

Dossier

Longevitat i dependència, implicacions socials i econòmiques

Montserrat Guillén i Estany. RFA-IREA, Institut de Recerca en Economia Aplicada, Regional i Pública, Universitat de Barcelona

Antecedents i entorn

Les perspectives de longevitat que tenim actualment plantegen interrogants sobre la qualitat de vida de les persones grans durant els anys addicionals d'esperança de vida que s'han guanyat gràcies als avenços científics i a les pràctiques preventives. Els ciutadans tenen opinions contraposades sobre com els agradaria arribar a grans, però no deixen de preocupar-se sobre com la longevitat i la dependència els afectarà de manera individual. Es pregunten si hi haurà prou serveis d'atenció de cobertura pública, si serà necessari recórrer a l'ajuda de la família, o si l'únic recurs possible haurà de ser hipotecar el patrimoni acumulat durant tota una vida.

L'augment de l'esperança de vida als països europeus ha portat les institucions governamentals i les organitzacions privades a haver d'adoptar polítiques que garanteixin l'ajuda i l'atenció de les persones grans. La Llei de la dependència (sobrenom amb què es coneix el text de la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència) ha obert una finestra d'esperança, però també ha causat molt desconsol en els primers mesos de vigència, ja que els ajuts s'han anat atorgant a poc a poc i han atès inicialment només casos extrems. S'ha fet un pas molt remarcable amb l'aprovació d'aquesta llei, que ha reconegut el dret de les persones a

viure amb dignitat i a percebre ajuts per atendre les necessitats quotidianes a escala individual, però malgrat aquest avenç en benestar, com que no tothom requereix una assistència del mateix grau o nivell, la societat pateix la incertesa derivada de la gran diversitat de situacions particulars que genera la dependència.

La cobertura pública, tal com s'ha plantejat actualment, no pot afrontar els costos d'assistència a totes les persones en tots els graus de gravetat. En definitiva, sembla que el desplegament íntegre del Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència (SAAD) serà sostenible només si es disposa del concurs de la cobertura privada. Com veurem, els recursos privats (de la mateixa persona o de la seva família) no es poden deixar en un segon pla, sinó que són imprescindibles per atendre situacions de dependència lleu o moderada, i fins i tot situacions de dependència greu que els ajuts públics no assoleixin a cobrir.

Per veure aquesta realitat sobre el cost econòmic de l'atenció a la dependència i el finançament de la Llei vigent, ens podem ajudar de les grans xifres sobre el nombre de persones amb dependència que hi ha en el nostre àmbit geogràfic immediat (Espanya, Catalunya i Barcelona). Aquestes dades bàsicament són imprescindibles per valorar la suficiència de recursos i per a una gestió adequada dels serveis socials d'atenció a l'auto-

nomia personal que s'han de prestar a través de la comunitat. L'índex de cobertura dels centres residencials, que és el nombre de places de residència (públiques, privades o mixtes) per habitant de 65 anys o més és molt baix. Espanya té un índex de cobertura del 4% (el 2,23% si comptem només places privades) i Catalunya mostra una cobertura lleugerament superior, el 4,45% i el 2,63% respectivament per a totes les places o només les privades. Malauradament, aquestes xifres indiquen que més del 95% de la població de més de 65 anys no podria tenir accés a una plaça fins i tot encara que ho volgués o s'ho pogués pagar, senzillament perquè no n'hi ha. D'altra banda, caldria tenir en compte el cost de les places i les modalitats de serveis alternatius que es podrien oferir per ajudar a prendre les decisions més adequades per a cada individu.

Per tractar aspectes més personals cal valorar les perspectives de qualitat de vida i el cost econòmic que representa l'atenció a les persones grans en el nou context social. Interessa veure a quina edat es comença a presentar la dependència amb més intensitat i quin cost suposa haver d'afrontar una etapa de la vida on la major part de les activitats quotidianes poden ser difícils de desenvolupar en solitud (com ara anar a comprar, netejar, preparar el menjar, tenir cura d'un mateix; fets tan imprescindibles com per exem-

ple rentar-se, vestir-se o seguir una pauta simple de medicació). Caldrà conèixer els serveis disponibles per als ciutadans i les ciutadanes i allò que es pot esperar de les polítiques socials. En aquest estudi no es poden considerar tots els casos particulars, però els resultats poden ajudar en la planificació. En la realitat trobem des d'ancians sense família ni recursos (els més desfavorits) fins a aquells que compten amb molts cabals per cuidar d'ells mateixos, fer-se cuidar i, fins i tot, deixar béns i diners als seus hereus.

Algunes xifres bàsiques que presentem aquí permeten quantificar l'esperança de vida, l'esperança de vida en diferents graus de dependència i definir alguns criteris econòmics que, com totes les mesures estadístiques, són potencialment criticables perquè responen a comportaments mitjans i a supòsits sobre l'evolució futura dels preus.

Conceptes clau Longevitat i qualitat de vida

L'indicador de longevitat més conegut és l'esperança de vida en néixer, però l'esperança de vida a partir d'una certa edat és una altra mesura alternativa a l'anterior i força més desconeguda. Espanya, que ocupa un dels primers llocs en longevitat en néixer, és a la novena posició de països del món en esperança de vida a partir dels 80 anys (7,51 anys per als homes i 9,01 per a les dones segons

dades extrapolades del *Human Mortality Database*, 2005). Contràriament al que es podria pensar, l'esperança de vida a partir dels 80 anys no ha canviat gaire en les darreres dècades, ja que de fet els augments espectaculars en esperança de vida en néixer que s'han experimentat al llarg del segle xx es deuen fonamentalment a la disminució de la mortalitat infantil.

Per tenir en compte la qualitat dels anys viscuts, cal combinar la mesura de la longevitat amb alguna noció que reflecteixi l'estat de salut dels individus. Com que la longevitat no implica necessàriament viure en condicions òptimes, s'incorpora la noció d'anys viscuts sense dependència i amb dependència, la qual s'entén com la impossibilitat de desenvolupar certes tasques autònomament. Aquest concepte és difícil perquè no està clarament delimitat a quines activitats fa referència ni com es pot fer una escala objectiva de la dificultat. Malgrat que hi ha sistemes internacionals de valoració, no s'ha establert un instrument consensuat en la comunitat científica mundial, i per això és difícil fer comparacions acurades entre diferents països.

La manera de mesurar la durada esperada de la dependència a escala individual, distingint segons la gravetat, depèn molt de com es defineix l'element clau que és el llindar que separa la dependència de l'autonomia. Què és una situació de dependència? És complex respondre-

hi perquè cal poder distingir entre una situació on hi ha dificultats però encara hi ha la possibilitat de dur a terme les tasques sense l'ajuda d'algú altre, i aquella situació en la qual és imprescindible que una tercera persona intervingui. La mateixa barrera trobem entre el càlcul del cost de l'assistència de llarga durada en la vellesa (lligat a les dificultats que es van presentant en les persones grans) i el cost de l'ajuda en situació de dependència (que arriba quan hi ha impossibilitat de dur a terme autònomament fets vitals). Els costos d'atenció a les persones tant en la vellesa com en situació de dependència creixen a mesura que augmenten les incapacitats, però quan es presenten les situacions més greus, la intensitat de l'ajuda té una durada en mitjana més curta que els serveis necessaris en els casos on cal una ajuda més moderada.

L'Organització Mundial de la Salut, dins la Classificació Internacional del Funcionament, de la Discapacitat i de la Salut (OMS, 2001), defineix la discapacitat com un terme genèric que considera tant les deficiències en l'àmbit corporal (problemes en les funcions fisiològiques o en les estructures corporals de la persona), les limitacions en l'activitat (dificultats que l'individu pot tenir per desenvolupar activitats, tant qualitativament com quantitativament parlant) i les restriccions en la participació amb altres individus (problemes experi-

mentats per l'individu en les seves relacions amb la societat). La dependència es pot entendre com la necessitat d'ajuda de terceres persones davant de la presència d'una discapacitat, però en la llei espanyola és determinant la valoració de la intensitat en el requisit d'aquesta ajuda. Per aquesta raó, les estadístiques basades en la presència de discapacitats no tenen la mateixa orientació que l'esperit de la legislació vigent, en què l'accent es posa en el suport extern.

Quan l'Institut Nacional d'Estadística (INE) va elaborar l'Enquesta de discapacitats, deficiències i estat de salut (EDDES) l'any 1999, va obtenir una font d'informació molt exhaustiva sobre la població espanyola que més tard va derivar en el desenvolupament del *Llibre blanc de la dependència* (2005) i la Llei de dependència. L'EDDES es va centrar en aquelles limitacions que afectaven les activitats de l'individu durant períodes superiors a un any i va tenir en compte trenta-sis activitats i una valoració subjectiva de la capacitat de dur-les a terme. Moltes de les xifres que avui es publiquen estan basades en la mostra de l'EDDES i en diverses enquestes de salut que fan una definició de dependència àmplia (entesa com la presència d'alguna discapacitat) i en sintonia també amb la definició que es va proposar al *Llibre blanc de la dependència* (2005), que assignava puntuacions a les discapacitats per desenvolupar les activitats de la vida

diària (AVD). Finalment, els graus i nivells que s'han previst a la llei han resultat ser lleugerament diferents i en certa mesura més estrictes, ja que no totes les activitats tenen el mateix pes a l'hora de computar la valoració total i amb puntuacions altes que s'assoleixen només en estats greus o de total discapacitat. És a dir, el que es podria considerar de manera àmplia com una persona amb dificultats d'autonomia personal no és exactament el mateix que una persona amb dependència quan s'aplica al barem de la Llei de dependència.

Esperança de vida i dependència

L'esperança de vida es calcula com una mitjana estadística que permet reflectir el nombre esperat d'anys de vida d'un individu. Es dedueix a partir dels anys viscuts per altres individus (de generacions anteriors) sense tenir en compte la situació en la qual han sobreviscut. L'objectiu de la segmentació de l'esperança de vida és quantificar la durada esperada i la gravetat de les situacions de dependència. Introduir nivells de qualitat de vida permet obtenir una valoració més rica i qualitativa de la longevitat. Un altre dels objectius que es persegueixen mitjançant la desagregació és estimar la durada esperada de cada nivell de dependència i posteriorment calcular els costos dels serveis del SAAD.

Cada individu té una trajectòria vital diferent, suposant que inicial-

ment es troba en un estat de salut òptim. Per exemple, pot adquirir alguna discapacitat moderada durant alguns anys i seguidament retornar a l'estat inicial, o també pot passar de l'estat de discapacitat moderada a una discapacitat agreujada i a una dependència, quan la seva situació empitjora. En l'estudi de la longevitat i la dependència, s'ha de tenir en compte que les transicions entre els possibles estats no es donen amb la mateixa intensitat en totes les edats, ni igual per als dos sexes. Hi intervenen les pràctiques saludables, els estils de vida i molts altres factors (com la predisposició genètica o els antecedents mèdics), així com esdeveniments completament accidentals. Les taules de múltiples estats permeten sintetitzar el nombre d'individus que es troben en cada un dels nivells de salut considerats, i a partir d'elles es poden construir índexs sintètics que, encara que no coincideixin amb l'experimentat per cap individu concret, resumeixen el comportament en mitjana de la població.

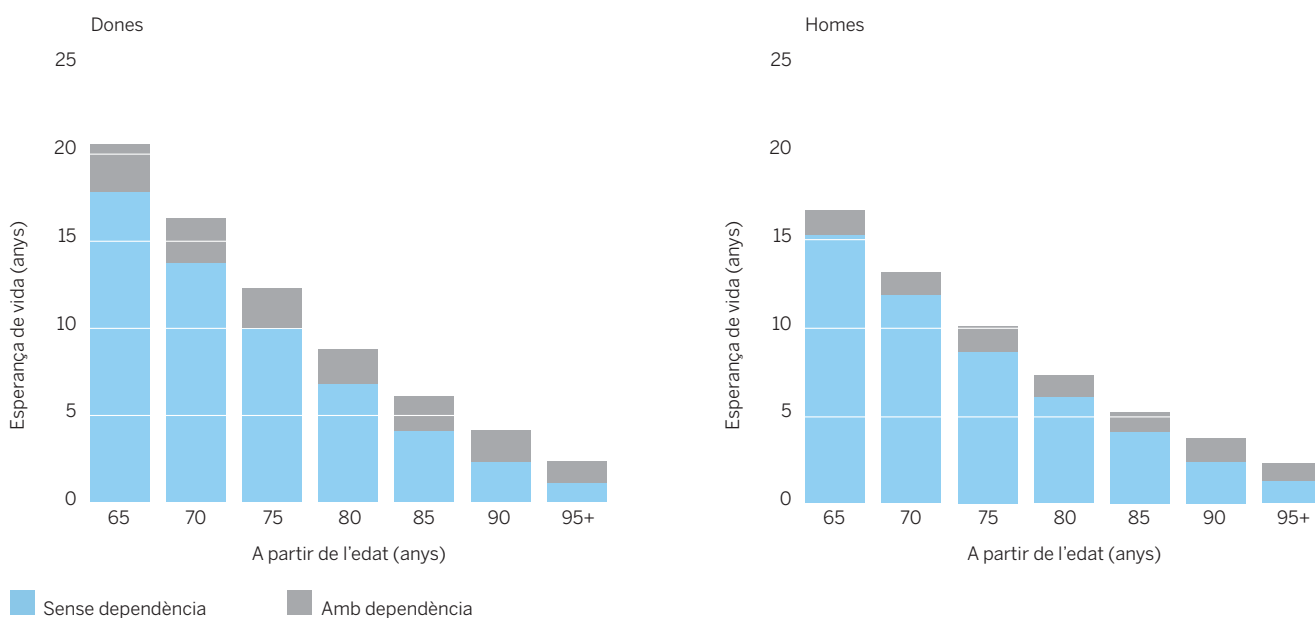
La taula 1 mostra per a homes i dones com l'esperança de vida a partir dels 65 anys discorre parcialment sense dependència i en estat de dependència, incloent-hi els tres graus de gravetat que es defineixen al *Llibre blanc de la dependència* (2005). A la taula 2 es presenta l'esperança de vida sense dependència (que exclou els tres graus: moderat, greu i gran

dependència), que suposa el 92% dels anys restants als 65 anys per als homes i el 87% per a les dones i, als 85 anys el 77% dels anys restants als

homes i el 69% a les dones. Com es veu, la dependència serà un 8% de la durada esperada de la vida a partir dels 65 anys per als homes i un 13%

per a les dones. Aquest percentatge creix amb l'edat fins arribar a ser aproximadament el 50% dels anys de vida restants als 95 anys.

Gràfic 1. Esperança de vida sense dependència i amb dependència segons el sexe



Taula 1. Esperança de vida (anys) sense dependència i amb dependència moderada, greu o gran dependència, per sexes i a partir de cada edat

A partir de (anys)	Homes			Dones		
	Esperança de vida	Esperança de vida sense dependència	Esperança de vida amb dependència	Esperança de vida	Esperança de vida sense dependència	Esperança de vida amb dependència
65	16,61	15,27	1,33	20,58	17,94	2,64
70	13,16	11,84	1,32	16,35	13,82	2,52
75	10,08	8,80	1,28	12,44	10,10	2,34
80	7,51	6,25	1,27	9,01	6,88	2,13
85	5,41	4,15	1,25	6,21	4,31	1,90
90	3,85	2,64	1,21	4,14	2,45	1,69
95+	2,43	1,46	0,97	2,44	1,10	1,34

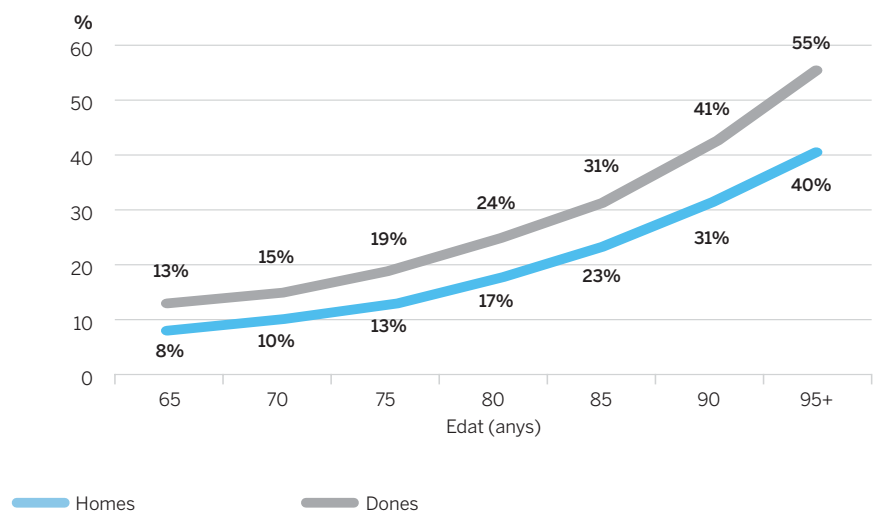
Font: elaboració pròpia a partir de Guillén et al. (2006), INE (1999), Human Mortality Database i definicions dels nivells de gravetat del *Llibre blanc de la dependència* (2005).

La font estadística que s'ha fet servir per sustentar els càlculs anteriors és l'EDDES (1999). Aquesta enquesta es va elaborar amb una mostra molt àmplia i gairebé sense precedents de 70.500 habitatges (218.185 individus a tot Espanya) i va cobrir les fortes mancances d'informació oficial que hi havia fins llavors sobre els fenòmens de la discapacitat i la dependència. L'EDDES es fonamenta en el marc de la Classificació Internacional de Deficiències, Discapacitats i Minusvalideses (CIDDM). Al qüestionari de l'enquesta i per a cada persona de la llar de 6 anys o més es van recollir totes les discapacitats que manifestaven, ja fossin independents o no entre si. Per a cada discapacitat es va demanar informació sobre la persistència de la discapacitat en el temps i sobre quin era el seu nivell de dificultat a l'hora de dur a terme cada activitat. Les categories de discapacitats considerades estaven relacionades amb

activitats de la vida diària relacionades amb la visió (4 activitats), l'oïda (3), la comunicació (4), l'aprenentatge, l'aplicació de coneixements i desenvolupament de tasques (4), el desplaçament dins l'habitatge (3), la utilització

de braços i mans (3), els desplaçaments fora de la llar (3), la cura d'un mateix (4), el desenvolupament de feines de la llar (5) i la relació amb altres persones (3). En total el qüestionari va establir un total de 36 activitats.

Gràfic 2. Esperança de vida amb dependència (percentual) segons el sexe



Taula 2. Esperança de vida (percentual) sense dependència i amb dependència moderada, greu o gran dependència, per sexes i a partir de cada edat

A partir de (anys)	Homes			Dones		
	Esperança de vida (anys)	Sense dependència (%)	Amb dependència (%)	Esperança de vida (anys)	Sense dependència (%)	Amb dependència (%)
65	16,61	92	8	20,58	87	13
70	13,16	90	10	16,35	85	15
75	10,08	87	13	12,44	81	19
80	7,51	83	17	9,01	76	24
85	5,41	77	23	6,21	69	31
90	3,85	69	31	4,14	59	41
95+	2,43	60	40	2,44	45	55

Font: elaboració pròpia a partir de Guillén et al. (2006), INE (1999), Human Mortality Database i definicions dels nivells de gravetat del Llibre blanc de la dependència (2005).

Per fixar els nivells de gravetat de la dependència, considerant per a això la capacitat de dur a terme aquestes activitats de la vida diària, en els càlculs presentats aquí s'empra el criteri definit pel *Llibre blanc de la dependència* (2005). Aquest, abans de definir els nivells de dependència (capítol 12, pàgines 6-7), considera només les nou activitats següents com a activitats bàsiques de la vida diària: 1) rentar-se i cuidar el propi aspecte; 2) controlar les necessitats i utilitzar el servei; 3) vestir-se, desvestir-se i arreglar-se; 4) menjar i beure; 5) canviar i mantenir les diverses posicions del cos; 6) aixecar-se, ajeure's i romandre dempeus o assegut; 7) desplaçar-se dins de la llar; 8) reconèixer persones i objectes i orientar-se; 9) entendre i executar ordres i/o tasques senzilles.

El model de classificació proposat pel *Llibre blanc* considera tres nivells o graus de dependència. Així doncs, en el nivell més greu se situa la gran dependència, on l'individu necessita ajuda per desenvolupar diferents activitats bàsiques de la vida diària diverses vegades al dia i, a causa de la seva pèrdua total d'autonomia mental o física, li cal la presència contínua d'una altra persona. A continuació hi ha la dependència greu, on l'individu és ajudat en diverses activitats bàsiques de la vida diària dues o tres vegades al dia, però no requereix la presència contínua d'una persona encarregada de la seva cura. Finalment es descriu la dependència moderada, en la qual

cal ajudar l'individu per desenvolupar una o diverses activitats bàsiques de la vida diària almenys una vegada al dia. D'aquesta manera, el *Llibre blanc* proposa un indicador sintètic de la gravetat, molt vinculat a la necessitat d'assistència personal, que té en compte el nombre d'activitats bàsiques de la vida diària que es poden dur a terme i el grau de dificultat per fer-les sense ajuda. A través de l'assignació de punts es pot reflectir la gravetat de la discapacitat en el desenvolupament de les activitats bàsiques de la vida diària, i per tant s'assigna un punt per a l'activitat de la qual es presenta una discapacitat moderada, dos punts per l'activitat en la qual es presenta una discapacitat greu i tres punts, per la presència de discapacitat total en l'activitat. Si considerem aquest criteri d'assignació, la puntuació màxima que es pot assolir és de 27 punts, quan l'individu no pot dur a terme cap de les nou activitats bàsiques de la vida diària. D'altra banda, la puntuació mínima és de 2 punts, ja que la definició de dependència del *Llibre blanc* exigeix la discapacitat greu en alguna de les nou activitats bàsiques de la vida diària considerades. Amb aquestes puntuacions, la categorització de les persones amb dependència es fa de la manera següent: més de 15 punts significa gran dependència, entre 7 i 15 punts significa dependència greu i menys de 7 punts significa dependència moderada.

Convé assenyalar que aquest indicador de gravetat no ens permet

identificar estrictament persones amb dependència en un sentit molt ampli, ja que en particular no inclou la situació de dependència lleugera, ni tampoc les que s'identifiquen amb la classificació final de la Llei de dependència. L'índex de valoració de la dependència (d'ara endavant IVD) es va aprovar l'any 2007 i determina les situacions de dependència moderada, dependència greu i gran dependència que es recullen a la Llei, però empra un criteri nou, malgrat que inspirat en el *Llibre blanc*. Segons el barem de l'IVD, la classificació es divideix en:

a) Grau I. Dependència moderada: quan la persona necessita ajuda per desenvolupar algunes activitats bàsiques de la vida diària, almenys una vegada al dia o té necessitats de suport intermitent o limitat per a la seva autonomia personal. Es correspon a una puntuació final de l'IVD de 25 a 49 punts.

b) Grau II. Dependència greu: quan la persona necessita ajuda per desenvolupar diverses activitats bàsiques de la vida diària dues o tres vegades al dia però no requereix el suport permanent d'un assistent o té necessitats de suport extens per a la seva autonomia personal. Es correspon a una puntuació final de l'IVD de 50 a 74 punts

c) Grau III. Gran dependència: quan la persona necessita ajuda per desenvolupar diverses activitats bàsiques de la vida diària diverses vegades al dia i, per la seva pèrdua total d'autonomia física, mental, intel·lectual o sensori-

al, necessita el suport indispensable i continu d'una altra persona o té necessitats de suport generalitzat per a la seva autonomia personal. Es correspon a una puntuació final de l'IVD de 75 a 100 punts.

Els punts s'obtenen per l'IVD i amb menys de 40 punts obté el nivell 1 del grau I, entre 40 i fins a 49 punts el nivell 2 del grau I, entre 50 i 64 punts el nivell 1 del grau II, entre 65 i 74 punts el nivell 2 del grau II, entre

75 i 89 punts el nivell 1 del grau III i més de 90 punts el màxim nivell (nivell 2 del grau III).

La manca d'equivalència entre les puntuacions del *Llibre blanc* i les de l'IVD origina confusió en les xifres que s'acostumen a emprar. Per tant, convé tenir molta cura en la definició de les categories de dependència i amb les diferències de criteri segons que s'empri la classificació del *Llibre Blanc* o del barem de l'IVD. Les dife-

rències es deuen al fet que hi ha més detall en les tasques considerades en aquest darrer i en una diferenciació en la importància de cadascuna de les activitats a través de l'assignació de pesos per obtenir la puntuació final del barem.

Població amb discapacitats i amb dependència

La taula 3 mostra el nombre de persones a partir de 65 anys amb alguna

Taula 3. Població de 65 anys o més amb alguna discapacitat o algun grau de dependència per comunitats autònomes. Espanya, 2005

Comunitat autònoma	Població total de 65 anys o més	Amb alguna discapacitat*	Amb qualsevol grau de dependència	Amb dependència de grau III
Andalusia	1.172.276	381.348	142.009	14.996
Aragó	261.515	64.055	30.457	2.234
Astúries (Principat d')	236.526	62.446	28.485	2.371
Balears (Illes)	138.512	29.118	15.879	1.708
Canàries	246.399	49.047	26.133	3.023
Cantàbria	106.136	29.416	13.254	1.015
Castella i Lleó	570.312	190.088	68.930	4.772
Castella - la Manxa	363.110	106.657	44.637	3.512
Catalunya	1.175.519	319.041	133.402	12.146
Comunitat Valenciana	781.186	183.941	86.316	8.627
Extremadura	208.808	66.544	26.187	2.235
Galícia	594.496	168.336	72.469	5.352
Madrid (Comunitat de)	870.077	193.786	93.410	9.434
Múrcia (Regió de)	189.046	62.376	23.153	2.416
Navarra (Comunitat Foral de)	104.987	25.512	12.478	1.061
País Basc	393.287	78.960	41.491	3.476
Rioja (la)	56.403	8.661	6.858	584
Ceuta	8.490	n.d.	888	122
Melilla	7.307	n.d.	770	146

Font: IMSERSO. Resolució de 23 de maig de 2007 (BOE de 2 de juny de 2007), estimació segons el *Llibre blanc de la dependència*.

*Guillén et al. (2006) referida a població 2005

Nota: n.d. vol dir 'no disponible'.

discapacitat per comunitats autònomes a Espanya i el percentatge de persones amb dependència. Aquestes xifres posen de manifest que hi ha diferències per territoris i que aquestes diferències es poden explicar en bona part per un diferent grau d'envelliment de les diverses zones. El que s'observa arreu és que, com que hi ha més presència de discapacitats en les edats més avançades, aquelles comunitats més envellides tenen

percentatges més elevats de població amb necessitats de dependència que d'altres. Andalusia, Catalunya i la Comunitat Autònoma de Madrid són les comunitats on hi ha un nombre més elevat de persones de 65 anys o més que tenen dependència de grau III. En aquestes comunitats, que per si mateixes ja tenen molta població, també és on hi ha més persones amb alguna discapacitat o amb algun grau de dependència. Com que es

tracta de les comunitats amb un elevat nombre de residents de 65 anys o més, cal mirar valors percentuals per comparar-les entre elles i amb les altres.

A la taula 4 es mostra el percentatge de població de 65 anys o més sobre el total de població i el percentatge que representen les persones que pateixen una discapacitat o algun nivell de dependència sobre aquest segment. Castella i Lleó,

Taula 4. Població amb edat superior o igual a 65 anys amb discapacitat o algun grau de dependència per comunitats autònomes. Espanya, 2005

Comunitat autònoma	Persones de 65 anys o més sobre el total de la població (%)	Amb alguna discapacitat*	Amb qualsevol grau de dependència (%)	Amb dependència de grau III (%)
Andalusia	14,7	39,4	12,1	1,3
Aragó	20,5	26,8	11,6	0,9
Astúries (Principat d')	22,0	30,0	12,0	1,0
Balears (Illes)	13,8	26,0	11,5	1,2
Canàries	12,3	27,2	10,6	1,2
Cantàbria	18,7	31,5	12,5	1,0
Castella i Lleó	22,6	37,3	12,1	0,8
Castella - la Manxa	18,8	34,0	12,3	1,0
Catalunya	16,5	32,9	11,3	1,0
Comunitat Valenciana	16,3	30,1	11,0	1,1
Extremadura	19,2	35,7	12,5	1,1
Galícia	21,5	32,4	12,2	0,9
Madrid (Comunitat de)	14,5	26,3	10,7	1,1
Múrcia (Regió de)	13,8	40,5	12,2	1,3
Navarra (Comunitat Foral de)	17,4	28,8	11,9	1,0
País Basc	18,4	23,9	10,5	0,9
Rioja (la)	18,4	18,3	12,2	1,0
Ceuta	11,2	n.d.	10,5	1,4
Melilla	10,9	n.d.	10,5	2,0

Font: IMSERSO. Resolució de 23 de maig de 2007 (BOE de 2 de juny de 2007).

*Guillén et al. (2006) referida a població 2005.

Nota: n.d. vol dir 'no disponible'.

Astúries i Galícia són les comunitats que tenen un percentatge més elevat de persones d'edat superior o igual a 65 anys sobre el total de població i són, en aquest sentit, les comunitats més envellides. Les ciutats autònomes de Ceuta i Melilla i els arxipèlags són les comunitats més joves. Una comparació entre les comunitats autònomes indica dos fets rellevants. D'una banda, es veu que pràcticament en totes les comunitats al voltant de l'1% de la població més gran de 65 anys s'estima que té dependència de grau III. D'altra banda, aproximadament l'11% de la població més gran de 65 anys està afectada amb algun grau de dependència. Les variacions que s'observen entre comunitats es poden explicar per la mateixa singularitat de la piràmide demogràfica interna i la irregularitat estadística: les diferències percentuals degudes a errors no es poden considerar significatives ateses les fonts d'informació emprades. Les discapacitats afecten aproximadament un terç de la població igual

o més gran de 65 anys. Finalment, de les xifres de la taula 4 es desprèn que malgrat que la dependència de grau III és la més greu, afecta un grup de població reduït.

A Barcelona es pot aplicar una definició àmplia de dependència i analitzar les dades de l'Enquesta de salut de Barcelona (ESB) de l'any 2006, com es presenta a la taula 5. En aquest cas la definició de dependència està inspirada en el *Llibre blanc* i considera quatre nivells a partir de la resposta a deu preguntes sobre realització d'activitats habituals. Els resultats permeten concloure que de la població de 65 anys i més (334.101 habitants de Barcelona en total), aproximadament un 12% són persones amb dependència greu o gran dependència. S'estima que 163.079 persones majors de 65 anys necessiten ajuda a causa de la dependència en algun grau, i que d'aquestes, 39.707 tenen un nivell greu o molt greu. El nombre de persones amb gran dependència (que equivaldria aproximadament al nivell més

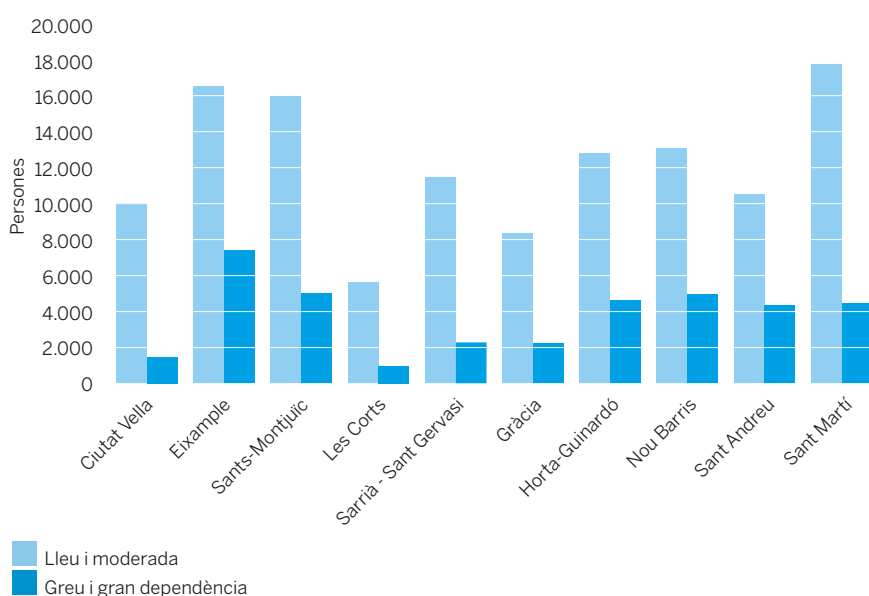
alt del *Llibre blanc* i seria un col·lectiu més ampli que el grau III del barem de l'IVD) suposa el 4% de la població d'edat igual o superior a 65 anys. Aquest percentatge és superior a l'observat en l'anàlisi territorial per comunitats autònomes a Espanya i, malgrat que pot ser en part fruit de la mateixa classificació dels nivells de gravetat i de l'error d'estimació, també es podria explicar pel grau intern d'envelliment en la piràmide d'edats de la ciutat. Si bé a Espanya el percentatge de persones de 80 anys o més representa el 26,39%, a la ciutat aquest col·lectiu és més ampli i representa el 29,45%. Com ja passava en el cas de les comunitats autònomes, les diferències per districtes (taula 6) obeeixen també a les dimensions d'aquests i una vegada més a l'estructura interna d'edats de la seva població. Les persones de 65 anys o més que prioritàriament haurien de rebre suport haurien de ser les que tenen el nivell més alt de dependència, i s'estima que són 13.364.

Taula 5. Població amb edat superior o igual a 65 anys segons la gravetat de la dependència. Barcelona, 2006

Gravetat	Persones	%
Sense dependència	171.060	51,20
Dependència lleu	87.534	26,20
Dependència moderada	35.749	10,70
Dependència greu	26.394	7,90
Gran dependència	13.364	4,00
Total	334.101	100,00

Font: estimacions a partir de l'Enquesta de salut de Barcelona (2006), definicions inspirades en el *Llibre blanc de la dependència*.

Gràfic 3. Població de 65 anys o més amb dependència, per districtes. Barcelona, 2006



Taula 6. Població de 65 anys o més amb dependència, per districtes. Barcelona, 2006

Districtes	Dependència lleu i moderada	Dependència greu i gran dependència	Total
Ciutat Vella	10.033	1.460	11.493
Eixample	16.754	7.632	24.386
Sants-Montjuïc	16.120	5.145	21.265
Les Corts	5.657	1.268	6.925
Sarrià - Sant Gervasi	11.500	2.549	14.049
Gràcia	8.360	2.254	10.614
Horta-Guinardó	13.078	4.932	18.010
Nou Barris	13.451	5.290	18.740
Sant Andreu	10.607	4.526	15.134
Sant Martí	17.812	4.651	22.463
Total	123.372	39.707	163.079

Font: estimacions a partir de l'Enquesta de salut de Barcelona (2006), definicions inspirades en el Llibre blanc de la dependència.

Costos d'atenció a les persones grans i a les persones amb dependència

Des que es van fer les primeres anàlisis globals del finançament que preveu la Llei de dependència es va evidenciar que la cobertura pública prevista inicialment només podria afrontar una part dels costos del SAAD. Encara més clar és, doncs, que no es poden cobrir amb pressupost públic tots els costos d'assistència a persones grans, el que anomenarem les ajudes de llarga durada, que inclouen el SAAD per als casos on hi ha dependència. Diferents estudis apunten que les aportacions pressupostàries previstes a la llei cobriran escassament el 30% del cost estimat, i que seran els governs de cada comunitat autònoma i els organismes locals els que hauran de garantir la prestació de serveis i complementar el finançament, alhora que compartir la responsabilitat de la gestió del SAAD.

L'estimació de l'esforç econòmic individual esperat d'ajudes de llarga durada i del SAAD pot contribuir a dissenyar polítiques socials de dependència que ofereixin un marge de cobertura suficient, tenint en compte els fons públics previstos des de l'Estat. De la mateixa manera pot ajudar a estimar les dotacions necessàries als fons esmentats perquè la cobertura sigui efectiva i sostenible.

Aquesta estimació econòmica dels costos individuals permet, a més,

dissenyar productes provats (com ara pòlisses d'assegurances) i ajuda a la planificació de les decisions individuals sobre quina actuació pot complementar la cobertura social. El mètode d'estimació dels costos d'assistència de llarga durada proposat està basat en els principis bàsics actuuarials, però és senzill en la seva concepció. Únicament es tenen en compte els aspectes següents: el nombre d'anys que s'espera que un individu visqui en cada nivell de discapacitat o dependència, les probabilitats de supervivència i les necessitats d'assistència corresponents a cada un d'aquests nivells amb el seu cost associat.

Per calcular el cost s'ha suposat una modalitat d'assistència mixta, que combina l'atenció al domicili amb la prestació de serveis en centres de dia i en centres residencials en funció de la gravetat de la discapacitat. Des d'aquest punt de vista, s'ha suposat que les persones amb dependència moderada reben atenció domiciliària tres hores al dia; les persones amb dependència greu

assisteixen a un centre de dia i reben una hora d'atenció domiciliària, i les persones amb gran dependència són ateses en una residència. Aquesta modalitat d'atenció s'ha definit tenint en compte les conclusions obtingudes en diferents estudis, en els quals s'avaluen quines són les millors alternatives d'atenció per a les persones grans amb dependència. El cost individual anual de les ajudes de llarga durada que s'ha pres com a referència segons el grau de gravetat i tenint en compte els serveis oferts en cada cas és a la taula 7. Aquest cost base s'ha actualitzat i projectat endavant amb una evolució de la inflació i un augment de preus en línia amb allò que s'ha observat els darrers anys (vegeu més detalls a Bolancé *et al.* 2007). A la taula 7, l'opció presentada suposa que es minimitza el cost de prestació d'assistència.

La taula 8 mostra una estimació del cost individual esperat d'ajudes de llarga durada, és a dir, tenint en compte que es requereix un servei de suport quan apareix alguna discapacitat i efectuant una projecció de les

durades esperades per a cada nivell de gravetat (considerant projeccions de mortalitat, suposant taxes de prevalença decreixents i incloent-hi factors d'evolució de preus). Aquestes xifres s'han d'entendre a partir d'una edat de partida fins al decés i no es poden sumar per edats. Per als homes, el cost individual mitjà esperat de l'assistència en atenció de llarga durada des dels 65 anys fins a la mort suposa 91.000 euros aproximadament, i per a les dones, a 144.000 euros. Si es considera l'assistència des dels 85 anys fins a la mort, el cost esperat són 42.000 euros per als homes i 62.000 per a les dones.

El cost del SAAD i l'atenció a la dependència proporcionaria les xifres de les dues darreres columnes de la taula 8. En aquest cas la diferència amb les columnes anteriors és que només s'atendria els casos que mostressin necessàriament el requeriment insubstituïble d'una tercera persona. En aquest cas, per a un home de 65 anys es necessitaria preveure uns 32.000 euros i aproximadament uns 64.000 per a una dona de la mateixa edat. Les diferències entre homes i dones en el cost d'atenció es deuen fonamentalment a la longevitat superior de les dones i a més durada del seu estat de discapacitat i de dependència.

Dels resultats es desprèn que el cost esperat de l'atenció a la dependència (SAAD) i de l'assistència de llarga durada (ALD) sempre és més

Taula 7. Cost individual anual de l'atenció a la dependència segons la gravetat i el servei. Espanya, 2007

Gravetat	€	Servei
Dependència moderada	13.198	3 h/dia a domicili
Dependència greu	13.198	Centre de dia i 1 h/dia a domicili
Gran dependència	18.600	Residència
Mitjana* (en euros del 2007)	15.168	

*Ponderada segons la prevalença observada a l'Enquesta de discapacitats, deficiències i estat de salut, 1999.
Font: IMSERSO 2001 i elaboració pròpia.

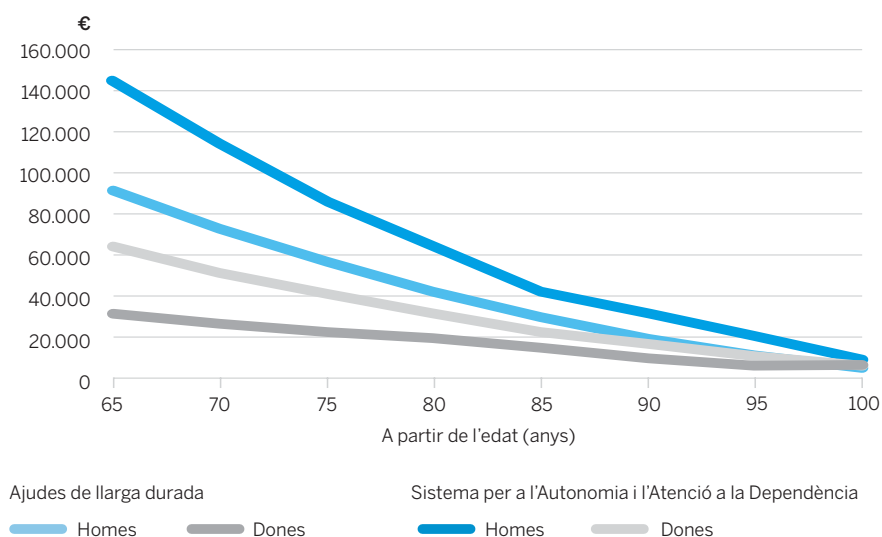
alt per a les dones que per als homes, atesa la seva major esperança de vida en l'estat de discapacitat. A més, el cost associat a l'atenció a la gent gran

o l'assistència genèrica sempre és més alt que l'associat als serveis exclusivament dedicats a la dependència perquè s'inicia en els estats més lleus, la

qual cosa pot oferir una idea aproximada del cost d'oportunitat assumit per les famílies que s'encarreguen de la cura dels seus familiars que, malgrat que no pateixin dependència, poden demanar un suport personal i particularitzat. Concretament, per a un individu d'entre 65 i 85 anys, si la llei atengués exclusivament la dependència de grau III (la més greu, que inclou dos nivells) i un percentatge parcial dels costos de la dependència de grau II (la greu), s'estaria cobrint un cost que equivaldria aproximadament només a un 15-17% del cost esperat d'ajudes de llarga durada o bé a un 50% - 60% del cost del SAAD vinculat a la dependència.

Les necessitats d'ajudes de llarga durada són proporcionals al grau de discapacitat de l'individu. Una major durada de la demanda de serveis implicarà també un cost d'assistència

Gràfic 4. Cost individual esperat d'ajudes a la dependència segons l'edat d'inici, 2007



Taula 8. Cost individual esperat d'ajudes a la dependència segons l'edat d'inici, 2007

Edat d'inici (anys)	Ajudes de llarga durada		SAAD (només per a la dependència)	
	Homes	Dones	Homes	Dones
65	91.706	144.257	31.833	64.219
70	72.956	113.110	27.081	51.833
75	56.557	85.976	23.153	41.118
80	41.885	62.533	19.581	31.495
85	29.082	42.931	15.395	22.733
90	18.273	29.414	10.328	16.326
95	10.964	20.198	6.682	11.703
99	4.791	8.588	7.200	8.143

En euros.

SAAD: Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència.

Serveis: per a discapacitat moderada: 3 h/dia de serveis d'atenció a domicili; per a discapacitat greu (centres de dia + 1 h/dia de serveis d'atenció a domicili); per a gran dependència (residències)

Font: elaboració pròpia.

superior. En conseqüència, a més probabilitat de discapacitat, més esperem la necessitat d'ajuda i l'increment de la demanda d'aquest tipus de serveis i per això l'estimació dels costos que suposen les ajudes de llarga durada és elevada, creix malgrat que decreix amb l'edat per la disminució de les expectatives de vida i el temps durant el qual es requerirà cada tipus d'assistència.

Conclusions

En els pròxims anys, l'augment del nombre de persones amb dependència comportarà un increment de la demanda de prestacions socials i/o sanitàries, que han d'estar coordinades per oferir una resposta sociosanitària adequada.

El desenvolupament del SAAD serà gradual, a fi de compassar el desenvolupament de prestacions amb la creació de la infraestructura necessària. El desenvolupament de totes les prestacions (a causa de la planificació d'infraestructures de serveis) es farà de manera progressiva durant vuit anys. La Llei de la dependència preveu que el primer any es reconegui el dret a accedir a les prestacions a les persones que obtinguin una valoració de grau III (nivells 1 i 2); el segon i tercer anys, les que obtinguin el grau II, nivell 2, el tercer i quart anys, les que estiguin en el grau II, nivell 1; el cinquè i sisè anys, les que es trobin en el grau I, nivell 2; i finalment el setè i vuitè anys, les valorades amb

grau I, nivell 1. Aquest desenvolupament de la llei i les dificultats reals i financeres de posar-lo a la pràctica auguren que aquelles persones amb menor nivell de dependència seran especialment vulnerables, ja que no tenen prioritats suficients per accedir al suport del sistema públic del SAAD i en general hauran de trobar l'ajuda econòmica en el seu entorn.

En la majoria de casos són les famílies, i en especial les dones, les que es fan càrrec d'atendre la població que té dependència. Actualment poc més del 10% dels recursos pressupostaris dedicats a les persones grans es destina a l'ajuda domiciliària, mentre que els recursos institucionalitzats (residències i centres de dia) suposen més del 80% (a part hi ha un 10% dedicat a serveis de teleassistència o complementaris). S'hauria de donar més protagonisme al paper de l'atenció domiciliària, no solament per tenir en compte les preferències de les persones amb dependència, sinó també per mantenir el màxim grau d'autonomia de la població afectada.

Quan els costos d'atenció a la dependència són els associats a una combinació de serveis (atenció a domicili, centres de dia i plaça en residència), s'obté un cost individual notablement inferior a l'opció basada exclusivament en serveis d'atenció a domicili. Aquest últim cas serviria de referent a l'hora d'aproximar el cost del suport informal, normalment assumit per les famílies, i que en mol-

tes ocasions impliquen la no-incorporació de l'assistent al mercat laboral.

El tram d'edat de 65 a 70 anys és molt important amb vista a la previsió personal i privada lligada als costos de la dependència, perquè els costos esperats són elevats en aquest moment (l'esperança de vida residual encara és molt alta per a aquests individus) i la cobertura pública només es produirà si hi ha gran dependència o assumirà únicament part del cost econòmic. Entre 70 i 80 anys, encara que el cost esperat d'ajudes de llarga durada i SAAD és menor en termes absoluts, els productes privats de cofinançament poden ser competitiu perquè no han de cobrir quantitats gaire elevades. A partir de 80 anys, en disminuir l'esperança de vida residual i augmentar la probabilitat de gran dependència i per tant la prestació del sistema públic, el cost que l'individu ha d'assumir és notablement inferior. En el cas de les dones, la distinció entre els diferents períodes d'edat no és tan clara com en els homes, encara que també el cost esperat de cofinançament va disminuint amb l'edat. El descens és més lent a partir de 80 anys.

Les conseqüències immediates de l'augment de la longevitat i del desenvolupament del SAAD fan preveure una demanda creixent de serveis i, per tant, un increment del mercat de treball en aquest sector, com ja s'ha estat anunciant els darrers anys. Malgrat això, la generació que

s'incorpora al col·lectiu de gent gran actualment està minvada pels efectes de la Guerra Civil i pot semblar que disminueixi el creixement de la demanda a curt termini, és a dir, que faci la impressió d'un alentiment en la dinàmica de la prestació de serveis especialitzats en gent gran.

Actualment hi ha un gran debat sobre l'ús del patrimoni o l'habitatge com a generador de rendes per a persones grans, i en aquest treball no hem volgut entrar en aquesta ni altres opcions d'instruments o pensions. Des del punt de vista del finançament de les alternatives d'ajudes de llarga durada i SAAD, les rendes basades en hipoteques de l'habitatge poden reportar beneficis considerables en casos molt concrets,

tant per als acceptants com per als prestadors de l'operació. Essencialment l'avantatge es deriva de mantenir l'ús de l'habitatge com a residència habitual, però les incerteses sobre l'evolució dels preus d'aquest sector i la situació de gran endeutament per part dels individus en general afebleixen el mercat immobiliari. La contractació d'una hipoteca inversa de tipus vitalici està subjecta a una gran quantitat de factors exògens a l'individu, i sobretot a la valoració del seu patrimoni, ja que si aquest no és suficient no podrà proporcionar-li una renda prou significativa. A Barcelona, el fet que hi hagi immobles ben valorats i que el percentatge de propietaris sigui elevat dóna possibilitats a aquesta opció, però l'estat

de conservació i les fluctuacions del sector li resten potencial i per tant no es pot dir que aquesta sigui la solució per afrontar els costos de les persones grans dependents.

Analitzant els diferents resultats, concloem que en les edats més avançades és quan es donen les situacions de gran fragilitat. La major probabilitat de viure en solitud s'uneix a una menor liquiditat de l'individu i al fet que aquest pot ser més vulnerable. Com que el sistema públic de SAAD prioritzarà les persones dependents més greus i desfavorides, és per a la població sense dependència però que requereix una atenció personal moderada per qui s'haurien d'idear instruments adequats i algunes polítiques particulars. 🔑

Bibliografia

ARTÍS, M.; AYUSO, M.; GUILLÉN, M.; MONTEVERDE, M. «Una estimación actuarial del coste individual de la dependencia en la población de mayor edad en España». *Estadística Española*, 49 (2007), 165, 373-402.

BERMÚDEZ, L.; BLAY, D.; GUILLÉN, M. «Análisis de la aparición de discapacidades en personas mayores de Cataluña». *Revista de métodos cuantitativos para la economía y la empresa*, 5 (2008), 3-16.

BERMÚDEZ, L.; BOLANÉ, C.; MUSTAFA-GONDOLBEU, K.; GUILLÉN, M. «Tipologías sociodemográficas de individuos con dependencia en España y su supervivencia en estado de salud». *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 43 (2008), 1, 19-31.

BOLANÉ, C. *Alternativas de cofinanciación de los costes de la dependencia en España*. Madrid: IMSERSO, 2007.

Edad&Vida. «Posicionamiento de Edad&Vida para un marco regulador en la provisión de servicios y financiación de la dependencia». Madrid: Edad&Vida, 2005.

GUILLÉN, M. (dir). *Longevidad y dependencia en España. Consecuencias sociales y económicas*. Madrid, Fundación BBVA, 2006.

Human Mortality Database: <www.mortality.org>. University of California, Berkeley, EUA, Max Planck Institute for Demographic Research in Rostock, Germany, 2005.

IMSERSO. *Informe sobre personas mayores*. Madrid, 2006.

INE. *Metodología de las tablas de mortalidad de la población española 1998-1999*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2002.

INE. *Encuesta sobre discapacidad, deficiencias y estado de salud. Informe General*, Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2005.

Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (BOE de 15 de desembre de 2006).

LÓPEZ-CASASNOVAS, G. *Envejecimiento y dependencia. Situación actual y retos de futuro*. Estudis Caixa Catalunya. Barcelona, 2005.

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. *Libro blanco de la dependencia*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005.