser la quantia dels xecs; en canvi, en el cas de les transferències en espècie,

per delimitar aquestes quantitats i qualitats, és necessari establir mecanismes de control que garanteixin una resposta uniforme per part dels proveïdors dels serveis. I aquests mecanismes, en principi, seran més costosos i difícils d'implementar que un sistema de xecs on l'única cosa que s'ha definir són les quanties.

- A més del que acabem de dir, un altre dels factors que caldrà tenir en compte a l'hora de dissenyar una assegurança social de dependència, independentment que s'opti per un sistema de xecs o de transferències en espècie, és el relatiu a la composició del dispositiu assistencial: és a dir, com que hi ha diversos tipus de serveis (atenció domiciliària, centres de dia, residències, etc.), una qüestió important serà determinar quins han de ser els ritmes d'expansió de cada un d'ells. En principi, des d'una perspectiva teòrica, l'ideal seria que les dues variables que intervinguessin en aquesta determinació fossin les necessitats dels individus i els costos relatius dels diferents serveis.

En relació amb això, quan s'opta per un esquema de transferències en espècie, els encarregats d'emetre senyals als proveïdors sobre quins són els serveis que més convé expandir provenen dels «care managers» que, recordem-ho, són equips de professionals que s'ocupen de decidir quin és el servei idoni per a cada individu. Però perquè aquest mecanisme produeixi un resultat adequat i l'oferta de serveis evolucioni d'acord amb les necessitats dels individus, els «care managers» hauran de ser capaços, d'una banda, de valorar amb exactitud aquestes necessitats i, de l'altra, d'evitar que acabin sent els proveïdors de serveis els que imposin la composició relativa de l'oferta d'acord amb els seus propis interessos. No obstant això, tots dos objectius són difícils d'aconseguir o, si més no, són més difícils d'aconseguir que mitjançant un esquema de xecs: d'una banda, en la mesura en què amb els xecs són els mateixos individus els que decideixen directament quin és el servei que més els convé, podem esperar que les seves demandes expressin adequadament les seves necessitats; d'altra banda, com que el nombre d'agents compradors (tots els beneficiaris) és molt elevat, és poc probable que els proveïdors de serveis tractin de desenvolupar una oferta de serveis al marge dels senyals emesos pels demandants.

- Si s'optés per una assegurança social de dependència, un altre dels objectius que s'hauria de perseguir-se seria el d'aconseguir que els fons de

què es disposés servissin per maximitzar la qualitat de l'assistència (bàsica) proporcionada als beneficiaris. Òbviament, per aconseguir aquest objectiu, caldria que el mecanisme que s'instrumentés per remunerar els proveïdors de serveis, tingués la virtut d'estimular comportaments eficients per la seva banda. En el cas dels xecs, hi ha dues raons per les quals es pot pensar que aquest «virtuosisme» es pot aconseguir fàcilment. D'una banda, com que la quantia dels xecs és fixa, els diferents proveïdors estan interessats a minimitzar els costos de dispensar el servei, ja que actuant d'aquesta manera aconseguixen augmentar els beneficis. De l'altra, ja que els beneficiaris poden triar lliurement el proveïdor al qual acudeixen, i canviar d'un a un altre si la qualitat del servei no és l'adequada, el sistema de xecs garanteix que la (desitjada) minimització de costos per part dels proveïdors no es produeixi mitjançant una (indesitjada) reducció de la qualitat que s'ofereix.<sup>(16)</sup> D'altra banda, quan s'opta per un sistema de transferències en espècie, és necessari l'establiment de contractes entre l'assegurança i els proveïdors que determini la manera com aquests últims seran remunerats pels serveis prestats. Això no obstant, si es pretén estimular un comportament realment eficient per part dels proveïdors, aquests contractes hauran d'anar acompanyats de mecanismes que permetin controlar la qualitat dels serveis oferts per tots i cada un dels diferents agents. I tant els contractes com els mecanismes de control, a diferència del que passa amb els xecs, poden comportar importants costos administratius.

- Un últim avantatge dels xecs és que permeten tractar el suport informal i els serveis formals d'una manera integrada. Efectivament, si s'opta com a Alemanya per un enfocament en el qual es permet que els individus decideixin quina combinació entre serveis formals i ajuda familiar prefereixen, els xecs constitueixen un mecanisme que proporciona suport econòmic a les famílies que volen consumir serveis formals, sense que això impliqui penalitzar aquelles altres que decideixen seguir proporcionant elles mateixes (totalment o parcialment) les atencions requerides per un dels seus membres. D'aquesta manera, l'assegurança, en utilitzar un mateix mecanisme (els xecs) per tractar tant un tipus de famílies com l'altre, ofereix una resposta

(16) En el cas de serveis destinats a persones dependents, a diferència del que passa, per exemple, amb els serveis sanitaris, la qualitat de l'assistència és una variable sobre la qual els usuaris poden pronunciar-se fàcilment. I és aquest fet, precisament, una de les principals raons per les quals, en el cas de les ALD, un sistema de xecs constitueix un mecanisme que pot ajudar a estimular un comportament eficient per part dels proveïdors de serveis.

exhaustiva, transparent i ben adaptada a les necessitats i a les preferències dels diferents subjectes.

### **¿Com es finança l'assegurança social?**

A més dels aspectes anteriors, relatius a la manera com es fan efectives les prestacions cobertes per l'assegurança, una altra qüestió igualment important és com s'aconseguiran els recursos econòmics necessaris per finançar aquestes prestacions. Novament, sobre això, l'experiència internacional assenyala l'existència de diversos enfocaments possibles.

En primer lloc, en el cas dels països escandinaus, el finançament de les prestacions cobertes per l'assegurança que, recordem-ho, es vehiculen mitjançant transferències en espècie, té una doble procedència. D'una banda, quan un individu es converteix en usuari d'algun dels serveis disponibles, està obligat a pagar de la seva pròpia butxaca un percentatge del cost del servei utilitzat. Un percentatge que, no obstant, varia segons el nivell d'ingressos de l'usuari. D'altra banda, l'Administració destina una part dels seus ingressos generals, que procedeixen de la recaptació generada pel conjunt d'impostos que paguen tots els ciutadans (tant si són usuaris com si no), a cobrir la diferència que òbviament hi ha entre el cost total dels serveis utilitzats i la quantia total de les aportacions fetes pels seus usuaris.

Un segon enfocament és l'utilitzat per Japó. En aquest país, encara que hi ha copagaments com en el cas anterior, no depenen del nivell d'ingressos dels individus, ja que tothom paga la mateixa quantitat de diners per utilitzar cada un els diferents serveis coberts (un 10% del seu cost). Així mateix, igual que als països escandinaus, la resta dels costos els cobreix l'Administració, però en aquest cas utilitzant (a parts iguals) els ingressos procedents de dues fonts diverses: els impostos generals i les contribucions a la Seguretat Social. En aquest últim cas, però, només contribueixen aquells treballadors en actiu de més de 40 anys, als quals s'aplica un percentatge de cotització del 0,9% sobre el salari, i els pensionistes, als quals es dedueix de la pensió aquest mateix percentatge.

A més dels dos enfocaments anteriors, hi ha una última alternativa possible, la seguida a Alemanya. En aquest país, no hi ha copagaments de cap tipus i, per aquest motiu, tots els fons de què disposa l'assegurança procedeixen de les contribucions que estan obligats a fer tant els treballadors en

actiu com els pensionistes. En el cas dels primers, les cotitzacions representen un 1,7% dels ingressos salarials mensuals, percentatge que satisfan a parts iguals treballadors i empresaris. D'altra banda, també els pensionistes estan obligats a destinar el mateix percentatge que els treballadors, encara que en aquest cas de la pensió, al finançament de l'assegurança social de dependència.

Així doncs, des d'una perspectiva general, sembla que l'existència o no de copagaments constitueix la principal diferència que separa els tres enfocaments que acabem de plantejar. Aquest fet, però, remet a una qüestió més general: en el cas d'una assegurança social de dependència, ¿quines implicacions té l'existència de copagaments sobre la manera en què aquesta assegurança ofereix cobertura davant del risc de dependència? En relació amb això, destacaríem les següents:

En primer lloc, si hi ha copagaments, aquests últims comporten el reconeixement que, a l'hora de decidir com es reparteixen els costos que comporta l'existència de l'assegurança, el benefici que n'extreuen els individus ha de ser tingut en compte parcialment. En concret, ja que els copagaments únicament els suporten les persones que utilitzen els serveis, la seva existència implica que els costos de l'assegurança es distribueixen asimètricament: en termes relatius, les aportacions del col·lectiu d'usuaris són més grans que les aportades per la resta de la població. Aquest plantejament, no obstant, no s'ha de considerar erroni; de fet, si s'ha de jutjar per com es financen actualment els serveis socials a Espanya, sembla que la nostra societat no rebutja obertament que el principi del benefici hagi de tenir algun paper. És més, si igual que als països escandinaus, s'optés per modular els copagaments d'acord amb els nivells de renda, no està gens clar que aquest enfocament generés un repartiment dels costos menys equitatiu que el que es derivaria d'un esquema d'assegurament en què els fons de l'assegurança provinguessin exclusivament d'aportacions fetes per tots els ciutadans. En última instància, i aquest és el punt important, el resultat final dependria de com s'instrumentessin a la pràctica els dos enfocaments.

Una segona implicació que es deriva de l'existència de copagaments, directament relacionada amb l'anterior, és que es tracta d'un mecanisme de finançament en el qual obertament es reconeix la necessitat de distribuir la

càrrega de les aportacions tenint en compte una certa dimensió generacional. Així, ja que els usuaris dels serveis seran individus que pertanyeran a les cohorts de més edat, si s'opta per la introducció de copagaments, és evident que la contribució que hauran de fer les generacions més joves al finançament de l'assegurança podrà ser menor. Per això, en la mesura en què la pobresa no constitueix un fenomen exclusiu de les persones grans i ja que en qualsevol cas els copagaments podrien ser modulats per la renda, no es pot descartar *a priori* que un mecanisme d'aquestes característiques no constitueixi, tenint en compte els seus potencials efectes positius sobre la distribució intergeneracional dels costos de l'assegurança, un enfocament preferible a les seves alternatives.

En qualsevol cas, per tot el que acabem de dir, si el nostre país es decidís finalment a desenvolupar una assegurança social de dependència, seria molt positiu tractar d'analitzar, d'una manera assossegada, les possibilitats que brinden els copagaments, ja que no deixen de ser una més de les diverses fonts d'ingressos que es poden utilitzar per finançar el paquet de prestacions ofert per l'assegurança. En aquest sentit, encara que Alemanya no hagi decidit transitar per aquesta via, s'ha d'afegir que un sistema de prestacions en metàl·lic (xecs) els avantatges del qual hem assenyalat a l'apartat anterior, resulta perfectament compatible amb la introducció de copagaments pel costat del finançament: senzillament, les quanties dels xecs no estarien únicament determinades pel grau de dependència dels beneficiaris, sinó que també serien diferents segons els nivells de renda de cada un d'ells.

No obstant això, encara que els copagaments poden ser una de les fonts de finançament de l'assegurança, és obvi que no poden ser l'única perquè, en aquest cas, deixaria de complir la seva funció «asseguradora». Així doncs, si el nostre país opta per crear una assegurança social de dependència, també haurà de decidir quines seran les fonts de recursos, a més dels possibles copagaments, que s'utilitzaran per finançar les prestacions ofertes. Referent a això, un possible curs d'acció seria el següent:

1) Eliminar les actuals deduccions de l'IRPF per persona gran a càrrec i destinar l'«excés» de recaptació que això generaria a alimentar de fons la nova assegurança social de dependència. El perquè d'aquesta mesura és fàcil d'entendre: la creació de l'assegurança social, en la mesura que ofe-

riria cobertura universal davant del risc de dependència, faria innecessària la continuïtat de les actuals desgravacions fiscals.

2) Augmentar lleugerament les cotitzacions socials i reduir la quantia de les actuals pensions, i destinar els recursos obtinguts mitjançant els dos procediments a finançar l'assegurança social de dependència. Pel que fa a l'augment de les cotitzacions, per evitar els possibles efectes negatius sobre la competitivitat del país que pogués generar la mesura, aquesta podria anar acompanyada d'una reducció pactada del nombre de dies festius. En el cas de les pensions, amb la intenció de mitigar efectes indesitjats sobre l'equitat, es podria optar per excloure de la reducció les no contributives.

3) Augmentar els tipus de gravamen de l'impost de successions i donacions. En aquest cas, un possible argument que permetria justificar aquesta mesura seria el següent. Està clar que una assegurança social de dependència pot ser interpretada com un mecanisme que proporciona seguretat a les persones grans: així, davant el risc que comporta la possibilitat de ser dependent, la creació d'una assegurança social ofereix a les persones grans la garantia que veuran cobertes les seves necessitats assistencials si, per desgràcia, aquest risc s'acaba materialitzant. Per aquest motiu, com a contrapartida a aquests beneficis potencials, sembla raonable exigir a les persones grans algun tipus de contribució per la seva banda (independentment que acabin o no beneficiant-se de les prestacions de l'assegurança). En aquest sentit, l'impost de successions i donacions és un mecanisme contributiu interessant: en comptes de fer les aportacions requerides en vida, aquestes es podrien diferir en el temps i ser satisfetes pels hereus. El principal atractiu d'aquest «ajornament» és que les aportacions podrien provenir de l'actiu més important que posseeixen les persones grans, els seus habitatges, el valor econòmic dels quals no es pot materialitzar en vida per la senzilla raó que estan sent utilitzats amb un altre propòsit (proporcionar allotjament). D'altra banda, quan es considera la perspectiva dels hereus, és evident que l'existència de l'assegurança també els proporciona beneficis: en concret, ja que els descendents de les persones grans són els que estan cridats en moltes ocasions a oferir una resposta quan apareixen els problemes de dependència, els serveis formals coberts per l'assegurança permeten a aquests descendents atenuar els costos en els quals haurien d'incórrer si aquesta cobertura no existís.

# Conclusions

## L'envelliment no és un problema

La dependència de les persones grans no és una catàstrofe ni un problema nou, sinó un resultat associat a un fet en principi valuós en si mateix: la longevitat de la població. Certament seria desitjable aconseguir una esperança de vida més elevada i lliure d'incapacitats, amb bona salut i una qualitat de vida exempta de dependències. Però això no sempre és possible, tot i que convé remarcar que les atencions de llarga durada no han d'associar-se de manera inequívoca a escala individual amb la supervivència. D'altra banda, com s'ha revelat en l'estudi anterior de l'anàlisi sobre la situació de les atencions de dependència a Espanya, aquestes no comporten un fenomen nou. Ja avui dia una mica més del 30% de les persones més grans de 65 anys estan rebent algun tipus d'ajuda al nostre país per poder portar a terme diverses activitats quotidianes. Així mateix, la immensa majoria d'aquestes persones, gairebé un 94%, continua vivint en la comunitat, ja sigui a casa mateix o a casa d'altres persones, mentre que el 6% restant ha estat ingressat en alguna residència pública (2,5%) o privada (3,5%).

En realitat, doncs, l'envelliment no és un problema sinó un repte per a la reorientació de la política social davant noves necessitats, cosa que sovint xoca amb interessos corporatius i amb un *status quo* que, sobretot en els casos en què els serveis es financen públicament, mostra una flexibilitat escassa al canvi.

## El balanç entre responsabilitat individual i social davant la necessitat d'atencions de llarga durada

L'envelliment planteja, doncs, nous reptes a la política social davant unes necessitats emergents, i això sí que pot ser un problema tenint en compte com la nostra societat és capaç d'afrontar les respostes requerides respectant el binomi bàsic entre responsabilitat individual i responsabilitat social en les autoatencions personals. Avui dia, el gruix de l'assistència que reben les persones grans dependents que no han estat institucionalitzades, igual que ha passat tradicionalment, el segueixen proporcionant cuidadors informals: així, en un 83% dels casos, la família constitueix l'única font d'ajuda utilitzada. A més de la família, hi ha dos agents més que intervenen en la provisió domiciliària d'atencions de llarga durada, encara que la seva importància relativa és molt menor. D'una banda, en el cas d'aquelles persones que no tenen suport familiar ni els suficients mitjans econòmics per adquirir privadament l'assistència requerida, l'Administració tracta de cobrir les seves necessitats mitjançant els denominats serveis d'ajuda a domicili. El nombre d'usuaris d'aquests serveis finançats públicament, però, a penes representa el 5% de totes les persones dependents no institucionalitzades. De l'altra, quan els recursos econòmics de la família ho permeten, algunes persones grans dependents (un 12% del total) opten per contractar privadament els serveis domiciliaris que puguin necessitar. En la combinació adequada de provisió asseguradora individual i col·lectiva i d'autoatenció individual o social, sota formes informals o formals, institucionalitzades o no, es troba el nucli rellevant de discussió sobre els continguts de la política social davant els reptes i les oportunitats que planteja l'envelliment.

No obstant això, l'equilibri d'aquest sistema d'atencions de llarga durada, basat fonamentalment en la notable capacitat de la família per procurar el gruix d'aquestes atencions, es pot veure substancialment alterat en el futur com a conseqüència de dos fenòmens importants: l'augment de l'envelliment demogràfic i els canvis de les estructures familiars.

## Grau d'envelliment i grau de dependència no són simètrics: educació i renda, entre altres factors, hi influeixen

L'envelliment de la població constitueix ja una realitat al nostre país i, com posen de manifest totes les projeccions demogràfiques, es tracta d'un procés que sens dubte s'accentuarà els anys vinents. No obstant això, aquest fet no ha de comportar necessàriament un augment simètric del nombre de persones grans dependents, ja que l'edat dels individus no és l'únic factor que determina l'aparició de problemes de dependència. Així, a més de l'edat, l'anàlisi de l'estudi precedent ha confirmat que, amb tota la resta constant, també l'estat de salut i el nivell educatiu es troben entre les variables que exerceixen una influència important sobre quines són les persones grans que acaben veient limitada la seva capacitat funcional. De fet, en un sentit més ampli, el que confirmen aquests resultats és que les trajectòries vitals de les persones (la seva alimentació, les condicions laborals, etc.) influeixen decisivament sobre la probabilitat que aquestes tenen que, un cop han arribat a vells, es trobin entre els desafortunats que han perdut la seva autonomia funcional. Per això, en la mesura que les condicions de vida prèvies a la vellesa de les noves cohorts d'ancians siguin millors que les dels seus predecessors, el percentatge de persones grans amb problemes de dependència pot ser inferior a l'actual. De fet, segons els càlculs fets en aquesta monografia i a l'espera de noves investigacions, aquest sembla que hagi estat el cas en el nostre país els últims anys. Un resultat que, d'altra banda, és coincident amb els obtinguts en altres estudis fets fora de les nostres fronteres.

No obstant això, tot i suposant que les taxes de prevalença dels problemes de dependència puguin ser menors que les actuals, les nostres previsions indiquen que el nombre total de persones grans dependents augmentarà, ja que aquestes reduccions de les taxes de dependència no seran prou grans per poder compensar l'efecte provocat per l'augment projectat sobre el nombre total de persones més grans de 65 anys. Així, en el cas que les taxes de prevalença disminuïssin a un ritme de l'1% anual, davant dels aproximadament 2 milions d'ancians dependents no institucionalitzats que hi ha avui dia al nostre país, passaríem a una xifra pròxima als dos milions dos-cents mil dependents d'aquí a 25 anys. Òbviament, si les taxes de prevalença no

experimentessin aquest comportament favorable i continuessin registrant els mateixos valors que fins ara, la situació es complicaria notablement: l'any 2026, prop de 3 milions de persones grans tindria problemes de dependència. Amb una variància d'entre un 10 i un 50% comprovem que les noves circumstàncies poden encara generar més d'una sorpresa.

## La (in)viabilitat futura de l'actual model familiar d'atencions

D'altra banda, a més de l'envelliment demogràfic, també les transformacions que s'estan produint en les estructures familiars constitueixen un factor que introdueix incertesa sobre la viabilitat futura del nostre actual model d'atencions de llarga durada. En aquest sentit, el principal canvi que s'acosta és el relatiu a la situació laboral de les futures cohorts de dones de mitjana edat. Així, a diferència de les actuals dones cuidadores, que majoritàriament van abandonar el mercat de treball quan van contreure matrimoni, les noves generacions de dones han protagonitzat una autèntica transició laboral: no tan sols tenen menys fills, sinó que quan els tenen, que és més tard, la majoria d'elles no abandona per aquest motiu el mercat de treball. Aquest canvi de comportament, l'origen del qual s'ha de buscar en els nivells educatius superiors de les noves generacions de dones, ha comportat la generalització d'un nou model de família, més reduït, en què són fonamentals les aportacions econòmiques dels dos membres de la parella. Per tot això, quan els anys vinents aquestes famílies es vegin obligades a atendre les necessitats assistencials d'algun ascendent dependent, és poc probable que els seus membres femenins puguin oferir una resposta tan intensa com la que actualment ofereixen les dones de mitjana edat, per la senzilla raó que les taxes femenines d'activitat del futur seran previsiblement molt superiors a les actuals: així, mentre que avui dia la taxa mitjana d'activitat de les dones d'entre 40 i 64 anys a penes arriba al 40%, l'any 2025 les previsions apunten una xifra pròxima al 72%. Així doncs, davant d'aquesta nova realitat, el més probable és que observem com els anys vinents les famílies comencen a demanar l'expansió dels serveis formals, conscients que són l'única via efectiva d'aconseguir compaginar l'activitat laboral i les atencions requerides pels ancians.

## Primeres respostes temptatives

Recentment, com a resposta davant d'aquests canvis en les estructures familiars que ja s'estan produint, el govern ha emprès dues iniciatives en relació amb això: d'una banda, s'ha promulgat la Llei 39/1999 per promoure la conciliació de la vida familiar i laboral de les persones treballadores; de l'altra, el nou IRPF ha introduït certes modificacions pel que fa a les desgravacions fiscals que poden aplicar-se els subjectes passius que tinguin familiars dependents al seu càrrec.

En el cas de la Llei 39/1999, com a resposta a la generalització d'un nou model de família en què tots dos membres de la parella treballen, s'ha optat per establir mecanismes legals (reduccions de jornada i excedències) que permeten als treballadors que s'ocupen d'un familiar dependent, continuar vinculats a la seva empresa mentre dura la seva feina de cuidador. Això no obstant, tant les reduccions de jornada com les excedències, en la mesura que van acompanyades de reduccions salarials, constitueixen dues fórmules en les quals el risc de dependència es continua cobrint íntegrament a través dels recursos econòmics de la família. D'altra banda, en el cas del nou IRPF, que ofereix la possibilitat d'augmentar el mínim exempt entre 300.000 i 600.000 pessetes a aquelles famílies que cuiden una persona gran dependent, apareixen dues limitacions que convé assenyalar. D'una banda, ja que la mesura únicament és aplicable si la persona gran dependent conviu amb la unitat familiar que tributa, queden excloses totes aquelles famílies en les quals les atencions informals es porten a terme sense que hi hagi coresidència. De l'altra, la quantia de les ajudes, pel fet d'estar referides a la base de l'impost, no tan sols tenen un abast monetari molt limitat, sinó que probablement s'acabaran distribuint d'una manera escassament progressiva.

## La despesa futura en atencions de llarga durada

Encara que és relativament senzill aventurar un possible reequilibri futur de forces entre la família, el sector privat i l'Administració, és més complicat intentar determinar la magnitud d'aquests canvis. En última instància, el resultat final dependrà de les decisions que prenguin la pluralitat d'agents implicats, des de la persona gran i els seus familiars fins a l'Admi-

nistració passant per les empreses proveïdores de serveis formals, i el grau d'incertesa sobre el comportament de cada un d'ells és considerablement elevat. Per això, el model de simulació que s'ha desenvolupat al capítol III d'aquest treball, més que pretendre endevinar el futur, s'ha d'entendre com un intent d'oferir un mètode que ajudi a calibrar l'impacte econòmic d'algunes de les vies d'evolució que el nostre sistema d'atencions de llarga durada pot prendre els pròxims anys. En aquest sentit, la principal novetat del model proposat és que s'hi consideren explícitament tots els factors que, al nostre parer, determinaran el cost futur d'aquestes atencions: l'evolució del nombre de persones grans dependents, la intensitat de la «crisi» del suport informal com a font preminent d'atencions i l'expansió dels graus d'oferta dels serveis formals, tant públics com privats (atenció domiciliària, centres de dia i residències). En tots els escenaris simulats, fins i tot en aquells en què el debilitament del suport informal és més limitat i l'evolució de les taxes de prevalença més favorable, l'expansió dels serveis formals públics i privats exigiria unes despeses molt superiors a les actuals. En concret, en funció de les hipòtesis considerades, les nostres projeccions apunten que la despesa total (pública i privada) en atencions de llarga durada per a l'any 2026 es podria situar entre el 0,8 i l'1,2% del PIB, davant de la xifra actual del 0,6%. Així doncs, tenint en compte aquests resultats, sembla obligat no posposar durant més temps un debat serè sobre com el nostre país aconseguirà els recursos necessaris per afrontar una demanda creixent d'atencions de llarga durada.

## El finançament de les atencions: les assegurances privades voluntàries

Referent a això, una de les mesures que actualment està estudiant el govern és la d'estimular fiscalment la contractació d'assegurances privades de dependència. Això no obstant, hi ha raons suficients per pensar que els efectes d'una mesura d'aquestes característiques seran molt limitats. Efectivament, si es decideix estimular un mercat privat d'assegurances de dependència però es deixa que siguin els individus els que voluntàriament decideixen contractar les pòlisses, el més probable és que aquest mercat trigui anys a desenvolupar-se i, el que és més important, que els resultats que finalment

s'obtinguin siguin insuficients. En aquest sentit, l'experiència nord-americana és reveladora: encara que fa més de 15 anys que hi ha assegurances privades de dependència en aquest país, les seves primes elevades i el caràcter restrictiu dels beneficis coberts, han provocat que només una petita minoria de persones grans (10%), pertanyents als estrats de major renda, s'hagi decidit a contractar alguna de les pòlisses existents. Per tot això, si aquests són els previsibles efectes d'un mercat voluntari d'assegurances de dependència, ¿pot ser suficient una estratègia basada exclusivament a subvencionar fiscalment aquest tipus de productes?

## L'assegurament obligatori: alternatives

Tenint en compte el que acabem de dir, no és estrany que en el debat sobre el finançament de l'atenció a la dependència, tant a fora com a dins del nostre país, sigui un lloc comú la idea que un esquema d'assegurament obligatori permetria oferir una resposta més efectiva a la creixent demanda d'aquestes atencions que previsiblement es produirà els anys vinents. Això no obstant, a l'hora de desenvolupar un esquema d'assegurament obligatori, ha de quedar clar que l'Administració compta amb diverses possibilitats.

D'una banda, com de fet passa amb altres tipus de riscos, el sector públic podria simplement obligar a tots els ciutadans a subscriure una pòlissa privada de dependència. Així mateix, si es considerés oportú atenuar les conseqüències negatives que aquesta mesura pogués tenir sobre els col·lectius més desfavorits econòmicament, l'Administració podria establir subsidis sobre les primes que han de pagar els individus, inversament proporcionals a la seva renda. A més d'aquests possibles subsidis, òbviament, el sector públic podria desenvolupar mecanismes reguladors que garantissin el bon funcionament del nou «mercat» (de competència regulada entre asseguradores, acreditant, considerant diverses condicions de solvència, etc.). De l'altra, davant l'alternativa anterior, en què les companyies privades serien les úniques encarregades de gestionar l'assegurament (obligatori), el sector públic també es podria decantar per assumir en exclusiva aquest paper (tal com actualment passa al nostre país amb l'assistència sanitària). Finalment, hi hauria la possibilitat d'optar per una solució «mixta», com de fet ha passat a

Alemanya, on els individus, tot i estar obligats a assegurar-se contra el risc de dependència, poden escollir entre dos tipus d'ofers: les companyies privades d'assegurances i els consorcis públics d'assegurament.

## Els detalls institucionals importen

En qualsevol cas, encara que l'Administració acabés optant per gestionar en exclusiva l'assegurament col·lectiu contra el risc de dependència, la instrumentació pràctica de la nova assegurança social exigiria oferir respostes a tres qüestions d'una importància decisiva: ¿han de ser les prestacions universals o selectives?; ¿s'han d'oferir «en espècie» o «en metàl·lic»?; ¿s'han de finançar amb primes col·lectives, amb primes individuals o amb copagaments?

1) A favor d'un finançament no basat exclusivament en la fiscalitat pública es pot argumentar el fet que els límits a allò que sigui necessitat, demanda o conveniència per a aquest tipus d'atencions es tornen bastant incerts, com passa normalment quan no es jutja tant l'efectivitat objectiva d'un procés com el valor subjectiu de l'atenció per al destinatari. Per això, l'abast del que sigui responsabilitat col·lectiva hauria de ser conegut per endavant per permetre la cobertura complementària desitjable per part de cada individu.

2) A favor d'una prestació en metàl·lic es pot referir tota la literatura de la virtualitat dels xecs per a lliure disposició –ja sigui de serveis formals o de suport informal–, i de quantia variable segons el grau de dependència i el nivell d'ingressos del beneficiari. Una correcta articulació d'aquests extrems en els detalls institucionals específics de la prestació de les atencions pot ajudar a la realització eficient i equitativa.

3) A favor d'un finançament solidari d'aquests xecs (per un nivell de dependència superior o una insuficiència de mitjans financers) es podria instrumentar la combinació de tres fonts diferents: en part procedents de la fiscalitat general, en part de les cotitzacions a la Seguretat Social dels treballadors en actiu i en part per la via de compensar variacions en les pensions.

4) A favor del «selectivisme» en la limitació de l'import d'aquestes prestacions com a dret ciutadà, el realisme que si en algun àmbit el «tot per a tots» és especialment buit i inequitatiu és en aquest. Davant de recursos limitats, i tenint en compte una restricció pressupostària (la que sigui elegida políticament), orientar els recursos als més necessitats i tutelar-ne de manera efectiva les consecucions sembla una política més bona que una aplicació indiscriminada dels recursos existents, de control i seguiment difícils.

En general, tot això aboca cap a una estratègia basada inevitablement en la prova de mitjans, amb tota la problemàtica associada (l'anàlisi de la qual hauria de ser objecte d'una investigació que supera la presentada aquí), intentant evitar l'estigmatització que sovint acompanya el «selectivisme»: d'aquí ve la importància d'una xarxa única i no dual d'assistència i d'aconseguir instrumentar un «xec» amb finançament en tot o en part públic, que distingeixi l'usuari pel que fa al sistema de finançament més que no pas la manera de prestació dels serveis d'atencions de llarga durada.

# Annexos

## Capítol I

### 1) Factors associats al fet de ser dependent: anàlisi de regressió logística

Per intentar determinar quins factors estan associats al fet de ser dependent utilitzant la informació continguda a l'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores» (CIS, 1998) s'ha fet una anàlisi de regressió logística que consta de tres etapes. En la primera, s'estima un model que únicament incorpora com a variables explicatives el sexe i l'edat. Després d'això, en la segona etapa, s'estima un nou model en el qual a més del sexe i l'edat, apareixen altres variables socioeconòmiques potencialment associades al fet de ser dependent, com són el nivell d'ingressos o l'estat civil. Finalment, en la tercera etapa, s'estima un nou model que afegeix diverses variables relacionades amb l'estat de salut, objectiu i subjectiu, als factors considerats en les dues etapes anteriors. Aquest procediment seqüencial respon a un sol motiu: tractar de capturar en quina mesura la influència de les diverses variables té lloc d'una manera directa o, al contrari, aquesta es produeix indirectament a través d'altres variables. Els resultats de les successives estimacions apareixen al quadre A.1.

El model 1 constitueix el punt de partida natural per intentar caracteritzar els factors associats al fet de ser dependent, ja que incorpora únicament aquelles dues variables sobre les quals és més fàcil obtenir informació: l'edat i el sexe. Novament, els resultats d'aquesta primera estimació no fan

altra cosa que confirmar el que ja sabem: és a dir, que la probabilitat de ser dependent és molt més gran en la cohort de més edat (85 o més) que en la resta. Així mateix, com es pot observar al quadre, el fet de ser dona constitueix un factor que, independentment de l'efecte de l'edat, també augmenta la probabilitat de ser dependent.

No obstant això, com posen de manifest els resultats del model 2, l'efecte directe del sexe sobre la probabilitat de ser dependent desapareix quan s'amplia el conjunt de variables explicatives. En concret, quan s'introdueixen en el model el nivell d'estudis i l'estat civil, es comprova que són l'analfabetisme i la viudetat els factors realment associats a la dependència. Per això, en la mesura que totes dues situacions apareixen relativament més en les dones, no ens ha de sorprendre el resultat obtingut en el model anterior. Pel que fa als coeficients de la resta de variables, destaca en primer lloc la falta de significativitat dels ingressos, que pot ser deguda a la presència d'altres variables que potser capturen més bé l'efecte de la falta de recursos (nivell educatiu, soledat, etc.). Els dos factors que queden, la dimensió del municipi de residència i la forma de convivència, mereixen un comentari a part.

Pel que fa al primer, creiem que la menor probabilitat de dependència que presenten els subjectes que no viuen en grans àrees urbanes pot ser deguda a dos motius: d'una banda, potser la llista d'activitats que contempla l'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores» introdueix un biaix en la mesura que algunes d'elles només es fan en zones urbanes (i.e. transport públic); de l'altra, l'oferta de places residencials pot ser que estigui menys restringida en el cas de les zones no urbanes, de tal manera que els individus dependents no institucionalitzats serien relativament més nombrosos a les grans ciutats. Totes dues possibilitats, però, no són més que hipòtesis explicatives i, com a tals, s'haurà d'abordar la seva anàlisi en el futur. De l'altra, en el cas de la forma de convivència, el problema que apareix és de causalitat inversa; és a dir, el fet de viure a casa dels fills no provoca una major probabilitat de ser dependent, sinó que són les persones dependents les que en més mesura tendeixen a anar-se'n a viure amb els seus fills (perquè aquests són els que les ajuden).

Finalment, quan s'introdueixen diverses variables relacionades amb l'estat de salut, que és el que es fa en el model 3, els diferents efectes detectats en les dues estimacions anteriors acaben d'aclarir-se. Així, malgrat la

## FACTORS ASSOCIATS AMB EL FET DE SER DEPENDENT: REGRESSIONS LOGÍSTIQUES

Variables explicatives	Model 1				B
	B	Wald	Sig	Odds	
<i>Grup d'edat</i>					
65-69	<b>-4,0</b>	225,5	0,00	0,01	<b>-3,5</b>
70-74	<b>-3,2</b>	183,3	0,00	0,03	<b>-2,8</b>
75-79	<b>-2,2</b>	115,3	0,00	0,10	<b>-1,8</b>
80-84	<b>-1,5</b>	64,8	0,00	0,20	<b>-1,3</b>
85 o més <sup>(1)</sup>					
<i>Sexe</i>					
Home	<b>-0,6</b>	16,5	0,00	0,54	0,19
Dona <sup>(1)</sup>					
<i>Estudis</i>					
Analfabet					<b>1,55</b>
Llegir i escriure					0,79
Estudis primaris					0,33
Estudis secundaris o superiors <sup>(1)</sup>					
<i>Ingressos<sup>(2)</sup></i>					
N.C.					0,05
< 38					0,53
38-50					0,97
50-65					0,3
65-80					0,32
80-95					0,37
95-110					0,43
110-150					-0,7
> 150 <sup>(1)</sup>					
<i>Estat civil</i>					
Solter/a					0,06
Casat/da					<b>-0,5</b>
Viudo/a <sup>(1)</sup>					
<i>Dimensió municipi</i>					
Rural					<b>-0,8</b>
Semiurbà					<b>-0,8</b>
Urbà <sup>(1)</sup>					

Model 2			Model 3			
Wald	Sig	Odds	B	Wald	Sig	Odds
140,6	0,00	0,02	<b>-3,4</b>	94,0	0,00	0,03
111,3	0,00	0,05	<b>-3,0</b>	78,6	0,00	0,04
60,4	0,00	0,15	<b>-1,9</b>	42,8	0,00	0,13
34,6	0,00	0,26	<b>-1,3</b>	24,2	0,00	0,24
0,78	0,38	1,21	-0,1	0,09	0,75	0,91
10,4	0,00	4,73	<b>1,17</b>	4,05		3,23
3,3	0,06	2,21	0,73	1,90		2,09
0,6	0,43	1,39	0,25	0,23		1,28
0,01	0,91	1,05	-0,1	0,03	0,86	0,89
0,72	0,39	1,70	-0,1	0,01	0,92	0,92
3,35	0,06	2,64	0,7	1,47	0,22	2,22
0,37	0,53	1,35	0,02	0,01	0,96	1,02
0,40	0,52	1,38	0,13	0,04	0,83	1,14
0,49	0,48	1,45	0,17	0,07	0,78	1,19
0,71	0,39	1,54	0,47	0,55	0,45	1,60
1,35	0,24	0,48	-1,3	2,81	0,10	0,26
0,04	0,82	1,06	0,05	0,01	0,88	1,05
5,91	0,01	<b>0,59</b>	-0,5	3,76	0,06	0,60
20,4	0,00	0,42	<b>-0,9</b>	16,06	0,00	0,39
17,4	0,00	0,43	<b>-1,0</b>	18,73	0,00	0,35

## FACTORS ASSOCIATS AMB EL FET DE SER DEPENDENT: REGRESSIONS LOGÍSTIQUES

Variables explicatives	Model 1				B
	B	Wald	Sig	Odds	
<i>Convivència</i>					
Sol/a					<b>-1,2</b>
A casa de fills/es					<b>1,14</b>
Acompanyat/a <sup>(3)</sup> (1)					
<i>Autopercepció ES</i>					
C.O. <sup>(4)</sup>					
Molt bona					
Bona					
Regular					
Dolenta					
Molt dolenta <sup>(1)</sup>					
<i>Nombre de malalties cròniques</i>					
<i>Malalties mentals</i>					
No					
Si <sup>(1)</sup>					
<i>Constant</i>	0,9	35,1	0,00		0,51
<b>Nre. obs.</b>		1.841			
<b>R<sup>2</sup> (Nagelkerke)</b>		0,352			

Nota: (1) Categoria de referència. (2) Pessetes mensuals. (3) A la seva pròpia casa. (4) Contesta una altra persona.

introducció d'aquestes noves variables, l'edat continua conservant una influència directa sobre la probabilitat de ser dependent. En certa manera, per tant, aquest resultat confirma com efectivament el procés de senescència es converteix en un dels factors desencadenants de la dependència. Així mateix, confirmant un altre dels aspectes que mencionàvem a la secció teòrica, es constata també la importància del deteriorament de l'estat de salut com a variable clau en l'aparició de problemes per fer autònomament diferents activitats quotidianes. Així doncs, si s'ha de jutjar per aquest resultat, es pot afirmar que les persones dependents constitueixen un col·lectiu del qual es pot esperar una utilització intensiva dels serveis sanitaris, aspecte directament relacionat amb la qüestió de l'«espai socio sanitari» que tornarem a tractar àmpliament al capítol següent.

Model 2			Model 3			
Wald	Sig	Odds	B	Wald	Sig	Odds
27,5	0,00	0,28	<b>-0,8</b>	9,18	0,002	0,41
20,3	0,00	3,14	<b>0,88</b>	7,35	0,006	2,42
			0,73	2,43	0,11	2,09
			<b>-3,1</b>	19,55	0,00	0,04
			<b>-2,6</b>	33,76	0,00	0,06
			<b>-2,4</b>	34,08	0,00	0,09
			<b>-1,0</b>	5,94		0,36
			<b>0,28</b>	25,47	0,00	1,33
			<b>-1,2</b>		0,00	0,27
0,76	0,38		2,95	9,23	0,002	
	1,841				1,841	
	0,467				0,645	

A més de per a ajudar-nos a advertir-ne la importància, la incorporació d'aquestes variables d'estat de salut al model ens permet matisar l'efecte d'algunes de les anteriors variables. Començant amb l'estat civil, es pot observar com la viudetat perd la significativitat, i això ens indica que tot l'efecte que advertíem en aquesta variable no era sinó el reflex de la pitjor salut que presenten les persones que enviuden. Al contrari, en el cas de l'analfabetisme, es constata que aquest factor continua tenint un efecte directe, no mitjançant la salut, sobre la probabilitat de ser dependent. Novament, el perquè es produeixen aquestes associacions és una qüestió que no podem contestar amb la informació de què disposem.

## Capítol II

### 1) Factors determinants de la utilització d'atenció domiciliària pública i privada

A partir de les dades contingudes a l'«Encuesta sobre la soledad en las personas mayores» (CIS, 1998) hem intentat estimar un model estadístic que permeti aclarir quins són els factors determinants de la utilització de serveis formals domiciliaris en el cas del nostre país. El model en qüestió és, des d'una perspectiva metodològica, una extensió del model de regressió logística que hem utilitzat al capítol I per analitzar les variables que influïen sobre el fet de ser dependent. Aquest nou model, que rep el nom de logit multinomial, és una extensió de l'altre en la mesura que ara la variable el comportament de la qual volem analitzar té tres possibles valors. Efectivament, si aleshores la variable objecte d'estudi només adoptava dos possibles valors (ser dependent o no ser-ho), ara l'elecció del tipus d'ajuda que rep el subjecte admet tres possibilitats: suport informal, atenció domiciliària privada o atenció domiciliària pública. En aquest context, un model logit multinomial és l'opció metodològicament més adequada, ja que ens permet discutir com influeixen diferents variables socioeconòmiques sobre la modalitat d'ajuda que trien els individus en cada cas.

A l'hora de decidir quines variables socioeconòmiques havien de ser incloses en el model, hem optat per utilitzar totes aquelles que *a priori* creïem que podien tenir algun efecte sobre l'elecció que fan els subjectes entre les diferents fonts d'ajuda. De fet, seguint l'enfocament utilitzat als estudis previs mencionats anteriorment, s'han considerat cinc tipus de variables: 1) demogràfiques (edat i sexe), 2) disponibilitat potencial de suport informal (règim convivencial i existència de descendència; 3) recursos socioeconòmics (ingressos mensuals i nivell d'estudis), 4) grau de l'ajuda requerida (grau de dependència), i 5) oferta disponible de serveis formals (dimensió del municipi de residència).<sup>(1)</sup>

(1) Aquesta última variable, però, necessita un comentari adicional, ja que el perquè de la inclusió no és evident. Idealment, del que es tractaria és de tenir informació sobre quin és el grau d'oferta de serveis formals existent en l'àrea geogràfica en la qual viu l'individu, ja que evidentment una oferta menor disponible es traduirà en una menor utilització dels serveis formals. Per exemple, l'única variable que incorpora l'ESPM és la relativa a la dimensió del municipi de l'entrevistat. Per això, si partim de la hipòtesi que potser hi havia diferències entre les àrees rurals i urbanes pel que fa a la disponibilitat de serveis formals, és oportú introduir la variable «dimensió municipal» en la nostra anàlisi.

Després d'estimar el model logit multinomial, els resultats que hem obtingut són els que apareixen al quadre A.2. No obstant això, convé fer alguns comentaris sobre la manera com s'han d'interpretar. En primer lloc, com es pot apreciar a la taula, únicament apareix informació sobre la influència de les diferents variables considerades (edat, sexe, ingressos, etc.) sobre les dues modalitats d'ajuda, que són l'atenció domiciliària pública i privada. Això és així perquè l'altra modalitat de suport, el suport informal, actua com a categoria de referència de totes dues. És a dir: si, per exemple, el fet de ser home té un signe negatiu en el cas de l'atenció domiciliària privada, això vol dir que la probabilitat de fer servir aquesta modalitat d'ajuda (en lloc de suport informal) és menor entre els homes que entre les dones. En segon lloc, igual que passa en un model logit binari (com el del capítol I), en un model logit multinomial els coeficients poden ser interpretats només en termes qualitatius, és a dir, ens indiquen si una determinada variable té un efecte positiu o negatiu, però no ens diuen quina és la magnitud d'aquest efecte. No obstant això, tot i el que acabem de dir, sí que hi ha la possibilitat de valorar quantitativament l'efecte de les diferents variables fins a cert punt. Les ràtios d'Odds, que també apareixen a la taula, són les que permeten aquesta possibilitat. Així, si la ràtio d'Odds de tenir un grau de dependència lleu és de 0,25 en el cas de l'atenció domiciliària pública, això vol dir el següent: comparat amb la probabilitat relativa (sigui quina sigui) que un dependent sever utilitzi l'atenció domiciliària pública en lloc de suport informal, aquesta mateixa probabilitat relativa és en el cas d'un dependent lleu una quarta part d'aquella.

## MODALITATS D'AJUDA DOMICILIÀRIA. 1998: LOGIT MULTINOMIAL

	Coefficient	E. E.	Significativitat (P > z)	Ràtio Odds
<b>Atenció domiciliària privada</b>				
<i>Grup d'edat</i>				
65-69	-0,31	0,30	0,45	0,73
70-74	-0,09	0,35	0,81	0,91
75-79	-0,06	0,33	0,87	0,95
80-84	-0,17	0,27	0,60	0,85
> 85 <sup>(*)</sup>				
<i>Sexe</i>				
Home	-1,01	0,11	0,00	0,36
Dona <sup>(*)</sup>				
<i>Règim convivencial</i>				
Sol	1,41	1,05	0,00	4,10
<i>Acompanyat<sup>(*)</sup></i>				
<i>Fills/es</i>				
Sí	-0,60	0,15	0,02	0,55
No <sup>(*)</sup>				
<i>Nivell d'ingressos (ptes./mes)</i>				
N.C.	-0,02	0,33	0,95	0,98
< 50.000	-0,77	0,18	0,05	0,46
50.000-80.000	-0,78	0,15	0,02	0,46
> 80.000 <sup>(*)</sup>				
<i>Nivell d'estudis</i>				
Analfabet	-2,66	0,04	0,00	0,07
Llegir i escriure	-1,55	0,09	0,00	0,21
Estudis primaris	-1,22	0,12	0,00	0,29
<i>Estudis secundaris o superiors<sup>(*)</sup></i>				
<i>Grau de dependència</i>				
Lleu	-0,66	0,23	0,14	0,52
Moderada	-0,67	0,24	0,16	0,51
<i>Severa<sup>(*)</sup></i>				
<i>Dimensió municipi</i>				
Rural	-0,46	0,19	0,12	0,63
Semiurbà	-0,18	0,23	0,52	0,84
Urbà <sup>(*)</sup>				
Cons.	1,18	0,63	0,01	

**MODALITATS D'AJUDA DOMICILIÀRIA. 1998: LOGIT MULTINOMIAL**

	Coeficient	E. E.	Significativitat (P > z)	Ràtio Odds
<b>Atenció domiciliària pública</b>				
<i>Grup d'edat</i>				
65-69	0,21	0,84	0,75	1,23
70-74	1,24	1,86	0,02	3,46
75-79	0,99	1,37	0,05	2,67
80-84	0,10	0,57	0,84	1,10
> 85 <sup>(*)</sup>				
<i>Sexe</i>				
Home	-0,27	0,33	0,54	0,77
Dona <sup>(*)</sup>				
<i>Règim convivencial</i>				
Sol	1,94	2,61	0,00	6,90
<i>Acompanyat <sup>(*)</sup></i>				
<i>Fills/es</i>				
Sí	-0,67	0,20	0,09	0,51
No <sup>(*)</sup>				
<i>Nivell d'ingressos (ptes./mes)</i>				
N.C.	-1,33	0,22	0,11	0,26
< 50.000	-0,40	0,39	0,49	0,67
50.000-80.000	-0,06	0,45	0,90	0,94
> 80.000 <sup>(*)</sup>				
<i>Nivell d'estudis<sup>(**)</sup></i>				
<i>Grau de dependència</i>				
Lleu	-1,49	0,16	0,03	0,24
Moderada	-0,39	0,44	0,55	0,68
Severa <sup>(*)</sup>				
<i>Dimensió municipi</i>				
Rural	-0,40	0,27	0,32	0,67
Semiurbà	-0,88	0,19	0,07	0,41
Urbà <sup>(*)</sup>				
Cons.	-2,20	0,92	0,00	
<b>Suport informal<sup>(*)</sup></b>				

(\*) Categoria de referència.

(\*\*) No estimable (poques observacions).

Nre. d'observacions: 787.

R<sup>2</sup> (Nagelkerke): 0.164.

## 2) Factors determinants del coneixement de l'oferta pública d'ALD

Novament hem plantejat un model logit idèntic al que hem utilitzat al capítol I per analitzar quines variables determinaven el fet de ser o no ser dependent. De fet, aquesta vegada hem estimat tres models logit diferents, un per cada un dels tres serveis públics sobre els quals tenim informació. Els resultats obtinguts es reprodueixen al quadre A.3.

Quadre A.3

### CONEXIEMENT DELS SERVEIS PÚBLICS: MODELS LOGIT

	Atenció domiciliària			Centres de dia			Estades temporals		
	Coef.	Signific. (P > z)	Odds	Coef.	Signific. (P > z)	Odds	Coef.	Signific. (P > z)	Odds
<i>Grup d'edat</i>									
65-69	0,29	<b>0,02</b>	1,34	0,34	<b>0,00</b>	1,41	0,31	<b>0,00</b>	1,36
70-74	0,39	<b>0,00</b>	1,47	0,31	<b>0,00</b>	1,36	0,34	<b>0,00</b>	1,41
75-79	0,19	0,15	1,21	0,16	0,19	1,17	0,16	0,22	1,17
80-84	0,07	0,18	1,07	0,19	0,14	1,21	0,25	0,08	1,29
> 85 <sup>(*)</sup>									
<i>Sexe</i>									
Home	-0,19	<b>0,00</b>	0,82	0,12	<b>0,02</b>	0,69	0,18	<b>0,00</b>	1,20
Dona <sup>(*)</sup>									
<i>Règim convivencial</i>									
Sol	0,06	0,48	1,07	0,22	0,06	1,24	0,06	0,44	1,06
Acompanyat <sup>(*)</sup>									
<i>Fills/es</i>									
Sí	0,05	0,51	1,05	0,05	0,45	1,05	0,13	0,07	1,14
No <sup>(*)</sup>									
<i>Nivell d'ingressos (ptes./mes)</i>									
N.C.	0,01	0,84	1,01	-0,12	0,11	0,88	-0,06	0,46	0,94
< 50.000	0,13	0,25	1,14	-0,39	<b>0,00</b>	0,67	-0,22	0,07	0,80
50.000-80.000	0,45	<b>0,00</b>	1,57	-0,12	0,06	0,88	-0,10	0,14	0,90
> 80.000 <sup>(*)</sup>									
<i>Nivell d'estudis</i>									
Analfabet	-1,44	<b>0,00</b>	0,23	-0,58	<b>0,00</b>	0,55	-0,73	<b>0,00</b>	0,47
Llegir i escriure	-0,99	<b>0,00</b>	0,37	-0,36	<b>0,00</b>	0,68	-0,53	<b>0,00</b>	0,58
Est. primaris	-0,52	<b>0,00</b>	0,58	-0,01	<b>0,00</b>	0,99	-0,24	<b>0,00</b>	0,77
Est. secundaris o superiors <sup>(*)</sup>									

## CONEXIEMENT DELS SERVEIS PÚBLICS: MODELS LOGIT

	Atenció domiciliària			Centres de dia			Estades temporals		
	Coef.	Signific. (P > z)	Odds	Coef.	Signific. (P > z)	Odds	Coef.	Signific. (P > z)	Odds
<i>Grau de dependència</i>									
Lleu	-0,17	0,06	0,83	-0,10	0,12	0,89	-0,26	0,06	0,76
Moderada	-0,5	0,07	0,6	-0,60	0,07	0,54	-0,6	0,07	0,54
Severa	0,64	<b>0,04</b>	1,9	0,76	<b>0,00</b>	2,14	0,62	<b>0,03</b>	1,85
<i>Independent<sup>*)</sup></i>									
<i>Dimensió municipi</i>									
Rural	-0,47	<b>0,00</b>	0,62	-0,63	<b>0,00</b>	0,53	-0,42	<b>0,00</b>	0,65
Semiurbà	-0,38	<b>0,00</b>	0,68	-0,19	<b>0,00</b>	0,82	0,01	0,93	1,00
Urbà*									
Cons.	1,95	0,00		0,10	0,00		-0,38	0,03	
Nre. d'observacions		2.188			2.176			2.170	
R <sup>2</sup> (Nagelkerke)		0,07			0,08			0,06	

### 3) La decisió d'abandonar el mercat de treball entre les dones cuidadores: model logit

Utilitzant la informació continguda a l'EAI-2, hem plantejat un model estadístic que permet analitzar com han reaccionat aquelles dones que treballaven davant la responsabilitat d'haver de cuidar una persona gran dependent. En concret, la variable de la qual volem explicar el comportament té dues categories possibles: continuar treballant o abandonar el mercat de treball. Pel que fa a les variables explicatives, hem considerat diferents factors que, *a priori*, poden influir en la decisió anterior.

En aquest sentit, un primer element que sens dubte s'ha de tenir en compte és el relatiu al salari que cobren les dones que componen la mostra. Encara que aquesta dada no aparegui a l'enquesta, sí que tenim informació sobre el nivell d'estudis de les entrevistades. Així, com que la relació positiva entre ingressos salarials i nivell d'estudis està àmpliament documentada, ens hem decidit a incloure el nivell d'estudis com a «proxy» dels ingressos salarials. En segon lloc, el grau de dependència de la persona gran a la qual

s'ha de cuidar és, òbviament, un altre factor que les dones consideraran quan decideixin si continuen treballant o no. En aquest cas, per reflectir el grau de dependència de la persona gran, hem inclòs com a variable explicativa el nombre d'AVD en què necessita ajuda.

En tercer lloc, a més del grau de dependència, hem considerat altres característiques de la persona gran que, *a priori*, també poden exercir certa influència sobre la decisió laboral de la dona encarregada de proporcionar-li les atencions: els ingressos i l'estat civil. En el primer cas, ens hem decidit a incloure aquesta variable perquè, com ja hem assenyalat, hi ha proves que les persones grans amb més ingressos tenen més probabilitat d'adquirir atenció domiciliària privada. Si això és així, sembla raonable pensar que, possiblement, les dones siguin menys proclius a abandonar la seva feina si la persona gran a la qual han de cuidar pot complementar el suport que aquestes li donen adquirint privadament atenció domiciliària. Pel que fa a l'estat civil, la raó de la inclusió respon a un motiu semblant: ja que les persones dependents casades poden comptar amb el suport del cònjuge, sembla raonable pensar que hi haurà menys dones que optin per abandonar la seva feina si la persona a la qual han d'ajudar no és viuda.

Finalment, ja que és evident que la decisió que acaba prenent la dona dependrà també de com sigui la casa on viu, ens hem decidit a incloure aquestes dues variables: 1) el seu estat civil, i 2) si hi ha fills que conviuen amb ella o no. En tots dos casos, però, el motiu de la inclusió és el mateix: potser en el cas de les dones casades i/o amb fills a casa, les decisions sobre si continuar treballant o no són diferents que en el cas de les dones solteres i/o sense fills a casa. Els resultats obtinguts es reproduïxen al quadre A.4.

## LA DECISIÓ D'ABANDONAR EL MERCAT DE TREBALL: MODEL LOGIT

	Coeficient	Significativitat (P > z)	Ràtio Odds
<b>Característiques de la persona gran</b>			
<i>Nivell d'ingressos (ptes./mes)</i>			
< 50.000 <sup>(*)</sup>			
> 50.000	0,05	0,87	1,06
N.C.	-0,30	0,65	0,74
<i>Estat civil</i>			
Viudo/a	-0,43	0,25	0,64
<i>Casat/da<sup>(*)</sup></i>			
<i>Grau de dependència</i>			
Nombre d'AVD	0,19	<b>0,00</b>	1,23
<b>Característiques de la dona</b>			
<i>Fills/es</i>			
Sí	0,02	0,84	1,02
No <sup>(*)</sup>			
<i>Nivell d'estudis</i>			
Sense estudis	2,94	<b>0,00</b>	3,12
Estudis primaris	1,96	<b>0,00</b>	2,23
Estudis secundaris	1,15	<b>0,00</b>	1,45
<i>Estat civil</i>			
Casada	-0,36	0,32	0,69
<i>No casada<sup>(*)</sup></i>			
Cons.	4,14	0,00	

(\*) Categoria de referència.

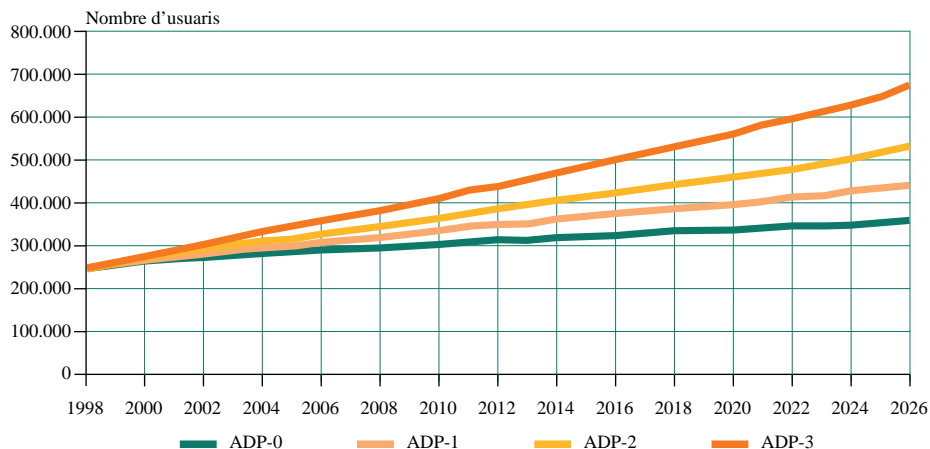
Nre. d'observacions: 254.

R<sup>2</sup> (Nagelkerke): 0.288.

## Capítol III

Gràfic A.1

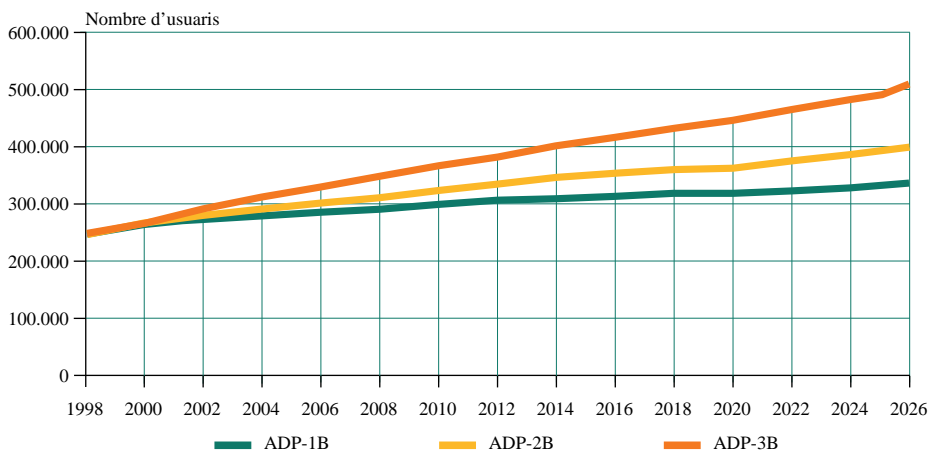
### USUARIS DE L'ADP EN EL SUPÒSIT QUE LES TAXES DE PREVALENCÇA ES MANTINGUIN CONSTANTS. 1999-2026



Font: Elaboració pròpia.

Gràfic A.2

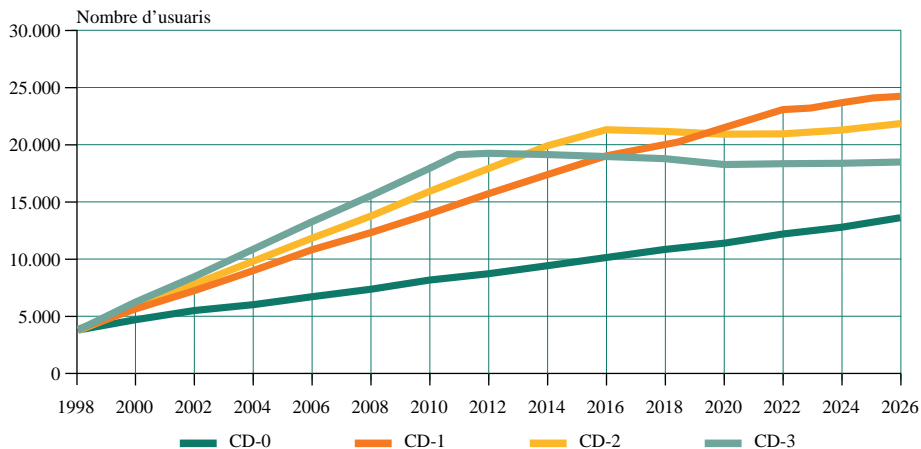
### USUARIS DE L'ADP EN EL SUPÒSIT QUE LES TAXES DE PREVALENCÇA DISMINUEIXIN UN 1% ANUAL. 1999-2026



Font: Elaboració pròpia.

Gràfic A.3

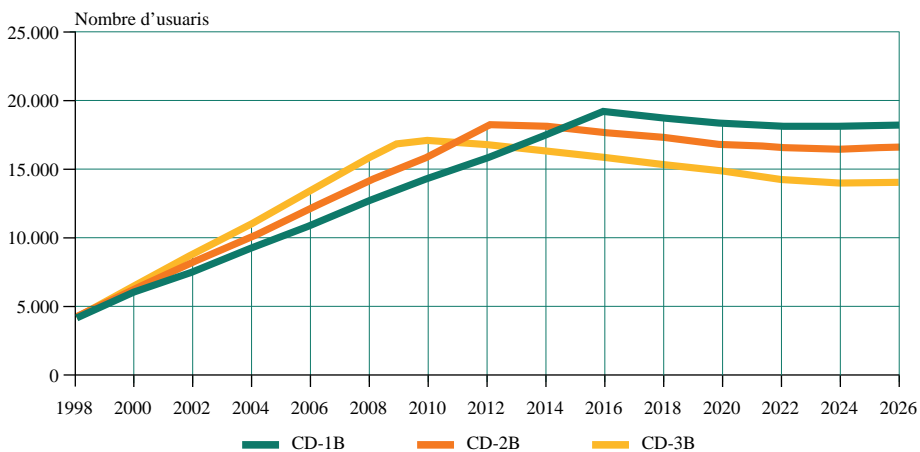
### USUARIS DE PLACES DE CENTRES PÚBLICS DE DIA EN EL SUPÒSIT QUE LES TAXES DE PREVALENÇA ES MANTINGUIN CONSTANTS. 1999-2026



Font: Elaboració pròpia.

Gràfic A.4

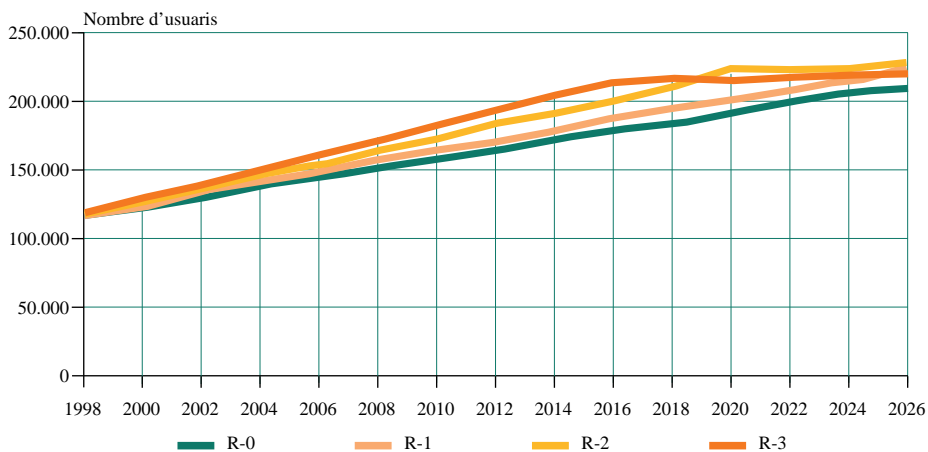
### USUARIS DE PLACES EN CENTRES PÚBLICS DE DIA EN EL SUPÒSIT QUE LES TAXES DE PREVALENÇA DISMINUEIXIN UN 1% ANUAL. 1999-2026



Font: Elaboració pròpia.

Gràfic A.5

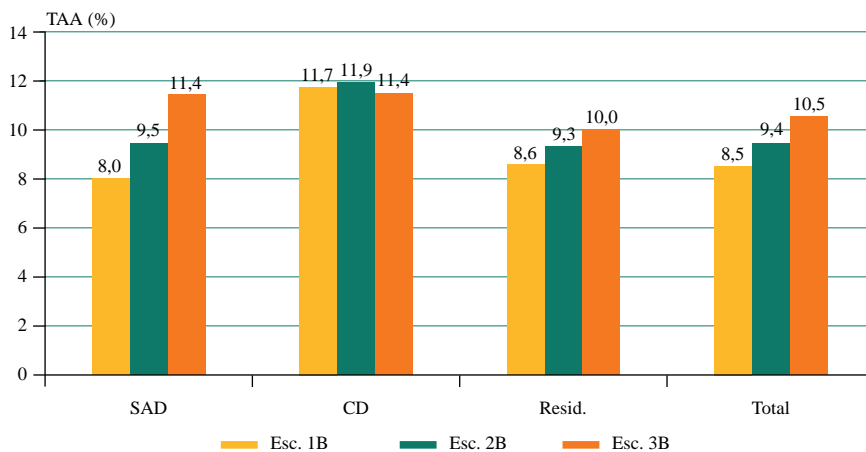
## USUARIS DE PLACES RESIDENCIALS FINANÇADES PRIVADAMENT. 1999-2026



Font: Elaboració pròpia.

Gràfic A.6

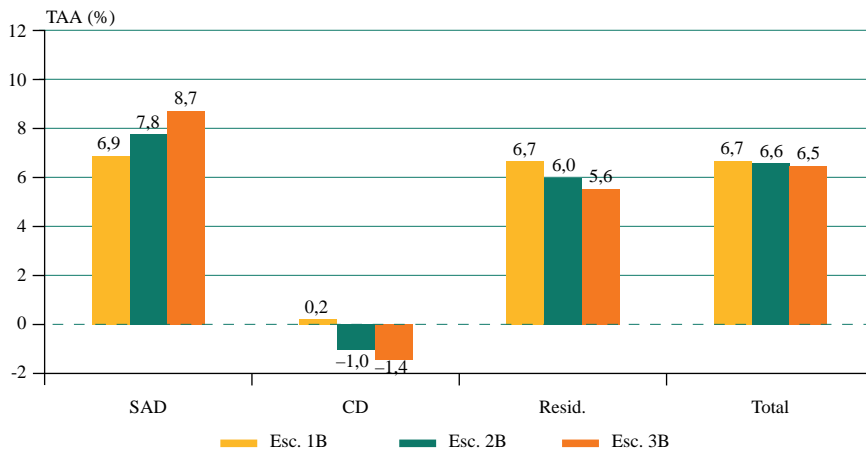
## COST TOTAL DE LES ATENCIONS PÚBLIQUES DE LLARGA DURADA, SI LES TAXES DE PREVALENÇA DISMINUÏSSIN UN 1% ANUAL. TAXES ANUALS ACUMULATIVES: 1999-2015



Font: Elaboració pròpia.

Gràfic A.7

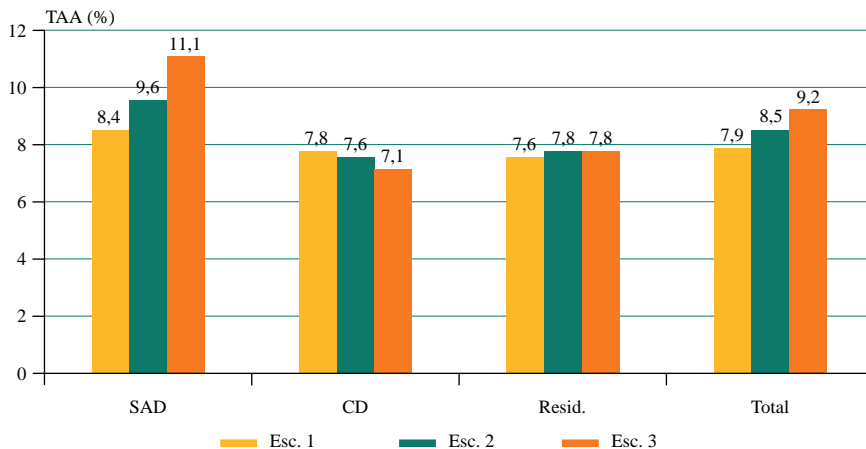
**COST TOTAL DE LES ATENCIONS PÚBLIQUES DE LLARGA DURADA,  
SI LES TAXES DE PREVALENCIA DISMINUÏSSIN UN 1% ANUAL.  
TAXES ANUALS ACUMULATIVES: 2016-2026**



Font: Elaboració pròpia.

Gràfic A.8

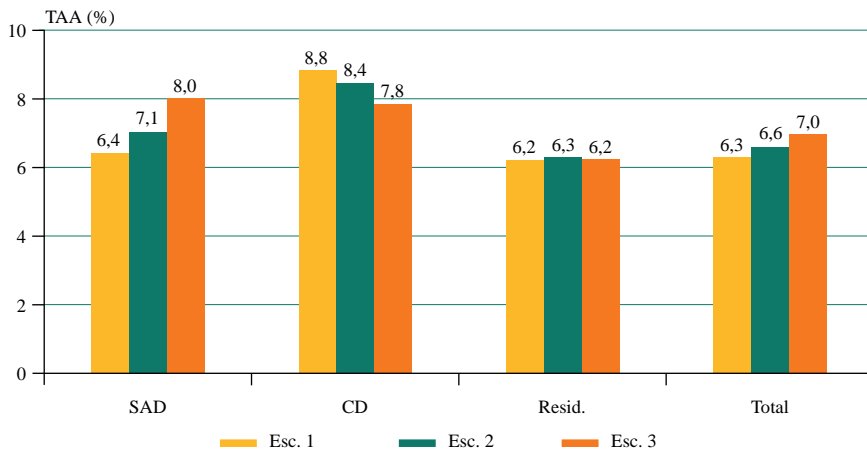
**COST TOTAL DE LES ATENCIONS PRIVADES DE LLARGA DURADA.  
TAXES ANUALS ACUMULATIVES. 1999-2026**



Font: Elaboració pròpia.

Gràfic A.9

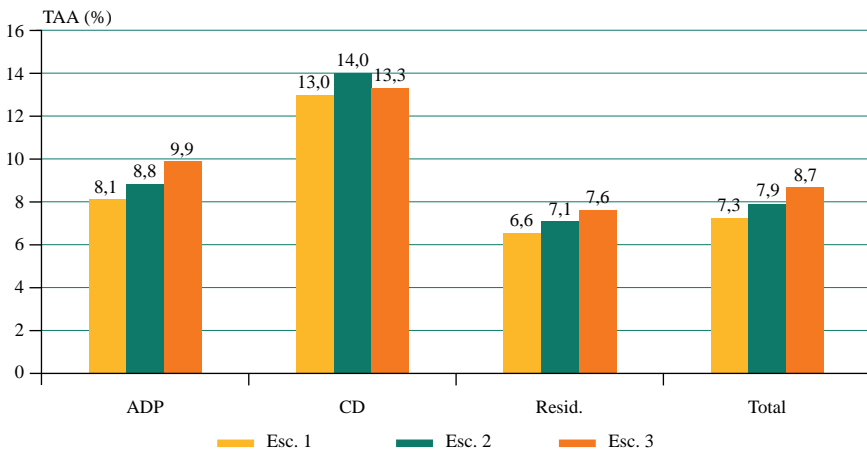
**COST TOTAL DE LES ATENCIONS PRIVADES DE LLARGA DURADA,  
SI LES TAXES DE PREVALENCÇA DISMINUÏSSIN UN 1% ANUAL.  
TAXES ANUALS ACUMULATIVES: 1999-2026**



Font: Elaboració pròpia.

Gràfic A.10

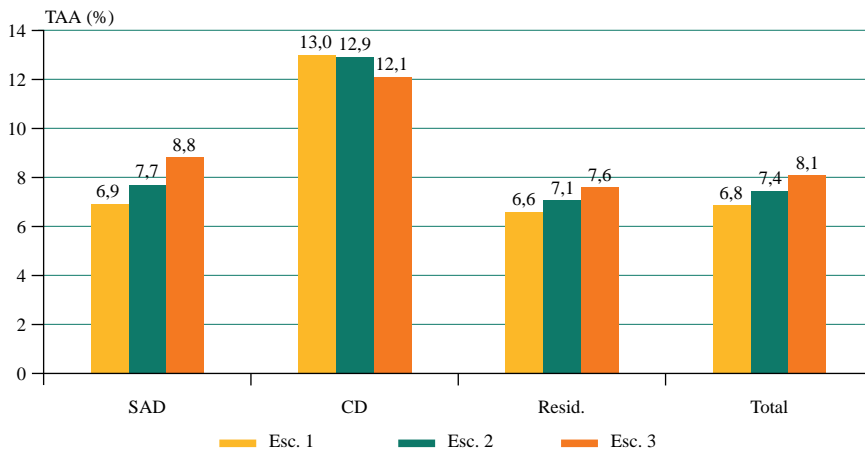
**COST TOTAL DE LES ATENCIONS PRIVADES DE LLARGA DURADA.  
TAXES ANUALS ACUMULATIVES: 1999-2015**



Font: Elaboració pròpia.

Gràfic A.11

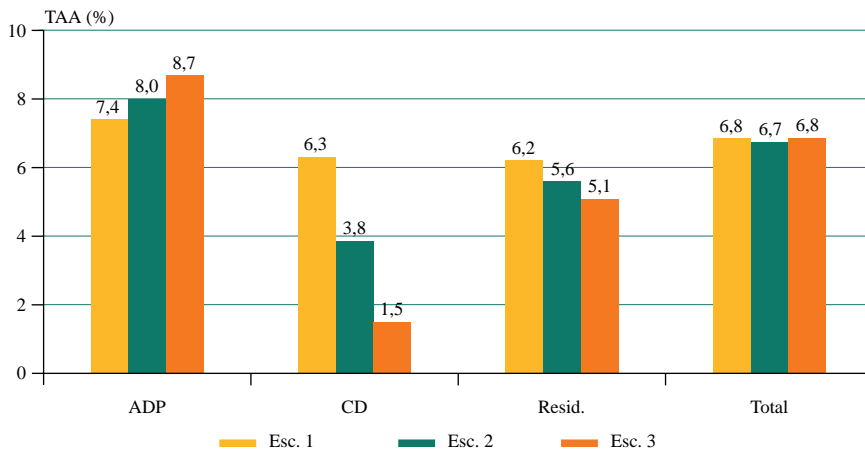
**COST TOTAL DE LES ATENCIONS PRIVADES DE LLARGA DURADA,  
SI LES TAXES DE PREVALENCIA DISMINUÏSSIN UN 1% ANUAL.  
TAXES ANUALS ACUMULATIVES: 1999-2015**



Font: Elaboració pròpia.

Gràfic A.12

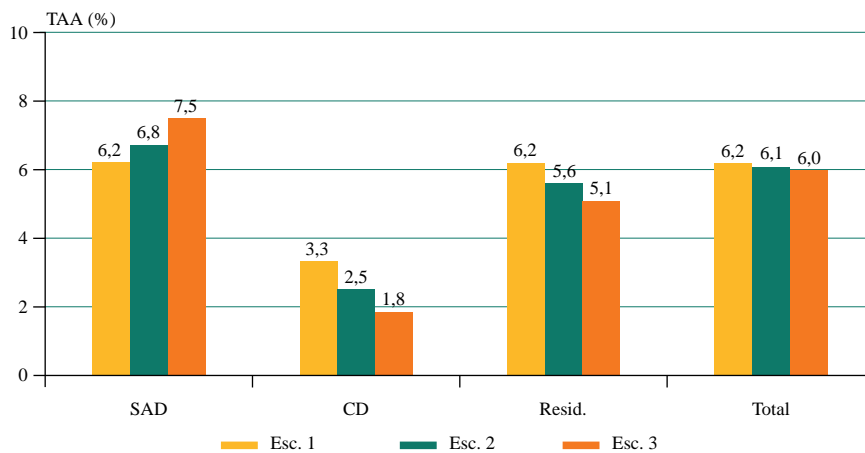
**COST TOTAL DE LES ATENCIONS PRIVADES DE LLARGA DURADA.  
TAXES ANUALS ACUMULATIVES: 2016-2026**



Font: Elaboració pròpia.

Gràfic A.13

**COST TOTAL DE LES ATENCIONS PRIVADES DE LLARGA DURADA,  
SI LES TAXES DE PREVALENCÇA DISMINUÏSSIN UN 1% ANUAL.  
TAXES ANUALS ACUMULATIVES: 2016-2026.**



Font: Elaboració pròpia.

# Bibliografia

- ANTARES CONSULTING (2000): «Seguro de dependencia. Estimación del nivel de dependencia, necesidades de recursos y proyecciones de futuro», UNESPA.
- BELAND, F. i ZUNZUNEGUI, M. V. (1995): «La salud y las incapacidades funcionales. Elaboración de un modelo causal», *Rev. Gerontol.* 1995; 5: 259-273.
- BOAZ, R. F. (1996): «Full-time employment and informal caregiving in the 1980s», *Medical Care* 34(6): 524-536.
- CARRIERE, Y. i PELLETIER, L. (1995): «Factors underlying the institucionalization of elderly persons in Canada», *The Gerontologist*, 50B, 3:S164-182.
- Centro de Investigaciones Sociológicas (1993): «Encuesta sobre el Apoyo Informal». Madrid: CIS, 1993.
- (1994): «Encuesta sobre el Apoyo Informal. 2ª fase». Madrid: CIS, 1994.
- (1998): «Encuesta sobre la soledad en las personas mayores». Madrid: CIS, 1993.
- COMÍN, F. (1996): «Las formas históricas del Estado del Bienestar: el caso español», a: *Dilemas del Estado del Bienestar*. Madrid: Fundación Argentaria i Visor Distribuciones, 29-57.
- Consejo Económico y Social (2000): «Informe sobre la protección social de las mujeres». Madrid: CES, 2000.
- CRUME, Y. (1997): «Publicly-Mandated Long Term Care Insurance Programs: Japan Chooses a Modified German Model», Duke Long Term Care Resources Program, Paper Núm. 5.
- CUTLER, D. M. (1996): «Why don't markets insure long-term risk?», Working Paper, Harvard University and National Bureau Economic Research.

- EIROA PATIÑO, P. *et al* (1996): «Discapacidades y necesidades de servicios en las personas mayores detectadas en la encuesta de salud OARS-Vigo», *Med Clin*; 106:641-648.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1999): «Social foundations of postindustrial economies». Oxford: Oxford University Press.
- ETTNER, S. L. (1995): «The impact of 'parent care' on female labor supply decisions», *Demography* 32 (1):63-80.
- FERNÁNDEZ CORDÓN, J. A. (1996): «Demografía, actividad y dependencia en España». Bilbao: Fundación BBV-Documenta.
- (1998): «Proyección de la población española». FEDEA: Documento de trabajo 98-11.
- FRIES, J. F. (1983): «The compression of morbidity». *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society* 1983; 61:397-419.
- GREENACRE, M. J. (1993): «Correspondence analysis in paractice». Londres/Nova York: Academic Press.
- HENNESSY, P. (1995): «Social protection for dependent elderly people: Perspectives from a review of OECD countries». OECD: Labour market and Social. Occasional papers núm. 12.
- Imsero (1995): «Programa de estancias diurnas. Datos gestión 1995». Imsero (mimeo).
- (1998): «Atención a personas mayores que viven en residencias: Protocolos de intervención psicosocial y sanitaria». Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1998.
- (1999): «La protección social de la dependencia». Madrid: Imsero.
- (2001): «Informe 2000. Las personas mayores en España: datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas». Madrid: Imsero.
- Instituto Nacional de Estadística. «Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías». Madrid: INE, 1987.
- JACOBZONE, *et al.* (1999): «The health of older persons in OECD countries: Is it improving fast enough to compensate for population ageing?». OECD: Labour Market and Social Policy. Occasional Papers núm. 37.
- (1999): «Ageing and care for frail elderly persons: an overview of international perspectives». OECD: Labour market and Social Policy. Occasional papers núm. 38.
- JENSON, J. i JACOBZONE, S. (2000): «Care allowances for the frail elderly people and their impact on women care-givers». OECD: Labour market and Social. Occasional papers núm. 41.

- KALISH, D. W. *et al.* (1999): «Social and health policies in OECD countries: a survey of current programmes and recent developments». OECD: Labour market and Social. Occasional papers núm. 33.
- KRAMER, M. (1980): «The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities». *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1980; 62 (suppl. 283): 382-97.
- LAKDAWALLA, D. i PHILIPSON, T. (1999): «Aging and the Growth of Long-Term Care». NBER, Working Paper núm. W6980.
- MANTON, K. G. (1991): «The dynamics of population aging: demography and policy analysis». *The Milbank Quarterly* 1991, Vol. 69(2): 309-338.
- MANTON, K. G., CORDER, E. i STALLARD, E. (1997): «Chronic disability trends in elderly United States populations: 1982-1994». *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* 1997; Vol. 94: 2593-2598.
- MARTÍNEZ DE LA IGLESIA, J. *et al* (1997): «Valoración funcional de personas mayores de 60 años que viven en una comunidad urbana. Proyecto ANCO», *Aten Primaria*; 20;475-484.
- MARTÍNEZ ZAHONERO, J. L. (2000): «Economía del Envejecimiento. Calidad y financiación de los cuidados prolongados para los ancianos». Consejo Económico y Social. Espanya.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1994): «Encuesta Nacional de Salud de 1993». Madrid: MSC.
- MONTGOMERY (1999): «The family role in the context of long-term care». *Journal of Aging & Health*, 11(3):383-417.
- MORÁN ALÁEZ, E. (1999): «Estimación de la población dependiente y de sus características sociodemográficas», a: Imsero (1999). *La protección social de la dependencia*. Madrid: Imsero.
- NORTON, E. C. (2000): «Long-term care», en Culyer, A. J. i Newhouse, J. P. (eds.). *Handbook of Health Economics*, Elsevier Science, Vol. 1:946-994.
- PACOLET, J. *et al.* (1999): «Social protection for dependency in old age in the 15 EU member states and Norway». Luxembourg: Office for official publications in the European Communities, 1999.
- PÉREZ DÍAZ, J. (1998): «La demografía y el envejecimiento de las poblaciones», a A. S. Staab i L. C. Hodges, *Enfermería Gerontológica*. México DF: McGraw Hill.
- PORTRAIT, F. *et al.* (2000): «The use of long-term care services by the dutch ederly», *Health Econ.* 9: 513-531.

- RESCHOVSKY, J. D. (1996): «Demand for and access to institucional-term care: the role of Medicaid in nursing home markets», *Inquiry* 33:15-29.
- (1998): «The roles of Medicaid and economic factors in the demand for nursing home care», *Health Services Research* 33(4):787-813.
- RIVLIN, A. M. i WIENER, J. M. (1988): «Caring for the disabled elderly. Who will pay?». The Brookings Institution: Washington D.C.
- Royal Commission on Long Term Care (1999): «With Respect to Old Age». The Stationery Office, Londres, març 1999.
- RUIGÓMEZ, A. i ALONSO, J. (1996): «Validez de la medida de capacidad funcional a través de las actividades básicas de la vida diaria en la población anciana», *Rev Gerontol*; 6:215-223.
- SCANLON, W. J. (1998): «Future financing of long-term care». *Consumer's Research Magazine*; 81(6):123-138.
- SLOAN, F. A. i NORTON, E. C. (1997): «Adverse selection, bequests, crowding out, and private demand for insurance: evidence from the long-term care insurance market». *Journal of Risk and Uncertainty*; 15:201-219.
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (2000): Geriátría XXI: «Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España». Madrid: Edimsa, 2000.
- STERN, S. (1990): «Measuring the effect of disability on labor force participation», *Journal of Human Resources*; 24 (3): 361-395
- STONE, R. (2000): «Long-term care for the disabled elderly: Current policy, emerging trends and implications for the 21st century». *Electronic Milbank Quartely* (document disponible *on line* a <http://www.milbank.org>).
- TORTELLA, G. (2000): *La revolución del siglo xx*. Madrid: ed. Taurus.
- WAIDMANN, T. A. i MANTON, K. G. (1998): «International evidence on disability trends among the elderly», Urban Institute, Duke University, (mimeo).
- WHO (2000): «Health Care Systems in Transition. Germany 2000». European Observatory on Health Care Systems: 2000.
- WIENER, J. M. *et al.* (1994): *Sharing the Burden*. The Brookings Institution: Washington D.C.
- WILMOTH, J. R. (1997): «In search of limits», a K. W. Wachter i C. E. Finch (eds.), *Between Zeus and The Salmon: The Biodemography of Longevity*. Washington, DC: National Academy Press.

- WITTENBERG, R., PICKARD, L., COMAS-HERRERA, A., DAVIES, B. i DARTON, R. (1998): «Demand for Long-Term Care: Projections of Long-Term Care Finance for Elderly People». PSSRU: University of Kent.
- WOLF, D. A. i SOLDÓ, B. J. (1995): «Married women's allocation of time to employment and care of elderly parents», *Journal of Human Resources* 29(4): 1259-1276.

Imprès a:  
CEGE Creaciones Gráficas, S.A.  
Ciutat d'Asunción, 42  
08030 Barcelona  
D.L.: B. 29631-2001  
ISBN: 84-88099-73-8