

# La diversitat de la cura de les persones grans en situació de dependència funcional a Barcelona

Albert Julià<sup>1</sup> i Annel Rojas<sup>2</sup>

**Paraules clau:** persones grans, dependència funcional, estratègies de cura, persones cuidadores



Cada vegada hi ha una proporció més considerable de persones grans amb edats més avançades i en situació de dependència funcional a la ciutat de Barcelona. L'objectiu d'aquesta investigació és analitzar-ne les característiques i les formes de cura que s'estableixen segons els diferents perfils. Per això es duu a terme una explotació de l'Enquesta de persones en situació de dependència funcional (EPSD) de Barcelona duta a terme el 2018. Els resultats mostren certes desigualtats segons les característiques individuals de la persona dependent (grau de dependència, sexe i edat), les característiques de les persones cuidadores (sector àmpliament feminitzat), les característiques de la llar (formes de convivència i nivells d'ingressos) i les característiques territorials (segons el nivell de renda del barri). Els resultats mostren un escenari molt allunyat del que seria l'ideal i que exigiria més atenció als decisors públics per ampliar la cobertura de serveis i prestacions d'aquest col·lectiu.

## Introducció

Un dels grans reptes que tenen les societats avançades del segle XXI és la gestió de la creixent proporció de població anciana i, per tant, d'una proporció més elevada de persones en situació de dependència funcional. Aquest procés s'ha anat intensificant als països desenvolupats en les últimes dècades, i la ciutat de Barcelona no ha estat una excepció. L'any 2018, la població de 65 anys i més suposava el 21,6% del total, essent superior la proporció de població de 75 anys i més que la de 65 a 74 anys (10,2% la població 65 a 74 anys i 11,4% de 75 anys i més).

1. Institut d'Estudis Regionals i Metropolitans de Barcelona (IERMB) i Universitat de Barcelona (UB).

2. Universitat Pompeu Fabra (UPF).

La situació de dependència es fonamenta en les activitats que la persona no pot fer o que fa amb dificultat i que, per tant, requereixen algun tipus d'ajuda (Rogeró, 2010). La situació en la qual una persona es troba limitada pot donar-se en diverses dimensions (psicològica, social o física), en les quals necessita l'ajuda d'una tercera persona per desenvolupar de manera normal múltiples activitats de la vida diària (Gázquez *et al.*, 2007). La dependència per raons de salut afecta majoritàriament les persones grans, per la qual cosa l'envelliment és un dels factors més rellevants per determinar les necessitats de cures d'una població. La probabilitat que una persona es converteixi en dependent funcional és més gran a mesura que augmenta l'edat. Segons les dades del Departament de Treball, Assumptes Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya, les persones amb reconeixement legal de discapacitat a Barcelona representaven un 8,2% el 2016. Per a la població de menys de 16 anys, la prevalença se situava en l'1,5%; per a la de 16 a 44 anys, en el 2,9%; per a la de 45 a 64 anys el percentatge ja superava la mitjana de la ciutat (10,3%); per a la població de 65 a 74 anys suposava el 16,9%, i per als més grans de 74 arribava a ser del 21,5%. Així mateix, segons l'estimació duta a terme per Cabrero i Codorniu (2002), el 90% del volum de recursos sanitaris i socials consumits se sol concentrar en els últims set o vuit anys de vida de qui pateix algun procés de dependència funcional.

Aquest escenari suposa un desafiament social, econòmic i polític de primer ordre de què depèn gran part de l'estructura del nostre estat de benestar. L'atenció i el benestar de la creixent població d'edat avançada amb dependència funcional suposen uns dels grans reptes per a les administracions públiques. Les accions que es facin

sobre aquest tema tenen i tindran grans repercussions en la qualitat de vida dels dependents funcionals, així com en la dels seus familiars, ja que es veuran d'una manera o altra forçats a assumir la càrrega de les cures (de temps o econòmica) que comporta.

Malgrat l'alarma que suposa aquest fenomen social, no se n'ha de fer només una lectura tenyida de preocupació. Paral·lelament als canvis demogràfics, se succeeixen canvis i avenços (biomèdics, tecnològics, de mobilitat, etcètera) que permeten neutralitzar l'augment i l'impacte de la dependència de la població de més edat. Alguns autors assenyalen que l'efecte de l'esperança de vida més elevada no suposa tant un augment en el nombre d'anys de vida en situació de dependència funcional com el retard en l'edat d'aparició de problemes i necessitat d'ajuda (Sarasa i Mestres, 2007). Segons la investigació de Mathers *et al.* (2015) existeix una correlació positiva entre l'augment de l'esperança de vida i l'augment dels anys viscuts amb bona salut.

En aquest context de nous (encara que ja presents) riscos socials lligats al canvi demogràfic i a l'envelliment més elevat de la població i de la població en situació de dependència funcional, es presenta aquest estudi. Es tracta d'una investigació que analitza les característiques de les persones grans en situació de dependència funcional a Barcelona, quin és el nivell de cobertura actual de les seves necessitats, i també les formes de cura i els factors que hi estan associats<sup>5</sup>.

---

3. En aquest estudi no s'inclouen les persones en situació de dependència funcional que viuen a residències.

### **1. Factors associats al tipus de cura de persones en situació de dependència funcional**

Les persones que estan en situació de dependència funcional no són un conglomerat homogeni. Més enllà de l'associació que hi ha entre l'edat i el fet d'estar o no estar en situació de dependència funcional<sup>4</sup>, els perfils socioeconòmics i demogràfics de les persones dependents funcionals són diversos, així com els de les seves famílies o convivents. Aquestes característiques poden afectar les formes de cura que reben les persones dependents funcionals. De manera generalitzada, es poden establir tres formes de cura que no solen ser autoexcloents. Les persones podrien rebre cures de familiars o amics (ja siguin convivents o no), dels que normalment no reben una remuneració a canvi, si bé hi pot haver una compensació econòmica al personal no cuidador professional establerta en la llei de dependència del 2006. Així mateix, les persones que s'ho puguin permetre poden accedir al mercat privat i rebre serveis de cura mitjançant una transacció monetària. Aquesta relació laboral pot donar-se formalment (persona cuidadora donada d'alta per la persona pagadora o per una empresa) o informalment (remuneració sense contracte). Finalment, les persones en situació de dependència poden ser ateses mitjançant serveis d'atenció públics que es prestin a cada territori (a Barcelona el servei principal és el Servei d'Atenció Domiciliària, SAD).

Que es tingui lloc una o una altra opció de cura —o diverses de simultànies— pot variar segons diferents factors. Per exemple, segons les característiques de les persones dependents funcionals, com el tipus de dependència, l'edat (Gázquez *et al.*, 2011), el sexe (Kramer i Kipnis, 1995; Adams *et al.*, 2002) o l'ètnia (Adams *et al.*, 2002). També

per les característiques de les formes de convivència, les estructures familiars o la xarxa de suport familiar o social, així com pels recursos de què puguin disposar les famílies per a aquest objectiu.

Les formes de cura poden venir condicionades, al seu torn, per les orientacions personals que es construeixen a partir dels processos de socialització, les possibilitats que ofereix el sistema de cures formal (públic o privat) i el grau d'accés que tenen les famílies a aquests serveis. Els Estats de benestar del sud d'Europa es caracteritzen per la seva elevada orientació “familiarista” cap a les responsabilitats de cura de les persones (Dié Olmos, Fantova i Mota, 2014). Els serveis i les polítiques de prestacions públiques cap a la cura i la dependència que proporcionen aquests Estats solen ser menys generosos i d'una cobertura menor que els d'altres països de l'entorn europeu, la qual cosa comporta una assumptió de funcions més elevada de les famílies. Aquesta situació no s'ha de deslligar de l'herència cultural d'aquesta societat sobre qui (l'Estat o la família) s'hauria de fer càrrec de les persones en situació de dependència. Tal com mostren alguns estudis, una àmplia proporció de població espanyola continua mantenint una concepció orientada cap al deure dels membres de la família de la cura. Segons les dades que proporciona el CIS sobre les actituds i orientacions dels espanyols sobre qui s'hauria de fer càrrec de les persones dependents (per exemple, amb una edat avançada, alguna discapacitat o malaltia crònica) que no poden dur a terme sense ajuda activitats bàsiques de la vida quotidiana (anar al bany, dutxar-se o vestir-

---

4. Les persones amb dependència reconeguda a Barcelona eren aproximadament 65.000 el 2018, el 85% de les quals té 65 anys o més.

se), més de la meitat dels enquestats creuen que la millor opció per organitzar la cura de l'esmentada persona és que visquin amb algun familiar, mentre que aproximadament una cinquena part veuen com a millor opció que resideixin en un centre o residència, i una altra cinquena part que visquin amb una persona cuidadora remunerada (CIS núm. 3009, 2014). Així mateix, una àmplia majoria de la població espanyola està d'acord o molt d'acord que el deure dels fills i filles és cuidar els seus progenitors malalts (90,5%), molt per sobre d'altres països amb models de benestar continentals (Alemanya, 65,9%), liberals (el Regne Unit, 41,9%) i, especialment, els nòrdics (Dinamarca, 25%)<sup>5</sup>.

Malgrat les orientacions que tinguin les persones, les evidències mostren que els recursos de què disposen les persones dependents per ser ateses, tant econòmics com humans, són fonamentals per entendre les formes de cura. Alguns estudis assenyalen que segons el nivell econòmic de les llars, les persones dependents poden tenir més o menys probabilitat de ser cuidades per personal extern a la família (Kemper, 1992; Ayuso *et al.*, 2010). D'altres assenyalen que segons la xarxa familiar o de persones properes que tingui una persona dependent, aquesta es veurà atesa o no per familiars o per persones properes (veïns, amics, etcètera). En canvi, tal com assenjala Rogero (2009), les persones dependents casades solen tenir més probabilitat de rebre cures dels serveis socials en lloc de cura informal, ja que els cònjuges actuen com a connectors entre la persona gran i el sistema públic. Així doncs, la presència o l'absència de xarxes de suport influeixen en l'elecció de diferents estratègies de cura. El cas paradigmàtic són les persones que viuen soles en situació de dependència funcional, que solen tenir una menor probabilitat de rebre cura d'algun familiar

(Rogero, 2009). Però no s'ha d'oblidar que les estratègies de cura depenen sobre manera del desenvolupament de serveis i polítiques públiques que ofereixin els territoris. El comportament de les persones grans que necessiten ajuda i el dels seus familiars que puguin prendre les decisions sobre la seva cura poden variar depenent dels serveis públics oferts independentment dels recursos propis. Tanmateix, tal com assenyalen Eichler i Pfau-Effinger (2009), les persones grans poden no acollir-se als avantatges que tenen les (“noves”) polítiques i serveis públics de cura a causa que prevalen en les seves orientacions les formes tradicionals de cura basades en l'atenció familiar. El motiu principal pel qual es produeix aquest fenomen, segons els autors, és que les persones grans i les seves famílies orienten el seu comportament principalment cap als valors tradicionals d'atenció, en els quals es dona prioritat al suport mutu entre cònjuges i descendents. La segona raó és que hi ha certes diferències entre el tipus d'atenció que pot proporcionar un servei públic i la que pot oferir un familiar, la qual cosa fa més atractiva per a les persones grans i els seus familiars l'opció de cures per familiars.

Per poder comprendre de manera més precisa la situació de les persones dependents funcionals de Barcelona i els factors associats que porten a optar per una o una altra estratègia de cures, s'ha realitzat l'Enquesta de Persones en Situació de Dependència funcional (ESPD) de Barcelona durant l'any 2018. En l'apartat següent presentem les característiques principals d'aquesta enquesta, i en els apartats posteriors, els resultats de la seva anàlisi centrada en les persones grans en situació de dependència funcional (SDF) a Barcelona.

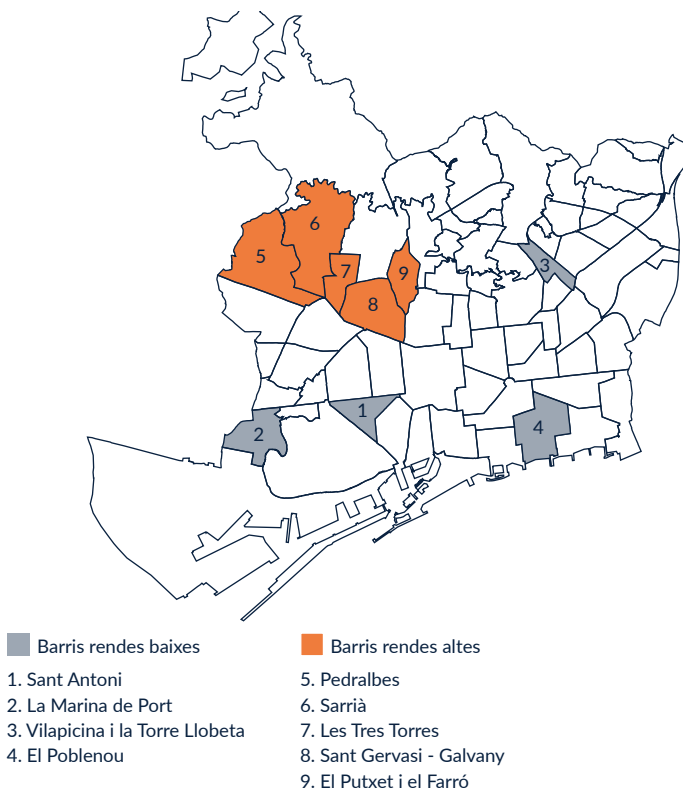
---

5. Dades segons la *European Values Survey*, 2008.

## 2. Enquesta de persones en situació de dependència funcional 2018 (EPSD2018)

L'EPSD2018 de Barcelona és una enquesta dirigida a persones en situació de dependència reconeguda. Aquestes persones poden ser usuàries del Servei d'Atenció Domiciliària (SAD) que ofereix el municipi o persones que perceben una prestació econòmica en lloc del servei (reconeguda segons la Llei 39/2006). Tant la prestació econòmica com el SAD no tenen establerta cap diferenciació per motius econòmics. És a dir, la situació financera de les persones dependents no en determina ni la quantitat ni un copagament del servei. En canvi, sí que està determinat pel grau de dependència concedit per l'Administració Pública. La mostra està composta per 613 observacions, representatives dels barris amb rendes baixes (seleccionats quatre barris amb un nivell mitjà de 84,3 punts de l'índex RFD<sup>6</sup>) i barris de rendes altes (cinc barris amb un nivell d'RFD mitjà de 199 punts). La mostra de persones grans (55 anys o més) representa el 88,6% de la mostra inicial (n = 543; 74,6% dones i 25,4% homes). Amb el conjunt de variables utilitzades en els diferents models hi ha una pèrdua de 13 casos, que deixa una mostra final de 530 individus de 55 anys o més. Aquesta mostra està composta per un 36,8% d'usuaris del SAD en barris de rendes baixes, un 28,9% que reben la prestació econòmica en barris de rendes baixes, un 19,2% d'usuaris SAD en barris de rendes altes i un 15,1% que reben la prestació econòmica en barris de rendes altes. Quant al grau de dependència, el 42,2% de les persones en SDF tenen reconegut un grau I; el 33,1%, un grau II; el 12%, un grau III, i un 12,7% està pendent de l'adjudicació del grau de dependència però pot acollir-se al SAD o percebre una prestació.

Figura 1. Barris inclosos en l'estudi



## 3. Perfils i formes de convivència de les persones grans en situació de dependència funcional

Les dades de l'EPSD2018 mostren de manera evident que les persones que estan en SDF tenen perfils socioeconòmics i demogràfics i graus de dependència diferents, per la qual cosa resulta poc recomanable analitzar aquesta població de

6. L'índex de la renda familiar disponible (RFD) estima la renda mitjana o la capacitat econòmica dels residents de Barcelona a partir d'una sèrie d'indicadors que permeten atorgar un nombre en relació amb la mitjana de la ciutat, que és 100 (Calb, 2007).

manera agregada. Tenint en compte aquestes diferències, es poden veure algunes prevalències clares. El perfil més freqüent de persona en SDF a Barcelona sol ser el d'una dona, d'entre 75 i 89 anys amb un grau de dependència entre l'I i el II (taula 1).

**Taula 1. Característiques de la mostra**

	N	%
<b>Tipologia</b>		
SAD barris rendes baixes	200	36,8
CNP barris rendes baixes	157	28,9
SAD barris rendes altes	104	19,2
CNP barris rendes altes	82	15,1
<b>Grau de dependència</b>		
Grau I	229	42,2
Grau II	180	33,1
Grau III	65	12,0
Sense reconeixement / NC	69	12,7
<b>Sexe de la persona en SDF</b>		
Home	138	25,4
Dona	405	74,6
<b>Edat</b>		
55-74	102	18,8
75-89	281	51,7
90 anys o més	160	29,5
<b>Nacionalitat de la persona en SDF</b>		
Espanyola	538	99,1
Estrangera	5	0,9

Font: Elaboració pròpia a partir de l'EPSD2018.

Situació de dependència funcional (SDF) i cuidador no professional (CNP)

Un dels elements més rellevants per entendre les condicions de vida de les persones grans de major edat, i en especial de les persones grans en SDF, és la situació de convivència en la qual es troben. La xarxa de suport i la cobertura de necessitats que poden obtenir les persones amb algun grau de dependència depenen en gran mesura de si conviuen amb altres persones, principalment familiars, o no<sup>7</sup>. Les persones de major edat en SDF solen tenir limitada la seva autonomia i necessiten en moltes ocasions companyia per dur a terme les tasques quotidianes del dia a dia. Les persones que no disposen d'aquesta companyia perquè viuen soles no només tenen més possibilitats de no tenir cobertes les seves necessitats, sinó que això pot repercutir en la seva salut mental pel fet que se senten més soles (Dean *et al.*, 1992). Segons les dades de l'EPSD2018, el 37,4% de les persones en SDF que viuen soles s'han sentit excloses del que passa al seu voltant o els ha faltat companyia en els últims dotze mesos. Així mateix, segons l'escala Duke-UNC-11 de suport social autopercebut<sup>8</sup>, les persones que viuen soles en SDF tenen més prevalença a tenir nivells baixos de suport social (22,7%) que les persones que conviuen amb altres persones (6,6%).

De les persones grans en SDF analitzades a Barcelona, més d'una quarta part viuen soles (taula 2). En termes de grups

7. El 68,2% de les persones en SDF conviuen amb algun familiar. El perfil més freqüent sol ser el del marit/dona/parella (31,3%), seguit dels qui conviuen amb fills o filles (28,4%).

8. L'índex de suport social funcional Duke-UNK-11 (Broadhead *et al.*, 1988; edició en castellà de Bellón *et al.*, 1996) es basa en una bateria d'onze preguntes que utilitzen una escala Likert (de l'1 = "molt menys del que vull" el 5 = "tant com ho vull"), que mesura el grau de suport social percebut en termes relacionals, de pertinença a un grup, comunicatiu i afectiu. En l'escala final d'11 a 55 punts, es determina que el suport social autopercebut baix és el que es troba per sota dels 24 punts.

d'edat i de diferents conglomerats de barris segons la renda, no hi ha diferències significatives. En canvi, sí que s'observa una certa associació entre el sexe i el fet de no conviure amb altres persones. Les dones en SDF, pel fet que tenen una esperança de vida més llarga que les seves parelles masculines i que, per tant, es queden vídues, gairebé dupliquen el percentatge de persones que viuen soles en comparació amb els homes. Així mateix, les dades mostren que hi ha una associació més que evident entre la situació de convivència i el fet de ser usuaris del SAD o no. El 44,7% de les persones usuàries del SAD analitzades viuen soles.

Hi ha una certa associació entre les formes de convivència i la situació econòmica de les famílies. El nombre de persones

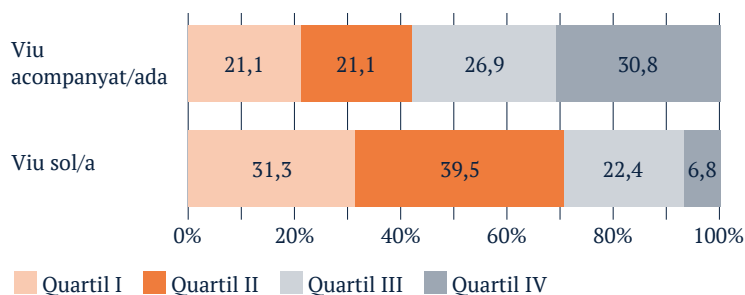
**Taula 2. Persones grans en SDF que viuen soles (%)**

	Viu sol/a (%)
<b>Total</b>	27,6
<b>Tipologia</b>	
SAD	44,7
CNP	5,9
<b>Barris segons renda</b>	
Renda baixa	27,7
Renda alta	27,4
<b>Sexe de la persona en SDF</b>	
Home	17,4
Dona	31,1
<b>Grups d'edat</b>	
55-74	26,5
75-89	29,5
90 anys o més	25,0

Font: Elaboració pròpia a partir de l'EPSD2018

que formen una unitat familiar d'una llar són determinants per entendre la capacitat econòmica que poden arribar a tenir. Les llars composades per un nombre inferior de persones actives laboralment (o d'un nombre més elevat de persones dependents econòmicament) solen tenir més probabilitat de disposar d'uns ingressos més reduïts a causa de la menor capacitat d'obtenir ingressos del mercat laboral. Aquest fenomen es compleix en certs supòsits. En el cas de les llars amb persones grans en SDF podem trobar aquesta associació, però principalment per mitjà de les pensions. De les persones que viuen soles, hi ha una proporció superior amb ingressos baixos que amb ingressos alts. Només un 6,8% de les persones que viuen soles en SDF se situen en el quart quartil d'ingressos segons l'EPSD2018 (és a dir, que estan per sobre dels 1.600 € mensuals), mentre que el 70,7% se situen en els dos primers quartils (per sota de 1.065 € mensuals). En canvi, a les llars que conviuen amb altres persones, el percentatge que està en el quart quartil és del 30,8%, i en els dos quartils inferiors, del 42,2% (gràfic 1).

**Gràfic 1. Percentatge de persones grans en SDF en els diferents quartils d'ingressos segons si viuen soles o amb altres persones**



Font: Elaboració pròpia a partir de l'EPSD2018.

El quartil I el componen les llars amb rendes mitjanes inferiors a 745 €/mes; el quartil II, d'entre 745 i 1.065 €/mes; el quartil III, d'entre més de 1.065 i 1.600 €/mes, i el quartil IV, de més de 1.600 €/mes.

La rellevància dels ingressos de les llars amb persones grans en SDF és subjacent al fet que, igual en d'altres llars, determina en gran manera el poder adquisitiu i les condicions de vida dels seus integrants, i específicament, influeix sobre manera en l'accés a les diferents formes de cura i en les estratègies que s'estableixin per satisfer els diferents nivells de necessitats (Ayuso *et al.*, 2010).

En l'apartat següent s'assenyalen les associacions que es produeixen en els diferents perfils de renda amb les formes de cura, així com per altres característiques de les persones grans en SDF de Barcelona.

#### 4. Estratègies de cura

Els tipus de cures que reben les persones en SDF depenen de les seves característiques (l'edat, el sexe o el grau de dependència), de les característiques de la llar (els ingressos o la forma de convivència), i fins i tot de la zona en la qual resideixen. Les dades mostren que els homes grans en SDF solen tenir en gran manera suport d'algun familiar (75,4%) que les dones (59%). Al contrari, les dones solen rebre, en un percentatge més elevat, ajuts provinents dels serveis municipals de serveis socials (taula 3). Tal com ja s'ha comentat, aquesta diferència s'explica en part perquè les dones de més edat tenen més risc de viure soles que els homes, i com es pot apreciar a la taula 4, les persones que viuen soles tenen una proporció molt baixa d'ajuts de familiars (únicament el 10%).

El perfil de la persona cuidadora principal depèn en gran manera de la situació de convivència i econòmica de les persones en SDF i de les seves famílies. Per al 56,9%, el principal perfil cuidador és un familiar; per al 21,9%,

una persona remunerada (amb o sense contracte), i per al 17,4%, una persona de serveis d'atenció domiciliària proporcionada per l'Ajuntament de Barcelona. Els qui tenen com a principal persona cuidadora un/a treballador/a del SAD, són bàsicament persones que viuen soles i tenen una xarxa familiar baixa o nul·la.

El grau de dependència té una associació substancial amb el tipus de suport que rep la persona en SDF. Les dades mostren que les persones amb més grau de dependència solen rebre en més proporció suport de familiars. Així, els que tenen una SDF de grau II i III tenen suport familiar 15 punts percentuals superior que els qui tenen grau I; en canvi, els qui tenen grau I reben suport i cures dels serveis socials municipals de manera més prevalent. Tret de l'ajuda de serveis públics, la lògica de les dades tendeix a ser que com més elevat és el grau de dependència (que suposa més graus de necessitats bàsiques de la vida quotidiana) més gran és la proporció de suport o cures de tot tipus que reben (taula 3).

Tal com ja s'ha comentat anteriorment, els ingressos de la llar repercuteixen en gran mesura en l'accés a les diferents opcions de cures, ja que suposen la possibilitat o no d'accedir al mercat informal o formal de cures. Les dades de l'ESPD2018 (taula 4) confirmen aquesta hipòtesi. Les persones en SDF que viuen en llars amb més ingressos compten amb una persona cuidadora remunerada de manera informal (28,9% en el cas de les situades en el quartil IV) o de manera formal (39,5% si tenim en compte el personal contractat amb o sense la prestació de la llei de dependència i els cuidadors que proveeixen les empreses privades) en més proporció que els qui tenen



**Taula 3. Tipologia de persones cuidadores segons característiques de les persones en SDF, de la seva llar i el barri en el qual resideixen (%)**

	Total	Sexe persona en SDF		SAD	CNP	Grau dependència		
		Home	Dona			I	II	III
Familiar	63,2	75,4	59,0	47,0	83,7	59,8	75,0	75,4
Personal Ajuntament Serveis Socials	48,8	42,0	51,1	86,2	1,3	54,6	36,1	21,5
Persona contractada (amb prestació de la llei de dep.)	8,3	5,8	9,1	2,0	16,3	5,2	12,2	16,9
Persona contractada (sense prestació de la llei de dep.)	7,9	9,4	7,4	9,2	6,3	5,2	8,9	15,4
Cuidador/a remunerat/ada informal	19,0	19,6	18,8	15,1	23,8	19,7	17,2	30,8
Cuidador/a d'una empresa privada de serveis o sanitaris	6,6	3,6	7,7	7,6	5,4	6,1	7,8	7,7
Voluntaris/àries tercer sector (Càritas, Amics de la Gent Gran)	1,1	1,4	1,0	1,0	1,3	0,4	1,7	1,5
Amic/iga, veí/ina (no remunerat)	9,4	11,6	8,6	7,6	11,7	7,0	13,9	9,2
Altres	1,7	2,9	1,2	1,3	2,1	1,7	1,1	3,1
Cap ajuda	2,4	2,2	2,5	3,0	1,7	3,9	0,6	1,5

Font: Elaboració pròpia a partir de l'EPSD2018.

Les columnes sumen més de 100% atès que les persones poden rebre més d'un tipus de suport de perfils diferents.

**Taula 4. Tipologia de persones cuidadores segons característiques de la llar i el barri en el qual resideixen les persones en SDF (%)**

	Ingressos llar (quartils)				Convivència		Barris rendes baixes	Barris rendes altes
	I	II	III	IV	Viu sol/a	Viu amb altres persones		
Familiar	54,3	53,2	66,2	80,5	10,0	83,5	65,3	59,1
Personal Ajuntament Serveis Socials	60,6	57,6	49,3	28,9	76,7	38,2	52,7	41,4
Persona contractada (amb prestació de la llei de dep.)	5,5	2,2	8,8	17,2	2,7	10,4	7,6	9,7
Persona contractada (sense prestació de la llei de dep.)	8,7	8,6	8,1	7,0	8,7	7,6	9,0	5,9
Cuidador/a remunerat/ada informal	13,4	13,7	19,1	28,9	14,0	20,9	14,6	27,4
Cuidador/a d'una empresa privada de serveis o sanitaris	5,5	4,3	4,4	11,7	5,3	7,1	1,4	16,7
Voluntaris/àries tercer sector (Càritas, Amics de la Gent Gran)	0,0	0,7	2,2	1,6	0,7	1,3	0,6	2,2
Amic/iga, veí/ina (no remunerat)	9,4	13,7	8,1	6,3	6,7	10,4	11,5	5,4
Altres	3,1	0,7	0,0	3,1	1,3	1,8	2,0	1,1
Cap ajuda	2,4	4,3	2,9	0,0	6,0	1,0	2,2	2,7

Font: Elaboració pròpia a partir de l'EPSD2018.

Les columnes sumen més de 100% atès que les persones poden rebre més d'un tipus de suport de perfils diferents.

menys ingressos (per al quartil I d'ingressos representen el 13,4% de manera informal i el 19,7% de manera formal). Malgrat que en ocasions els costos de les cures poden anar a càrrec de membres de la família que no conviuen amb les persones en SDF, la relació entre ingressos de la llar de la persona dependent i les formes de cura és significativa.

Un altre dels factors que pot influir en les formes de cura a persones en SDF, i que menys atenció ha suscitat en les anteriors investigacions, és la influència del territori. Si bé existeixen algunes investigacions que mostren les diferències de les pautes i formes de cura entre territoris rurals i urbans en altres contextos (Herlitz, 1997), s'ha analitzat menys sobre les possibles diferències que hi pot haver en un mateix entorn urbà al qual se li suposa una oferta de serveis públics d'atenció a la dependència comuna. Els diferents territoris urbans poden contenir diferències internes significatives que no es detecten en anàlisi de ciutats de manera agregada. Les grans ciutats poden contenir territoris molt desiguals tant per les seves característiques físiques, el disseny urbanístic, les comunicacions (per exemple, transport públic), etc., com també pel perfil de la població que hi resideix, que poden influir en el comportament en la cura dels seus ciutadans.

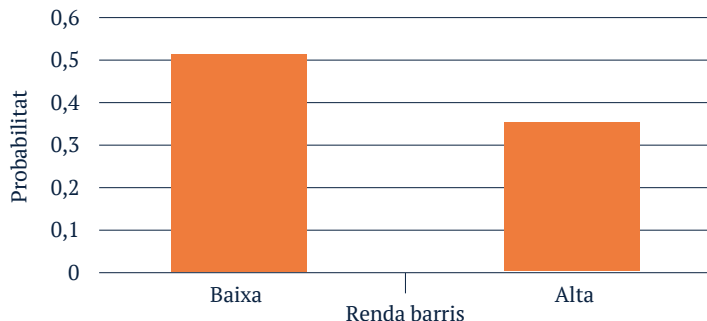
Així mateix, les diferències de perfils dels ciutadans als diferents barris en poden afectar el capital social, les xarxes de suport i els comportaments en l'ús de serveis socials. Alguns indicis mostren que l'ús o no d'alguns serveis socials per part de les persones potencialment beneficiàries pot tenir alguna explicació segons el barri o veïnat a què pertanyen. Persones amb perfils socioeconòmics semblants poden fer un ús diferenciat d'alguns serveis públics a causa

del possible nivell d'estigma que estigui associat a cada territori. Aquest fenomen pot intensificar-se segons el tipus de barri i els perfils socials de les persones de l'entorn més proper. Per exemple, segons les dades que ofereix l'Ajuntament de Barcelona, es produeix una correlació negativa entre el nivell d'RFD de cada barri i el grau de cobertura de la població identificada com a vulnerable tant a la sol·licitud de l'ajuda per a una prestació econòmica per a fills i filles menors de 16 anys a càrrec (Blasco i Todeschini, 2019), com també en el nombre d'expedients oberts en els serveis socials per temes relacionats amb la cobertura de les necessitats bàsiques (segons dades de Serveis Socials de l'Ajuntament de Barcelona). És a dir, hi ha indicis que mostren que als barris amb rendes més altes les persones vulnerables econòmicament solen demandar menys els serveis i els ajuts públics municipals que les persones del mateix perfil residents en barris amb rendes més baixes.

Seguint aquesta premissa, podem observar al gràfic 2 que les persones grans en SDF que resideixen en barris de renda més elevada tenen una menys probabilitat d'utilitzar els serveis públics d'atenció domiciliària que ofereix l'Ajuntament de Barcelona<sup>9</sup>, amb independència del nivell d'ingressos de les llars amb persones en SDF. Concretament, les persones grans en SDF residents en barris de rendes altes de Barcelona tenen un 32% menys de probabilitat de ser usuàries del SAD que les residents de zones en què predominen les rendes baixes.

---

9. Els resultats d'aquestes probabilitats es basen en models de regressió logística basat en altres variables com els ingressos de la llar, les formes de convivència, el grau de dependència, el sexe i l'edat de les persones en SDF. Els resultats són estadísticament significatius ( $p < 0,01$ ).

**Gàfic 2. Probabilitat de ser usuari del SAD segons el tipus de barri resident**

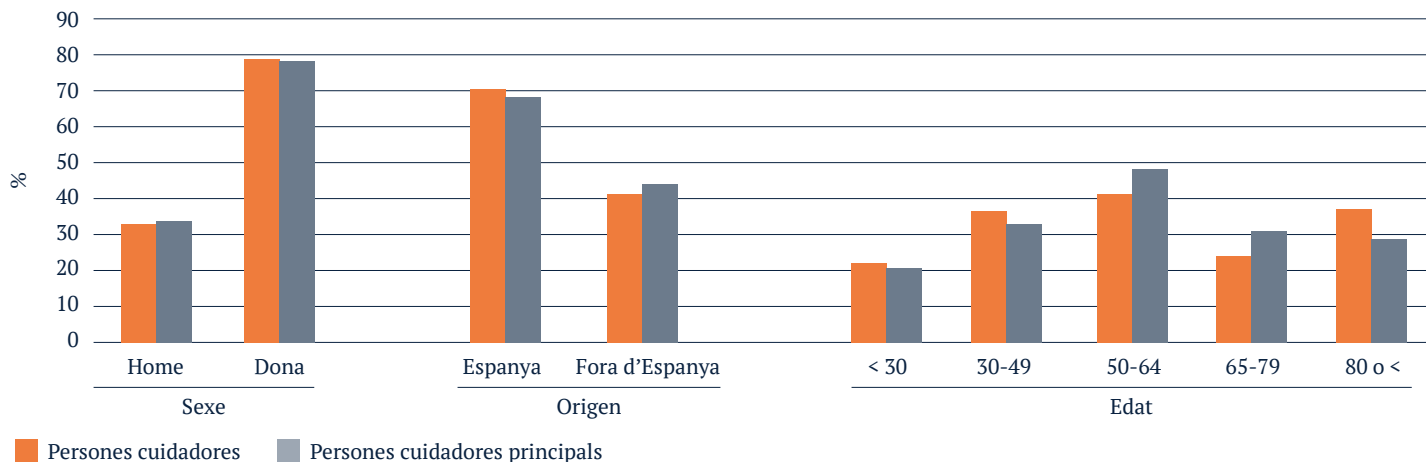
Font: Elaboració pròpia a partir de l'EPSD2018.

## 5. Perfils de les persones cuidadores

Algunes investigacions han mostrat que hi ha certs efectes positius de l'acció de cuidar en les mateixes persones cuidadores (Nolan *et al.*, 1996), però són molt

més nombroses les evidències que mostren els efectes negatius associats a la realització les esmentades activitats (Larrañaga *et al.*, 2008). Alguns col·lectius o perfils socials poden veure's més abocats a fer aquest tipus de tasques, la qual cosa representa una desigualtat social de gran rellevància. En concret, es tracta d'un àmbit especialment significatiu en relació amb la desigualtat de gènere. Les dades mostren que les dones representen pràcticament el 80% de les persones cuidadores de persones grans en SDF, i un percentatge aproximat de casos que suposen la figura cuidadora principal (gràfic 3).

Com s'ha assenyalat en l'apartat anterior, hi ha perfils informals (no retribuïts) i perfils formals de persones cuidadores. En aquest sentit, tant la cura informal com la cura formal continuen sent una funció bàsicament

**Gràfic 3. Característiques de les persones cuidadores i de les cuidadores principals de persones en SDF (%)**

Font: Elaboració pròpia a partir de l'EPSD2018.

feminitzada. En els perfils de persones cuidadores remunerades, la proporció de dones supera el 90%. Es tracta d'un sector bàsicament feminitzat i amb persones nascudes fora d'Espanya. Més del 75% ha nascut en altres països en el cas de les persones cuidadores remunerades (formalment o informalment), i aproximadament el 50% en el cas de treballadores públiques municipals.

A diferència de les persones cuidadores remunerades, la bretxa de gènere s'equilibra si es tenen en compte les persones cuidadores familiars. La diferència entre dones i homes cuidadors familiars és de 13 punts percentuals. En aquest sentit, els perfils familiars més freqüents de cuidadors/es de persones grans en SDF solen ser les filles (32%), la parella masculina/marit (21,2%), la parella femenina/dona (19,2%), els fills (18,2%) i les mares (13,5%).

Les persones grans en SDF poden tenir més d'un cuidador familiar. La càrrega de les persones cuidadores no sempre és la mateixa, i és convenient tenir en compte qui és la persona que suporta més càrregues. Les dades mostren que la bretxa de gènere s'amplia quan es tenen en compte les persones cuidadores principals en el cas dels familiars. La diferència arriba a 31 punts percentuals entre dones i homes que representen el principal cuidador familiar (65,3% i 34,7%, respectivament).

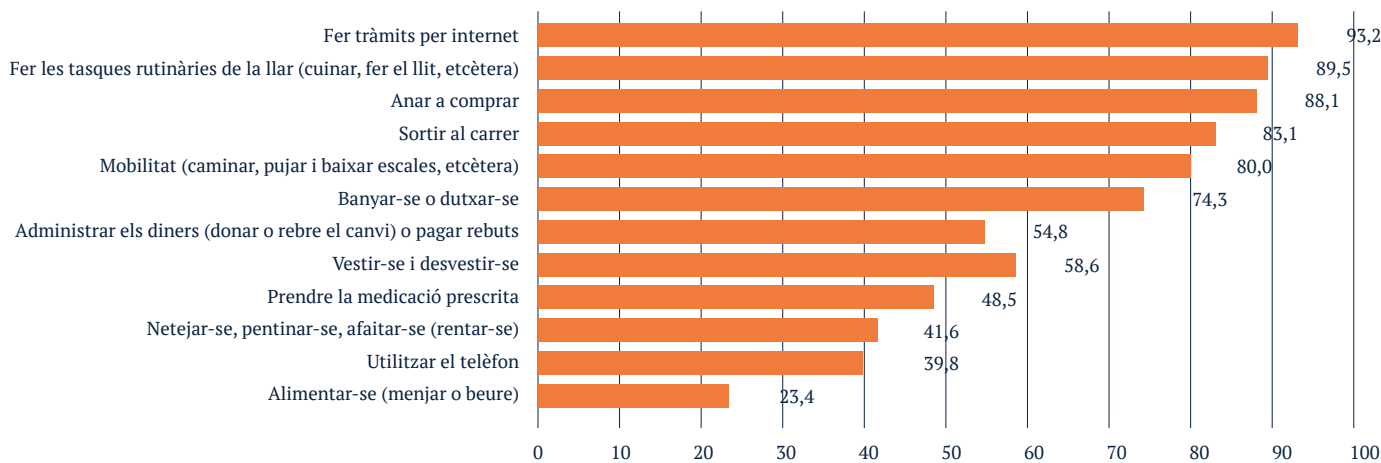
L'edat del/la cuidadora és una característica molt rellevant si es tenen en compte els possibles efectes negatius que poden comportar les tasques de cura per a la salut física i mental de les persones cuidadores. En aquest sentit, les dades mostren que el 24,4% dels familiars que són els cuidadors principals tenen 80 anys o més. Aquestes

persones solen ser la parella de la persona gran en SDF. A aquestes edats, convertir-se en la principal persona responsable de la cura d'una persona amb dificultats per dur a terme les activitats quotidianes és especialment perjudicial i comporta un elevat risc de patir efectes negatius en la salut.

## **6. Necessitats i grau de cobertura de les cures**

El tipus de dependència que tenen les persones en SDF fa que hi hagi diferents activitats de la vida quotidiana que requereixin ajuda d'altres persones. En alguns casos, són activitats relacionades amb la mobilitat (passejar, anar a comprar, pujar i baixar escales, etcètera), amb la higiene personal (dutxar-se, rentar-se, netejar-se, etcètera), amb les tasques de la llar (netejar, cuinar, etc.) o fins i tot amb les funcions més bàsiques, com ara l'alimentació. Les dades mostren que les necessitats principals de les persones grans amb SDF se circumscriuen a fer tràmits per internet, les activitats que impliquen mobilitat i fer les tasques rutinàries de la llar (gràfic 4).

El grau de cobertura d'aquestes necessitats i de la satisfacció de l'ajuda que reben varia segons el tipus de dificultats que tenen i segons els diferents perfils de les persones en SDF. Segons les dades analitzades de l'ESPD2018, les activitats habituals per a les quals necessiten ajuda que estan menys cobertes són les relacionades amb la realització de tràmits per internet (prop del 20% no les tenen cobertes) i les relacionades amb la mobilitat (al voltant del 15%). En relació amb els diferents perfils de persones grans en SDF que tenen bastant o molta dificultat per dur a terme les diferents activitats habituals de la vida quotidiana, els qui tenen un grau de dependència I solen

**Gràfic 4. Persones grans en SDF que tenen bastant o molta dificultat per fer les activitats habituals de la vida quotidiana sense cap ajuda o aparell (%)**

Font: Elaboració pròpia a partir de l'EPSPD2018.

comptar —en pràcticament totes les activitats analitzades, tret de la d'alimentar-se— en gran mesura amb ajuts ocasionals o nuls (menys cobertura) que els qui tenen un grau de dependència més elevat (més cobertura). Aquests resultats mostren que els qui tenen un grau més elevat de dependència o de dificultats per realitzar les activitats del dia a dia tenen més cobertura que els qui tenen graus més baixos de dependència.

Prèviament s'ha assenyalat que a les llars amb més ingressos és més freqüent que les persones grans en SDF tinguin ajuda de familiars i de personal remunerat. Les dades també mostren que el temps que reben d'ajuts i el temps d'atenció també són més intensos. L'EPSPD2018 permet no només saber el temps de cobertura dels ajuts, sinó també analitzar durant totes les hores d'un dia sencer (un entre setmana i un altre en cap de setmana)

amb qui està la persona gran en SDF, així com totes les persones cuidadores que estan ajudant-la a tota hora (com les enquestes d'usos del temps). Segons aquestes dades, les persones que pertanyen al quartil IV d'ingressos reben una mitjana de 14,7 hores de cures d'una persona familiar i 6,8 d'una persona remunerada (en ocasions comparteixen el mateix temps). En canvi, les persones del quartil I d'ingressos de la llar en reben 9,1 i 3,4 hores, respectivament. Respecte a aquests perfils, no hi ha diferències significatives en el temps mitjà d'atenció del SAD. En general, la diferència del temps que reben suport o ajuts de tots els perfils de cuidadors junts al llarg d'un dia (tenint en compte que hi ha moments que més d'un cuidador coincideix temporalment) és de 7 hores: les persones del quartil I d'ingrés reben ajuts i atencions 12,8 hores al dia de mitjana (el 53,1% del temps diari) i les persones del quartil IV, 19,8 hores (el 82,3% del temps diari).

Les persones en SDF necessiten l'ajuda d'una persona de suport d'una manera més contínua que intermitent. La presencialitat suposa un tret important per a l'ajuda d'aquest tipus de persones, que varia segons el grau de dependència funcional. En el cas de les persones grans en SDF de grau III, el 100% necessita ajuda cada dia i el 93,8%, les 24 hores. En el cas de les persones de grau II, el 91,1% declara que necessiten ajuda cada dia de la setmana i el 51,1%, totes les hores del dia. En canvi, en el cas de les persones de grau I, el 75% necessita ajuda cada dia, i el 27,1%, les 24 hores. Que les persones amb més grau de dependència necessitin atenció i seguiment durant tot el dia és comprensible, ja que es tracta de persones amb dificultats per dur a terme tota mena de tasques de la vida quotidiana. En canvi, que més d'una quarta part dels qui tenen el nivell més baix de dependència reconeguda declarin que necessiten atenció contínua cada dia de la setmana al llarg del dia és, en cert grau, contraintuïu. Es tracta de perfils dels quals s'entén que no necessiten una atenció gaire contínua i partint d'això se'ls sol concedir menys temps de serveis del SAD o prestacions més baixes en concepte de persones de cura no professional. Aquestes dades són consistentes amb els perfils que declaren que tenen en menys mesura les necessitats cobertes o el grau de satisfacció dels ajuts que reben. El doble de les persones en SDF de grau de dependència I considera que no estan satisfetes amb els ajuts que reben per cobrir les seves necessitats que les persones de grau III (taula 5).

## 7. Conclusió

La situació poblacional actual i futura de Barcelona suposa un repte ineludible si es volen mantenir certs estàndards de qualitat de vida de les persones grans, les que estan

**Taula 5. Grau en què consideren que els ajuts que reben d'altres persones satisfan les necessitats segons característiques (%)**

	Totalment	Parcialment	No
<b>Total</b>	<b>60,0</b>	<b>26,8</b>	<b>13,1</b>
<b>Tipologia</b>			
SAD	50,3	32,9	16,8
CNP	72,3	19,2	8,5
<b>Barris segons renda</b>			
Rendes baixes	57,4	29,1	13,4
Rendes altes	65,0	22,4	12,6
<b>Ingressos de la llar</b>			
Quartil I	54,0	30,6	15,3
Quartil II	59,3	27,4	13,3
Quartil III	66,2	23,3	10,5
Quartil IV	58,6	26,6	14,8
<b>Grau de dependència</b>			
Grau I	55,5	29,1	15,5
Grau II	65,4	22,9	11,7
Grau III	70,8	21,5	7,7

Font: Elaboració pròpia a partir de l'EPSD2018.

en situació de dependència funcional i les seves famílies. El període de les pròximes dècades serà el clímax de la piràmide demogràfica invertida, la qual cosa suposarà el període més exigent per a les administracions públiques a l'hora de donar resposta a les demandes de polítiques efectives per gestionar la població dependent funcional envellida. Tal com mostren les dades de l'EPSD2018, una part substancial d'aquesta població viu sola (generalment dones) i amb una xarxa baixa o nul·la de suport social. En aquests casos, els serveis d'atenció domiciliària que

proporciona l'Ajuntament de Barcelona, encara que solen ser d'un temps reduït, acaben sent primordials per al benestar d'aquestes persones, tot i que solen tenir menys cobertes les seves necessitats amb el suport que reben.

La ciutat de Barcelona és una societat preferentment familiarista, ja que el nivell de benestar de les persones depèn en gran mesura de la xarxa familiar que tingui cada individu. El suport familiar i les formes de convivència són essencials per entendre el grau de cobertura de les necessitats i les estratègies de cura, ja que acaben sent més determinants que els recursos propis de les llars. Si bé és cert que a les llars amb més recursos hi ha més prevalença a tenir persones cuidadores remunerades (mercat informal o formal), també és cert que són les llars que tenen una prevalença més gran a tenir persones cuidadores familiars. Les dades mostren que les llars amb persones en SDF amb menys rendes tenen més prevalença a ser unipersonals, amb la qual cosa augmenta la probabilitat que rebin menys atenció de familiars. És a dir, les llars de persones grans en SDF amb més ingressos tenen més cobertura durant el dia gràcies a la multiplicitat de cures de què disposen<sup>10</sup>, mentre que els que tenen menys recursos tenen menys accés al mercat privat i al familiar, la qual cosa els deixa en una situació de més risc de vulnerabilitat.

Un altre dels factors que ens mostra l'ESPD2018 com a determinants per entendre les estratègies de cura que tenen els diferents perfils de persones grans en SDF és el territori. Una vegada més, és pertinent analitzar les grans ciutats de manera desagregada a causa de la concentració més o menys homogènia de certs perfils socioeconòmics en àrees concretes. Les diferents "Barcelones" mostren pautes i

comportaments diferenciats de la ciutadania respecte a l'ús de serveis socials, i també a les cures de les persones grans, més enllà de les característiques personals o de la llar. Les persones grans en SDF que viuen en barris de rendes altes es veuen menys atretes per l'ús de serveis socials municipals que les persones amb els mateixos perfils socioeconòmics i de convivència residents en barris de rendes baixes.

En resum, l'estudi presentat mostra una situació de les cures de les persones grans en SDF molt allunyada de la que seria idònia. La implicació de les diferents administracions públiques hauria de ser més determinant en la facilitació de serveis d'atenció domiciliària o prestacions que, al seu torn, permetessin "desfamiliaritzar" el benestar de les persones grans en SDF. Qualsevol pas en aquesta direcció hauria d'estar orientat a millorar les condicions de l'atenció de les necessitats d'aquest col·lectiu, i a reduir la desigualtat d'atenció de les cures derivades de tenir uns ingressos reduïts o una xarxa familiar o de suport social baixa o nul·la. Així mateix, la millora en aquest tipus de polítiques públiques revertiria en la salut de les persones cuidadores familiars, que podrien veure reduïda la càrrega de temps i esforç físic i mental que suposen les cures de persones grans en SDF. En aquest sentit, els perfils de persones cuidadores familiars que actualment estan en una posició de més vulnerabilitat són les dones (la cura influeix en la seva realització personal i en la seva disponibilitat/trajectòria laboral) i, especialment, les de més edat, que poden patir greus efectes sobre la seva salut.

---

10. La desigualtat entre ingressos de la llar i cobertura de cures és encara més gran tenint en compte les persones grans en SDF que són en residències o centres. Aquests estan sobrerrepresentats per llars amb ingressos alts a causa de la falta de places públiques i el seu elevat cost.

## Bibliografía

- ADAMS, B., ARANDA, M. P., KEMP, B. I TAKAGI, K. (2002). "Ethnic and gender differences in distress among Anglo American, African American, Japanese American, and Mexican American spousal caregivers of persons with dementia". *Journal of Clinical Geropsychology*, 8(4):279-301.
- AYUSO, M., RUBIO, R. I ESCRIBANO, F. (2010). "Factores sociodemográficos y de salud asociados a la institucionalización de personas dependientes". *Revista Española de Salud Pública*, 84(6):789-798.
- BELLÓN, J. A., DELGADO, A., DE DIOS, J. I LARDELLI, P. (1996). "Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11". *Atención Primaria*, 18, pàg. 153-163.
- BLASCO J. I TODESCHINI F. (2019). *Avaluació del fons extraordinari per ajuts d'urgència social de l'Ajuntament de Barcelona 2017 i 2018*. Ivàlua.
- BROADHEAD, W. E., GEHLBACH, S. H., DEGRUY, F. V. I KAPLAN, B. H. (1988). "The DukeUNC functional social support questionnaire: Measurement for social support in family medicine patients". *Medicine Care*, 26, pàg. 709-723.
- CABRERO, R. G. I CODORNIÚ, M. J. (2002). *Modelos de atención sociosanitaria: una aproximación a los costes de la dependencia*. Imsero.
- CALVO, M. J. (2007). *Distribució territorial de la renda familiar a Barcelona*. Ajuntament de Barcelona.
- DEAN, A., KOLODY, B., WOOD, P. I MATT, G. E. (1992). "The influence of living alone on depression in elderly persons". *Journal of Aging and Health*, 4(1):3-18.
- DIÉ OLMOS, L., FANTOVA, F. I MOTA, R. (2014). "Capital social y cultural en España. VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2014". Madrid.
- EICHLER, M. I PFAUEFFINGER, B. (2009). "The 'consumer principle' in the care of elderly people: free choice and actual choice in the German welfare State". *Social Policy & Administration*, 43(6):617-633.
- GÁZQUEZ, J. J., PÉREZ, M. C., MIRAS, F., YUSTE, N., LUCAS, F. I RUIZ, M. D. (2007). "Análisis y satisfacción del Servicio de Ayuda a Domicilio en la provincia de Almería (España)". *Anales de Psicología*, 23(1):101-108. Múrcia: Editum. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- GÁZQUEZ, et al. (2011). "Prevalencia de la dependencia funcional en personas mayores". *Anales de Psicología*, 27(3):871-876. Múrcia: Editum. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- HERLITZ, C. (1997). "Distribution of informal and formal home help for elderly people in Sweden". *The Gerontologist*, 37(1):117-124.
- KEMPER, P. (1992). "The use of formal and informal home care by the disabled elderly". *Health Services Research*, 27(4): 421-451
- KRAMER, B. J. I KIPNIS, S. (1995). "Eldercare and work-role conflict: Toward an understanding of gender differences in caregiver burden". *The Gerontologist*, 35(3): 340-348
- LARRAÑAGA, I., MARTÍN, U., BACIGALUPE, A., BEGIRISTÁIN, J. M., VALDERRAMA, M. J. I ARREGI, B. (2008). "Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género". *Gaceta sanitaria*, 22(5):443-450.
- MATHERS, C. D., STEVENS, G. A., BOERMA, T., WHITE, R. A. I TOBIAS, M. I. (2015). "Causes of international increases in older age life expectancy". *The Lancet*, 385(9967):540-548.
- NOLAN, M., GRANT, G., KEADY, J. (1996). *Understanding family care: a multidimensional model of caring and coping*. Buckingham: Open University Press.
- ROGERO, J. (2009). "La distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia". *Revista Española de Salud Pública* 83(3):393-405.
- ROGERO, J. (2010). *Los tiempos del cuidado*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- SARASA, S. I MESTRES, J. (2007). *Women's employment and the adult caring burden. Family formation and family dilemmas in contemporary Europe*. Madrid: Fundación BBVA.