

Màster universitari:
ENVELLIMENT ACTIU I SATISFACTORI.
Prevenió i bases per una atenció integrada.

**LA INFLUÈNCIA DELS FACTORS SOCIALS EN L'ÚS
DE SERVEIS FORMALS**

Autora: Sílvia Mateu Puig

UVIC
UNIVERSITAT
DE VIC

Directors:
EVA CIRERA VIÑOLAS
ÀNGEL SERRA JUBANY

Modalitat: Recerca
Curs Acadèmic: 2010-2011

ÍNDEX

RESUM	3
INTRODUCCIÓ	4
1.1.DEFINICIÓ DE CONCEPTES I ASPECTES BÀSICS PER LA FONAMENTACIÓ DEL TREBALL.....	5
1.2.CONTEXT I MARC LEGAL	11
1.3.LES POLÍTIQUES SOCIALS SOBRE L'ENVELLIMENT. MODELS D'ATENCIÓ A LES CURES DE LLARGA DURADA.....	14
1.4. ELS SERVEIS SOCIALS I LA INTERVENCIÓ EN SITUACIONS DE DEPENDÈNCIA	18
1.5. EL SUPORT FORMAL I INFORMAL EN L'ATENCIÓ A LA DEPENDÈNCIA.....	23
1.6 .REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA SOBRE L'OBJECTE D'ESTUDI.....	27
2. OBJECTIUS	30
3. METODOLOGIA	32
4. RESULTATS	34
5. DISCUSSIO	53
6. CONCLUSIONS	59
7. PROPOSTES PER MILLORAR L'ATENCIÓ A LA DEPENDÈNCIA	60
BIBLIOGRAFIA	63
ANNEXOS	67
Annex 1:Índex de sigles	68
Annex 2:Índex de taules	69
Annex 3:Índex de figures	71
Annex 4:Índex de taules de resultats	75

RESUM

Objectiu: Aquest estudi pretén aportar coneixement sobre el model d'atenció que reben les persones de més de 79 anys dependents del municipi de Vic. Analitzar en quina mesura es fa ús dels serveis formals i quines variables influeixen en la utilització d'aquest.

Mètode: Estudi retrospectiu, descriptiu i transversal. De metodologia quantitativa. La població d'estudi són aquelles persones de 80 i més anys de Vic que van sol·licitar la valoració de dependència entre els anys 2007-2010, amb un grau II o III de dependència reconegut i un Pla Individual d'Atenció validat i concedit per la Generalitat de Catalunya (n=453). Les dades provenen de registres de la Generalitat de Catalunya i de l'Àrea d'Assistència Social i Ciutadania de l'Ajuntament de Vic. Les variables dependents són la utilització de recursos formals (teleassistència, servei d'atenció domiciliària –públic i privat-, centre de dia, residència i prestacions econòmiques derivades de la llei de la dependència). El grau de dependència, el gènere, l'edat, l'estat civil, la convivència, el cuidador principal i el nivell de renda es van considerar variables independents.

Resultats: El model d'atenció majoritari és el que complementa el suport informal amb el formal (62.3%). L'ús de recursos formals té un paper subsidiari (37.7%). La variable convivència influeix de forma significativa amb l'ús de serveis formals ($p < 0.001$ en l'ús de TAS, el SAD públic i el SAD privat).

Conclusió: Els dissenys de programes i criteris de provisió de serveis haurien de contemplar no només el grau de dependència sinó també variables més d'entorn com la convivència. No obstant, existeix encara poca evidència científica en aquesta línia, per això s'hauria de potenciar l'investigació que permetés analitzar les variables de la funció social de forma més acurada.

Paraules clau: Dependència, suport formal, suport informal.

ABSTRACT

Objective: This study aims to provide knowledge about the model of care given to dependent people older than 79 years in the city of Vic and also to analyze what extent is the use of formal services and which variables influence in their use.

Method: Retrospective, descriptive and transversal study. Quantitative methodology. The study population consisted of individuals aged 80 years or more who lived in Vic and who requested the assessment of their dependence between the years 2007-2010 by the procedure provided by the law, with an official recognition of high or moderate dependence (Levels III and II), and also with a validated Individual Plan of Care (PIA) which is granted by the Catalan Autonomous Government (n= 453). The data come from records of the Catalan Autonomous Government and from the Area of Social Services and Citizenship of the city of Vic. The dependent variables are: Use of formal services (telecare, home care –public and private provision-, day center, and economic benefits derived from the law of dependence). Degree of dependence, gender, marital status, living together, relationship with the primary caregiver, and income were considered independent variables.

Results: The mainstream model of care is which complements the informal care with formal services (62.3%). The use of formal services has a minor (subsidiary) role (37.7%). For dependent elderly people living together with informal carers has a significant influence in the use of services ($p < 0.001$ in use of telecare, home care – public and private-).

Conclusion: Elderly attention programs and criteria for provision services should take into account not only the level of dependence but also the environment variables as the cohabitation is. However, there is a little scientific evidence in this area, and for this reason should be important to enhance research with the aim to improve knowledge about the relation between social function variables and the use of formal services.

Key words: Dependence, formal care, informal care

INTRODUCCIÓ

Els canvis sociodemogràfics han convertit el fenomen de l'atenció a la dependència en un dels principals reptes de les polítiques actuals. L'envelliment de la població i la incorporació de la dona al mercat laboral, com a factors principals, han fet sorgir noves necessitats que plantegen interrogants sobre quin ha de ser el model d'atenció a la dependència. La provisió de les Atencions de LLarga Durada (ALLD) és coberta per la interacció entre els tres proveïdors principals: la família, l'Estat i el sector privat. La manera en que cadascun d'aquests tres elements es combinen per tal de satisfer les necessitats assistencials de les persones dependents, és el que es coneix com a el model d'ALLD/dependència.

La utilització d'un únic o diversos proveïdors en l'atenció pot estar determinada per múltiples factors, tant relacionats amb les polítiques socials vigents com d'altres més vinculats a l'entorn social de la persona dependent.

Sóc treballadora social i el meu àmbit d'intervenció és el de la geriatria i la dependència. Existeixen encara pocs estudis sobre els factors que predisposen a un determinat model d'atenció, especialment després de l'aparició de la Llei de la promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a la Dependència (LAPAD). Amb aquest treball, s'intenta mostrar com, amb el volum de dades que es manegen als serveis socials amb el tema de la dependència, es poden analitzar i portar a terme treballs de recerca que ajudin als ens locals en diversos aspectes. Per una banda, aportar coneixement que sustenti les futures actuacions per tal que siguin al màxim d'ajustades a les realitats de les persones grans amb dependència. I per altre, en el disseny de mesures que responguin a les necessitats no només de les persones grans sinó del seu entorn pròxim.

Per tant, poder investigar sobre quin tipus de variables influeixen en la utilització d'un model d'atenció a la dependència o un altre és important per poder acotar les polítiques socials orientades a donar una resposta a les necessitats de les persones grans dependents.

1. MARC CONCEPTUAL

1.1. DEFINICIÓ DE CONCEPTES I ASPECTES BÀSICS PER LA FONAMENTACIÓ DEL TREBALL

1.1.1. El concepte de dependència.

El concepte de dependència és complex i és encara un debat obert. Aquest terme es pot analitzar des de múltiples perspectives i té diferents significats segons el context en què s'utilitza. Per exemple:

- *Dependència física.* Quan la persona no es val per sí mateixa des d'un punt de vista funcional. Seria la pèrdua de control de les seves funcions corporals.
- *Dependència psicològica i mental.* Es relaciona amb les capacitats intel·lectuals i necessitats afectives i emocionals. La persona no disposa d'autonomia emocional per al desenvolupament de la seva vida i per prendre decisions pròpies.
- *Dependència econòmica.* La persona no disposa de la suficient capacitat econòmica per cobrir les necessitats.
- *Dependència social i política* creada en el marc d'un estat protector de la població d'edat, que veu la seva vida "organitzada per un sistema públic de protecció i atenció en el que es perd la capacitat d'iniciativa"⁽¹⁾. També associada a la pèrdua de persones i relacions significatives per l'individu.

Pel tema que es tracta, es refereix a una dependència funcional en el sentit de tenir dificultats per realitzar les Activitats de la Vida Diària (AVD). Des d'aquesta perspectiva es troben diverses definicions. El 1998, el Consell d'Europa s'hi referia com "l'estat en el que es troben les persones que per raons lligades a la manca o pèrdua de capacitat física, psíquica o intel·lectual, tenen necessitat d'una ajuda o assistència important per la realització de les AVD"⁽²⁾. De forma similar l'Organització Mundial de la Salut (OMS), estableix la dependència com "la restricció o absència de la capacitat de realitzar alguna activitat en la forma o dins del marge que es considera normal"(1980). Aquest organisme, inclou sis ítems per identificar les AVD: higiene personal, vestir-se, menjar i beure, la cura del propi benestar, preparar el menjar i tenir cura de la vivenda i per últim, participació en la mobilitat. El procés de la dependència i les seves conseqüències han estat analitzades per la OMS, en el text "Classificació Internacional de Deficiències, Discapacitats i Minusvalideses"⁽³⁾. En aquest text s'identifiquen les tres etapes del procés com:

1. *Deficiència*. Pèrdua o anormalitat d'una estructura o funció psicològica, fisiològica o anatòmica . Exemple: ruptura de fèmur, pèrdua de visió (referit a l'òrgan). Si aquesta limitació afecta a la capacitat de la persona, es passa a la segona etapa del procés.
2. *Discapacitat*. Restricció o absència (deguda a una deficiència) de la capacitat de realitzar una activitat que es considera normal per a un ésser humà. Exemple: impossibilitat de caminar o veure (Referit a la funció - persona). Si aquesta limitació no es pot compensar es passa a la següent fase del procés.
3. *Minusvalidesa*. Desavantatge per una persona degut a una deficiència o discapacitat que limita o impedeix el desenvolupament del seu rol normal. (Referit a allò social). Conseqüències en la seva vida diària.

Finalment, la definició sobre la que es basa aquest treball és la de la LAPAD⁽⁴⁾. Aquesta llei refereix que la dependència “és l'estat de caràcter permanent en el que es troben les persones que, per raons derivades de l'edat, malaltia o discapacitat, i lligades a la falta d'autonomia física, mental, intel·lectual o sensorial, precisen de l'atenció d'una o altres persones o ajudes importants per a la realització de les Activitats Bàsiques de la Vida Diària (ABVD). Les ABVD són les tasques més elementals de la persona, que li permeten desenvolupar-se amb un mínim d'autonomia i independència, tals com: la cura personal, les activitats domèstiques bàsiques, la mobilitat essencial, reconèixer persones i objectes, orientar-se, entendre i executar ordres o tasques senzilles”⁽⁵⁾.

La LAPAD defineix, de la següent manera, tres graus de dependència amb dos nivells per cada grau (nivell 2 més gravetat, nivell 1 menys gravetat):

Grau III. Gran dependència. Quan la persona necessita ajuda per realitzar diverses ABVD, diverses vegades al dia i, per la seva pèrdua total d'autonomia mental o física, necessita la presència indispensable i contínua d'una altra persona o té necessitat d'ajuda generalitzada per a la seva autonomia personal.

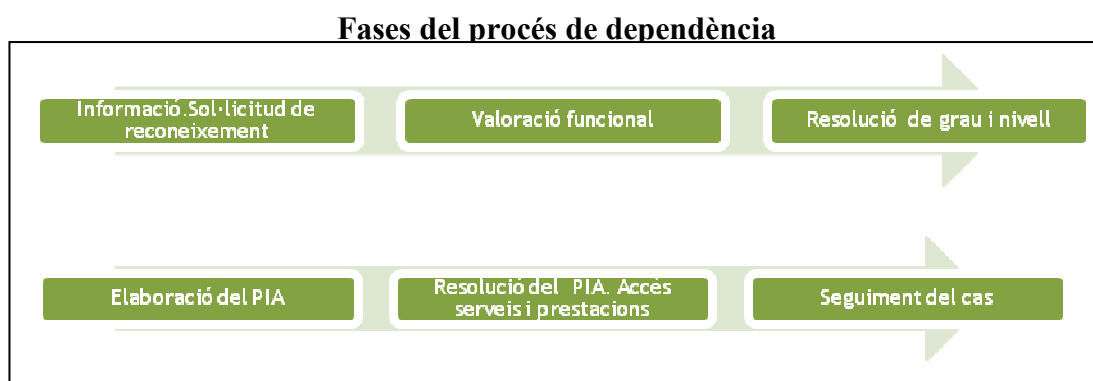
Grau II. Dependència severa. Quan la persona necessita ajuda per realitzar diverses ABVD, dos o tres vegades al dia, però no requereix de la presència permanent d'un cuidador o té necessitats d'ajuda extensa per a la seva autonomia personal.

Grau I. Dependència moderada. Quan la persona necessita ajuda per realitzar diverses ABVD, almenys una vegada al dia o té necessitats d'ajuda intermitent o limitada per a la seva autonomia personal.

1.1.2. Fases del procés de dependència

La LAPAD estableix una implementació progressiva a l'Estat Espanyol, que va començar el 2007 amb les persones reconegudes amb un grau III de dependència, fins el 2015 que tindran accés al Sistema de la dependència les persones amb un grau I-1. En aquest treball, només em referiré a les persones amb grau III i II que són els que a l'inici del treball estaven reconeguts legalment.

A Catalunya la Generalitat, va crear el Programa per a l'impuls i l'ordenació de la promoció de l'autonomia personal i l'atenció a les persones amb Dependència (PRODEP), encarregat d'aplicar la legislació estatal. La operativa del programa es concreta, tal i com es pot veure en la següent figura, en una sèrie de procediments que defineixen tot el procés que han de recórrer les persones amb dependència.



En primer lloc, cal complimentar la sol·licitud. Un cop tramitada la sol·licitud, el Servei de Valoració de la Dependència (SEVAD) es posa en contacte amb la persona sol·licitant per tal d'acordar una cita i fer-li una valoració al domicili. Després de ser valorat pel SEVAD, aquest envia un informe / proposta a l'òrgan competent de la Generalitat, per resoldre el grau i nivell de dependència. Posteriorment s'envia una resolució del grau a la persona sol·licitant. Paral·lelament, el departament corresponent de la Generalitat de Catalunya, també ha d'enviar les dades dels usuaris amb grau de dependència reconegut, als Serveis Socials d'Atenció Primària, els quals es posaran en contacte amb els usuaris per tal d'elaborar el Pla Individual d'Atenció (PIA). El tècnic social, a partir de la resolució del grau de dependència, la disponibilitat de recursos del territori, la valoració social i les instruccions que marca el PRODEP, dissenyen aquest pla personalitzat juntament amb la família. El resultat és un acord del PIA que recull els serveis i prestacions econòmiques més adequades a les necessitats de la persona dependent. Aquesta proposta d'acord s'envia al PRODEP, que és l'encarregat de validar-lo i enviar la resolució del PIA corresponent a la persona interessada.

La legislació estableix que el temps que ha de transcórrer entre la sol·licitud de la valoració i la resolució del grau és d'un màxim de tres mesos i entre la resolució de grau i la elaboració del PIA és de tres mesos més⁽⁵⁾.

1.1.2. La valoració de la funció social i les seves dimensions. El suport informal

En el camp de la geriatria i en les ALLD, són claus les valoracions des d'una perspectiva multidimensional i interdisciplinària⁽⁶⁾. Per poder fer una bona atenció és bàsic una Valoració Geriàtrica Integral (VGI) que inclogui els aspectes clínics, funcionals, mentals (cognitiu-afectius) i també valorar la funció social. Però, a que es refereix la funció social? “El funcionament social és un concepte ampli que abasta totes les relacions i activitats humanes que tenen lloc en la societat i implica persones interaccionant en família i comunitat”⁽⁷⁾. Les dimensions que inclou la funció social són: la xarxa social, el suport social, la sobrecàrrega del cuidador, els recursos socials, el benestar subjectiu i satisfacció i els valors i preferències individuals⁽⁸⁾, que es definiran més endavant.

Els aspectes que contenen la funció social són sovint molt generals i això comporta algunes dificultats per quantificar-los. D'entrada són conceptes poc definits als que no s'ha arribat a un consens de com valorar-los. En aquest sentit existeixen alguns problemes en la medició del funcionament social. Al ser un concepte ampli cal que els proveïdors de serveis geriàtrics decideixin quins seran els aspectes concrets de la valoració social rellevants, de quina manera es recollirà la informació i com s'avaluarà.

1.1.2.1 Les dimensions de la funció social.

Seguint el que estableixen els autors Kane R. i Rubenstein L.^(7,8), el funcionament social compren diverses àrees:

a) Les *xarxes socials* són el conjunt de vincles socials al voltant d'un individu. Indiquen les característiques estructurals de les relacions que manté una persona (nombre de relacions, composició, freqüència de contactes, proximitat, etc.)

b) El *suport social* es refereix a la forma d'ajuda que una persona pot rebre de les seves xarxes socials. Es pot classificar en tres categories en funció del suport rebut: La primera és la provisió de suport emocional, és a dir, sentir-nos estimats per les persones properes, relacionar-nos amb elles. Aquest tipus d'ajuda reforça el sentit de pertinença al grup social i l'autoestima personal. La segona, és el

suport informatiu i estratègic per resoldre problemes concrets. I la tercera i última categoria és el suport material o instrumental, que consisteix en la prestació d'ajuda i/o serveis en situacions problemàtiques que un mateix no pot resoldre^(9,10). Dins d'aquesta tipologia de suport és on se situa la recepció d'ajuda i cura en el cas de persones amb situació de dependència, que és el que s'anomena el suport informal.

El concepte de *suport informal* és definit com l'atenció no remunerada que es dona a les persones amb algun tipus de dependència psicofísica per part dels membres de la família o altres subjectes, sense cap vincle d'unió ni d'obligació amb la persona dependent que no sigui el d'amistat o el de la bona relació veïnal. Aquests agents i xarxes no pertanyen als serveis formalitzats d'atenció ni a xarxes o associacions d'ajuda mútua⁽¹¹⁾.

Per tant, el suport informal és un tipus de suport social que es caracteritza perquè, per una banda, el realitzen les persones de la xarxa social (familiars, veïns i amics) de la persona dependent, i per altra, es proveeix de forma voluntària, sense que hi participi cap institució ni existeixi cap remuneració⁽¹²⁾. Així doncs, inclou totes les cures que no són dispensades per professionals, tan si són del sector públic com del privat, ni voluntaris.

c) La *sobrecàrrega del cuidador*. La major part de l'ajuda que rep la persona gran prové del suport informal, concretament pels seus familiar més pròxims. El fet de cuidar de forma continuada pot generar repercussions físiques, emocionals i socials sobre el cuidador que pot resultar desbordant i estressant. Això és el que es coneix com a càrrega del cuidador^(13,14). Aquesta sobrecàrrega s'ha d'avaluar de forma individual.

d) Els *recursos socials*. La valoració de la funció social ha d'incloure els recursos tangibles de que disposa la persona gran: recursos econòmics, característiques de la vivenda, localització de la vivenda i recursos formals als que podria accedir.

e) El *benestar subjectiu*. Referit a la satisfacció vital o percepció de qualitat de vida.

f) Els *valors i preferències individuals*. Són aspectes encara poc utilitzats a la pràctica diària i que la seva incorporació és rellevant en els processos de presa de decisions.

1.1.3. Suport formal. Recursos socials formals d'atenció a la dependència

El suport formal s'ha definit com aquelles accions que un professional oferta de forma especialitzada, i que va més enllà de les capacitats que les persones posseeixen per cuidar de sí mateixos o dels demés. La cura formal pot ser la proveïda per les institucions públiques i la que es contracta a través de les famílies⁽¹⁵⁾.

En el marc d'aquest treball, el suport formal ve delimitat pels serveis socials i concretament el definit en la cartera de serveis que s'especifica en la LAPAD: Teleassistència (TAS), Servei d'Ajuda a Domicili (SAD), Centres de Dia (CD) i Centre Residencial Social (CRS). La llei també concreta serveis de prevenció de les situacions de dependència i de promoció de l'autonomia personal i centres de nit. Aquests dos no es contemplen en l'estudi ja que o bé pràcticament estan molt poc desenvolupats en el municipi de Vic, o bé no existeix el servei en el territori.

1.1.4. Prestacions econòmiques definides segons la LAPAD

La LAPAD defineix tres tipologies de prestacions econòmiques. El primer tipus és la prestació econòmica vinculada a un servei, que es concedeix quan no es pot concedir un servei públic de manera immediata i amb la finalitat que la persona beneficiària ho pugui contractar de forma privada en un centre o servei acreditat per la Generalitat. Específicament podran ser prestacions vinculades a un SAD, a un CD o a una residència.

El segon tipus és la prestació per a la cura en l'entorn familiar i ajuda als cuidadors no professionals en el domicili. Aquesta és un reconeixement al rol de cuidador informal, amb la possibilitat de que pugui cotitzar a la Seguretat Social, mitjançant un conveni especial.

Per últim, la prestació econòmica per assistència personal dirigit, a que es pugui contractar un assistent personal en casos molt específics. Generalment, aquest tipus de prestació va dirigida amb persones menors de 65 anys que tenen necessitats de cura personal i de vinculació amb el món educatiu i laboral.

1.2. CONTEXT I MARC LEGAL

L'envelliment progressiu de la població ha plantejat nous reptes a les societats desenvolupades actuals. L'allargament de l'esperança de vida i la disminució de la fecunditat són alguns dels factors que justifiquen l'augment progressiu de la proporció de persones grans i que està fent modificar la piràmide de la població.

L'envelliment demogràfic és una característica que afecta a la població mundial. Les dades de les Nacions Unides mostren una població mundial de 6.515 milions de persones, de les quals 477 milions tenen 65 i més anys i representen el 7.3% del total. Aquesta tendència d'envelliment de la població té una major incidència en els països desenvolupats, arribant a representar un 15.3% de la població total d'aquests països⁽¹⁶⁾.

Espanya presenta un dels índexs més alts d'envelliment d'Europa, situant-se en un 16.7%, amb un augment de les persones majors de 80 anys, que constitueixen un 4.1% del total de la població. Aquestes xifres aniran en augment en els propers anys. Segons l'INE, les projeccions de població auguren un increment dels majors de 65 anys que duplicarà l'actual, arribant al 2060 a representar un 29.9% de la població^(6,16). (Veure annex 2: taula 1 i annex 3: figura 1)

A Catalunya la població de 65 i més anys representa el 16.45% sobre el total de la població. (Veure annex 2: taula 2 i annex 3: figura 2)

Concretament en el territori de Vic, segons dades de l'Ajuntament, a l'any 2010 tenia una població total de 40.422 habitants, dels quals 6.271 eren majors de 64 anys (15.5% del total) i 2.083 tenien 80 o més anys (representen el 5.15% sobre el total i el 33.2% sobre la població de 65 anys).

L' increment de la supervivència de la població va lligat a una major incidència de malalties en els darrers anys de la vida. Així, l'envelliment demogràfic també ha fet augmentar el nombre de persones que es troben en situació de dependència. El repte és arribar a edats avançades lliure de discapacitats. La Comissió Europea estima que aproximadament el 20% de la població europea major de 65 anys pateix algun tipus de dependència. A Espanya, la xifra oscil·la entre un 11% i 35% en funció de la font utilitzada⁽¹⁷⁾. La incertesa sobre les conseqüències econòmiques que en un futur pot comportar l'augment de persones grans dependents, és un debat que està sobre la taula de molts països. Es posa en qüestió la sostenibilitat d'un model d'atenció que fins ara ha estat liderat pel suport informal i també es planteja qui es responsabilitzarà del seu finançament.

A aquests canvis demogràfics s'hi sumen d'altres transformacions socials lentes que s'han anat esdevenint amb el temps, com la incorporació de la dona al mercat laboral, els canvis en l'estructura familiar (reducció dels seus membres, disminució de les llars on vivien diverses generacions) i els nous models de família. Tot plegat, fa trontollar el model actual d'atenció a la dependència, fins ara atès fonamentalment per les famílies. La crisi del suport informal i l'increment de les persones grans i dependents, qüestiona aquest model i posa en evidència un buit en l'atenció a la dependència.

En aquest context, apareix un nou marc legal amb la Llei catalana de serveis socials⁽¹⁸⁾ i la LAPAD. Ambdues lleis tenen un denominador comú, la millora de la societat del benestar.

La nova llei de serveis socials dona un pas endavant i reconeix “el dret a l'accés als serveis socials com un dret subjectiu de caràcter universal” amb l'objectiu de convertir-los en el quart pilar de l'estat del benestar⁽¹⁹⁾. Aquest reconeixement implica una concepció dels serveis socials, com un sistema de protecció de les persones amb necessitats socials que s'ha de dotar de serveis per poder respondre a situacions de vulnerabilitat, com les derivades de la dependència. Això suposa, que de forma progressiva caldrà desplegar la cartera de serveis definida en el Decret 151/2008, de 29 de juliol i adequar i incrementar els serveis ja existents⁽²⁰⁾.

La LAPAD reconeix un dret subjectiu fonamentat en el principi d'universalitat i concreta les prestacions i serveis que han de requerir les persones que es troben en situació de dependència. La posta en marxa de la LAPAD ha obligat a les administracions competents a fer un esforç tècnic i econòmic per atendre les demandes derivades de la mateixa llei. L'execució d'aquesta llei a Catalunya ha suposat un repte pels ajuntaments que han vist els equips de professionals socials de base superats, per l'augment del nombre d'usuaris als que cal elaborar el PIA i gestionar la cartera de serveis que marca la llei⁽²¹⁾.

Segons les dades de l'IMSERSO, s'observa que a Catalunya a l' 1 de desembre de 2010 s'havien realitzat 229.134 sol·licituds acumulades (Veure annex 2: taula 3 i annex 3: figura 3), de les quals el 35.85% tenien reconegut un Grau III de dependència, 31.5% un Grau II, 22.25% un Grau I i un 10.40% del total no puntuaven cap grau de dependència¹.

1 Font: Portal Mayores : <http://www.imsersomayores.csic.es>

Aquest escenari, d'envelliment de la població, de crisi del suport informal, de més necessitat d'implicació de les administracions en l'atenció a la dependència, té un impacte tant en l'àmbit social com sanitari i unes repercussions econòmiques que obliga a les administracions públiques a replantejar les polítiques actuals.

En aquest context i tenint en compte el nou marc legislatiu, les administracions es veuen amb la necessitat de deixar de tenir un paper subsidiari en l'atenció a la dependència.

No obstant, la crisi econòmica existent està comportant retallades de pressupostos a tots nivells. En aquest marc, caldrà ajustar al màxim els pressupostos destinats a la dependència i elaborar mesures i programes que responguin a aquelles situacions prioritàries i de més risc. És a dir, donar una resposta més contundent a les situacions de més vulnerabilitat social i cobrir les de menys risc amb menor intensitat. Per tant, caldrà definir ben bé quin són els factors que indiquen risc, quina relació s'estableix entre el suport social i el model d'atenció per poder afinar al màxim en les mesures que es concretin per a la problemàtica de la dependència. Cal plantejar-se una anàlisi i reflexió, no només dels factors relacionats amb la insuficiència de recursos formals, sinó sobre els paradigmes de la intervenció i el sistema organitzatiu vigent. Això implica promoure la recerca en l'àmbit social, "adequar el coneixement científic produït tant en els dispositius dels sistemes d'atenció social que s'ofereixen a les persones en situació de dependència, com també considerar a la família cuidadora com a destinatària dels serveis i programes. Les mesures de suport que es realitzin amb aquest doble objectiu desembocaran, per una part, a un millor desenvolupament de les polítiques de suport familiar" ^(9,10).

Es comentava a l'apartat introductori que el fet d'utilitzar un o diversos proveïdors en l'atenció a la dependència, estava relacionat amb diversos factors vinculats a les polítiques existents, a l'organització i funcionament dels mateixos serveis formals i a d'altres aspectes més relacionats amb l'entorn social de la persona dependent. En aquest sentit, en aquest i en els propers apartats s'exposen, en primer lloc, un resum referent a les línies polítiques sobre l'envelliment, alguns dels models d'atenció a la dependència existent i més concretament a la definició de necessitats de la població que ha donat lloc al disseny d'unes mesures i d'unes polítiques d'atenció determinades. En segon lloc, es plasma la situació actual dels serveis socials com a sistema d'es d'on es gestionen els principals serveis d'atenció a la dependència. I en tercer lloc i últim, es concreta més

específicament sobre el rol i el perfil del cuidador informal i sobre la cartera de serveis formals existents.

1.3. LES POLÍTIQUES SOCIALS SOBRE L'ENVELLIMENT. MODELS D'ATENCIÓ A LES CURES DE LLARGA DURADA.

Darrera del disseny i la definició de les polítiques s'entreveuen unes prioritats, uns criteris que determinaran les mesures i les intervencions que d'aquestes se'n derivin. Per això, és rellevant poder tenir una visió global de les polítiques sobre l'envelliment i de la dependència.

Quan es parla de polítiques socials, es refereix a algunes qüestions i necessitats que ens afecten de manera col·lectiva com a societat i, per tant, es vetlla a través de les polítiques per garantir i protegir uns determinats drets. Les polítiques socials s'acostumen a identificar en diferents àmbits o els anomenats pilars del sistema de benestar: salut, educació, serveis socials,... Pel que fa a les polítiques sobre l'envelliment, davant el panorama demogràfic abans descrit i tenint en compte l'increment de les situacions de dependència, es fa necessari reflexionar sobre en quin punt es troben les polítiques socials actuals, i cap a on han d'apuntar les noves directrius. Seguidament es fa un breu repàs a les orientacions que han marcat les polítiques d'envelliment fins a l'actualitat.

En el marc de les Nacions Unides s'ha intentat prendre consciència de la necessitat de protegir els drets i el benestar de les persones grans. A la I Assemblea Mundial sobre l'envelliment que va tenir lloc a Viena el 1982, ja es suggeria la importància d'intervencions normatives que promoguessin la participació activa; accions que fomentessin la salut i el benestar; la potenciació d'entorns que afavorissin la protecció dels drets de les persones grans, pel que es refereix als maltractaments; millorar la seguretat econòmica; promoure la capacitació dels professionals de la salut i dels serveis socials i la rellevància de la investigació en aquests camps. Vint anys després, al 2002, es va celebrar a Madrid la II Assemblea Mundial de l'envelliment amb l'objecte d'avaluar aquestes primeres recomanacions, i desenvolupar-les mitjançant l'aprovació d'una declaració política i un pla d'acció internacional que millorés les condicions de vida de la població gran, propiciés que aquestes poguessin envellir amb seguretat i participant activament en les seves comunitats. Paral·lelament també es va suggerir el fomentar la solidaritat entre les generacions com a factor de cohesió social. "La solidaritat entre les generacions a tots els nivells- familiar, comunitari i nacional- és

fonamental per aconseguir una societat per a totes les edats. És un requisit indispensable per la cohesió social i fonament dels sistemes de protecció social estructurats així com dels sistemes assistencials no estructurats⁽²³⁾.

Aquestes directrius han estat a grans trets els fonaments de les polítiques socials de l'envelliment fins avui. No obstant, en aquest context de profunds canvis sociodemogràfics s'ha produït una desestabilització de la capacitat de suport de les xarxes familiars, un sacseig pel que fa a les identitats comunitàries i, en definitiva, amb nous riscos i processos de fragmentació⁽²⁴⁾. Aquestes transformacions han fet trontollar les polítiques socials vigents que es mostren insuficients o contraproductives. Si ens centrem en la LAPAD, tot i que la llei obliga a prioritzar els serveis d'atenció a la dependència davant les prestacions econòmiques, en el seu desenvolupament no hi ha hagut una potenciació prèvia dels serveis socials personalitzats i flexibles que s'adaptin a les necessitats de suport de cada persona. Això ha comportat, un augment de la tramitació de prestacions econòmiques, que en contra de l'essència de la llei, afavoreixen al manteniment del tradicional rol de les dones en el suport informal de la dependència i de l'economia submergida⁽²⁵⁾.

Fernando Fantova, consultor social i expert europeu en polítiques públiques i de gestió d'organitzacions socials, proposa una política social que promogui i potenciï el que ell anomena *capital relacional*. És a dir, planteja com a repte, reinventar les polítiques actuals posant èmfasi en la "responsabilitat pública en relació als béns relacionals, potenciant les xarxes de confiança, amb la vida familiar i comunitària"⁽²⁴⁾. Una política social basada en serveis personals i intervencions col·lectives que promoguin l'autonomia personal. Uns serveis socials que trenquin una perspectiva segmentada de les persones a través d'intervencions per grups de col·lectius vulnerables (infància, gent gran, discapacitats,..) i aposti per l'autonomia personal i integració relacional de totes les persones al llarg del seu cicle vital. Així doncs, cal que les polítiques públiques i les intervencions socials modifiquin la visió vigent i apliquin canvis estratègics en clau d'innovació tecnològica, organitzativa, política i social⁽²⁶⁾. S'ha posat de manifest la necessitat de replantejar les polítiques actuals amb un nou enfocament que trenqui amb els esquemes actuals i s'atreveixi a la innovació necessària.

1.3.1 Models d'atenció a la dependència

Les polítiques socials d'envelliment s'orienten a un col·lectiu molt heterogeni i pretenen donar respostes a les necessitats tant d'aquells que mantenen un envelliment saludable,

com dels que pateixen una situació de dependència. Si ens fixem específicament en les polítiques d'atenció a les cures de llarga durada, s'observen diferents models d'atenció en funció del finançament, copagament dels serveis i grau d'implicació del suport formal i informal.

Seguint la classificació feta per Diaz, Ladra i Zozaya, es poden distingir quatre grans models d'atenció a la dependència: el model escandinau, el continental, el liberal i el mediterrani⁽²⁷⁾. En primer lloc, el model escandinau es caracteritza per tenir una cobertura universal d'atenció a la dependència i les prestacions són majoritàriament en serveis amb un baix nivell de copagament per part de l'usuari. Existeix un elevat suport a domicili. Respecte el total de cures a la dependència, el grau de participació del cuidador informal és baix. La despesa en les cures de llarga durada sobre el PIB representa més d'un 2% i està finançat a través dels impostos. En segon lloc, el model continental també tenen una cobertura universal. Combinen les prestacions en espècie i també monetàries. El finançament és mitjançant de cotitzacions socials i la despesa de les ALLD sobre el PIB està al voltant d'un 1 i un 1.5%. El model liberal es basa en un model de cobertura assistencial. El grau de participació de la família en la cura és mitjà, per contra la provisió amb serveis privats és alta. La despesa en les ALLD està sobre 1%. Per últim, el model mediterrani és un model assistencial caracteritzat per una alta implicació del suport informal i una baixa protecció social per part de l'Estat. Representa una despesa de les ALLD sobre el PIB inferior a 1%.

En la figura 4 de l'annex 3 es reflexa les principals característiques dels models internacionals d'atenció a la dependència a l'any 2004⁽¹⁷⁾. Destaca, en el model mediterrani, una implicació molt elevada del suport informal davant un paper molt minoritari de l'estat, així com les desigualtats territorials existents. Això contrasta amb el model escandinau que presenta un alt nivell de protecció de l'estat i baixa implicació del suport informal.

En definitiva, es pot observar l'existència de diferents nivells de protecció social de les situacions de persones amb dependència.

1.3.2 Objecte d'intervenció de la LAPAD

Les polítiques socials en general i també les orientades a donar resposta a l'atenció de la dependència, venen definides per una detecció de necessitats de la població, a partir de les quals es defineixen uns objectius i s'apliquen unes mesures concretes. Si els serveis es dissenyen en funció de com es defineixen les necessitats de les persones grans, caldrà

un bon diagnòstic de les problemàtiques o necessitats socials per tal de dissenyar polítiques efectives. A L'Estat Espanyol la LAPAD ha estat la resposta política que pretén afrontar l'assistència que precisen les persones grans dependents. Aquesta llei concreta els indicadors per la detecció de necessitats als voltants de la dependència, amb el barem de valoració de graus i nivell de dependència⁽⁵⁾. Aquest barem es basa en criteris únicament centrats en la persona dependent i en la seva necessitat de suport en les ABVD. Partint d'aquests criteris de definició de necessitats, Jesús Rogero, professor i Doctor del Departament de Sociologia de la Universitat Autònoma de Madrid que ha participat en diverses investigacions sobre la dependència, planteja que el model actual d'atenció a la dependència centrat únicament en l'individu dependent, ha de ser substituït per un model centrat en la persona dependent i el seu entorn.⁽¹²⁾ Es parteix d'un context marcat per la manca de capacitat de les xarxes familiars per les ALLD. És important, en la concreció de la provisió de serveis, tenir present els factors socials relacionats directament amb l'entorn de la persona dependent i de les possibilitats de donar resposta a la seva cura.

Els criteris de provisió de serveis, no només han de tenir en compte la dependència de la persona, sinó que també s'ha de valorar la situació dels cuidadors informals i de la resta de la xarxa social del receptor. No es poden abordar les necessitats de dependència sense tenir en compte l'entorn de la persona dependent. De la mateixa manera que no podem abordar-ho amb una visió únicament social. Això implica:

- a) Partir de les necessitats de la persona dependent i del seu entorn, en el disseny de les polítiques socials, en les valoracions de les necessitats i a l'hora de fer la intervenció social.
- b) Abordar les situacions de dependència des d'una perspectiva global i socio-sanitària.

Si realment, els factors socials condicionen la utilització d'un model o altre d'atenció, s'hauran d'ajustar el disseny de serveis d'atenció. Així doncs, caldria introduir les necessitats de l'entorn social en els objectius de les polítiques públiques, per tal que aquestes també contemplin les necessitats dels cuidadors. Definir el disseny d'actuacions sota aquesta perspectiva ho fa molt més complexa. No obstant, seran polítiques més eficaces en la satisfacció de necessitats de les persones dependents i del seu entorn⁽¹²⁾.

1.3.3. Necessitats no cobertes

Les necessitats no cobertes, sense demanda expressada hauria de constituir una de les principals preocupacions dels responsables polítics. Aquestes necessitats fan referència a l'existència d'un col·lectiu de persones que, tot i patir la problemàtica de dependència, no demana els serveis/prestacions previstes per la llei. Segons algun estudi^(28,29), aproximadament el 20% de la gent gran amb discapacitats experimenta, en algun moment, alguna necessitat no coberta. Aquest fet té un impacte negatiu en la qualitat de vida i presenta un major risc d'institucionalització. Aquest estudi demostra que, els principals factors que determinen l'existència de necessitats no cobertes són: l'ajuda insuficient, baixos ingressos mensuals, baix nivell d'educació, viure sol, tenir o no fills i presentar símptomes de depressió. Aznar et al.⁽³⁰⁾, van elaborar un estudi a persones grans dependents d'una zona de salut de Saragossa i van trobar que la prevalença de necessitat de suport no cobertes en persones dependents per a les activitats de cura personal era del 22.1%.

Per la seva banda, Cristina Vilaplana, presenta un estudi en el que investiga les necessitats no cobertes de les persones dependents a Espanya, classificant els individus segons el barem de valoració de la LAPAD. L'autora estableix que el tipus de malaltia, la grandària de la població de residència i els ingressos són variables rellevants en l'aparició de necessitats no satisfetes⁽³¹⁾.

Tenint present aquestes xifres, per poder planificar adequadament l'atenció a les persones grans dependents, cal una perspectiva poblacional. No només s'ha de partir d'aquells que fan demanda directament als serveis socials, sinó que cal preveure aquelles necessitats no cobertes, especialment de les persones grans que viuen soles i que no tenen fills. La valoració de les necessitats d'atenció no cobertes és essencial per la planificació dels serveis d'atenció a les cures de llarga durada.

1.4. ELS SERVEIS SOCIALS I LA INTERVENCIÓ EN SITUACIONS DE DEPENDÈNCIA

Les administracions locals i les polítiques que s'apliquen tenen un paper fonamental en la cobertura de necessitats de les persones grans i en el fet que aquests facin més o menys ús dels serveis comunitaris. En aquest sentit, els Serveis Socials (SS) són una de les peces claus en l'atenció a la dependència ja que és aquí on situem els principals serveis que poden recolzar a les persones que es troben en aquesta situació. No obstant, a aquests els fa falta treballar per millorar en la gestió de serveis, per incrementar la

cobertura i donar-los una orientació més adequada a les necessitats existents. Veiem en els següents apartats una síntesi sobre els trets principals de la situació actual dels SS.

1.4.1. El sistema de serveis socials : concepte i anàlisi de la situació actual

Els serveis socials són un dels quatre pilars del benestar social juntament amb el sistema de pensions, de salut i l'educatiu. Catalunya té competència exclusiva en matèria de SS i estableix el sistema català de SS, com un sistema de responsabilitat pública i que permet en la producció de serveis la participació del sector privat. La llei de SS publicada al 2007 els defineix com “el sistema que és integrat pel conjunt de recursos, equipaments, projectes, programes i prestacions de titularitat pública i privada destinats a assegurar el dret de les persones a viure dignament durant totes les etapes de la vida mitjançant la cobertura de llurs necessitats personals bàsiques i de les necessitats socials, en el marc de la justícia social i del benestar de les persones.

Aquests serveis s'adrecen especialment a la prevenció de situacions de risc, a la compensació de dèficits de suport social i econòmic i de situacions de vulnerabilitat i de dependència i a la promoció d'actituds i capacitats de les persones com a principals protagonistes de llur vida”⁽¹⁸⁾. Arrel d'aquesta definició, es pot entreveure que és una conceptualització molt àmplia i poc concreta. Fantova, refereix que les lleis sobre el sistema de SS de les diferents comunitats autònomes estan poc definides i es caracteritzen per la seva ambigüitat⁽³²⁾. Per la seva banda, Josep Muñoz, gerent de serveis de Benestar Social de la Diputació de Barcelona, en una aproximació als serveis socials espanyols, indica que a Espanya aquest sistema es desenvolupa a partir de lleis amb objectius *ambigus i desmesurats*, sobretot tenint en compte les possibilitats jurídiques i els recursos econòmics de les comunitats autònomes. Afegeix que és un sistema fonamentat en el factor humà, en prestacions intangibles i amb un finançament insuficient, la qual cosa afavoreix la seva invisibilitat social⁽²²⁾.

Previ a l'entrada en vigor de la LAPAD, el Llibre blanc de la dependència feia un anàlisi i diagnòstic inicial de la situació. En aquest document s'exposava unes conclusions sobre el sistema de SS⁽³³⁾. Primer, esmenta la preferència de les persones grans de continuar vivint a casa i que per tant, els sistemes d'atenció han de promoure i potenciar aquells serveis de proximitat, tenint com a eix els SAD, que facin possible aquesta opció. Tot i la generalització dels serveis socials d'atenció a la dependència en els darrers anys, continuen sent insuficients. Aquesta insuficiència de serveis es veurà afectada per el creixent volum de persones grans i també dels dependents. Segon, els SS

estan experimentant un moment clau en el seu desenvolupament, impulsats, en part, per la llei estatal d'atenció a la dependència, que en la seva cartera de serveis estableix com a tals el servei de TAS i de SAD de competència municipal, i els CD i el CRS de competència autonòmica. Es parteix de certes desigualtats territorials en els criteris d'accés i en la cobertura de determinats serveis i per tant, d'una atenció a la dependència que pot variar en funció del territori. Tercer, s'afirma que les condicions d'accés als SS fan que el seu ús quedi restringit pràcticament a les capes socials més deprimides econòmicament. També s'estableix una limitada professionalització del sector unida a baixes remuneracions que afecten especialment al personal d'atenció directe als usuaris.

Per últim, aposta per abordar el repte de l'atenció de l'envelliment de persones amb discapacitats de forma integral i amb un model basat en el coneixement científic sobre les necessitats d'aquest col·lectiu, de les seves famílies i dels sistemes d'atenció existents.

Josep Muñoz, exposa que és un sistema amb un "baix finançament, dins d'un model d'Estat del Benestar que es troba en els nivells baixos d'Europa quant a aportació estatal en termes del PIB"⁽²²⁾.

En resum, el sistema de serveis socials es troba en un moment de fragilitat derivat per una baixa dotació econòmica del sistema en el que les administracions locals han de fer un gran esforç econòmic. Un sistema amb un baix nivell de cobertura que es veu afectat per la implantació i desenvolupament de la LAPAD, que s'ha vist superada per les previsions inicials. I aquests factors es produeixen en un context de crisi econòmica i de retallades pressupostàries que dificulta l'impuls econòmic que requereix actualment aquest sector.

1.4.2. La gestió en els serveis socials, canvi de paradigma.

La universalització dels serveis socials i la transformació d'aquests serveis en drets subjectius exigibles augmenta la responsabilitat dels sector públic i el seu compromís envers la ciutadania. En l'apartat 1.3. es comentava la necessitat d'una política social relacional i comunitària, que es fa més evident quan es parla de l'àmbit dels serveis socials, un sistema de benestar jove que intenta consolidar-se i que està en fase de creixement. Els SS es troben en un moment de transició en el que han d'abandonar definitivament els seus orígens assistencials i la excessiva burocratització, i tendir a assumir i aplicar una perspectiva relacional i comunitària que sigui capaç d'adequar-se

a les necessitats de les persones de forma individualitzada i a través de serveis flexibles. Aquest enfocament comunitari dels serveis socials està orientat a oferir a les persones serveis de proximitat que les permetin continuar vivint en el seu entorn habitual.

Per construir un model sota aquesta perspectiva implica reflexionar, analitzar i repensar les intervencions a nivell polític, de gestió i operatiu. També en l'àmbit de serveis socials s'ha de reorientar la concepció i gestió actual. Albert Serra refereix que un dels principals aspectes a treballar des dels serveis socials, és la capacitat de gestió. Segons l'autor es necessita sistematitzar i homogeneïtzar el conjunt del sistema, fins ara poc estructurat, en procediments i criteris, tant a nivell tècnics com organitzatius. Per tant, caldrà realitzar canvis d'estructura, d'organització interna, de funció directiva i de sistemes de producció dels serveis prestats pels ajuntaments⁽³⁴⁾. La Llei de SS i la LAPAD obliguen a un creixement del sistema de SS que obligatòriament ha d'anar acompanyat d'un sistema estructurat i ben gestionat. Una bona gestió haurà d'anar acompanyada del desenvolupament de sistemes d'informació adequats que ens permetin treballar amb indicadors i l'anàlisi de dades. Aquest procés de canvi en la gestió, es fonamenta en dues eines bàsiques: la *planificació i l'avaluació* a tots els nivells. En aquest marc, els SS s'han d'afrontar a diversos reptes. El primer i tenint en compte el que reconeix la mateixa legislació, és de respectar la dignitat i la promoció de l'autonomia i el exercici dels drets dels seus destinataris posant èmfasi en una sèrie de principis d'actuació orientats a tenir un impacte positiu en la qualitat de vida dels usuaris dels SS (veure annex 3: figura 5). Així com, desenvolupar models d'intervenció social basats en l'evidència científica i el coneixement que siguin eficaços i que tinguin un impacte favorable que respongui a les necessitats dels ciutadans⁽³²⁾.

La universalització dels serveis socials, el desenvolupament de la LAPAD, el creixement de les demandes als SS, fan necessari que els SS incorporin elements de gestió de forma prioritària a tots nivells, que promoguin canvis que s'adeqüin a la situació actual i que permetin una millor organització i planificació que permeti donar una resposta adequada als usuaris/clientes dels SS i concretament a les persones grans amb dependència.

1.4.3. Model d'intervenció en les situacions de dependència

Una bona gestió i planificació dels serveis socials, juntament amb una bona valoració tècnica serà bàsic per una correcta provisió de serveis en les situacions de dependència.

Tots aquests elements hauran de fonamentar-se en uns principis que siguin denominador comú de la intervenció a diferents nivells. La Llei de SS es regeix per diversos principis rectors, dels quals en destacaré concretament cinc: globalitat, prevenció i dimensió comunitària, coordinació, atenció personalitzada i integral i foment de l'autonomia personal. Aquests principis no s'allunyen del que proposen d'altres autors com a sustentadors de la intervenció a la dependència^(35,36).

Cal una revisió dels tipus d'intervenció que s'estant aplicant i realitzar propostes que s'adeqüin a les necessitats reals que presenten, tant les persones que estan en risc o en situació de dependència, com a les seves famílies cuidadores. Segons el coneixement científic existent s'orienta cap a intervencions basades en diversos aspectes claus:

- Prioritzar els enfocaments metodològics basats en la universalitat, igualtat, la perspectiva comunitària, la globalitat i el desenvolupament personal.
- La prevenció. Dependre d'una altre persona per la realització de les ABVD és un dels patiments i baixa qualitat de vida de les persones grans. Es correlaciona amb un augment de morbiditat, mortalitat i institucionalització, així com dels recursos sanitaris i socials. Per aquests motius cal incidir de forma important en la prevenció de la dependència. Cal detectar aquella població gran fràgil amb més propensió i risc a patir situacions de dependència i intervenir de forma preventiva^(6,37,38).
- Promoure l'autonomia. Enfortir les capacitats preservades de la persona en la intervenció. És aquí on els professionals han de treballar per promoure comportaments autònoms i capacitar la persona per una millora en la seva independència i autonomia^(39,40).
- Plantejar-se objectius que millorin la qualitat de l'atenció i incidir en especial en els model de qualitat de vida.^(40,41) La qualitat de vida ha estat definida com la "combinació de les condicions de vida i la satisfacció personal, ponderada pels valors, aspiracions i expectatives personals". Schalock i Verdugo presenten un model de qualitat de vida des d'un concepte multidimensional.^(40,41,42,43)
- La persona com a eix de la planificació. Aconseguir l'objectiu de que la persona sigui el centre de les intervencions tècniques dels recursos d'atenció social, continua sent un repte de la qualitat assistencial. Els serveis d'atenció a les persones grans, majoritàriament, se centren en un model d'atenció basat en el sistema o organització. Dos propostes metodològiques que contribueixen a la

personalització i individualització de l'atenció, són la planificació centrada en la persona (PCP) i la gestió de casos⁽⁴⁰⁾.

- Coordinació social i sanitària. L'aparició de necessitats i demandes socials que no depenen únicament d'una sola conselleria/regidoria/departament d'una corporació posa en qüestió l'estructura organitzativa clàssica. És necessari buscar fórmules de coordinació que ens permetin una visió integrada^(44,45).

Quan es tracta, de persones grans en dependència, es requereix d'una coordinació especialment amb el sistema sanitari, ja que les característiques de les necessitats d'aquest grup de població, fa que en la provisió de serveis hi intervinguin la xarxa social com sanitària⁽⁴⁶⁻⁴⁹⁾.

La intervenció en situacions de dependència basat en aquestes premisses, el podríem resumir en la figura 6 (veure annex) que proposa l'autora Pilar Rodríguez.

A partir d'aquestes propostes i d'estudis que analitzin les variables que influeixen en el model d'atenció caldrà acotar les intervencions i prioritzar-les en funció de les variables més influents.

1.5. EL SUPORT FORMAL I INFORMAL EN L'ATENCIÓ A LA DEPENDÈNCIA

Com s'ha mencionat anteriorment, la família, l'Estat i el mercat són les tres institucions implicades en la provisió de l'ALLD. Cada país ha anat desenvolupant amb el temps diferents fórmules que intenten donar resposta a les necessitats de dependència de les persones grans, constituint diversos models en funció del pes que té en la provisió de l'atenció, l'estat, la família o el mercat. Bazo i Ancizu⁽⁵⁰⁾, van elaborar una comparativa que representa l'estructura de l'atenció entre diferents països. Alguns dels resultats d'aquest estudi els podem observar en la figura 7 de l'annex 3. Per exemple, es pot veure que només a Noruega tenen els serveis públics com a font principal d'ajuda i la família en segon lloc. En la resta de països analitzats, inclòs Espanya, la família continua sent la principal proveïdora de l'atenció.

El cert és que tots els països s'enfronten a reptes comuns com és l'envelliment de la població i entra en debat la qüestió sobre qui ha de recaure la responsabilitat de l'atenció a la dependència. En els propers apartats analitzarem la situació dels cuidadors informals i dels serveis formals.

1.5.1. El cuidador informal.

El suport social té un paper clau en el benestar de les persones ja que constitueix un mecanisme d'adaptació davant circumstàncies adverses a les que s'ha d'enfrontar el subjecte de forma individual^(51,52). Quan una persona es troba en situació de més vulnerabilitat, com és la dependència, es quan la necessitat de recolzament, sobretot dels familiars, es fa més evident. Les persones grans manifesten la seva voluntat per continuar vivint a domicili i quan aquestes requereixen de suport per les ABVD prefereixen ser ateses pel següent ordre de prioritats: cònjuge, fills, altres parents, amics i per últim els serveis formals⁽⁵³⁾.

Una de les fonts principals de suport social és la família. El llibre blanc de la dependència publicat per l'IMSERSO el 2005, apunta que la majoria de les atencions que requereixen les persones grans dependents que no estan institucionalitzades són assumides pels familiars en un 83.5%(33). D'aquest 83.5%, un 69.5% són filles cuidadores, amb la qual cosa destaca una feminització de la figura que assumeix l'atenció de les persones grans. El perfil sociodemogràfic estàndard de les persones cuidadores, doncs, és el d'una dona, d'uns 53 anys, casada amb estudis primaris i que té com activitat principal les tasques domèstiques⁽⁵⁴⁾. El perfil és clarament femení, les dones dependents són cuidades fonamentalment per les seves filles en un 40.6%, mentre que el marit ho fa en un 15% dels casos. Per contra, els homes dependents són atesos majoritàriament per les seves esposes en un 35.5% i també per les seves filles en un 33.3%. El cuidador acostuma a tenir pocs estudis, escassos ingressos i es dedica a les feines de la llar⁽¹⁾.

El procés de presa de decisions quan un membre de la família es troba en una situació de dependència és complexa i pot estar motivada per diversos motius. Alguns autors han investigat sobre les decisions al voltant de les cures de llarga durada. Factors com la composició i la grandària de l'habitatge (pel que fa als membres), la relació de parentesc de la cuidadora informal amb la persona gran dependent, la posició laboral de la cuidadora en el context immediat de la llar i l'estatus socioeconòmic, tenen una incidència destacable en la presa de decisions⁽⁵⁵⁾. En aquest sentit, Rogero exposa que el suport emocional està relacionat amb l'ajuda instrumental. En la relació d'atenció s'estableix una interdependència emocional que fa que sigui necessari l'observació de la història relacional entre cuidador i la persona dependent per analitzar si es pot establir o no un criteri per identificar el suport informal⁽¹²⁾. Aquest autor estableix que les

decisiones al voltant de l'atenció informal en l'àmbit familiar pot ser motivada per quatre raons:

1. Una demanda explícita del receptor
2. El familiar assumeix de forma directa el rol de cuidador, influïda per la posició en l'estructura social (gènere, posició familiar, situació laboral)
3. Una presa de decisions col·lectiva/ familiar
4. Una decisió legal

En resum, aquestes dades posen de relleu que la família i específicament, les dones, continuen sent les principals prestadores de cures versus la participació de forma més minoritària dels serveis socials i sanitaris. La funció bàsica d'atenció que ve exercint tradicionalment el suport informal, es troba en un nou escenari en el què aquest pilar bàsic de la societat perd la seva fermesa, posant de manifest la crisi del suport informal. Malgrat les dificultats dels familiars a donar resposta a les necessitats derivades de la dependència, aquests volen continuar realitzant la cura. El que demanden, és més presència de serveis professionals d'atenció i participar en activitats formatives per cuidar i cuidar-se millor⁽⁵⁶⁾.

Cal tenir present que les persones grans dependents volen continuar sent cuidades en el seu entorn habitual, això fa que aquesta crisi de suport informal plantegi de forma més evident la necessitat de complementar l'atenció de les famílies amb el suport formal, sobretot, comunitari.

1.5.2. Serveis formals en l'atenció a la dependència de les persones grans

Els professionals que treballen als serveis formals poden tenir visions diferents del cuidador en funció del marc teòric des d'on parteixen, de la seva formació i experiència. La seva visió individual afectarà la intervenció que es pugui realitzar al cuidador. Els cuidadors informals des de la perspectiva dels serveis formals, es poden concebre com a recurs, com a co-treballadors i com a client^(57,58). Els serveis formals acostumen a estar estructurats al voltant de la persona dependent més que dels cuidadors. La necessitat d'un increment de recursos formals que recolzi els cuidadors informals i que respongui a les necessitats de cura suficients per poder mantenir a la persona en el seu entorn habitual, requereix d'una planificació de recursos i una optimització d'aquests. És primordial realitzar una correcta provisió de l'atenció de les persones grans dependents. Per això, cal una valoració global de la persona i especialment de la funció social, que es converteix en un factor clau, especialment quan ens referim al suport social, la

sobrecàrrega del cuidador i els recursos socials. Aquests elements són cabdals, ja que són els més susceptibles de ser modificats a partir d'una intervenció professional específica.

Quan es parla dels recursos formals dirigits a les persones grans amb situació de dependència, ens centrem principalment en els serveis de TAS, SAD, CD i CRS. En els darrers anys, aquests serveis socials, i concretament els residencials i de CD, han experimentat un creixement considerable, no obstant, el sistema de serveis socials continua sent insuficient, especialment pel que fa a la seva cobertura i intensitat de servei. Segons dades oficials de l'IMSERSO, a Catalunya en data 1 de desembre de 2010, 110.140 persones són beneficiàries de la LAPAP amb prestacions de servei i/o econòmiques. Si ens fixem concretament en els serveis, de les 110.140 persones, un 1% han estat beneficiàries de serveis de prevenció de la dependència i autonomia personal, un 5.5% ho són del servei de TAS, un 9.6% de SAD, 3.1% de serveis de CD i el 13.1% d'atenció residencial. Pel que fa a les prestacions monetàries, les persones que tenen una prestació econòmica vinculada a un servei, representen el 11.3% i un aclaparador 70.1% tenen reconegut una prestació per cuidador no professional².

Com es pot observar en les dades relatives a serveis comunitaris, només un 18.2% és beneficiari de serveis públics, la resta són prestacions econòmiques. També cal destacar el percentatge de persones que es beneficia del servei residencial públic. Seria interessant analitzar en quin percentatge d'aquests, es podria haver evitat la institucionalització si hi hagués un adequat nombre de serveis comunitaris ,amb una intensitat segons necessitat.

Si ens fixem en les dades estadístiques específiques del SAD de Vic, s'observa que al 2009 la cobertura de SAD era d'un 2.26% .Si es compara amb la cobertura global de Catalunya, un 3.39%, es veu que el territori de Vic està a més d'un punt per sota. El 2010, el servei ha experimentat un creixement passant a una cobertura del 2.7%. Tenint en compte que el valor de referència, que marca la Llei 12/2007 de SS, era del 4% , cal continuar treballant per tal de que els serveis arribin a més població.

En el període 2002-2008 a Espanya els serveis formals han experimentat un creixement exponencial. El TAS ha crescut un 279.56%, el SAD un 82%, els CD un 238% i el CR el 38%⁽⁵⁹⁾. En l'actualitat, malgrat els esforços de les administracions en aquest sentit, els serveis continuen sent insuficients (especialment els d'atenció domiciliària), amb baixa intensitat i són poc flexibles. L' Institut Català d'Assistència i Serveis Socials de

² Font: Portal Mayores <http://www.imsersomayores.csic.es>

la Generalitat de Catalunya, fa una programació dels recursos d'atenció especialitzada i domiciliària amb l'objectiu de fer créixer la xarxa pública de serveis socials. En especial refereixen la necessitat d'incrementar hores de SAD que doni compliment als nous requeriments socials i legislatius. Aquesta planificació de serveis es sustenta en tres principis⁽⁶⁰⁾:

- El manteniment de les persones en el seu entorn habitual
- L'equitat territorial de l'oferta
- L'increment de l'oferta i la millora en les cobertures.

La nova legislació hauria de derivar amb un increment dels recursos formals que ha de permetre la millora de la situació dels cuidadors informals. Cal una bona valoració de la funció social que permeti realitzar un pla d'atenció que tingui en compte les necessitats d'atenció en funció del grau de dependència, el suport social existent, la situació del cuidador, el grau i nivell de dependència. Partint d'aquesta valoració ens permetrà una millor provisió de serveis més adaptada a cada situació individual.

1.6. REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA SOBRE L'OBJECTE D'ESTUDI

La literatura existent sobre la relació entre el suport informal i formal a persones grans amb dependència ha estat poc explorada a Espanya. Amb les transformacions socials que s'estant esdevenint, la nova legislació i les repercussions sobre el sistema de suport formal, posen de relleu la importància de seguir investigant en aquesta línia.

Quan una persona gran es troba en una situació de dependència pot cobrir les seves necessitats d'atenció a través del suport informal, pot rebre suport formal, pot combinar el suport formal i informal o bé pot ser que no rebi cap tipus d'ajuda. Però quins factors influeixen en la distribució de l'atenció entre aquests dos sistemes d'atenció?

Els cuidadors informals tenen un paper clau en la decisió i provisió de serveis formals, i a la vegada, la disponibilitat de serveis i el seu desenvolupament també influeix en la intensitat i tipus del suport informal⁽¹⁵⁾.

Existeixen diferents models teòrics sobre la relació que s'estableix entre ambdós sistemes d'atenció, que els podem sintetitzar en tres^(15,53).

1-El *model de cures suplementari* segons el qual la majoria de l'atenció recau en el cuidador informal, i la utilització de serveis formals serà únicament per substituir temporalment el suport informal.

2- *Model compensador jeràrquic*. Aquest model defensa que les persones grans prefereixen ser cuidades en primer lloc per la parella, després pels fills, per altres

membres de la família i com a darrera opció per serveis formals. Seria un model compatible amb el suplementari ja que qualsevol cuidador podria assumir la cura, sempre responnent a l'ordre de preferències mencionat.

3-El *model de cures complementari* d'especificitat de tasques . Quan les capacitats dels cuidadors són sobrepassades per la mateixa situació apareix el suport formal.

Aquests tres models coexisteixen entre sí i la seva relació es basa al voltant de la complementarietat dels dos sistemes o bé la suplementarietat o la suplència d'un sistema de provisió per l'altre⁽⁶¹⁾.

Peter Kemper, és un autor clàssic que va analitzar la relació entre el suport formal i informal respecte la població amb discapacitat⁽⁶²⁾. Kemper es referia a la teoria econòmica de See Kemper, segons la qual existeixen 5 factors que condicionen la utilització de serveis formals:

- Els preus dels serveis. L'alt preu dels serveis està relacionat en el fet d'utilitzar menys serveis i per tant, de més presència del suport informal
- Alts ingressos. Tenir ingressos alts està associat a la utilització de més serveis formals
- L'existència de xarxa de suport és important en el tipus d'atenció rebuda
- El grau de dependència. A més grau de dependència més predisposició a utilitzar serveis formals
- La convivència. El fet de viure sol o viure amb la persona cuidadora també pot associar-se el fet de necessitar més o menys suport formal

Si atenem a la variable dependència, els autors Chappell i Blandford van realitzar un estudi de la població canadenca i d'aquesta es dedueix que quan les necessitats d'atenció de la persona dependent són severes i superen les capacitats dels cuidadors informals, és quan apareix el suport formal⁽⁶³⁾. Kemper, va revisar diferents estudis al respecte i va concloure que existeix una relació molt estreta entre rebre suport formal i el nivell de dependència per realitzar les activitats de la vida diària.

Si ens fixem en la variable convivència, Herlitz va estudiar la distribució de la cura formal i informal i va concloure que les persones grans que vivien soles tenien menys probabilitats de rebre suport informal que la resta. També establia que la composició i la mida de la xarxa social estava relacionada amb l'edat (a mesura que incrementava l'edat, el nombre de potencials cuidadors de la xarxa social es reduïa)⁽⁶⁴⁾.

Algunes investigacions centren el focus d'atenció amb els vincles entre les persones grans i els potencials cuidadors davant una situació de dependència. Un estudi realitzat a

Hong Kong apunta que la família té un paper prioritari en l'atenció a les persones grans i que el govern assumeix un rol compensador dels dèficits. Referix que molts governs intenten fomentar la responsabilitat filial i de la família per la cura amb l'objectiu de mantenir la solidaritat dins la família. Indiquen que la finalitat d'alguns governs, és el de potenciar els vincles afectius amb la finalitat de desplaçar la responsabilitat de l'atenció de les persones grans a les famílies, reduir el cost de l'atenció i per tant promoure l'atenció comunitària⁽⁶⁵⁾.

Un altre estudi va investigar sobre com l'apego/ vincle dels fills adults amb els pares grans, podia predir la cura familiar i la percepció de càrrega del cuidador. En les mostres estudiades van observar una associació entre el vincle existent i la cura actual i futura, així com de la percepció de càrrega del cuidador. La manca de vincles / apegos es va associar negativament amb la cura que els fills podien oferir en un futur en els pares i positivament amb la càrrega del cuidador⁽⁶⁶⁾.

Com es pot observar, la manera com l'atenció formal i informal es donen en un context social determinat és reflex de múltiples factors d'anàlisi complex ja que en la dinàmica de la seva relació hi intervenen aspectes que poden anar des de l'àmbit privat de les persones implicades (valors, preferències), passant per la cultura i tradicions existents, fins a les polítiques socials d'un país (existència d'un sistema d'atenció a la dependència o no).

2. OBJECTIUS

Els objectius generals d'aquest treball són :

1. Conèixer el tipus d'atenció que reben les persones de 80 i més anys dependents a Vic.
2. Proporcionar eines per a la reflexió i anàlisi que siguin útils per la presa de decisions en els programes d'intervenció a les persones amb dependència i als seus cuidadors i alhora valorar la planificació i cobertura dels serveis de provisió existents.

Aquests objectius generals els podem concretar en els següents objectius específics :

1. Analitzar el temps entre la sol·licitud de la valoració de dependència i la realització del Pla Individual d'Atenció (PIA).
2. Descriure la població estudiada en funció de :
 - Variables sociodemogràfiques: sexe, edat i estat civil.
 - Variables d'entorn: convivència, relació de parentiu del cuidador principal amb la persona dependent.
 - Variables referent a l'habitatge: condicions de l'habitatge, existència de barreres arquitectòniques interiors/exteriors de l'habitatge.
 - Variables econòmiques: nivell d'ingressos, font d'ingressos.
3. Analitzar quins són els models d'atenció existents.
4. Descriure l'ús de serveis i/o prestacions (TAS, SAD, CD, CRS, prestacions econòmiques derivades de la dependència i cuidadora privada) en relació al sexe, edat, estat civil, convivència, cuidador principal i nivell d'ingressos.
5. Descriure l'ús de serveis i/o prestacions (TAS, SAD, CD, CRS, prestacions econòmiques derivades de la dependència i cuidadora privada) en relació al grau de dependència.
6. Identificar els factors (personals, socials i materials) que influeixen en l'ús dels diferents recursos formals:
 - 6.1. Valorar si el grau de dependència reconegut legalment és indicador de que la persona gran dependent utilitzi més o menys recursos formals
 - 6.2. Valorar si el gènere és indicador de que la persona gran dependent utilitzi més o menys recursos formals
 - 6.3. Valorar si l'edat és indicador de que la persona gran dependent utilitzi més o menys recursos formals

6.4. Valorar si l'estat civil és indicador de que la persona gran dependent utilitzi més o menys recursos formals

6.5. Valorar si la convivència és indicador de que la persona gran dependent utilitzi més o menys recursos formals

6.6. Valorar si el cuidador principal (fill, filla, jove, nebots,...) és indicador de que la persona gran dependent utilitzi més o menys recursos formals

6.7. Valorar si el nivell d'ingressos és indicador de que la persona gran dependent utilitzi més o menys recursos formals

Hipòtesis inicial

L'objecte d'aquest estudi és valorar els factors que incideixen en la utilització de serveis formals. La pregunta inicial plantejada és:

- Quines variables influeixen en l'ús de serveis formals o en el tipus d'atenció que rep la persona gran en situació de dependència?

La hipòtesis de partida és:

H1. Esperem que les persones grans de 80 o més anys de Vic utilitzaran més o menys recursos formals, no només pel grau de dependència sinó també per les variables de gènere, edat, estat civil, convivència, cuidador principal i renda.

Aquesta hipòtesis la podem concretar de la següent manera :

H1.1.- Esperem que les dones de 80 i més anys dependents de Vic utilitzaran més serveis formals que els homes.

H1.2.- Esperem que les persones de més edat (90 i 105 anys) dependents de Vic utilitzaran més serveis formals que les persones de menys edat (80 a 89 anys).

H1.3.- Esperem que les persones casades de 80 i més anys de Vic utilitzaran més serveis formals comunitaris que les solteres o vídues i les persones solteres o vídues utilitzaran més serveis residencials que els casats.

H1.4.- Esperem que les persones de 80 i més anys de Vic que viuen soles utilitzaran més serveis formals que els que viuen amb familiars de primer grau o altres.

H1.5. Esperem que les persones de 80 i més anys dependents de Vic que tenen com a cuidador principal la parella utilitzaran més serveis formals que els que tenen altres cuidadors.

H1.6. Esperem que les persones de 80 i més anys dependents de Vic amb rendes més desfavorides utilitzaran més serveis formals (públics) que els de més renda.

3. METODOLOGIA

Metodologia i disseny

Per assolir els objectius plantejats, es pretén aproximar-se a l'objecte d'estudi des d'una perspectiva quantitativa. Es tracta també d'un estudi retrospectiu que parteix d'una sèrie de dades captades amb anterioritat entre els anys 2007 i 2010, descriptiu i transversal perquè fa un tall en el temps (31/12/2010).

Població d'estudi

Persones del municipi de Vic, de 80 o més anys que van sol·licitar la valoració de dependència entre els anys 2007-2010, tenen un grau II o III de dependència reconegut per llei i un Pla Individual d'Atenció (PIA) validat i concedit per la Generalitat en data 31/12/2010.

A data 31/12/2010 hi havia 1.435 persones de Vic que havien sol·licitat la valoració de dependència. D'aquestes 1.435 persones grans, 960 eren persones de 80 i més anys i **552** tenien acord PIA validat i aprovat per PRODEP el 31/12/2010.

Fonts d'informació

L'obtenció de les dades prové de tres registres diferents:

- 1/ Registre de Generalitat del 31/12/2010 del qual s'extreuen dades relatives al procés de sol·licitud de valoració de la dependència, resolució de grau i PIA aprovat i concedit.
- 2/ Registre de l'Ajuntament de Vic que inclou informació sobre dades socioeconòmiques. Es basa en les dades recollides en el moment d'elaborar el PIA per part dels treballadors socials de l'Ajuntament de Vic.
- 3/ Registre de les dades socioeconòmiques recollides en el PIA per part de treballadors socials externs subcontractats per la mateixa Generalitat o bé d'altres institucions. Una vegada elaborat el PIA, la Generalitat envia una còpia del PIA a l'Ajuntament.

Recollida de dades

Del total de la població d'estudi, 552 persones, hi va haver 99 casos perduts. En el moment de recollida de dades hi va haver 99 casos dels que no es disposava de cap informació sobre les variables socioeconòmiques (Dades corresponents als PIAs elaborats per professionals externs o d'altres institucions que la Generalitat no havia fet arribar a l'Ajuntament). Per tant, l'estudi es basa en les dades recollides de 453 persones. De cada persona es registra:

- A) Dades referents al procés de dependència :data de sol·licitud, de resolució i de l'acord PIA i grau de dependència. En el cas d'existir més d'un acord PIA es té en compte el darrer.
- B) Dades socio-demogràfiques i econòmiques: gènere, any de naixement, estat civil convivència, cuidador principal, habitatge, renda , fonts d'ingressos
- C) Dades respecte als serveis que utilitzen
- D) Dades sobre les prestacions econòmiques derivades de la dependència de què es beneficien.

Variables

Variables dependents :

- utilització de recursos formals (serveis de TAS, SAD, CD, residència, prestacions econòmiques vinculades a SAD, CD o residència, cuidadora particular)

Variables independents :

- grau de dependència (Grau II i III de dependència).
- variables sociodemogràfiques: sexe, edat, estat civil, convivència, cuidador principal i nivell de renda.

Anàlisi de dades

Per analitzar les dades procedirem a:

- La descripció de les dades mitjançant percentatges, mitjanes i desviacions estàndards o medianes i quartils segons el tipus de variable.
- L'anàlisi de les relacions entre la variable dependent i les independents. S'utilitza el test de la Ki quadrat amb un criteri de significació estadística del 5%.

Per analitzar la relació entre l'ús de cadascun dels serveis amb les variables gènere, edat, estat civil, convivència, cuidador principal i nivell de renda, s'utilitza el grau i nivell com a variable d'ajust. Per cadascun dels serveis analitzats s'ha exclòs de l'anàlisi aquells individus que no podien beneficiar-se del servei (Per exemple, en l'ús del servei de TAS, SAD o CD s'han exclòs totes les persones ingressades en un centre residencial)

Les dades obtingudes dels registres s'entren en un ACCES. Per analitzar les dades s'ha utilitzat el programa SPSS versió 18.0.

4. RESULTATS

La presentació dels resultats es distribueix de la següent manera: En una primera part es fa una descripció en relació a les diferents fases del procés, des de la sol·licitud de la valoració de dependència fins a l'elaboració del PIA. També es fa la descripció en funció del grau i nivell de dependència. Seguidament es descriu la població d'estudi segons les dades sociodemogràfiques, de nivell d'ingressos i habitatge. Per últim, es plasmen els resultats referits a l'ús que se'n fa de cadascun dels serveis formals, segons els nivell de dependència i també en funció de les variables sociodemogràfiques i d'entorn.

4.1. Dependència

4.1.1. Resultats sobre les diferents fases del procés.

Vic té una població de 80 i més anys de 2.083 persones, al voltant d'un 46% havien sol·licitat la dependència a data 31/12/2010 i el 26.5% tenien PIA elaborat, validat i tancat per la Generalitat.

Gairebé la gran majoria, el 93.4% de la població d'estudi, havien sol·licitat la valoració de dependència per primera vegada. El temps entre la sol·licitud de dependència i la resolució de grau és de 3.7 mesos de mitjana (DE=83). El temps entre la resolució i l'elaboració del PIA és de 5.9 mesos de mitjana (DE=155). El temps total de tot el procés entre la sol·licitud i el PIA és 9.7 mesos de mitjana (DE=170.4). Però si ens fixem en la mediana (MD=119), veiem que la meitat dels expedients tenen el PIA elaborat en 3.9 mesos.

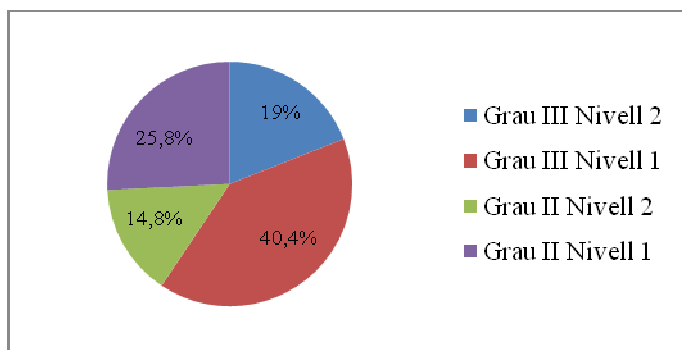
Al voltant d'un 79% tenia l'acord PIA validat per primera vegada, no s'havia fet cap modificació.

El 4% havien renunciat o desistit al PIA. En la majoria dels casos el motiu era ocupar una plaça privada residencial, en un centre privat sense col·laboració amb la Generalitat. En aquests casos, i a partir del 2009, no hi havia opció a cap tipus d'ajuda si no es feia un canvi a un centre col·laborador.

4.1.2. Grau i nivell de dependència

El 19% (n=86) tenien reconegut un grau III-2 de dependència, el 40.4% (n=183) un grau III-1, el 14.8% (n=67) un grau II-2 i el 25.8% (n=117) un II-1 (Figura1).

Figura 1. Distribució dels subjectes segons el grau de dependència (%).

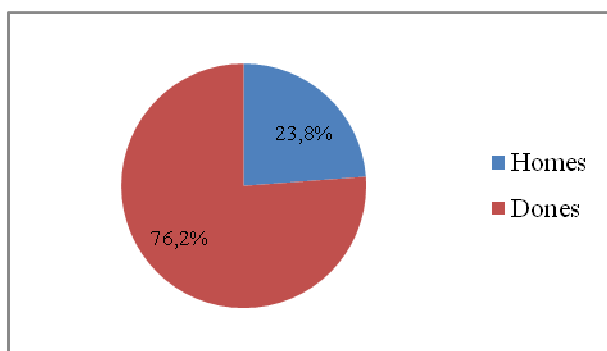


4.2. Descripció general de les persones de 80 i més anys dependents de Vic

4.2.1. Dades sociodemogràfiques

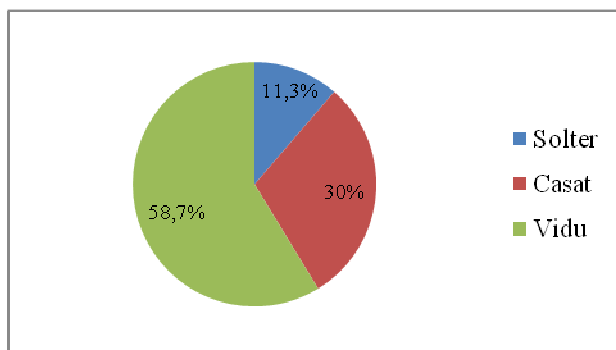
De les 453 persones de l'estudi, un 23.8% (n=108) eren homes i el 76.2% (n=345) eren dones (Figura 2). Les edats de la població d'estudi oscil·laven entre els 80 i els 105 anys. La mitjana d'edat era de 87.6 anys (DE:5.082)

Figura 2. Distribució dels subjectes segons el sexe (%).



Quant a l'estat civil, un 11.3% (n=51) eren solters, un 30% (n=136) casats i un 58.7% (n=266) eren vidus (Figura 3).

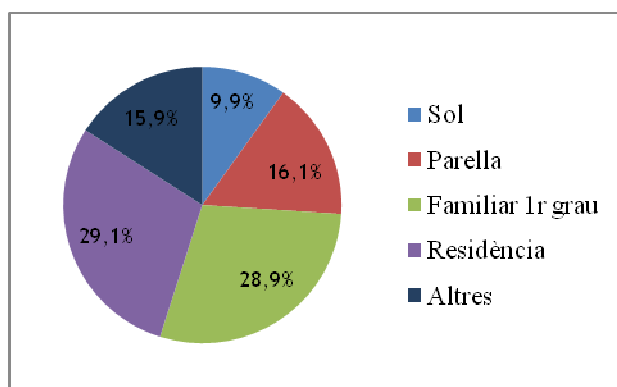
Figura 3. Distribució dels subjectes segons l'estat civil (%).



Pel que fa a la convivència destaca el nombre de persones institucionalitzades.

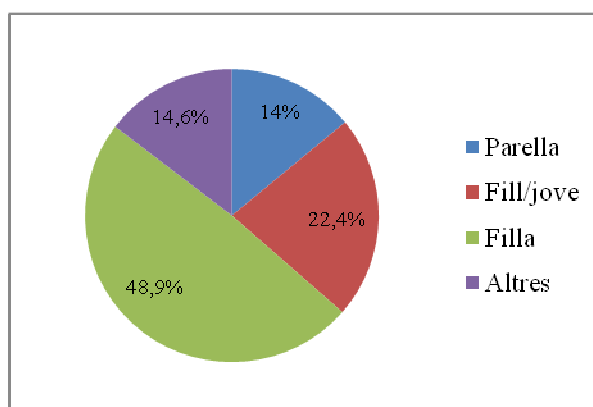
Gairebé un 10% (n=45) vivien sols, un 16% (n=73) vivien amb parella, el 28.9% (n=131) vivien amb familiars de primer grau, el 29.1% (n=132) vivien a residència i la resta o bé vivien amb altres familiars o bé amb cuidadors particulars (Figura 4).

Figura 4. Distribució dels subjectes segons la convivència (%).



De les persones no institucionalitzades, el 14% (n=45) tenien com a cuidador principal la parella, el 22.4% (n=72) el fill/jove, el 48.9% (n=157) la filla i el 14.6% (n=47) a altres familiars (Figura 5).

Figura 5. Distribució dels subjectes segons el cuidador principal (%).

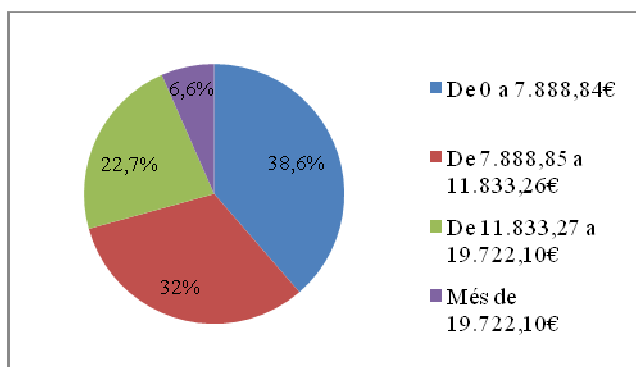


4.2.2.Rendes

Quant a la renda destaca que el 38.6% no arriba al Índex de Renda de Sufficiència de Catalunya (IRSC:7967.73€/any).

Un 38.6% (n=175) tenien una renda anual de fins a 7888.84€, un 32% (n=145) oscil·lava entre els 7888.85€ fins a 11833.26€, un 22.7% (n=103) arribava fins a 19.722.10€ i el 6.6% (n=30) restant superava aquesta xifra (Figura 6).

Figura 6. Distribució dels subjectes segons el nivell de renda (%).



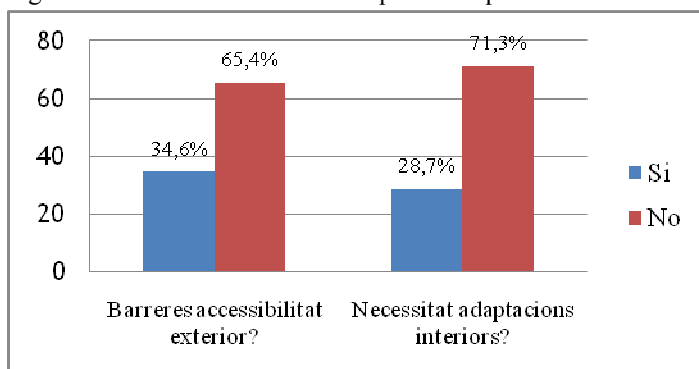
4.2.3. Fonts d'ingressos

Un 4.9% no obtenien cap tipus d'ingrés. Un 67.1% obtenien ingressos provinents d'una font, un 27.2% els tenien de dues fonts d'ingrés i un 0.9% de tres o més.

4.2.4.Habitatge

Un 34.6% (n=111) de les persones no institucionalitzades tenien problemes d'accessibilitat a l'habitatge. Un 28.7% (n=92) tenien barreres arquitectòniques a l'interior de la vivenda (Figura 7).

Figura 7. Existència de barreres arquitectòniques exteriors i interiors a la vivenda (%).



Malgrat les barreres arquitectòniques, el 76.9% tenien habitatges amb bones condicions per l'habitabilitat. Eren habitatges amb la solidesa i salubritat adequades que disposaven dels equipaments i instal·lacions bàsics.

4.3. Model d'atenció i ús de serveis

Pel que fa al model d'atenció podem constatar que el model majoritari és el complementari -que combina el servei formal amb l'informal- en el 62.3% dels casos. En segon lloc, el 37.7% reben suport únicament del suport informal. En tots els casos el suport informal era el principal i el gran sustentador de la situació de dependència. Dels

que rebien serveis formals un 49.5% feien ús de serveis públics, un 25% pagaven serveis privats i un 25.5% combinaven els serveis públics amb serveis privats.

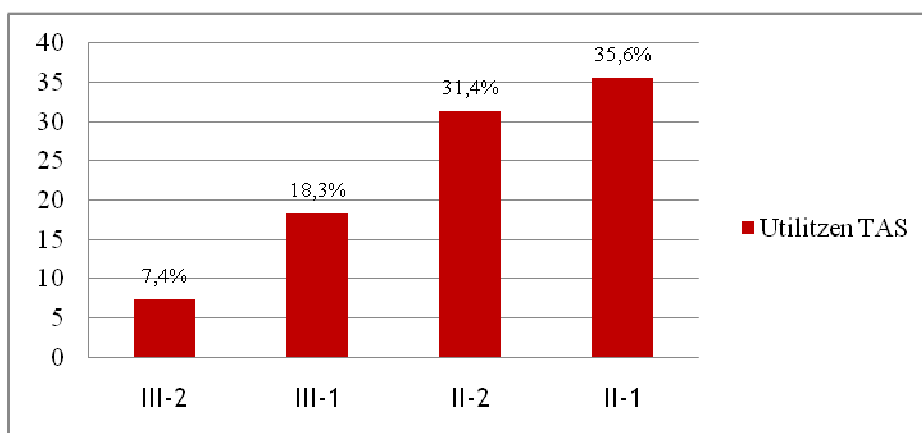
4.3.1 Ús del TAS

Un 24% (n=77) de la població d'estudi no institucionalitzada disposaven del servei de TAS.

Segons el grau i nivell

Els que utilitzen el servei de TAS representen el 7.4% dels de grau III-2, el 18.3% dels III-1, el 31.4% dels II-2 i el 35.6% dels II-1 (Figura 8). S'observa que els que tenen més dependència utilitzen menys el servei, existint una associació lineal ($p < 0.001$).

Figura 8. Ús del TAS en relació el grau de dependència (%).



Segons el gènere, edat, estat civil, convivència, cuidador principal i renda

Gènere

Fan ús del TAS el 25.9% dels homes i el 23.3% de les dones.

Edat

Fan ús del servei de TAS el 24.8% del grup de 80 a 84 anys, el 25.6% dels de 85 a 90 anys i el 21.1% dels de més de 90 anys.

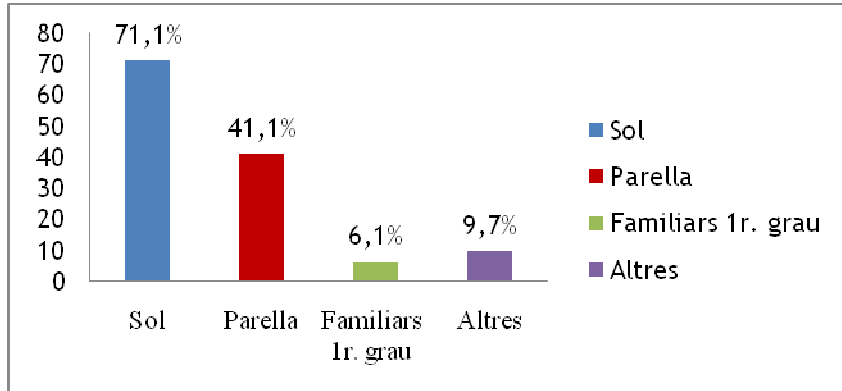
Estat civil

Utilitzen TAS, el 18.8% dels solters, el 29.8% dels casats i el 21.1% dels vidus.

Convivència

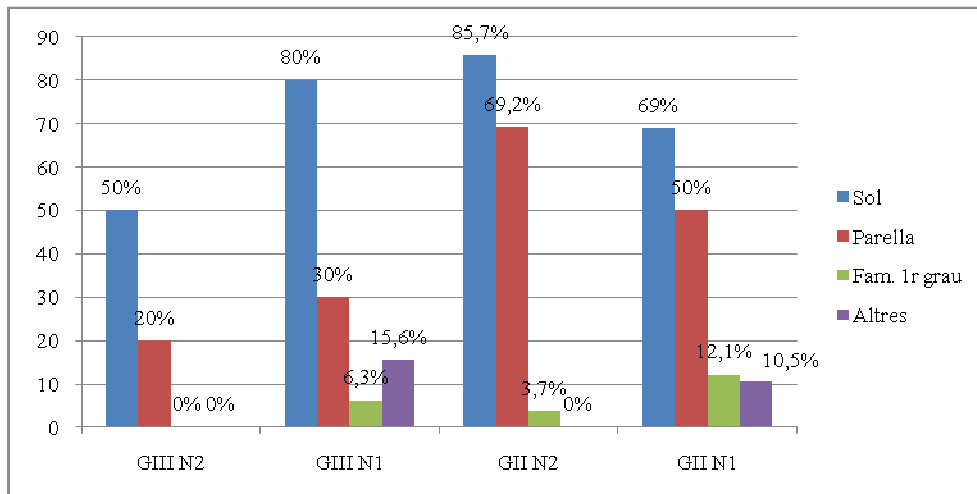
Fan ús del TAS el 71.1% dels que viuen sols, el 41.1% dels que viuen en parella, el 6.1% dels que viuen amb familiars de primer grau i el 9.7% del que conviuen amb altres familiars o tenen altres situacions (Figura 9).

Figura 9: Ús del servei de TAS en funció de la convivència (%).



Es constata que la convivència influeix en l'ús del servei de TAS ($p < 0.001$). Quan utilitzem el grau i nivell de dependència com a variable d'ajust (Figura 10), aquestes diferències continuen existint amb cadascun dels grups de grau i nivell de dependència ($p < 0.001$ en tots els casos).

Figura 10: Ús del servei de TAS en funció de la convivència i el grau i nivell de dependència(%).



Cuidador principal

Si observem la relació entre la persona que assumeix el rol de cuidador principal i l'ús del TAS, observem que fan ús del TAS el 28.9% dels que tenen la parella com a cuidadora, el 22.2% dels que tenen el fill o jove com a cuidadors, el 24.8% dels que tenen la filla cuidadora i el 19.1% dels que tenen a altres com a cuidadors.

Nivell de renda

Fan ús del TAS el 19.5% dels que tenen una renda anual de 0 a 7.888,84€, el 21.1% dels que tenen una renda entre més de 7.888,84€ i 11.833,26€, el 38.7% dels que tenen una renda d' entre 11.833,27 i 19.722,10€ i el 13% dels que tenen una renda de més de 19.722,10€.

4.3.2 Ús del SAD

El 16.2% (n=52) de les persones no institucionalitzades feien ús del SAD municipal.

Segons el grau i nivell

Fan ús del servei de SAD el 14.8% dels de grau III-2, el 18.3% dels de grau III-1, el 11.8% dels de grau II-2 i el 16.8% dels de grau II-1.

Segons gènere, edat, estat civil, convivència, cuidador principal i renda

Gènere

Utilitzen el SAD el 17.6% dels homes i el 15.7% de les dones.

Edat

Fan ús del SAD el 17.4% del grup de 80 i 84 anys, el 19.7% dels de 85 a 90 anys i el 10.5% dels de més de 90 anys.

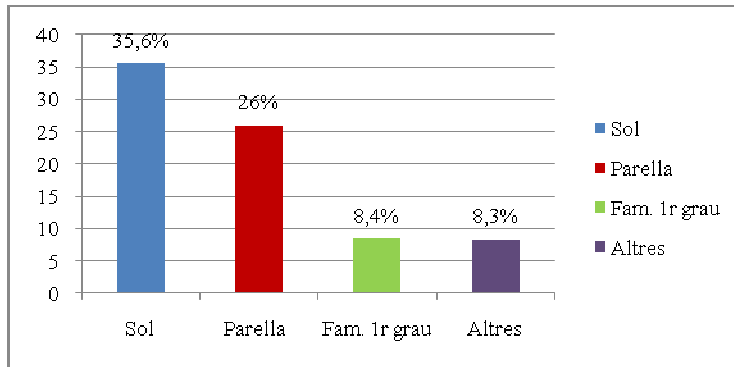
Estat civil

Utilitzen el SAD el 12.5% dels solters, el 21.9% dels casats i el 13.1% dels vidus.

Convivència

Fan ús del SAD, el 35.6% dels que viuen sols, el 26% dels que viuen en parella, el 8.4% dels que conviuen amb familiars de primer grau i el 8.3% dels que viuen amb altres familiars o tenen altres situacions (Figura 11). Existeixen diferències entre els grups ($p < 0.001$)

Figura 11: Ús del servei de SAD en relació a la convivència (%).



No obstant, si utilitzem el grau i nivell de dependència com a variable d'ajust observem que només continua sent estadísticament significatiu en el grup III-1 de dependència ($p=0.001$); mantenint-se que entre el grup que en fan més ús estan els que viuen sols o amb parella (40% en els dos grups), seguit dels que viuen amb els familiars de 1r grau (10.4%) i per últim els que viuen amb altres (6.3%)

Cuidador principal

Fan ús del SAD el 26.7% dels que tenen de cuidador principal la parella, el 18.1% dels que tenen el fill o jove com a cuidadors, el 12.7% dels que tenen la filla com a cuidadora i el 14.9% dels que tenen altres cuidadors.

Nivell de renda

Utilitzen el SAD, el 17.2% dels que tenen una renda anual de 0 a 7.888,84€, el 18.9% dels que tenen una renda anual de més de 7.888,84€ fins a 11.833,26€, el 16% dels que tenen una renda anual d' entre 11.833,27 i 19.722,10€ i el 0% del que superen aquesta renda.

4.3.3. Ús del CD

El 18.1% ($n=58$) de les persones no institucionalitzades utilitzaven el servei de CD públic.

Segons el grau i nivell

Utilitzen el servei de CD un 11.1% de les persones que tenen reconegut un grau III-2, el 19.1% de les de grau III-1, el 17.6% de les de II-2 i el 20.8% de les de grau II-1.

Segons gènere, edat, estat civil, convivència, cuidador principal i renda

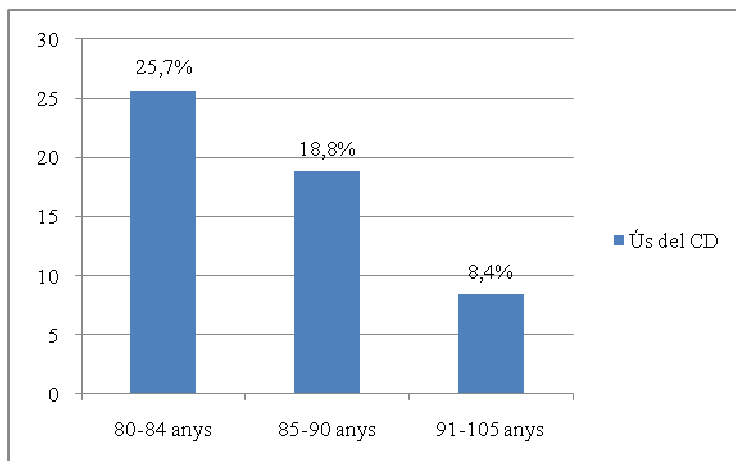
Gènere

Fan ús del servei de CD el 16.5% dels homes i el 18.6% de les dones.

Edat

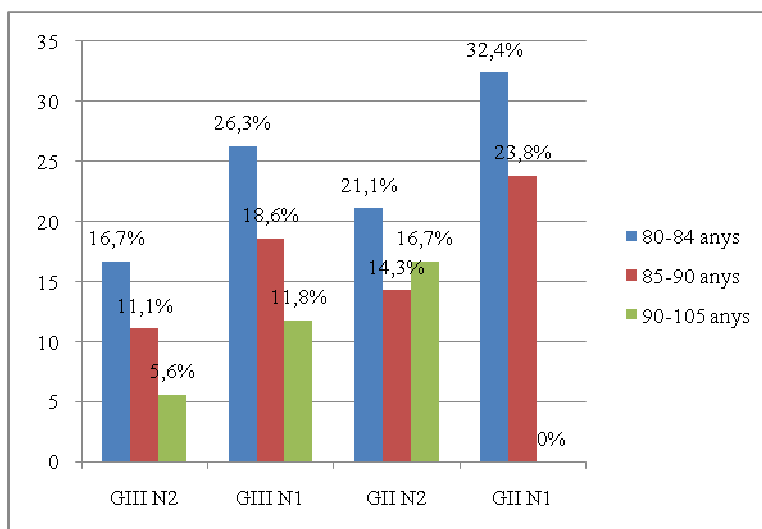
Utilitzen el CD, el 25.7% del grup d' entre 80 i 84 anys, el 18.8% dels de 85 a 90 anys i els 8.4% dels de més de 90 anys (Figura 12). S'observa que l'ús del servei disminueix en augmentar l'edat.($p=0.001$).

Figura 12: Ús del servei de CD en relació a l'edat (%).



Quan analitzem la variable edat amb el grau i nivell de dependència com a variable d'ajust, observem que la tendència de a més edat menys ús del servei es manté (Figura 13), tot i que les diferències només es mantenen significatives en el grup dels de grau II-1 de dependència ($p=0.003$).

Figura 13: Ús del servei del CD en relació a l'edat i el grau i nivell de dependència (%).



Estat civil

El 9.4% dels solters utilitzen el CD, el 14.9% dels casats i el 21.7% dels vidus.

Convivència

Fan ús del servei de CD el 22.2% dels que viuen sols, el 19.2% dels que viuen amb parella, el 19.8% dels que viuen amb familiars de primer grau i el 11.1% dels que conviuen amb altres familiars ho tenen altres situacions.

Cuidador principal

Utilitzen el CD el 24.4% dels que tenen com a cuidadors a la parella, el 22.2% dels que tenen el fill o jove com a cuidadors, el 17.2% dels que tenen la filla com a cuidadora i el 8.5% dels que tenen altres cuidadors.

Nivell de renda

Fan ús del CD el 12.5% dels que tenen una renda anual de 0 a 7.888,84€, el 25.3% dels que tenen una renda anual de a partir de 7.888,84€ a 11.833,26€, el 20% dels que tenen una renda d' entre 11.833,27 i 19.722,10€ i el 13% dels que superen els 19.722.10€.

4.3.4. Ús de CRS i llista d'espera

Un 10.8% (n=49) estava ocupant plaça residencial pública i un 20.3% (n=92) de la població d'estudi estaven a l'espera d'una plaça pública de residència.

En aquest apartat, quan es parla de llista d'espera de CRS, els percentatges estan calculats en base a la població no institucionalitzada.

Segons el grau i nivell

Fan ús del CRS el 10.5% dels de grau III-2, el 14.2% dels de grau III-1, el 11.9% dels de grau II-2 i el 5.1% dels de grau II-1.

Estant en llista d'espera d'un CRS el 13% dels de grau III-2, el 21.7% dels de grau III-1, el 7.8% dels de grau II-2 i el 21.8% dels de grau II-1.

Segons gènere, edat, estat civil, convivència, cuidador principal i renda

Gènere

Fan ús del CRS el 6.5% dels homes i el 12.2% de les dones.

Estan en llista d'espera de plaça pública residencial, el 12.9% dels homes i el 19.9% de les dones.

Edat

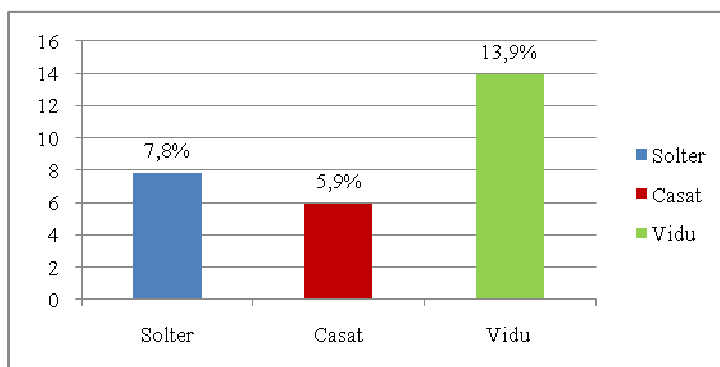
Fan ús del servei de residència el 9.8% del grup de 80 a 84 anys, el 9.7% dels de 85 a 90 anys i el 12.9% dels de més de 90 anys.

Dels que es troben en llista d'espera de CRS, representen el 19.3% dels de 80 a 84 anys, el 20.5% dels de 85 a 90 i el 13.7% dels que tenen més de 90 anys.

Estat civil

Fan ús del servei de CRS el 7.8% dels solters, el 5.9% dels casats i el 13.9% dels vidus (Figura 14). S'observen diferències significatives entre els grups ($p=0.038$).

Figura 14: Ús del servei de CRS en relació a l'estat civil (%).



Es troben en llista d'espera d'una plaça pública residencial el 15.6% dels solters, el 14.9% dels casats i el 20.6% dels vidus.

Convivència

Estan en llista d'espera de CRS el 26.7% dels que viuen sols, el 15.1% dels que viuen en parella, el 14.5% dels que viuen en familiars de primer grau i el 22.2% dels que tenen altres situació de convivència.

Cuidador principal

Es troben a l'espera de plaça pública residencial el 13.3% dels que tenen la parella com a cuidadora principal, el 22.2% dels que tenen el fill o jove com a

cuidadors, el 15.9% dels que tenen la filla com a cuidadora i el 23.4% dels que tenen altres cuidadors.

Nivell de renda

Utilitzen el CRS el 9.1% dels que tenen una renda anual de 0 a 7.888,84€, el 15.9% dels que tenen una renda de a partir de 7.888,84€ i 11.833,26€, el 8.7% dels que tenen una renda d' entre 11.833,27 i 19.722,10€ i el 3.3% dels que tenen una renda anual de més de 19.722,10€.

Es troben en llista d'espera del CRS, el 17.2% dels que tenen una renda anual de 0 a 7.888,84€, el 21.1% dels que tenen una renda de a partir de 7.888,84€ i 11.833,26€, el 18.7% dels que la tenen entre 11.833,27 i 19.722,10€ i el 8.7% dels que tenen una renda de més de 19.722,10€.

4.3.5. Ús de prestacions econòmiques

El 69.5% (n=315) reben prestació econòmica per cuidador familiar no professional. Un 15.2% (n=69) reben una prestació vinculada a residència i un 15.2% (n=69) no reben cap prestació econòmica.

Segons el grau i nivell

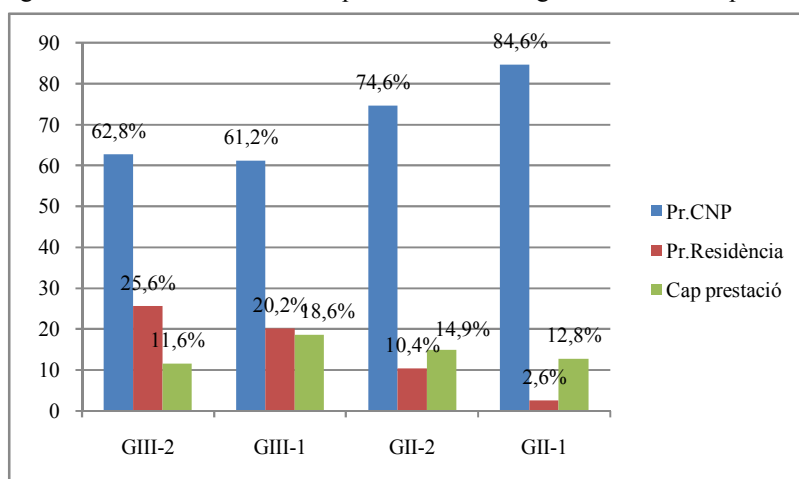
Reben la prestació per cuidador no professional, el 62.8% dels de grau III-2, el 61.2% dels de grau III-1, el 74.6% dels de grau II-2 i el 84.6% del de II-1.

Disposen d'una prestació vinculada a residència el 25.6% dels de grau III-2, el 20.2% dels de grau III-1, el 10.4% dels de grau II-2 i el 2.6% dels de grau II-1.

No cobren cap prestació el 11.6% dels de grau III-2, el 18.6% dels de grau III-1, el 14.9% dels II-2 i el 12.8% dels de grau II-1 (Figura 15).

S'observen diferències estadísticament significatives ($p < 0.001$)

Figura 15: Prestacions econòmiques en funció del grau i nivell de dependència (%).



Segons gènere, edat, estat civil, convivència, cuidador principal i renda

Gènere

Reben una prestació per cuidador no professional, el 77.8% dels homes i 67% de les dones.

Reben una prestació vinculada a residència, el 11.1% dels homes i el 16.5% de les dones.

No reben cap prestació el 11.1% dels homes i el 16.5% de les dones

Edat

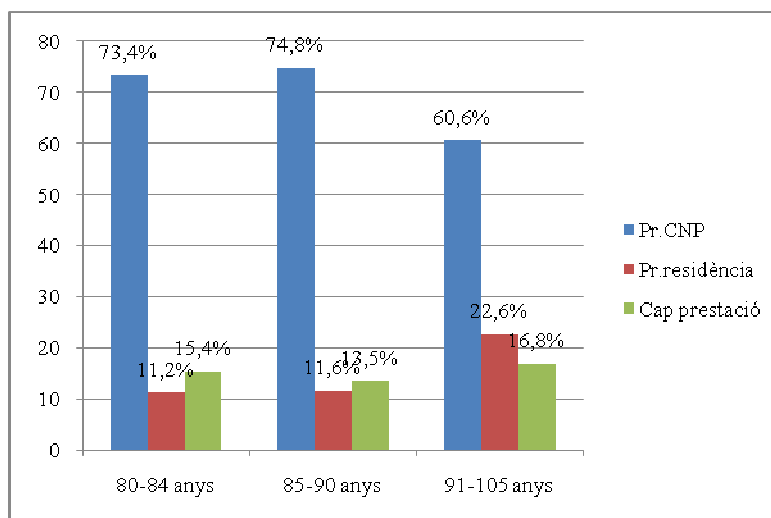
Reben una prestació per cuidador no professional, el 73.4% dels de 80 a 84 anys, el 74.8% dels que tenen entre 85 i 90 anys i el 60.6% dels que en tenen més de 90.

Cobren una prestació vinculada a residència, el 11.2 % del grup de 80 i 84 anys, el 11.6% dels que tenen entre 85 i 90 anys i el 22.6% dels de més de 90 anys.

No reben cap prestació econòmica, el 15.4% del grup de 80 a 84 anys, el 13.5% dels que tenen entre 85 i 90 i el 16.8% dels de més de 90 anys (Figura 16).

S'observen diferències significatives entre els grups (p=0.021)

Figura 16: Prestacions econòmiques en funció de l'edat (%).



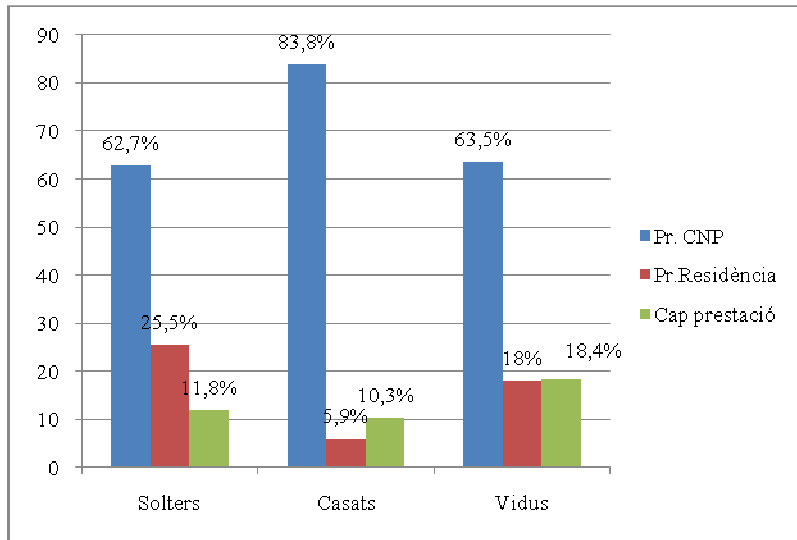
Estat civil

Cobren una prestació per cuidador no professional, el 62.7% dels solters, el 83.8% del casats i el 63.5% dels vidus.

Reben una prestació vinculada a residència, el 25.5% dels solters, el 5.9% dels casats i el 18% dels vidus.

Dels que no reben cap prestació, el 11.8% són solters, el 10.3% casats i el 18.4% vidus (Figura 17) .

Figura 17: Prestacions econòmiques en funció de l'estat civil (%).



Inicialment s'observa que l'estat civil influeix en el fet de rebre prestacions econòmiques ($p < 0.001$). No obstant, si utilitzem la variable de grau i nivell de dependència d'ajust, comprovem que només manté la significació amb el grup de grau III-1 de dependència ($p = 0.031$)

Convivència

Si ens fixem amb la població no institucionalitzada, observem que el 98.1% cobren prestació per cuidador no professional. i el 1.9% restant no rebien cap prestació.

Cobren prestació per cuidador no professional el 93.3% dels que viuen sols, el 100% dels que viuen en parella, el 97.7% dels que viuen amb familiars de primer grau i el 72% dels que tenen altres situacions de convivència.

La convivència està associat a l'ús de prestacions econòmiques ($p < 0.036$). Inclús quan s'utilitza el grau i nivell de dependència com a variable d'ajust es mantenen les diferències.

Cuidador principal

En aquest apartat ens referim a les persones no institucionalitzades.

Reben prestació per cuidador no professional, el 100% dels que viuen en parella, el 95.8% dels que viuen amb el fill o jove, el 98.1% dels que viuen amb la filla i el 100% dels que viuen amb altres.

Nivell de renda

Reben una prestació per cuidador no professional, el 71.4% dels que tenen una renda anual de 0 a 7.888,84€, el 63.4% dels que disposen d'una renda de a partir de 7.888,84€ i 11.833,26€, el 72.8% dels que tenen entre 11.833,27 i 19.722,10€ i el 76.7% dels que disposen d'una renda de més de 19.722,10€.

Cobren una prestació vinculada a residència, el 14.9% dels que tenen una renda anual de 0 a 7.888,84€, el 15.9% dels que tenen una renda de a partir de 7.888,84€ a 11.833,26€, el 14.6% dels que la tenen entre 11.833,27 i 19.722,10€ i el 16.7% dels que disposen d'una renda anual superior a 19.722,10€.

No rebia cap prestació econòmica, el 13.7% dels que tenen una renda anual de 0 a 7.888,84€, el 20.7% dels que tenen una renda de a partir de 7.888,84€ a 11.833,26€, el 12.6% dels que la tenen entre 11.833,27 i 19.722,10€ i el 6.7% dels que tenen una renda anual superior a 19.722,10€.

4.3.6. SAD privat

De la població no institucionalitzada el 20.2% (n=65) disposa de cuidadora particular a hores, el 11.5% (n=37) tenen una cuidadora 24 hores i el 68.2% (n=219) restant no disposa de serveis privats per atendre les ABVD.

Segons el grau i nivell

Tenen cuidadora unes hores al dia, el 11.1% del de grau III-2, el 21.7% dels de grau III-1, el 23.5% del de grau II-2 i el 21.8% dels de grau II-1.

Disposen de cuidadora particular 24 hores, el 20.4% dels de grau III-2, el 10.4% dels de grau III-1, el 5.9% dels de grau II-2 i el 10.9% dels de grau II-1.

No tenen cap cuidadora particular, el 68.5% dels de grau III-2, el 67.8% dels de grau III-1, el 70.6% dels de grau II-2 i el 67.3% dels de grau II-1.

Segons gènere, edat, estat civil, convivència, cuidador principal i renda

Gènere

Tenen una cuidadora a hores el 18.8% dels homes i el 20.8% de les dones.

Disposen de cuidadora 24 hores, el 7.1% dels homes i el 13.1% de les dones.

No disposen de cap cuidadora, el 74.1% dels homes i el 66.1% de les dones.

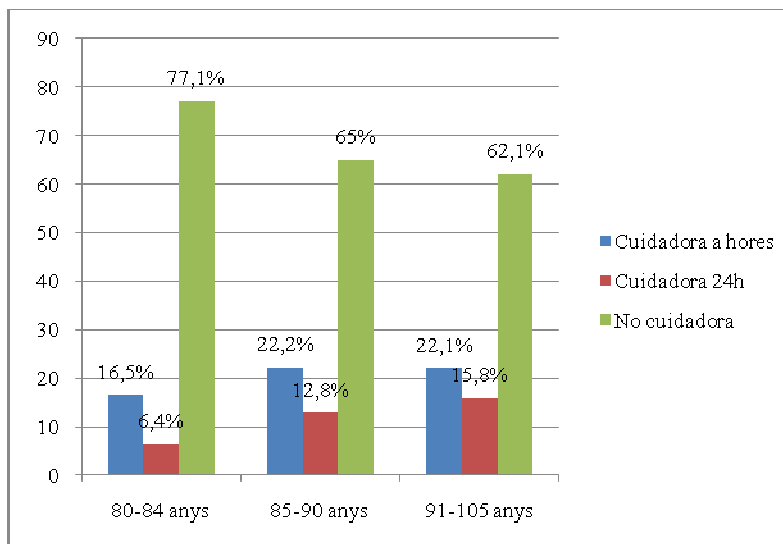
Edat

Tenen una cuidadora a hores el 16.5% del grup de 80 a 84 anys, el 22.2% dels de 85 a 90 anys i el 22.1% dels de més de 90.

Disposen de cuidadora 24 hores, el 6.4% del grup de 80 a 84 anys, el 12.8% dels de 85 a 90 anys i el 15.8% dels de més de 90.

No disposen de cap cuidadora, el 77.1% del grup de 80 a 84 anys, el 65% dels de 85 a 90 anys i el 62.1% dels de més de 90 (Figura 18).

Figura 18: Ús de cuidadora particular en relació a l'edat (%).



S'observen diferències estadísticament significatives ($p=0.011$). S'observa que a més edat es fa més ús de cuidadora 24 hores. De la mateixa manera el percentatge de persones que no disposen de cap cuidadora va disminuint amb l'edat.

Si utilitzem el grau i nivell de dependència com a variable d'ajust observem que aquesta significació es perd. No obstant, en els que tenen cuidadora 24 hores la tendència de a més edat més ús del servei es manté en tots els grups excepte en els de grau III-2 de dependència.

Estat civil

Disposen de cuidadora a hores, el 12.5% dels solters, el 23.7% dels casats i el 19.4% dels vidus.

Tenen cuidadora 24h. el 3.1% dels solters, el 5.3% dels casats i el 17.1% dels vidus.

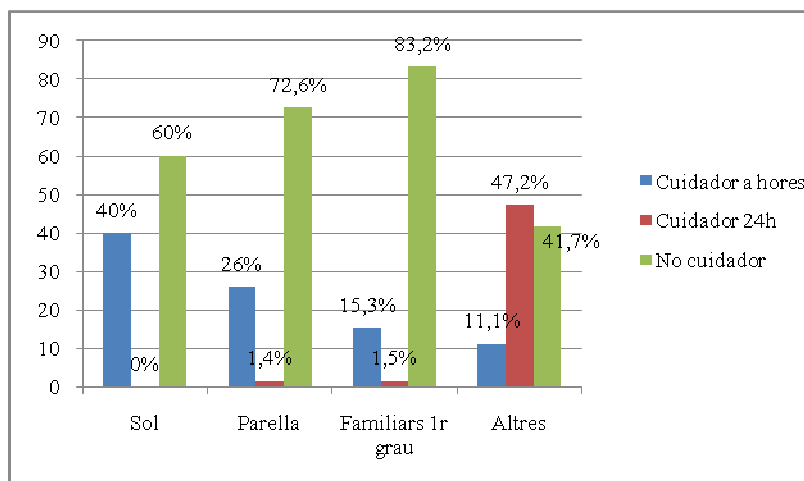
No tenen cap cuidadora particular, el 84.4% dels solters, el 71.1% dels casats i el 63.4% dels vidus.

Convivència

Disposen de cuidadora a hores el 40% dels que viuen sols, el 26% dels que viuen en parella, el 15.3% dels que viuen en familiars de primer grau i el 11.1% dels que viuen amb altres familiars o altres situacions.

No disposa de cuidadora particular el 60% dels que viuen sols, el 72.6% dels que viuen en parella, el 83.2% dels que viuen amb familiars de primer grau i el 41.7% que viuen amb altres (Figura 19)

Figura 19: Ús de cuidadora particular en relació a la convivència (%).



La convivència està associada al fet de tenir cuidadors particulars ($p < 0.001$).

Aquesta significació estadística, quan utilitzem el grau i nivell de dependència com a variable d'ajust, es repeteix en tots els grups excepte en el de grau III-2 de dependència ($p < 0.001$ en tots els casos).

Cuidador principal

Tenen cuidadora a hores, el 17.8% dels que tenen com a cuidadora principal la parella, el 26.4% dels que tenen com a cuidadors el fill o jove, el 20.4% dels que tenen la filla com a cuidadora i el 12.8% dels que tenen altres cuidadors.

Disposen de cuidadora 24 hores el 12.5% dels que tenen com a cuidador principal el fill o jove, el 14% dels que tenen com a cuidadora a la filla i el 12.8% dels que tenen altres cuidadors.

No disposen de cuidadores particulars, el 82.2% dels que tenen la parella com a cuidadora principal, el 61.1% dels que són cuidats pel fill o jove, el 65.6% dels que tenen la filla com a cuidadora i el 74.5% dels que tenen altres cuidadors.

Nivell de renda

Tenen una cuidadora a hores el 19.5% dels que tenen una renda anual de 0 a 7.888,84€, el 18.9% dels que tenen una renda de a partir de 7.888,84€ i 11.833,26€, el 21.3% dels que la tenen entre 11.833,27 i 19.722,10€ i el 26.1% dels que tenen una renda anual de més de 19.722,10€.

Disposen de cuidadora 24 hores, el 6.3% dels que tenen una renda anual de 0 a 7.888,84€, el 13.7% dels que tenen una renda de a partir de 7.888,84€ i 11.833,26€, el 10.7% dels que la tenen entre 11.833,27 i 19.722,10€ i el 34.8% dels que tenen una renda anual de més de 19.722,10€.

No tenen cap cuidadora particular, el 74.2% dels que tenen una renda anual de 0 a 7.888,84€, el 67.4% dels que tenen una renda de a partir de 7.888,84€ i 11.833,26€, el 68% dels que la tenen entre 11.833,27 i 19.722,10€ i el 39.1% dels que tenen una renda anual de més de 19.722,10€.

4.4. Altres resultats a destacar

4.4.1. Gènere

El 7.4% dels homes viuen sols, el 38% conviuen en parella, el 25% amb familiars de primer grau, el 21.3% en residències i el 8.3% conviu amb altres.

El 10.7% de les dones viuen soles, el 9.3% viuen amb la parella, el 30.1% amb familiars de primer grau, el 31.6% en residències, el 18.3% amb altres.

Existeixen diferències significatives entre els grups ($p < 0.001$)

Els homes conviuen més en primer lloc amb les parelles i en segon lloc amb els fills. Les dones viuen més en residències i en segon lloc amb els fills.

Si observem la figura del cuidador principal segons el gènere, els homes tenen com a cuidadores principals a les seves parelles en el 26.9%, el 10.2% tenen com a cuidadors als fills/joves, el 36.1% a les filles i el 26.9% tenen altres cuidadors.

Les dones són cuidades per les seves parelles en un 4.6%, els fills són cuidadors en un 17.7%, les filles ho són en el 34.2% i tenen altres cuidadors en un 43.5%. Continua destacant la figura femenina com a cuidadora principal.

4.4.2. Estat civil

En relació a la convivència, de les persones solteres el 5.9% viuen sols, el 2% amb familiars de primer grau, el 37.3% viuen a residència i el 54.9% viuen amb altres (ex. Convent).

Del grup de casats, el 1.5% viuen sols, el 57.3% en parella, el 25% amb familiars de primer grau, el 16.2% en residència i el 3.7% amb altres.

Entre els vidus, el 15% viuen sols, el 36.1% viuen amb familiars de primer grau , el 34.2% en residència i el 14.7% amb altres.

S'observen diferències estadísticament significatives ($p < 0.001$)

4.4.3. Convivència

Si observem la convivència en relació al grau i nivell de dependència, d'entre les persones que viuen soles el 8.9% són de grau III-2, el 11.1% de grau III-1, el 15.6% de grau II-2 i el 64.4% de grau II-1. A més grau de dependència hi ha menys usuaris que viuen sols i viceversa. A menys grau, més usuaris que viuen sols. Existeix una disminució estadísticament significativa del grup de persones que viuen soles quan augmenta el grau de dependència ($p < 0.001$).

De les persones que conviuen amb parella el 41.1% són de grau III-1, el 27.4% tenen un grau II-1, el 17.8% un grau II-2 i el 13.7% un III-2.

Els que viuen amb familiars de primer grau, el 36.6% són de grau III-1, el 25.2 de grau II-1, el 20.6% de grau II-2 i el 17.6% de grau III-2.

Dels que viuen a residència, un 51.5% tenen grau III-1 de dependència, el 24.2% un grau III-2, el 12.1% tenen un grau II-2 i el 12.1% restant un II-1.

5. DISCUSSIO

Model d'atenció

Segons els resultats podem constatar que el model d'atenció més freqüent és el complementari - que combina el suport informal amb el formal - , seguit pel suport únicament informal. En cap cas trobem a persones que no tinguin cap mena de suport ni tampoc persones que cobreixin les seves necessitats exclusivament amb el serveis formals.

Tot i que el model complementari és el principal, si observem el nombre de beneficiaris que fan ús de cada servei respecte el total, observem que és baix. Per tant, dins el model complementari, el suport informal segueix sent el gran sustentador de les atencions a les persones amb dependència, amb una participació molt secundària dels serveis formals.

És rellevant que el 69.5% de la població d'estudi (representen el 98% de les persones no institucionalitzades) tenen reconegut un acord PIA basat amb una prestació per cuidador familiar no professional. Si comparem aquesta xifra amb el global de Catalunya - gairebé un 60% ⁽⁶⁷⁾, a Vic el percentatge és superior. Aquestes dades són un indicador que el mateix sistema segueix reforçant la continuïtat del suport informal vigent. Amb els serveis existents, la seva intensitat actual i la no adaptació a les necessitats dels cuidadors el més probable és que s'acaba tendint a afavorir el rol de la família (especialment el de les dones) com a cuidadores. De fet, si no existeix una cartera de serveis d'atenció a la dependència prou potent i flexible a les situacions, que doni una resposta efectiva i eficaç a les necessitats dels dependents i del seu entorn, el més probable és que s'acabi donant una prestació econòmica com a única sortida viable. D'aquesta manera, la prestació econòmica que segons la llei havien de tenir caràcter excepcional es converteix en la més utilitzada.

En aquest sentit és important potenciar i replantejar els serveis actuals dirigits a les persones dependents i als seus cuidadors.

A Espanya hi ha pocs estudis realitzats en aquesta línia i són amb anterioritat a la implantació de la llei de la dependència. La majoria d'estudis existents són d'altres països i no són recents. Si comparem els resultats amb un dels estudis espanyol més actual⁽¹⁵⁾, l'autor Jesús Rogero va investigar la distribució a Espanya de la cura formal i informal sobre una mostra de 1.156 persones majors de 64 anys, utilitzat com a font de dades l'Enquesta Nacional de Salut 2003. Coincidint amb els resultats definits, aquest autor conclou que el model complementari és el més freqüent i afegeix que es combina

amb el model compensador jeràrquic. El suport formal és minoritari i serveix de complement al suport informal.

Si ens fixem en les investigacions a nivell internacional, en aquesta línia, Armi et al.⁽⁵³⁾ van realitzar un estudi longitudinal sobre una mostra de 340 persones que vivien al domicili, per tal d'analitzar la relació entre el suport informal i formal. L'estudi revelava que la quantitat de suport informal incrementava de forma significativa al incrementar la freqüència de l'ajuda formal, per tant, en la majoria dels casos els dos sistemes es complementaven.

Les dades resultants també van en concordança amb el que presentaven Jimenez i Vilaplana⁽⁶⁸⁾ destacant que la presència del sistema formal actua com a reforç al sistema informal d'atenció.

Si ens fixem en el que prefereixen les persones grans, Pinguart i Sörensen⁽⁶⁹⁾ van estudiar les preferències de model d'atenció que tenien les persones de més de 65 anys a Alemanya i Estats Units. La població d'estudi prioritzava el suport informal en exclusiva i el suport d'ambdós sistemes per les atencions de curta durada o temporals. En canvi, per les cures de llarga durada preferien el suport formal en exclusiva.

Es valora positivament que en tots els casos existeix algun familiar/persona de referència que assumeix la cura. No obstant, això no significa que hagin de tenir totes les necessitats cobertes. Cal tenir en compte que diversos estudis^(28,30,68) destaquen com a rellevant el percentatge de persones amb dependència que experimenta alguna necessitat d'ajuda no coberta (al voltant d'un 20%). Segons el treball de Tomás et al.⁽³⁰⁾, analitzaven la dependència i necessitats no cobertes de les persones grans d'una zona de Saragossa. Aquest estudi conclou que el suport informal que presta la família és insuficient per atendre el percentatge de persones amb dependència elevada. Proposa que el model d'atenció hauria de desenvolupar serveis de suport emocional, econòmics i socials a la família, prioritzant en especial aquelles que viuen soles i tenen recursos econòmics escassos.

Ús de serveis

Es plantejava a les hipòtesis que independentment del grau i nivell de dependència, les persones corresponents al grup de més edat, les dones, les persones casades, les que viuen soles, les que tenen com a cuidador principal la parella i les de rendes més desfavorides, s'esperava que fessin més ús de serveis formals. Aquestes característiques

poden condicionar el tipus de servei que utilitzin. S'analitzaran cada hipòtesis en relació a cadascun dels serveis.

En la hipòtesis H1.1. es referia que s'esperava que les dones de 80 i més anys dependents de Vic utilitzarien més serveis formals que els homes. Inicialment semblaria que les dones, a banda de ser més nombroses per tenir una esperança de vida més llarga, tenen menys probabilitats de ser cuidades per les seves parelles i per tant farien més ús de serveis formals tot i tenir fills.

Els resultats ens mostren que les dones fan més ús del servei de centre de dia, del SAD privat, del CRS i també són majoritàries en les llistes d'espera de CRS. Com que les dones fan més ús de la residència, també són les que reben més prestacions vinculades a residència. En canvi els homes utilitzen més el servei de TAS i el SAD públic i per altra banda es beneficien més que les dones de prestacions per cuidador no professional, tot i que aquestes diferències no són prou importants per considerar-se estadísticament significatives. Podríem pensar que els homes tenen com a principals cuidadores a les seves parelles i llavors fan ús del servei de TAS (del qual són beneficiaris tots dos) i del SAD ja que la parella de similar edat pot tenir més dificultats físiques per cobrir algunes ABVD: Per contra les dones són cuidades majoritàriament o bé pels fills o bé estan en residència. Per tant, les dones són més usuaris que els homes de serveis com el de CD, SAD privat o CRS.

Estudis com el de Katz et al.⁽⁷⁰⁾ van realitzar una investigació longitudinal als EUA sobre una cohort de 7.443 majors de 69 anys amb discapacitat. Aquest conclouia que les dones rebien menys hores de suport informal respecte als homes, però a la vegada eren les que utilitzaven més hores de serveis formals.

La segona hipòtesis (H1.2) plantejava que s'esperava que les persones de més edat (més de 90 anys) farien més ús de serveis formals que les persones de menys edat (80 i 89 anys). Les persones del grup de més de 90 anys són les que fan més ús de cuidadora 24 hores, les que més utilitzen la residència i les que es beneficien més de prestacions econòmiques vinculades a residència respecte a la resta de grups d'edat. Destaca que a més edat es fa més ús de cuidadora 24 hores i també de prestació vinculada a residència. No obstant els resultats no demostren cap significació estadística. Pel que fa a l'edat és rellevant la tendència existent en l'ús de centre de dia, a més edat menys utilització del servei.

L hipòtesis H1.3.es referia a l'estat civil. Es defensa que les persones casades utilitzaran més serveis formals comunitaris i que les solteres o vídues faran més ús dels serveis residencials i estaran en més llista d'espera residencial que els casats. S'observa que les persones casades utilitzen més serveis comunitaris, concretament en el servei de TAS, SAD públic i SAD privat a hores, però en canvi pel que fa el CD l'utilitzen més els vidus. També les persones casades són les que reben més prestació per cuidador no professional.

Les persones solteres o vídues tenen més probabilitats o bé de conviure amb la persona cuidadora o bé de viure en una residència, en canvi les casades conviuen principalment amb la parella i la persona cuidadora principalment està fora del nucli familiar, per tant necessiten més serveis formals.

Quant al CD, cuidadora 24 hores, CRS i també els que estan en llista d'espera del servei de CRS en fan més ús majoritàriament els vidus en relació als casats i solters.

De les persones institucionalitzades, el percentatge més alt amb diferència eren els vidus en el 75.5%. Podem pensar que entre el grups de vidus existeix menys suport i que per tan tenen més necessitat d'ús del servei residencial.

La quarta hipòtesis (H1.4) defensava que la convivència influïa en l'ús de serveis. Concretament la població que viu sola utilitzarà més serveis formals que els que viuen amb familiars de primer grau o altres. Observant els resultats es constata que el servei de TAS, SAD, CD, cuidadora a hores, i llista d'espera residencial, són més utilitzats per les persones que viuen soles en comparació amb la resta de grups. Això és estadísticament significatiu en el cas del servei de TAS ($p < 0.001$), en el servei de SAD dins el grup de grau III-1 de dependència ($p = 0.001$), en el servei de SAD privat ($p < 0.001$) i en la prestació econòmica ($p = 0.036$). La convivència és un factors que influeix en l'ús de serveis. Podem constatar que la hipòtesis H1.4 es confirma i es continua mantenint tot i quan utilitzem el grau i nivell de dependència com a variable d'ajust. Per contra, en l'estudi realitzat a Leganés, els resultats demostraven que viure sol o amb parella estava associat a menys ús dels serveis socials. Per la seva banda, Rogero⁽⁷¹⁾ afirma que el suport formal públic és més freqüent en les llars amb menys membres. I el suport formal privat com a única font d'atenció, refereix que està relacionada amb la disponibilitat de recursos socioeconòmics i no tant per la dependència.

L' hipòtesis H1.5. referia que els que tenen com a cuidador principal la parella utilitzarien més serveis formals que els que tenen altres cuidadors. Les persones que tenen com a cuidadora principal a la parella, seguint el que mencionava anteriorment, tot i tenir el suport dels fills, aquests estan fora del nucli de convivència i per això es creu que utilitzaran més serveis. Si fem un anàlisi dels resultats aquesta hipòtesis es compleix en el serveis de TAS, SAD i CD no obstant els resultats no són estadísticament significatius.

La darrera hipòtesis (H1.6) plantejava que la població amb rendes més desfavorides utilitzarien més serveis formals (públics) que els de més renda (aquests més privats).

Els resultats constaten que aquesta hipòtesis no es compleix en cap dels serveis. Si s'analitza globalment s'observa que en els serveis de CRS i el SAD els dos grups de menys renda són els que utilitzaven més serveis. Destaca el fet que aquells que tenen més renda anual són els que més prestacions vinculades a residència cobren en relació als altres nivells de renda. Segurament les persones amb més renda són les que poden assumir el cost d'una plaça privada de residència. En canvi les places públiques de residència l'utilitzen més la població que pertany als dos nivells de renda més baixos, en comparació a les persones de les altres categories.

Si ens fixem amb la població que cobra una prestació per cuidador no professional, els de més renda són els que més en cobren en comparativa a les altres categories de renda. Cal plantejar-se perquè les persones dependents amb un nivell de renda alt accedeixen a prestacions econòmiques més que a serveis. És un tema d'insuficiència de servei?, de les condicions en les que s'ofereix?, de rigidesa?, de decisió dels cuidadors?

També cal destacar que a mesura que va augmentant el nivell de renda, també augmenta l'ús de cuidadora particular 24 hores.

A banda dels factors més socials, si ens fixem amb el grau i nivell de dependència, no influeix especialment en l'ús de serveis. Únicament s'observa que és significatiu en l'ús del servei de TAS, de tal manera que a menys grau més ús del servei ($p < 0.001$) Això podria explicar-se, pel fet que hi hagués persones amb demència i no tinguessin la capacitat per fer un bon ús del servei. També podria ser que les persones amb grau III al ser més dependents necessiten de més suport i viuen amb els fills. En aquest cas no complirien els criteris d'accés al servei de TAS, que va dirigit prioritàriament a persones que viuen soles o amb parella de similar edat.

La convivència de les persones dependents estableix un indicador de més o menys ús de serveis. És rellevant valorar si la persona cuidadora conviu o no en el nucli familiar de la persona dependent. Això hauria de ser un factor a tenir en compte a l'hora de definir la provisió de serveis. Segurament un estudi més aprofundit sobre la xarxa de suport i concretament sobre la persona cuidadora facilitaria més eines d'anàlisi pel que fa a l'ús de serveis.

Béland i Zunzunegui⁽²⁸⁾ en un estudi sobre les persones grans, revelaven que les variables sociodemogràfiques no estaven associades a la utilització de serveis sanitaris i socials a Leganés. Per contra, sí que ho estava l'estat de salut.

En general es fa poc ús dels serveis formals per part de les persones majors de 79 anys dependents de Vic. Això podria estar influït per diverses variables. En primer lloc, variables atribuïbles a l'administració. Com les mateixes condicions en les que s'ofereix el servei. Per exemple, en la manera com estan dissenyats i definits els programes d'atenció a aquest col·lectiu, els criteris de copagament establerts, la intensitat en la que es dona cada servei. En segon lloc, variables atribuïbles a les preferències del model d'atenció de les persones grans dependents. En tercer lloc, variables que recauen en la persona cuidadora. Com per exemple, les càrregues laborals i familiars que pugui tenir, el vincle existent amb la persona gran, la predisposició i disponibilitat per cuidar. Tots aquests, són factors que poden fer que la persona cuidadora faci més o menys demanda de recursos. En quart i darrer lloc, el nivell de dependència de la persona.

En l'apartat 1.5. comentava que és un fet que els serveis comunitaris, en especial el SAD, tenen una baixa cobertura i que tot i que la tendència és el de l'augment de la cobertura, aquesta continua estant per sota del considerat valor de referència.

Si ens fixem amb l'ús del servei residencial, tenint en compte els que ocupen una plaça pública residencial i els que estan en plaça privada i reben una prestació econòmica vinculada a residència, podem observar que és el recurs més utilitzat i a més cal afegir que del total de la població estudiada, el 20.3% estaven a l'espera d'una plaça pública residencial. Tenint en compte que la preferència de les persones grans és la de continuar en el seu domicili habitual, i sembla que els objectius de les polítiques públiques van en aquesta direcció, seria interessant estudiar si aquest fet es produeix, per la insuficient presència de serveis formals a la comunitat i per la rigidesa dels serveis que no s'adeqüen a les necessitats de la població gran dependent.

En resum, destaca una presència molt minsa dels serveis formals que complementen en alguns casos l'ajuda dispensada pels familiars.

Limitacions de l'estudi

Aquest estudi presenta diverses limitacions. En primer lloc, l'estudi se centra en la població major de 79 anys. Per propers treballs de recerca, seria interessant veure quins serien els resultats si ampliéssim la franja d'edat a partir dels 65 anys. Cal dir que, en general els resultats mostren pocs casos que utilitzen serveis. Per això, caldria fer un estudi amb més població que permetés aprofundir en les relacions estudiades.

Per altra banda, les dades recollides provenen únicament del municipi de Vic. Tot i que els resultats poden ser representatius per a municipis amb característiques similars, com que cada ajuntament té competència sobre la prestació dels serveis de TAS i SAD, i parteixen de pressupostos, recursos i organitzacions diferents, caldria ampliar la recerca agafant una mostra dels municipis de la comarca d'Osona, o fins i tot si ho estenguéssim a nivell de diferents ajuntaments de Catalunya.

Per últim, per poder afinar i aprofundir més amb l'anàlisi s'hauria de fer una recollida molt més extensa de dades afegint altres variables (per exemple, les hores que dedica el cuidador en l'atenció al seu familiar dependent, la sobrecàrrega i d'altres aspectes que permetin concretar més la xarxa de suport). Val a dir, que la investigació en les ciències socials té alguns elements de complexitat afegides, sobretot quan ens referim als serveis socials. Aquesta complexitat té la seva raó de ser per la manca d'instruments estandarditzats que ens permeti avaluar determinades variables amb instruments comuns i interpretar-les de la mateixa manera. Existeix certa confusió terminològica i conceptual i dificultat per mesurar algunes variables com per exemple les xarxes socials, el suport informal entre d'altres. Hi manca consens.

Un estudi més aprofundit i extens ens permetria analitzar quines variables són més determinants en l'ús de serveis i fer-ne una gradació.

6. CONCLUSIONS

- El model principal d'atenció a la dependència és el complementari. En segon lloc el més majoritari és el suplementari, assumit pel suport informal.

- La totalitat de les persones de 80 i més anys dependents de Vic, tenien el suport d'algú i per tant, no hi havia ningú que no disposés de cap tipus d'ajuda. Cal no confondre aquest aspecte i no anticipar que aquestes tenien les necessitats cobertes. Caldria analitzar en tot cas, si l'ajuda que rebien era suficient per cobrir les necessitats d'atenció o bé si hi havia necessitats no cobertes.
- La variable convivència està associada a l'ús de més o menys serveis formals. La resta de variables, tot i apuntar certes tendències no han resultat estadísticament significatives.
- Les dones fan més ús del servei de CD, CRS,SAD privat i també són més beneficiàries de prestacions vinculades a residència. Els homes utilitzen més el servei de TAS ,SAD.i les prestacions per cuidador familiar no professional.
- Les persones del grup de més de 90 anys són les que fan més ús de cuidadora 24 hores, les que més utilitzen la residència i les que es beneficien més de prestacions econòmiques vinculades a residència respecte a la resta de grups d'edat.
- Les persones casades fan més ús dels serveis comunitaris (excepte en el CD) i les solteres i vídues són les que més utilitzen el CRS i estan més en llista d'espera residencial.
- La població que té la parella com a cuidadora principal, fan més ús del servei de TAS, SAD i CD respecte els que tenen altres cuidadors.
- El nivell de renda de la persona dependent no influeix en l'ús de serveis. Tot i això s'observa alguna tendència en que els que tenen més nivell de renda són els que fan més ús de serveis privats en relació a la població que té rendes inferiors.
- Els homes tenen més probabilitat de ser cuidats principalment pel suport informal i les dones pel suport formal.
- El Sistema de la dependència, en contra de la seva essència inicial, està afavorint el rol de la família, especialment de les dones, com a cuidadores en l'atenció a les persones grans amb dependència.

7. PROPOSTES PER MILLORAR L'ATENCIÓ A LA DEPENDÈNCIA

- Encara existeixen pocs estudis sobre les variables que determinen l'ús de serveis socials. Si les variables d'entorn influeixen en l'ús dels serveis caldrà seguir investigant i potenciar treballs de recerca que aprofundeixin molt més en les xarxes de suport i amb com es relaciona amb el grau de dependència i amb l'ús de serveis.

- És necessari que de forma immediata s'incrementin els serveis comunitaris, especialment el SAD, que és el servei amb més potencial per donar suport a la família cuidadora i per poder mantenir la persona gran dependent en el seu entorn habitual.
- Cal redefinir el disseny dels programes i serveis d'atenció a la dependència tenint en compte:
 - a) Les preferències de les persones grans.
 - b) Variables més d'entorn a l'hora de definir la provisió de servei i la intensitat dels mateixos. És a dir, afinar en la població diana d'atenció que es vol prioritzar, en els criteris d'accés als serveis. Els criteris que es marquin han d'afavorir a aquells sectors amb més risc de no rebre suport i als més dependents i alhora especificar més intensitat de servei a més necessitat. En un moment de crisi com l'actual, cal optimitzar al màxim els recursos i una manera de fer-ho és ajustant al màxim la necessitats d'atenció amb la provisió de serveis (no només socials sinó també sanitaris). Per tant, és clau una atenció global des d'una perspectiva sociosanitària.
 - c) Incloure com a objectiu prioritari, no només l'atenció a les persones grans amb dependència sinó a les persones cuidadores.

Per això és important potenciar i millorar la gestió actual dels serveis socials, en especial els programes/serveis d'atenció a la dependència.

- Relacionat amb el punt anterior, actualment el programa de dependència sols té en compte el grau i nivell de dependència per definir les prestacions econòmiques i la renda per definir el cost del servei. Els treballadors socials poden incidir de forma limitada en una correcta provisió dels serveis ja que, d'entrada els serveis existents són insuficients per respondre a les necessitats detectades (especialment les dels grans dependents), són serveis de baixa intensitat i de vegades difícils d'adequar-se a les situacions per la mateixa rigidesa d'aquests.

Per altra banda, l'Estat i la Generalitat ja ha acotat les variables claus que es valoren per accedir. El marge de maniobra és molt baixa. Cal redefinir els programes i serveis actuals, partint d'una molt necessària potenciació de serveis que sigui una alternativa real a les prestacions econòmiques per cuidador no professional.

- Cal potenciar la figura d'un treballador social especialitzat en geriatria que valori adequadament cada situació individual i amb capacitat per gestionar i fer una bona provisió de serveis amb coordinació social i sanitària. Un bon diagnòstic, és bàsic també per tal que els serveis es dirigeixin a la població per la qual ha estat dissenyat i amb una intensitat adequada per la seva situació de necessitat.
- S'haurien d'aplicar polítiques en base a una visió poblacional que permeti abordar aquelles necessitats no cobertes.
- Cal treballar per consensuar escales de valoració validades que ens ajudin a detectar aquelles situacions d'alt risc, de risc moderat, de baix risc o sense risc. Cal que tots els professionals entenguin els conceptes d'una mateixa manera sense que hi hagi opció a confusions ni ambigüitats.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Abellán A, Puga MD. Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión al año 2010. Madrid: Fundación Pfizer; 2002.
- (2) Peirats B. Dependencia y calidad de vida en las personas mayores. Revista multidisciplinar de gerontología 2005;15(3):144-154.
- (3) INSERSO. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de Clasificación de las Consecuencias de la Enfermedad. Madrid; 1983.
- (4) B.O.E. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. 2006;299:44142-44156.
- (5) B.O.E. REAL DECRETO 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. 2007;96.
- (6) Gomez Pavon J, Martin Lesende I, Baztan Cortes JJ, Regato Pajares P, Formiga Perez F, Segura Benedito A, et al. Prevención de la dependencia en las personas mayores. Revista española de Geriátrica y Gerontología 2007;42:15-56.
- (7) Kane RA, Kane RL. Evaluación de las necesidades en los ancianos :guía práctica sobre los instrumentos de medición. Madrid: Fundación Caja de Madrid; 1993.
- (8) Rubenstein LZ, Wieland D, Bernabei R. Geriatric assessment technology: the state of the art. : Editrice Kurtis; 1995.
- (9) Rodríguez Rodríguez P. El apoyo informal y su complementariedad con los recursos formales. In: Antolín RP, García AA, editors. Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española. Madrid: Mondial Assistance; 2006. p. 148.
- (10) Rodríguez Rodríguez P. El apoyo informal y su complementariedad con los recursos formales. Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española. Madrid: Mondial Assistance; 2006. p. 148-168.
- (11) Rivera J. Redes familiares en el cuidado del anciano con demencia. Análisis evolutivo de un estudio poblacional. Madrid: Consejo Económico y Social. Comunidad de Madrid; 2001.
- (12) Rogero García J. Los tiempos del cuidado . El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. 1a edición. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social (IMSERSO); 2010.
- (13) Crespo M, López J. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar". Madrid: IMSERSO; 2007.
- (14) Torres MP, Ballesteros E, Sánchez PD. Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. Gerokomos 2008;9-15.
- (15) Rogero-García J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. Rev Esp Salud Publica 2009;83(3).
- (16) Barrio E, Abellán A. Indicadores demográficos. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Informe 2008 Madrid: IMSERSO; 2009. p. 31.
- (17) Díaz E, Ladra S, Zozaya N. La creación del Sistema Nacional de Dependencia: origen, desarrollo e implicaciones económicas y sociales. La creación del Sistema Nacional de Dependencia: origen, desarrollo e implicaciones económicas y sociales 2009.
- (18) DOGC. LLei 12/2007, d' 11 d'octubre , de Serveis Socials. Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials 2007;4940.

- (19) Serra A. Serveis socials i atenció a la dependència :l'aportació del sector cooperatiu. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Treball; 2008.
- (20) Aguado Cudolà V(). El Sistema de serveis socials a Catalunya :garantir drets, prestar serveis. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament d'Interior, Relacions Institucionals i Participació, Institut d'Estudis Autònoms; 2008.
- (21) Rimbau C. L'impacte de la Llei de Dependència en el model d'atenció social tradicional i en els serveis socials. RTS: Revista de treball social 2011(192):79-94.
- (22) Muñoz J. Servicios sociales de atención primaria en España. Zerbitzuan 2009(46):141-148.
- (23) Codón I. Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2003:193-208.
- (24) Fantova F. Por una política social relacional y comunitaria. 2009.
- (25) Cervera M. El Sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas con dependencia:visión global y orientaciones de futuro. 2009.
- (26) Fantova F. Algunas pistas para una política foral en relación con la discapacidad y la dependencia a lo largo del ciclo vital. 2009.
- (27) Oliva Moreno J, Osuna guerrero R. Los costes de los cuidados informales en España. Presupuesto y Gasto Público 2009;56:163-181.
- (28) Béland F, Zunzunegui M. Envejecer en Leganés. Revista multidisciplinar de gerontología 1995;5(4):207.
- (29) Otero Á, de Yébenes MJG, Rodríguez-Laso A, Zunzunegui M. Unmet home care needs among community-dwelling elderly people in Spain. Aging clinical and experimental research 2003;15(3):234-242.
- (30) Tomás Aznar C, Moreno Aznar L, Germán Bes C, Alcalá Nalváiz T, Andrés Esteban E. Dependencia y necesidades de cuidados no cubiertas de las personas mayores de una zona de salud de Zaragoza. Revista española de salud pública 2002;76(3):215-226.
- (31) Vilaplana C. Necesidades no satisfechas de las personas dependientes en España. 2008.
- (32) Fantova F. Perspectivas en gestión de servicios sociales. Zerbitzuan 2004.
- (33) IMSERSO. Libro blanco de la Dependencia. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2005.
- (34) Serra A. Serveis socials i govern local: oportunitats i reptes. Eines per a l'esquerra nacional 2008(6):85-98.
- (35) Casado Pérez D. Avances en bienestar basados en el conocimiento. Madrid: Editorial CCS; 2005.
- (36) Martínez T. Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia. 2010; Available at: <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/martinez-practicas-01.pdf>>.
- (37) Pérez-Castejón J, Durany S, Garrigós A, Olivé A. Prevención de la dependencia y envejecimiento saludable. Jano: Medicina y humanidades 2007(1638):40-45.
- (38) Abizanda P, Gómez-Pavón J, Martín I, Baztán J. Detección y prevención de la fragilidad: una nueva perspectiva de prevención de la dependencia en las personas mayores. Medicina clínica 2010;135(15):713.
- (39) Duran R. Envejecer y empoderar. Una propuesta analítica. Revista Española de Geriátría y Gerontología 2007;42(05):293.
- (40) Martínez T. Centros de atención diurna para personas mayores. Atención a las situaciones de fragilidad y dependencia. Madrid: Editorial Medica Panamericana; 2010.

- (41) Yanguas Lezaun J. Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. : Imserso; 2006.
- (42) Verdugo Alonso MA, Jordán de Urríes Vega, F. Apoyos, autodeterminación y calidad de vida. 2001.
- (43) Verdugo M, Arias B, Gómez L, Schallock R. Manual d'aplicació de l'Escala Gencat de Qualitat de vida. 2008.
- (44) Serra A. La transversalitat en la gestió de polítiques públiques. : Institut d'Edicions de la Diputació de Barcelona; 2004.
- (45) Puga D. La dependencia de las personas con discapacidad: entre lo sanitario y lo social, entre lo privado y lo público. Rev Esp Salud Pública 2005;79(3):327-330.
- (46) Rosen R, Ham C. Atención Integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada 2009;1(2):2.
- (47) Rodríguez R. Servicios sanitarios y sociales para ancianos vulnerables en Québec: la experiencia SIPA. Atención primaria 1998;21(6):405.
- (48) Otero A. La importancia de identificar las necesidades de servicios sanitarios y sociales de las personas mayores. Revista Española de Geriátria y Gerontología 2001;36(Supl. 3):41.
- (49) Colom D. La coordinació sociosanitaria: peça clau per a l'abordatge integral de la intervenció. Revista Agathos, Atención Sociosanitaria y Bienestar 2008.
- (50) Bazo MT, Ancizu I. El papel de la familia y los servicios en el mantenimiento de la autonomía de las personas mayores: una perspectiva internacional comparada. Revista Española de Investigaciones Sociológicas 2004;105:43-77.
- (51) Pinazo Hernandis S, Sánchez Martínez M. Gerontología. Actualización, innovación y propuestas. : Madrid: Pearson-Prentice; 2005.
- (52) Pérez Cano V, Malagón Bernal JL, Amador Muñoz L. Vejez, autonomía o dependencia, pero con calidad de vida. : Dykinson; 2006.
- (53) Armi F, Guilley E, Lalive C. The interface between formal and informal support in advanced old age: a ten-year study. International Journal of Ageing and Later Life 2008;3(1):5-19.
- (54) IMSERSO. Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar. Madrid: IMSERSO; 2005.
- (55) Pérez Caramés A. Configuraciones del trabajo de cuidados en el entorno familiar: de la toma de decisión a la gestión del cuidado. Alternativas.Cuadernos de Trabajo Social 2010;17:121-140.
- (56) Puyol R, Abellán A(). Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española. : Mondial Assistance; 2006.
- (57) Twigg J. Models of carers: how do social care agencies conceptualise their relationship with informal carers? J Soc Policy 1989;18(01):53-66.
- (58) B. Úbeda. Calidad de vida de los cuidadores familiares: evaluación mediante un cuestionario. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2009.
- (59) IMSERSO. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas.Informe 2008. Madrid: IMSERSO; 2009.
- (60) Institut Català d'Assistència i Serveis Socials. Programació territorial dels recursos d'atenció social especialitzada i domiciliària a Catalunya 2008-2012 i bases per a la nova planificació. Generalitat de Catalunya. ICASS 2009.

- (61) Davey A, Patsios D. Formal and informal community care to older adults: Comparative analysis of the United States and Great Britain. *Journal of Family and Economic Issues* 1999;20(3):271-299.
- (62) Kemper P. The use of formal and informal home care by the disabled elderly. *Health Serv Res* 1992;27(4):421.
- (63) Chappell N, Blandford A. Informal and formal care: exploring the complementarity. *Ageing and society* 1991;11(03):299-317.
- (64) Herlitz C. Distribution of informal and formal home help for elderly people in Sweden. *Gerontologist* 1997;37(1):117.
- (65) Cheung C, Kwan AY, Hung NG S. Impacts of filial piety on preference for kinship versus public care. *J Community Psychol* 2006;34(5):617-634.
- (66) Karantzas GC, Evans L, Foddy M. The role of attachment in current and future parent caregiving. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 2010;65(5):573.
- (67) IMSERSO. Portal Mayores. 2011; Available at:
<http://www.imsersodependencia.csic.es/estadisticas/saad/index.html>.
- (68) Jimenez-Martín S, Vilaplana Prieto C. Trade-off between formal and informal care in Spain. *Documentos de Trabajo FEDEA* 2008;22.
- (69) Pinquart M, Sörensen S. Older adults' preferences for informal, formal, and mixed support for future care needs: a comparison of Germany and the United States. *The International Journal of Aging and Human Development* 2002;54(4):291-314.
- (70) Katz SJ, Kabeto M, Langa K. Gender disparities in the receipt of home care for elderly people with disability in the United States. *JAMA: the journal of the American Medical Association* 2000;284(23):3022.
- (71) Rogero-García J, Prieto Flores ME, Rosenberg MW. Health services use by older people with disabilities in Spain: do formal and informal care matter? *Ageing and Society* 2008;28(07):959-978.

ANNEXOS

ANNEX 1 :

Índex de sigles

ALLD: Atencions de llarga durada

ABVD: Activitats bàsiques de la vida diària

AVD: Activitats de la vida diària

CD: Centre de dia

CRS: Centre residencial social

IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales

INE: Institut Nacional d'Estadística

IRSC: Índex de Renda de Sufficiència de Catalunya

LAPAD: Llei de Promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència

OMS: Organització mundial de la salut

PIA: Programa individual d'atenció

PRODEP: Programa per a l'impuls i l'ordenació de la promoció de l'autonomia personal i l'atenció a les persones amb dependència

SAD: Servei d'atenció domiciliària

SEVAD: Servei de valoració a la dependència

SS: Serveis socials

TAS: Teleassistència domiciliària

VGI: Valoració geriàtrica integral

ANNEX 2 :

Índex de taules

Taula 1: Evolució i projeccions de la població major a Espanya, 1900-2060.....	65
Taula 2: Comparativa de la població segons grups d'edat a Espanya i Catalunya,2007.....	65
Taula 3: Nombre de sol·licituds de valoració de dependència a 1 de desembre de 2010.....	65

Taula 1. Evolució de la població major, 1900-2060

Anys	Total Espanya	65 i més anys		65-79 anys		80 i més anys	
	Absolut	Absolut	% sobre total	Absolut	% sobre total	Absolut	% sobre total
1900	18.618.086	967.754	5,2	852.389	4,6	115.365	0,6
1910	19.995.686	1.105.569	5,5	972.954	4,9	132.615	0,7
1920	21.389.842	1.216.693	5,7	1.073.679	5,0	143.014	0,7
1930	23.677.794	1.440.739	6,1	1.263.629	5,3	177.113	0,7
1940	26.015.907	1.699.860	6,5	1.475.702	5,7	224.158	0,9
1950	27.976.755	2.022.523	7,2	1.750.045	6,3	272.478	1,0
1960	30.528.539	2.505.165	8,2	2.136.190	7,0	368.975	1,2
1970	34.040.989	3.290.800	9,7	2.767.061	8,1	523.739	1,5
1981	37.683.363	4.236.724	11,2	3.511.593	9,3	725.131	1,9
1991	38.872.268	5.370.252	13,8	4.222.384	10,9	1.147.868	3,0
2001	41.116.842	7.037.553	17,1	5.404.513	13,1	1.633.040	4,0
2005	44.108.530	7.332.267	16,6	5.429.048	12,3	1.903.219	4,3
2010	45.311.954	7.785.480	17,2	5.490.621	12,1	2.294.859	5,1
2020	48.664.658	9.345.955	19,2	6.338.532	13,0	3.007.423	6,2
2030	50.878.142	11.684.570	23,0	8.025.109	15,8	3.659.461	7,2
2040	52.540.936	14.569.813	27,7	9.886.602	18,8	4.683.211	8,9
2050	53.159.991	16.387.874	30,8	10.464.874	19,7	5.923.000	11,1
2060	52.511.518	15.679.878	29,9	8.788.288	16,7	6.891.590	13,1

Taula 2. Comparativa de la població segons grups d'edat a Espanya i Catalunya, 2007

Comunitat Autònoma	Total	0-14 anys		15-64 anys		65 i més anys	
		Total		Total		Total	
		Absolut	%	Absolut	%	Absolut	%
Espanya	45.200.737	6.480.832	14,3	31.188.079	69,0	7.531.826	16,7
Catalunya	7.210.508	1.046.915	14,5	4.979.965	69,1	1.183.628	16,4

Taula 3. Nombre de sol·licituds de valoració de la dependència a 1 de desembre de 2010

ÀMBITO TERRITORIAL	Nº sol·licituds	% sobre el total de sol·licituds	Nº de habitants (1)	% sobre el total de habitants de cada CCAA
Andalucía	398.216	26,9%	8.353.843	4,8%
Aragón	49.283	3,3%	1.345.419	3,7%
Asturias (Principado de)	33.412	2,3%	1.084.109	3,1%
Balears (Illes)	22.896	1,5%	1.105.184	2,1%
Canarias	35.333	2,4%	2.114.928	1,7%
Cantabria	22.435	1,5%	591.886	3,8%
Castilla y León	82.848	5,6%	2.555.715	3,2%
Castilla-La Mancha	89.823	6,1%	2.095.855	4,3%
Cataluña	229.134	15,5%	7.504.881	3,1%
Comunidad Valenciana	103.999	7,0%	5.099.274	2,0%
Extremadura	41.877	2,8%	1.105.481	3,8%
Galicia	87.350	5,9%	2.796.811	3,1%
Madrid (Comunidad de)	115.623	7,8%	6.445.499	1,8%
Murcia (Región de)	48.093	3,2%	1.460.164	3,3%
Navarra (Comunidad Foral de)	20.104	1,4%	636.038	3,2%
País Vasco	84.172	5,7%	2.178.061	3,9%
Rioja (La)	13.973	0,9%	321.780	4,3%
Ceuta y Melilla	3.804	0,3%	156.604	2,4%
TOTAL	1.482.375	100,0%	46.951.532	3,2%

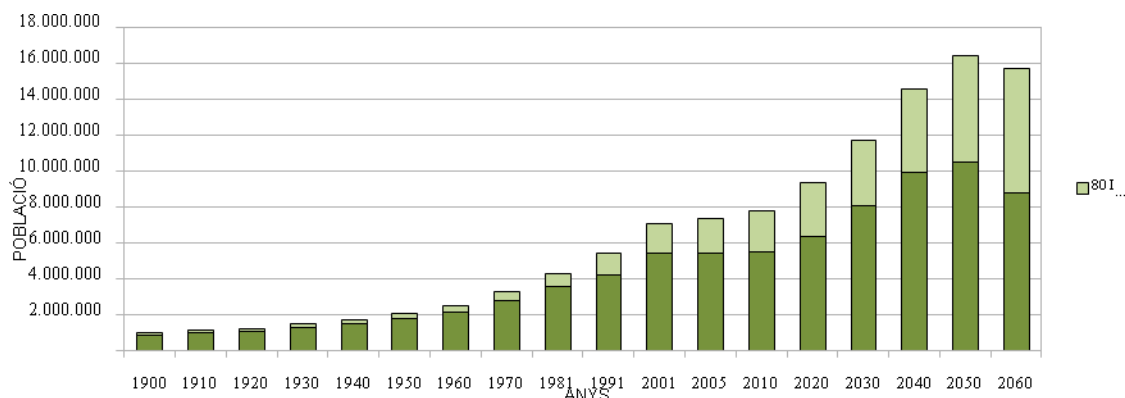
FONT: SAAD-IMSERSO, Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación.

ANNEX 3:

Índex de figures

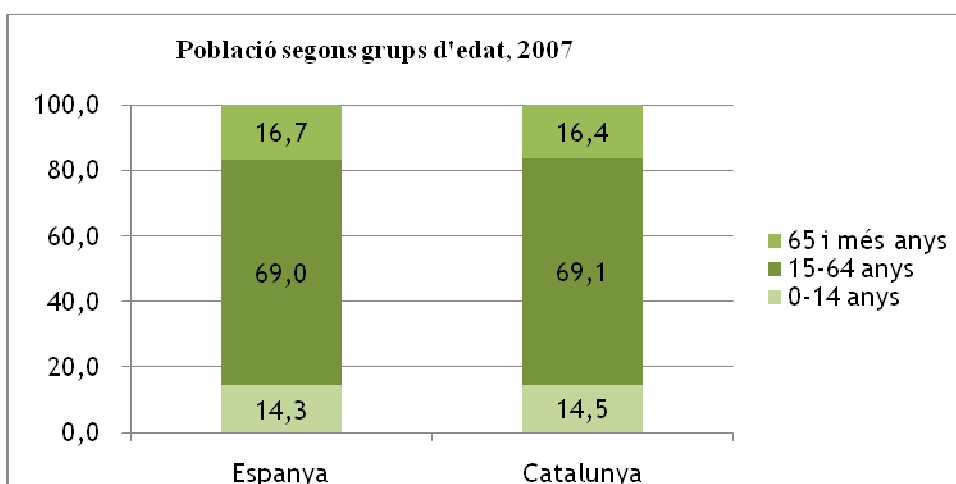
Figura 1: Evolució i projeccions de la població major a Espanya, 1900-2060.....	67
Figura 2: Comparativa de la població segons grups d'edat a Espanya i Catalunya,2007.....	67
Figura 3: Nombre de sol·licituds de valoració de dependència per comunitat autònoma d'Espanya.....	67
Figura 4: Principals característiques dels models internacionals d'atenció a la dependència l'any 2004.....	68
Figura 5: Principis i criteris de la intervenció.....	68
Figura 6: El model d'intervenció en situacions de dependència.....	69
Figura 7: Utilització de serveis: tipologia comparativa.....	69

Figura 1. Evolució de la població major, 1900-2060



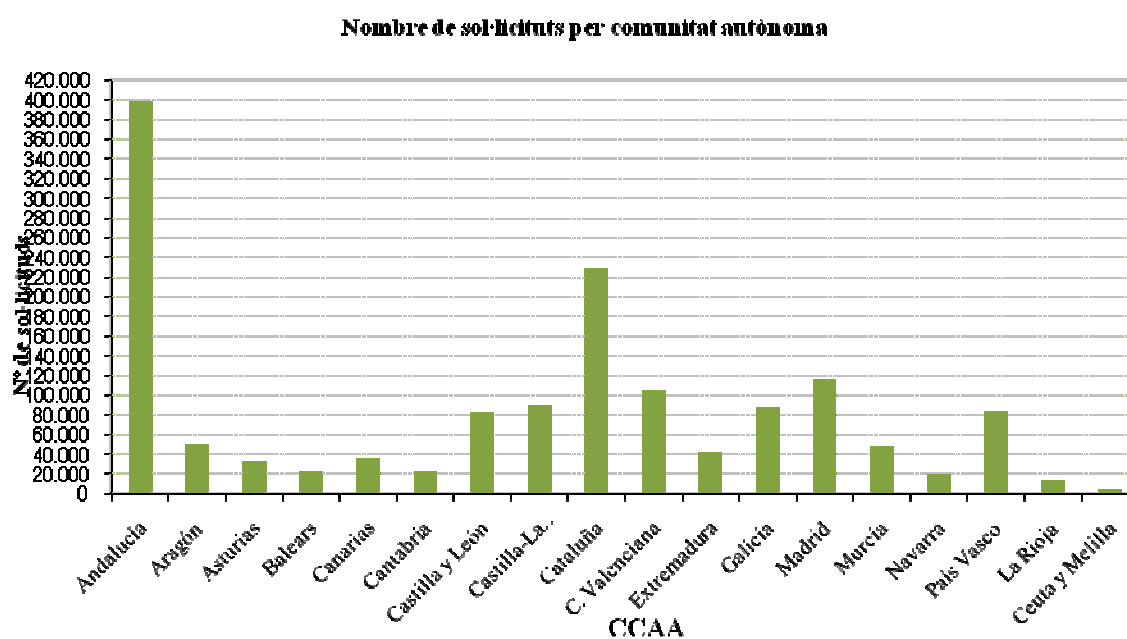
Font: Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. Informe 2008. Tomo I

Figura 2. Comparativa de la població segons grups d'edat a Espanya i Catalunya



Font: Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. Informe 2008. Tomo II

Figura 3. Nombre de sol·licituds de valoracions de dependència per comunitat autònoma



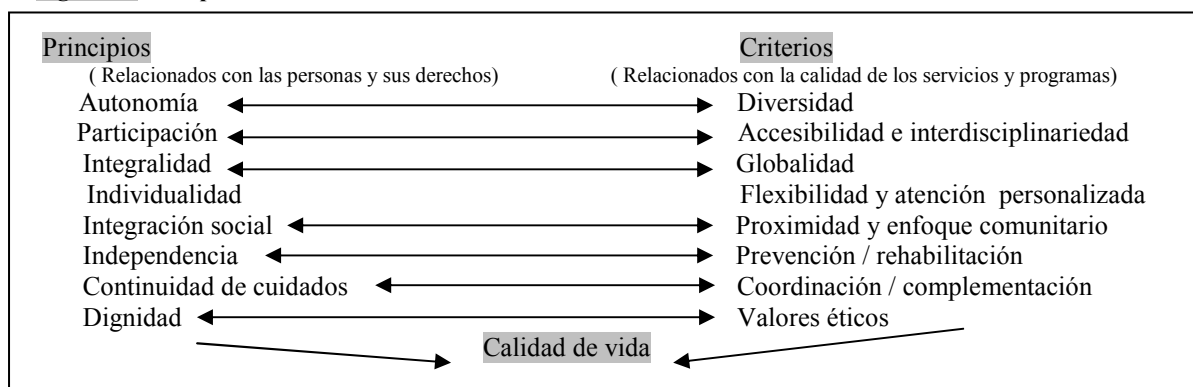
FONT: SAAD-IMSEERSO, Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación.

Figura 4. Principals característiques dels models internacionals d'atenció a la dependència l'any 2004

	Modelo escandinavo	Modelo continental	Modelo liberal	Modelo mediterráneo
Países	Suecia, Noruega, Finlandia	Alemania, Francia, Austria	Reino Unido, EE.UU.	Italia, España
Tipo de cobertura	Universal	Universal	Asistencial	Asistencial
Financiación	Impuestos	Cotizaciones sociales	Impuestos	Impuestos
Nivel de copago del usuario	Nivel de copago del usuario Bajo (según renta y tipo deservicio)	Medio (sobre costes)	Alto (según Renta + patrimonio y coste)	Alto
Peso del cuidado informal sobre el total	Bajo	Medio	Medio	Alto
Remuneración del cuidador informal	Relativamente elevada	Variable entre países	Reducida	Reducida o nula
Protección social del cuidador informal	Alta (formación, apoyo, empleo, servicios de respiro)	Alta (excedencia laboral, servicios de respiro, vacaciones, formación)	Media (asesoramiento, formación, exenciones fiscales)	Reducida
Apoyo social al domicilio	Alto	Medio	Medio	Bajo
Peso de la provisión privada sobre el total	Bajo	Medio	Alto	Alto
Tipo de prestación mayoritaria	En especie	En especie-monetaria	En especie-monetaria	Monetaria
Ámbito competencial de las ayudas	Estatat-municipal	Estatat-regional	Estatat-local	Regional
Gasto en cuidados larga duración sobre el PIB	>2%	1-1,5%	1%	<1%
Porcentaje del gasto público sobre gasto en cuidados larga duración	>80%	30-80%	60-70%	<30%
Otras características	Elevado desarrollo de los servicios comunitarios	Seguro privado obligatorio en Alemania	Elevado peso de la prestación privada	Desigualdades territoriales notables

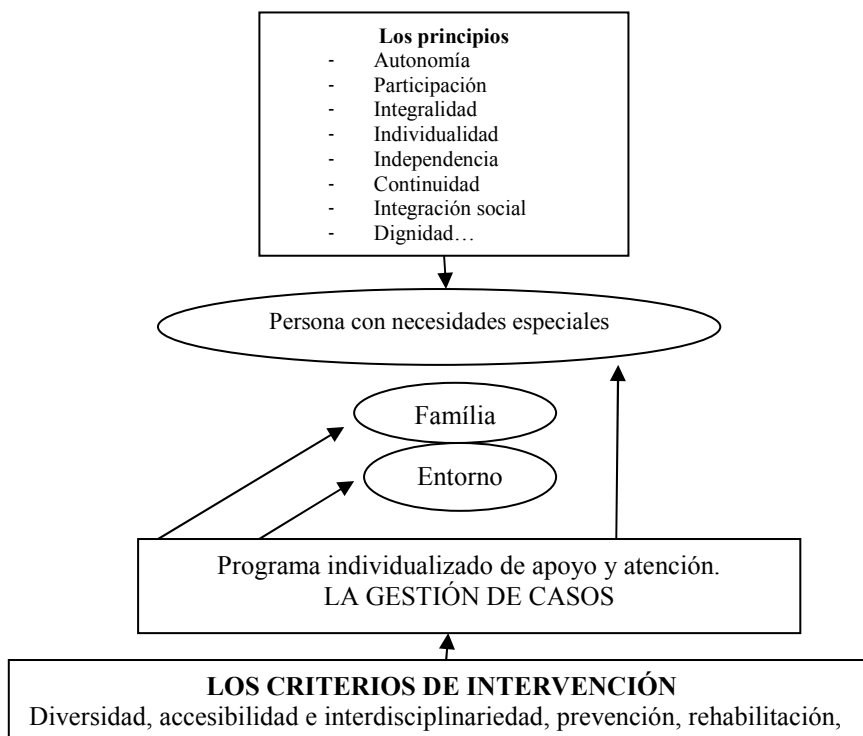
Fuente: Díaz E., Ladra S., Zozaya N. (2009).

Figura 5: Principis i criteris de la intervenció



Font: Rodríguez,P.(2006)El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia.

Figura 6: El model d'intervenció en situacions de dependència



Font: Rodríguez,P.(2006).El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia.

Figura 7: Utilització de serveis: tipologia comparativa

Noruega	Anglaterra	Alemanya	Espanya	Israel
Serveis públics	Família	Família	Família	Família
Família	Serveis públics	Serveis privats	Serveis privats	Serveis privats
Serveis privats	Serveis privats	Serveis públics	Serveis públics	Serveis públics
Sector voluntari	Sector voluntari	Sector voluntari	Sector voluntari	Sector voluntari

Font :(50)

ANNEX 4 :

Índex de taules de resultats

Taula 4: Població d'estudi segons el sexe.....	71
Taula 5: Població d'estudi segons estat civil.....	71
Taula 6: Població d'estudi segons la convivència.....	71
Taula 7: Població d'estudi segons el cuidador principal.....	71
Taula 8: Població d'estudi segons el nivell d'ingressos.....	71
Taula 9: Població d'estudi segons el grau de dependència.....	72
Taula 10: Població d'estudi segons les condicions habitatge.....	72
Taula 11: Població d'estudi segons l'existència de barreres arquitectòniques d'accessibilitat al domicili.....	72
Taula 12: Barreres arquitectòniques a l'interior de l'habitatge.....	72
Taula 13: Ús del servei de TAS de les persones no institucionalitzades.....	72
Taula 14: Ús del servei de SAD de les persones no institucionalitzades.....	72
Taula 15: Ús del servei de CD de les persones no institucionalitzades.....	73
Taula 16: Ús del servei residencial.....	73
Taula 17: Llista d'espera de residència.....	73
Taula 18: Ús de prestacions econòmiques.....	73
Taula 19: Ús de SAD privat de les persones no institucionalitzades.....	73
Taula 20: Nombre de dies per la gestió del procés des de la sol·licitud de dependència fins al PIA.....	73
Taula 21: Acord PIA provinent de primera instància o de revisió de grau.....	74
Taula 22: Renúncia del PIA.....	74
Taula 23: Desistiment del PIA.....	74

TAULA 4: POBLACIÓ D'ESTUDI SEGONS EL SEXE

	Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid
Home	108	23,8	23,8
Dona	345	76,2	76,2
Total	453	100	100

TAULA 5: POBLACIÓ D'ESTUDI SEGONS L'ESTAT CIVIL

	Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid
Solter	51	11,3	11,3
Casat	136	30	30
Vidu	266	58,7	58,7
Total	453	100	100

TAULA 6: POBLACIÓ D'ESTUDI SEGONS LA CONVIVÈNCIA

	Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid
Sol	45	9,9	9,9
Parella	73	16,1	16,1
Familiar 1r grau	131	28,9	28,9
Residència	132	29,1	29,1
Altres	72	15,9	15,9
Total	453	100	100

TAULA 7: POBLACIÓ D'ESTUDI SEGONS EL CUIDADOR PRINCIPAL

	Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid
Parella	45	9,9	9,9
Fill/jove	72	15,9	15,9
Filla	157	34,7	34,7
Altres	179	39,5	39,5
Total	453	100	100

TAULA 8: POBLACIÓ D'ESTUDI SEGONS EL NIVELL D'INGRESSOS

	Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid
De 0 a 1 veg. IRSC:7888.84€	175	38,6	38,6
De 1 a 1.5 veg. IRSC:11833.26€	145	32	32
De 1.5 a 2.5 veg.IRSC:19722.10€	103	22,7	22,7
Més de 19722.10€	30	6,6	6,6
Total	453	100	100

TAULA 9: POBLACIÓ D'ESTUDI SEGONS EL GRAU DE DEPENDÈNCIA

	Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid
III-2	86	19	19
III-1	183	40,4	40,4
II-2	67	14,8	14,8
II-1	117	25,8	25,8
Total	453	100	100

TAULA 10: POBLACIÓ D'ESTUDI SEGONS LES CONDICIONS DE L'HABITATGE

	Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid
Solidesa i salubritat adequades	379	83,7	83,7
Solidesa i salubritat acceptables	73	16,1	16,1
Condicions que dificulten l'habitabilitat	1	0,2	0,2
Total	453	100	100

TAULA 11: EXISTÈNCIA DE BARRERES ARQUITECTÒNIQUES D'ACCESSIBILITAT?

	Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid
No	341	75,3	75,3
Si	112	24,7	24,7
Total	453	100	100

TAULA 12: BARRERES A L'INTERIOR DE L'HABITATGE?

	Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid
No	361	79,7	79,7
Si	92	20,3	20,3
Total	453	100	100

TAULA 13: ÚS DEL SERVEI DE TAS DE LES PERSONES NO INSTITUCIONALITZADES

	Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid
No	244	76,1	76,1
Si	77	23,9	23,9
Total	321	100	100

TAULA 14: ÚS DEL SERVEI DE SAD DE LES PERSONES NO INSTITUCIONALITZADES

	Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid
No	269	83,9	83,9
Si	52	16,1	16,1
Total	321	100	100

TAULA 15: ÚS DEL SERVEI DE CD DE LES PERSONES NO INSTITUCIONALITZADES

	Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid
No	263	82	82
Si	58	18	18
Total	321	100	100

TAULA 16: ÚS DEL SERVEI RESIDENCIAL

	Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid
No	404	89,2	89,2
Si	49	10,8	10,8
Total	453	100	100

TAULA 17: LLISTA D'ESPERA DE RESIDÈNCIA

	Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid
No	361	79,7	79,7
Si	92	20,3	20,3
Total	453	100	100

TAULA 18: ÚS DE PRESTACIONS ECONÒMIQUES

	Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid
Prestació vinculada a residència	69	15,2	15,2
Prestació per cuidador no professional	315	69,5	69,5
Cap prestació	69	15,2	15,2
Total	453	100	100

TAULA 19: ÚS DE SAD PRIVAT DE LES PERSONES NO INSTITUCIONALITZADES

	Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid
Disposa cuidadora particular 24 hores	37	11,5	11,5
Cuidadora a hores	65	20,3	20,3
No disposa de cuidadora particular	219	68,2	68,2
Total	321	100	100

TAULA 20: NOMBRE DE DIES PER LA GESTIÓ DEL PROCÉS DES DE LA SOL·LICITUD DE DEPENDÈNCIA FINS AL PIA

	N	Mínim	Màxim	Media	Desv. típ.	Mediana
Temps de la sol·licitud a la resolució	453	0	1144	113,71	83,05	105
Temps entre resolució i PIA	453	23	953	179,06	155,042	119
Temps entre sol·licitud i PIA	453	85	1248	292,77	170,466	232

TAULA 21: ACORD PIA PROVINENT DE PRIMERA INSTÀNCIA O DE REVISIÓ DE GRAU.

	Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid
1a instància	423	93,4	93,4
Revisió	30	6,6	6,6
Total	453	100	100

TAULA 22: RENÚNCIA DEL PIA.

	Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid
No	446	98,5	98,5
Si	7	1,5	1,5
Total	453	100	100

TAULA 23: DESISTIMENT DEL PIA.

	Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid
No	441	97,4	97,4
Si	12	2,6	2,6
Total	453	100	100