ResearchGate

See discussions, stats, and author profiles for this publication at:
https://www.researchgate.net/publication/259176770

Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2012

Book · December 2012

CITATIONS
0

READS
82

1 author:

Carmen Orte
University of the Balearic Islands

287 PUBLICATIONS **250** CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:

Project

"UPC Adapt: Implementing a prevention training curriculum in Europe: Adaptation and Piloting" View project

Available from: Carmen Orte
Retrieved on: 05 October 2016

Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2012

Càtedra d'Atenció a la **Dependència i Promoció** de l'Autonomia Personal

Universitat de les Illes Balears

Govern de les Illes Balears
Conselleria de Salut, Família i Benestar Social

CARMEN ORTE SOCIAS
Directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i
Promoció de l'Autonomia Personal

ANUARI DE L'ENVELLIMENT. ILLES BALEARS **2012**

Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal

Universitat de les Illes Balears

Govern de les Illes Balears
Conselleria de Salut, Família i Benestar Social

Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2012

Aquest Anuari de l'envelliment és el resultat d'un conveni de col·laboració entre la **Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració de les Illes Balears i la Universitat de les Illes Balears.** Així, d'acord amb el conveni, l'Anuari de l'envelliment és una iniciativa de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal de la UIB, dirigida per la doctora Carmen Orte Socias, amb la col·laboració de la Societat Balear de Geriatria i Gerontologia.

Consell de Direcció:

Directora:
Dra. Carmen Orte Socias

Vocals:
Sr. Enrique Campos Alcaide
Sr. Ferran Dídac Lluch i Dubon
Dr. Jordi Forteza-Rey Borralleras
Sr. Liberto Macías González
Dra. Carmen Mas Tous
Sr. Miquel Oliver Ramon
Sra. Margarita Isabel Viñuela Benéitez

Secretària:
Sra. Lydia Sánchez Prieto

* © del text: els autors 2012
* © de l'edició: Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal (Conselleria de Salut, Família i Benestar Social i UIB).
* Disseny, maquetació i impressió: amadip.esment
* ISSN: 2174-7997
* Dipòsit legal: PM-2908-2008

El contingut dels articles és responsabilitat dels autors. El seu parer no representa l'opinió de la Universitat de les Illes Balears ni de la Conselleria de Salut, Família i Benestar Social.

S'autoritza la reproducció total o parcial de l'obra, si se n'esmenta la font i l'autor o l'autora.

L'Anuari de l'envelliment. Illes Balears es pot consultar a les pàgines web de la Conselleria de Salut, Família i Benestar Social <http://www.caib.es/govern/organigrama/area.do?coduo=3349&lang=ca> de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal, <http://catedradependencia.uib.es> i d'Edicions UIB, <http://edicions.uib.es>

Dra. Carmen Orte Socias. Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques. Edifici Guillem Cifre de Colonya. Campus UIB. Cra. de Valldemossa, km 7.5. 07122 Palma (Illes Balears).
Tel.: 971 17 24 15 / Fax: 971 17 24 63
E-mail: catedra.dependencia@uib.es

SUMARI

PRESENTACIÓ 5
Conseller de Salut, Família i Benestar Social
Martí Sansaloni Oliver

INTRODUCCIÓ 9
Direcció de l'Anuari de l'envelliment 2012
Carmen Orte Socias

ENVELLIR 21
Ramón Bayés Sopena

DEMOGRAFIA I PENSIONS A LES ILLES BALEARS 25
Pere Antoni Salvà Tomàs

LA POBLACIÓ NONAGENÀRIA A LES ILLES BALEARS: UNA APROXIMACIÓ ESTADÍSTICA 49
Ferran Dídac Lluch i Dubon

ENVELLIMENT I JUBILATS EUROPEUS A CALVIÀ. ELEMENTS PER A UN DIAGNÒSTIC 77
Rosario Pozo Gordaliza i Joan Amer Fernández

EL NOU ROL DE LA GENT GRAN I EL TRENCAMENT PROGRESSIU DEL PACTE INTERGENERACIONAL 97
Martí X. March Cerdà i Carmen Orte Socias

ELS DRETS DE LA GENT GRAN 117
Margalida Vives Barceló

L'ACTUAL PAPER DELS PADRINS EN LES FAMÍLIES. ESPECIALMENT, LES RELACIONS DELS PADRINS AMB ELS NÉTS A L'EMPARA DEL DRET CIVIL 145
Maria Nélida Tur Faúndez

PADRINS QUE FAN DE PARES: UN DRET DE L'INFANT O UNA OBLIGACIÓ DE LA PERSONA GRAN? 163
Maria Antònia Gomila Grau i Belén Pascual Barrio

LA INTERNACIONALITZACIÓ DELS PROGRAMES UNIVERSITARIS PER A GENT GRAN. AVALUACIÓ DE L'EXPERIÈNCIA DE LA UNIVERSITAT OBERTA PER A MAJORS (UOM) 187
Carmen Orte Socias, Liberto Macías González i Lluís Ballester Brage

LA FIGURA ABSENT EN LES CAMPANYES CONTRA LA VIOLÈNCIA DE GÈNERE: LA DONA GRAN 209
Lydia Sánchez Prieto, Carmen Orte Socias i Lluís Ballester Brage

UN PROCÉS PARTICIPATIU A L'ASSOCIACIÓ DE GENT GRAN DE SON REAL 233
Josep Lluís Riera Moll

L'ACTIVITAT FÍSICA I ALTRES FACTORS DE RESERVA COGNITIVA EN L'ENVELLIMENT 249
Laura Pérez García, Concepción Padilla Franco i Pilar Andrés Benito

LA SEXUALITAT EN L'ADULT GRAN 265
Joan Ferrer Riera

FÀRMACS I GENT GRAN 287
Àngela Aguiló Llobera, Maria Asunción Boronat Moreiro, Marta Fernández Tous, Maria Teresa López Sánchez i Maria Zaforteza Dezcallar

PÈRDUA I DOL A LA TERCERA EDAT 305
Maria Isabel Vidal Pérez i Laura Espinàs Olvera

EL TEMPS DEDICAT A LA CURA I ELS SEUS EFECTES EN LA VIDA QUOTIDIANA DELS QUI CONVIUEN AMB PERSONES GRANS DEPENDENTS 329
Lluís Ballester Brage, Carmen Orte Socias i Lydia Sánchez Prieto

L'EVIF, 18 ANYS DONANT SUPORT A L'ENVELLIMENT 347
María Isabel Cuart Sintes, Roger Farré i Secall, Joana Ferragut Fiol, Joana Maria Fiol i Amengual, Catalina Garcia Garí, Maria de les Neus Homar Santaner i Margalida Pocoví Fernández

DEPENDÈNCIA I RECURSOS A L'ILLA D'EIVISSA 373
Josefa Marí Marí, Elisa Pérez Ramon, Catalina Ribas Guasch i Bartomeu Roig Roselló

EL CENTRE DE DIA PER A MALALTS D'ALZHEIMER I ALTRES TRASTORNS COGNITIUS. CONSELL INSULAR DE MENORCA (CIME) 399
Montserrat Carreras Pons, Liliana Curzi, Milagros González González, Bernardo López Oblaré, Lorena Martín Mus, Patrícia Moncada Pons, María Sánchez Delicado i Sílvia Zapata Ruiz

ESTENOSI AÒRTICA GREU DE LA PERSONA GRAN: NOVES OPCIONS TERAPÈUTIQUES 419
Bernardo García de la Villa Redondo, Manuel Martínez-Sellés d'Oliveira Soares i Luis Cornide Santos

EL PAPER DEL FISIOTERAPEUTA EN UNA RESIDÈNCIA 449
Tomàs Alías Aguiló

HABITATGES DE PROTECCIÓ PÚBLICA, EN RÈGIM DE LLOGUER DE RENDA BAIXA, DESTINATS A PERSONES DE MÉS DE 65 ANYS AL MUNICIPI DE PALMA 467
Alicia Rodríguez García

EL CURIÓS CAS DEL CENTRE DE DIA PREMIAT. UNA MIRADA A L'ARQUITECTURA SOCIOSANITÀRIA DE LES BALEARS 489
Juan Manuel Martínez Álvarez i Susan Roig Merino

PRESENTACIÓ

Martí Sansaloni Oliver
Conseller de Salut, Família i Benestar Social

El Parlament Europeu declarà el 2012 l'Any Europeu de l'Envelliment Actiu i la Solidaritat Intergeneracional. Una fita de gran importància, ja que la nostra població major de 65 anys creix any rere any. Com a Govern, sempre mostrarem el nostre suport a un grup de població que presenta unes característiques especials i que mereix una atenció diferent.

Per cinquè any consecutiu, l'Anuari de l'Envelliment de les Illes Balears dóna llum –en una visió de conjunt variada i completa– de tot el que envolta la nostra gent gran. Al llarg de les pàgines que el conformen es tracta des de l'activitat física en l'envelliment, fins al canvi que ha experimentat el paper de padrins en les famílies o els drets de la gent gran, en 23 capítols, tots i cadascun dels quals de lectura imprescindible.

Des d'aquí vull donar la meva enhorabona més sincera a tot l'equip per la feina tan ben feta, pel rigor de tots els treballs que s'hi inclouen, com també per la varietat temàtica que presenta. Una gran comesa de totes les persones que han volgut contribuir amb els seus coneixements en aquest Anuari, així com una gran tasca de la responsable de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal.

En qüestió d'envelliment, la labor de sensibilització a la societat en general sobre el valor de l'envelliment actiu ha de ser contínua.

La declaració del Parlament Europeu insta a estimular el debat i a promoure polítiques d'envelliment actiu i de solidaritat intergeneracional. Les institucions públiques hem d'incidir en aquests temes, hem de procurar el marc idoni per dur a terme polítiques, plans i estratègies amb mires de futur en relació amb l'envelliment actiu i la solidaritat entre les generacions. Això implica dur a terme una feina exhaustiva per fer caure murs com ara el de la discriminació per raó de l'edat. El respecte és el que s'ha d'imposar entre les generacions.

Tot i això, hem d'anar més enllà: enfoquem els nostres esforços perquè l'autonomia personal i la qualitat de vida siguin presents en aquest sector de població.

La Conselleria de Salut, Família i Benestar Social integra en un organisme únic la visió social i sanitària de tot el que envolta l'envelliment. Això permet una major coordinació de les polítiques actives en aquest sentit.

Hi ha dos aspectes clau en aquest fet: des del punt de vista de la persona, és un dret poder envellir de forma activa, autònoma i en salut. I així ho hem de procurar col·laborant tota la societat i les institucions. Des del punt de vista social, és una necessitat abordar aquest fet, amb vista a la nostra població.

Per això, vull agrair públicament la publicació, un any més, de l'Anuari de l'Envelliment als seus responsables i col·laboradors, ja que és una eina indispensable per a tota la societat.

INTRODUCCIÓ

Direcció de l'Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2012

L'envelliment de la població europea, tant pel que fa als Estats membres de la Unió Europea (UE) com a la mateixa Unió, ha estat una constant i una prioritat política des de fa més de dues dècades. En anys recents, i amb motiu dels ràpids canvis demogràfics, socials i econòmics i les projeccions demogràfiques, l'envelliment de la població s'ha convertit en una prioritat i en un repte de primer ordre. Tinguem en compte que la població viu més anys, té millor salut, i les perspectives són que això continuarà i fins i tot millorarà en el futur. De fet, des de 1960 l'esperança de vida ha augmentat en 8 anys. Les projeccions demogràfiques preveuen un augment de 5 anys més els pròxims 40 anys. Això sens dubte és un assoliment històric important socialment i sanitàriament, el qual cal valorar, també, en el conjunt de dades demogràfiques, per exemple, en el context de descens en el nombre de naixements i en els fluxos migratoris.

1. Projeccions demogràfiques i envelliment actiu

La informació sobre les projeccions demogràfiques és una constant crida d'atenció els últims anys, especialment en un moment de crisi econòmica, en relació amb la sostenibilitat del sistema de benestar i les finances públiques. Referent a això, com es recull en la publicació especial de l'Eurobaròmetre sobre l'envelliment actiu (2012), l'envelliment de la població presenta reptes diversos per al nostre sistema de benestar i finances públiques. De fet, els Estats membres de la UE gasten, com a mitjana, més d'una quarta part del PIB en protecció social, la majoria per al benefici de les persones grans en forma de pensions, salut i cures a llarg termini. La crisi econòmica està mostrant un gran dèficit públic i una càrrega de deute important en un moment en el qual grans cohorts de població estan pròximes a l'edat de jubilació.

L'Oficina Estadística Europea (a Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion, 2012) proveu per a 2060 que hi haurà dues persones en edat de treballar (de 15 a 64 anys) per cada persona de més de 65 anys. La ràtio actual és de quatre a una. En aquest procés, el període comprès entre 2015-2035 serà un dels més àlgids quant a nombre de població de 65 i més anys, amb l'arribada dels *baby boomers* a l'edat de la jubilació.

La Direcció General d'Ocupació, Assumptes Socials i Inclusió (2012) recull dues tendències: d'una banda, es preveu que la població en edat laboral (15-64 anys) es reduirà en 20,8 milions de treballadors entre 2005 i 2030. S'apunten repercussions en el futur de les ocupacions, en el creixement de la UE, en la sostenibilitat de la protecció social i dels sistemes sanitaris, els quals s'enfronten a un desfasament cada cop més gran entre les despeses necessàries i els ingressos obtinguts mitjançant imposts i contribucions. D'altra banda, el nombre d'ancians augmenta ràpidament. Segons aquest estudi, es preveu que augmentarà un 57,1% entre 2010 i 2030. Això suposa 12,6 milions més de persones més grans de 80 anys, la qual cosa influirà en els serveis sanitaris i d'assistència.

Amb aquestes dades, en l'última dècada, i especialment en els últims anys, s'han realitzat diverses propostes per respondre a aquesta nova i previsible situació. Referent a això i en diferents formats, s'està tractant d'acumular coneixement suficient i compartit a diferents nivells polítics, tècnics i de població general, a través de declaracions, fòrums, seminaris, congressos, conferències, publicacions, convocatòries d'investigació, etc., també mitjançant altres sistemes d'accés a la recollida i la disseminació d'informació de la població en general, a través dels mitjans de comunicació i de l'opinió pública. Revisant els més actuals de l'àmbit nacional i internacional, als quals fem referència, la majoria assenyalen aspectes que són comuns en diversos estudis, els quals també han de tenir-se en compte en aquesta planificació futura del repte demogràfic.

Algunes qüestions apareixen de forma continuada en la majoria de publicacions, per exemple, el tema de la continuïtat al lloc de treball fins a –i més enllà de– l'edat de jubilació, fins i tot ampliant aquesta, com ja han fet molts països europeus, incloent el nostre. La majoria dels treballs consultats també mostren informació basada en les opinions de la població general i de la població més gran, respecte a les projeccions demogràfiques de l'envelliment. És important tenir-les en compte, en relació amb la proposta de mesures que tenen gran impacte en la població de treballadors, com l'augment de l'edat de jubilació. Però també és important tenir-les en compte perquè una visió optimista i positiva de l'envelliment i de les persones grans, és una condició necessària per poder dur a terme aquelles propostes que pretenguin modificar aspectes considerats tradicionalment com a estructurals, tant laboralment com en altres àmbits de planificació, en els quals la població en edat laboral ha d'assumir que està contribuint al benestar del conjunt de la població, al seu propi benestar, i al de les persones jubilades.

L'Eurobaròmetre (2012), per exemple, a partir de l'estudi realitzat amb 31.280 persones més grans de 15 anys, entrevistades entre setembre i novembre de 2011, de 27 Estats membres i altres 5 països: Croàcia, Islàndia, l'antiga república iugoslava de Macedònia, Noruega i Turquia, recull, entre les conclusions, que l'envelliment és percebut per una part important d'aquesta població com una amenaça, i no com un dels majors assoliments socials i sanitaris. El creixent nombre de persones grans és vist com una càrrega per a la població en edat de treballar. La majoria d'europeus són conscients de l'envelliment demogràfic, però, al contrari que els responsables polítics i experts, no hi estan obertament interessats de forma global. Encara que, en particular, la majoria d'europeus, segons aquest estudi, no accepten la necessitat d'elevar l'edat de jubilació en les pròximes dues dècades. L'estudi també revela que més del 40 per cent d'europeus confien que podran continuar al seu lloc de treball actual fins a l'edat de 65 i més anys.

En aquesta mateixa línia, Kneale, Mason i Banford (2012), a l'informe sobre l'envelliment de la població publicat pel Centre Internacional de Longevitat del Regne Unit, també destaquen la importància de valorar de forma adequada la informació sociodemogràfica

sobre l'envelliment de la població des de la perspectiva de la planificació. Així, i segons les dades d'un treball recent d'aquesta institució sobre les opinions de la població, 2 de cada 5 adults opinen que l'envelliment i les seves perspectives de futur estan sobrevalorats, igual que ho està la proporció projectada de persones grans de més de 80 anys. Això és important tenir-ho en compte, perquè marca el context en el qual es durà a terme la planificació de les accions per donar resposta al repte demogràfic.

De tota manera i pel que fa a l'opinió de la població jove respecte a alguns aspectes concrets de l'envelliment de la població, apunta en positiu, per exemple, la importància de planificar el futur d'una societat que envelleix; la seva opinió sobre la relació entre dur a terme conductes saludables i viure més temps i de forma més saludable; així com les actituds flexibles cap a les persones grans i el mercat de treball. Ambdós són temes prioritaris en les propostes actuals respecte al repte demogràfic. Un altre resultat important a tenir en compte i constant en diversos estudis similars és que les persones d'estatus socioeconòmic més baix poden ser les que estiguin pitjor preparades per a noves demandes polítiques que pretenguin millorar la salut de les persones grans; en concret, pel que fa a assumir més responsabilitat en la salut pròpia. Està clar que les accions per millorar els sistemes d'accés a aquesta població han de ser específiques i orientades a les particularitats del col·lectiu en qüestió.

2. Any Europeu de l'Envelliment Actiu i la Solidaritat Intergeneracional: envellir en positiu

D'altra banda, és evident que les aportacions dels grans a la societat necessiten fer-se visibles. De fet, els estudis d'opinió que recullen les percepcions negatives sobre els grans en termes de càrrega, ignoren que un creixent nombre de persones grans té bona salut, té habilitats i experiència valuosa i fan i estan disposats a fer contribucions significatives a la societat, de les quals les persones joves també es beneficien. Com recull el Baròmetre Europeu 2012, les persones grans europees també fan aportacions a la societat a través de la seva participació en el voluntariat. El 27% de les persones més grans de 55 anys diuen que estan implicades en activitats i treballs voluntaris en una àmplia varietat d'organitzacions. Aquells que s'hi dediquen, diuen que hi esmercen una mitjana de 14 hores al mes. Una proporció més gran dels més grans de 55 anys (36%) han donat suport informal a persones que no pertanyen a la seva llar els últims 12 mesos. A més, el 15% dels europeus més grans de 55 anys cuiden un familiar gran, i un altre 42% ho ha fet en el passat. Les aportacions de les persones grans no han estat encara valorades en el seu just terme, i sembla que aquest terme només pot valorar-se utilitzant indicadors econòmics. A Espanya un percentatge molt important de persones grans donen suport a familiars de diverses generacions, tant als seus propis pares o parents, com als seus néts.

En aquest marc, recollim les paraules de l'actual comissari d'Ocupació, Assumptes Socials i Inclusió de la UE, László Andor (2012), en relació amb les aportacions de la UE a l'envelliment demogràfic des d'una perspectiva positiva, i a partir de la declaració de 2012 com l'Any Europeu de l'Envelliment Actiu i de la Solidaritat Intergeneracional, plasmades en un treball recent de la Direcció General d'Ocupació, Assumptes Socials i Inclusió (2012). Segons explica, la finalitat d'aquesta declaració és impedir les conseqüències negatives de l'envelliment demogràfic. Per a això, s'ha considerat que un element clau és fomentar l'envelliment actiu en totes les facetes de la vida, des de l'àmbit professional, comunitari i familiar fins a la capacitat d'envellir de forma saludable i independent. És, doncs, un plantejament ampli, a partir d'una perspectiva col·lectiva coresponsable i multinivell des de la qual la UE insta a la contribució de tots els nivells de govern, empreses, sindicats i societat civil.

El concepte d'envelliment actiu que es maneja en aquest marc s'estableix a partir de la descripció de l'Organització Mundial de la Salut (WHO, 2002), que el defineix com el procés d'optimitzar les oportunitats en relació amb la salut, la participació i la seguretat, per poder millorar la qualitat de vida, a mesura que les persones envelleixen. Aquesta definició també implica la noció d'estendre l'activitat de les persones grans, tant en l'àmbit laboral, retardant l'edat de jubilació, com en la societat, mitjançant la participació en una varietat d'activitats socials, econòmiques, cíviques o culturals. El tema de la productivitat reflecteix la preocupació política per l'augment del cost de les pensions amb l'envelliment de la població i també fa èmfasi en la retenció dels treballadors grans en l'ocupació. És també una definició orientada a positivar les expectatives i les accions en el col·lectiu de persones grans a partir de l'interès per millorar la seva salut, la seva independència, la seva activitat, les oportunitats socials i econòmiques i la participació, és a dir, la seva contribució activa a la societat i, com apunta Bowling (2008), el concepte també es refereix a la productivitat, l'apoderament, la dignitat, els drets humans i les característiques dels entorns. Aquesta definició, i el que suposa pel que fa al desenvolupament d'accions, també ajuda a orientar i/o reforçar una nova visió de l'envelliment i dels grans més positiva, més heterogènia i, sobretot, més centrada en la perspectiva del cicle vital i en el procés d'envellir, en la línia plantejada per la gerontologia educativa i social.

Tot i això, també es considera que aquests aspectes no inclouen de manera clara els col·lectius de persones grans fràgils. Referent a això, Bowling (2008), en un treball orientat a recollir les percepcions d'una mostra a l'atzar de persones de 65 anys i més que viuen a ca seva, sobre el concepte d'envelliment actiu, il·lustra aquesta qüestió a partir de les respostes d'aquesta població. Així, un terç de les persones que varen respondre l'enquesta es van autoavaluar com a molt actius en el procés d'envelliment; i la meitat almenys com a bastant actius en el procés d'envelliment. Els predictors més significatius d'aquestes autoavaluacions positives d'envellir de forma activa varen ser els nivells òptims de situació de salut, i no tenir malalties de llarga durada. Moltes de les persones que varen respondre de forma positiva en aquest estudi també percebien l'envelliment actiu com tenir salut i funcionament físic

(exercici per al manteniment, activitats de temps lliure –sortir, mantenir-se ocupat, anar a clubs, etc.–), activitat mental (exercicis i activitats per mantenir activa la ment), relacions i contactes socials (veure amics i familiars, fer nous contactes…). Així, les visions de les persones grans estaven centrades, principalment, en definicions bàsiques com ara salut i activitat social física i mental, i no tenien en compte la resta d'aspectes referits sobre productivitat, apoderament o drets humans. Per altra banda, tant les persones fràgils com les que tenien un bon estat de salut percebien l'envelliment actiu igualant-lo al manteniment de la bona salut i el funcionament. D'aquesta manera, aquestes percepcions exclouen de l'envelliment actiu les persones fràgils. Com apunta Walker (2002), és necessari desenvolupar un concepte d'envelliment actiu que ho abasti tot, però realista, que també inclogui les persones fràgils menys actives. Com es recull en un altre lloc, treballs i propostes d'investigació posteriors inclouen de forma explícita aquests col·lectius.

Reprenent el que hem comentat referent a la Declaració de la UE de l'Any Europeu de l'Envelliment Actiu i la Solidaritat entre Generacions 2012, es va proposar amb els objectius de:

- Ajudar a crear millors oportunitats laborals d'ocupació i condicions de treball per al creixent nombre de persones grans a Europa.
- Ajudar-les a ocupar un paper actiu en la societat.
- Fomentar una vida sana i un envelliment independent.

De forma molt important, també, per crear consciència sobre aquests temes i contribuir a l'elaboració i la difusió de bones pràctiques sobre l'envelliment actiu. Una de les principals metes és revertir la idea que les persones grans són una càrrega per a la societat. Com que els europeus viuen més temps una vida més saludable, els governs volen maneres d'implicar més les persones grans en la societat i mantenir-les actives. Aquests canvis tenen una doble perspectiva, perquè poden produir beneficis econòmics per a la societat com a totalitat i, al mateix temps, promoure el benestar físic, mental i social de les persones més grans de la societat (European Union, 2011). Com igualment es recorda en aquesta publicació, els canvis demogràfics també representen una oportunitat en altres àmbits com en el desenvolupament de nous productes i serveis destinats a cobrir les necessitats de la gent gran. Així mateix, les noves tecnologies tenen un paper important en el suport i manteniment de l'autonomia de les persones grans que viuen a casa seva i, en definitiva, personalitzen els serveis com a resposta a les necessitats i els drets de les persones grans.

Encara que la UE assenyala que els instruments més importants són en mans dels responsables polítics dels Estats membres, també valoritza les seves pròpies competències i vol exercir accions sobre aquest tema a partir dels diferents instruments de què disposa: legislatius, financers, a través dels Fons Estructurals i el Fons de Cohesió, iniciatives d'investigació i innovació europees i nombrosos programes, estratègies, processos

i iniciatives a escala europea pensats per facilitar l'aprenentatge mutu entre Estats membres i regions (European Union, 2011). La filosofia d'aquesta crida a la contribució de les parts interessades es basa en les fortaleses de l'envelliment demogràfic. Per això i des d'aquesta plataforma de la declaració, la UE ha recomanat als interessats fixar objectius ambiciosos i adoptar mesures que reforcin l'aportació de les persones grans a la societat incrementant la seva independència. Una línia en la qual es contextualitzen la majoria de les accions orientades a introduir canvis en les polítiques relatives a l'envelliment. Entre altres i al nostre país, la recollida per l'IMSERSO (2011) al Llibre blanc de l'envelliment actiu.

Es considera que el canvi demogràfic pot afrontar-se amb èxit mitjançant un enfocament positiu centrat en el potencial dels grups de persones grans. És per això que el concepte d'envelliment actiu resulta essencial per donar resposta al canvi demogràfic, i imprescindible per mantenir la solidaritat entre generacions. L'envelliment actiu és també una part essencial de l'Estratègia Europa 2020, l'èxit de la qual depèn en gran mesura del fet que es permeti que les persones grans contribueixin plenament, tant dins com fora del mercat laboral. Es tracta d'apoderar les persones grans perquè segueixin actives com a treballadors, consumidors, cuidadors, voluntaris i ciutadans.

3. El canvi de paradigma per a la comprensió de l'envelliment

No solament des del punt de vista polític i tècnic, sinó també acadèmic i investigador, l'aportació de la perspectiva de l'envelliment actiu en la seva dimensió teòrica i en les seves aplicacions pràctiques serveix per donar un impuls important a la comprensió de l'envelliment basat en l'evidència, una qüestió reclamada com a necessària des de diversos contextos i veus (Ageing Well Network, 2012). En aquesta línia, un tema que apareix en la majoria d'estudis actuals sobre el repte de l'envelliment demogràfic, és l'aposta per un nou paradigma de l'envelliment, així com formes innovadores per desenvolupar la ciència de l'envelliment (Walker, a University of Sheffield, 2011). Un paradigma que advoca per una visió més pertinent i elaborada de les persones més grans de 50 anys actuals i la justifica, a partir de plantejaments centrats en el procés d'envellir i no tant en el resultat en termes d'edat. Es tracta de contribuir a la creació d'una nova narrativa sobre l'envelliment com a procés biogràfic en una perspectiva del cicle vital. Aquesta perspectiva obre un món ampli de possibilitats no només per al col·lectiu de persones grans sinó per a la societat en conjunt. En aquesta nova narrativa s'emmarquen diverses investigacions finançades amb fons europeus, l'objectiu de les quals és generar nou coneixement que permeti afrontar amb èxit els nous reptes de l'envelliment sociodemogràfic a la UE i, per tant, als Estats membres. Serveixi d'exemple per il·lustrar-ho, el projecte FuturAge (a University of Sheffield, 2011), des del qual s'ha generat un full de ruta per a la conducció de les accions orientades des de la perspectiva

de l'envelliment actiu. Es tracta, com indica Alan Walker, impulsor i coordinador d'aquest treball, d'una ruta plantejada a deu anys vista, des d'una perspectiva àmplia i exhaustiva que inclou totes les activitats físiques o mentals en tots els grups d'edat. A partir d'aquí, cadascuna de les principals línies d'investigació que es generen està vinculada amb el tema principal de l'envelliment actiu. Una nova visió de l'envelliment i dels apropaments científics són a la línia base del full de ruta de FuturAge. En el projecte es recull la necessitat i importància d'adoptar una nova visió de l'envelliment, perquè, segons manifesten, el paradigma dominant en aquest moment és una relíquia d'una era sociodemogràfica anterior en la qual la majoria es retirava en edats d'obtenir la pensió estatal, i els anys posteriors a la jubilació eren relativament curts. No obstant això, els canvis en el mercat laboral i en el comportament social, amb una remarcable extensió de la longevitat, han transformat l'experiència de la vida posterior a la jubilació.

En aquest marc, s'aposta perquè la realitat de la plasticitat i diversitat de l'envelliment reemplaci el model passat de l'inevitable declivi i discapacitat. Tenir una edat avançada és considerat en aquest nou marc només una part del curs de la vida, del cicle vital, que es caracteritza per un desenvolupament al llarg de tota la vida. El mateix Walker recorda que, encara que hi ha problemes coneguts amb la terminologia als quals hem al·ludit anteriorment, el concepte que millor captura aquesta perspectiva del curs de la vida és el d'envelliment actiu. Aquest full de ruta es basa en vuit assumpcions bàsiques: multidisciplinarietat, participació de l'usuari, perspectiva del cicle vital, perspectiva de la persona i l'ambient, importància de la diversitat, relacions intergeneracionals i coneixement i intercanvi de la innovació tecnològica, que es considera que hauria de figurar en tots els temes plantejats en aquest projecte.

Les prioritats d'investigació identificades per aquest macroprojecte europeu són:

- Envelliment saludable per donar més vida als anys.
- Manteniment i recuperació de la capacitat mental.
- Inclusió i participació en la comunitat i en el mercat laboral.
- Garantir la qualitat i la sostenibilitat dels sistemes de protecció social.
- Envellir millor en la llar i en entorns comunitaris.
- Desigualtats en l'envelliment relacionades amb l'edat.
- Biogerontologia dels mecanismes en les intervencions.

El projecte planteja, doncs, una nova visió de l'envelliment que promogui les possibilitats positives de la gent gran en lloc dels dèficits. Que possibiliti la inclusió i la ciutadania completa en lloc de l'exclusió. Es tracta d'un nou paradigma que contempla el cicle vital, la interacció persona-ambient i la vinculació amb l'usuari com a subjecte actiu, en línia amb els plantejaments de la UE i la declaració de l'Any Europeu de l'Envelliment Actiu i de la Solidaritat Intergeneracional 2012 esmentats.

4. Un anuari per conèixer i comprendre la nostra realitat de l'envelliment

Des de la Càtedra d'Atenció a l'Autonomia i Promoció de l'Autonomia Personal de la Universitat de les Illes Balears i les accions que s'hi duen a terme, hem apostat també per aquesta línia d'acció. Pretenem aprofundir en el coneixement de la realitat de les persones grans de les Balears i donar-la a conèixer a les persones interessades a través d'aquesta publicació, la qual iniciàrem el 2008.

La publicació d'aquest anuari forma part de les accions de promoció de la qualitat de vida de les persones grans que es duen a terme des de la Càtedra a través de la disseminació d'informació sobre aquest col·lectiu per part dels professionals i investigadors de les Balears que treballen en diferents àmbits, de la salut, social, educatiu, econòmic, etc., amb el col·lectiu de les persones grans. També a través de la promoció de la investigació i de la formació permanent i especialitzada de professionals que duem a terme a través de cursos presencials o en línia, de diferent durada. En aquest context, cal destacar el I Màster d'Atenció a la Dependència i Gerontologia de la UIB 2010-11, recentment finalitzat, així com algunes línies d'investigació pioneres com el maltractament a la dona gran a les Balears. Un tema del qual hem anat donant compte al llarg de les diferents publicacions d'aquest anuari.

L'estructura d'aquest cinquè anuari segueix la mateixa línia marcada pels objectius plantejats a la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal. Es presenten vint-i-tres treballs de diferents autors i autores, professionals i investigadors que duen a terme la seva labor en diferents disciplines i llocs de treball en els àmbits demogràfic, social, sanitari, mèdic, psicològic i educatiu. Treballs que, des que vàrem iniciar aquesta publicació, contribueixen al coneixement de la població gran de les Illes Balears des de diferents perspectives complementàries i que, sens dubte, contribueixen a la visibilitat d'aquest col·lectiu i a reflexionar sobre el treball que es duu a terme i el que queda per fer.

Des de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal i des de la direcció de l'Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2012, donam les gràcies a totes i tots els autors i autores, com també a totes les persones que han contribuït amb el seu treball i les seves aportacions al fet que aquest cinquè anuari es pugui haver dut a terme.

Referències bibliogràfiques

Ageing Well Network (2012). *The new agenda on ageing, to make Ireland the best country to grow old in*. Dublin: Autor. Consultat el 03/09/2012 a www.ageingwellnetwork.ie.

Bowling, A. (2008). Enhancing later life: how older people perceive active ageing. *Aging and Mental Health, vol. 12,* núm. 3, 293-301.

Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión. Unidad D3. (2012). *La aportación de la UE al envejecimiento activo y a la solidaridad entre las generaciones.* Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion (2012). *Active ageing report. Special Eurobarometer, 378*. Consultat el 03/09/2012 a http://ec.europa.eu /public_ opinion/index en_htm.

European Union (2011). *Active ageing and solidarity between generations. A statistical portrait of the European Union 2012*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2011). *Libro Blanco del Envejecimiento Activo*. Madrid: Autor.

Kneale, D., Mason. M., Banford, S. M. (2012). *Population ageing: pomp or circunstance*. London: The International Longevity Centre-UK (ILC-UC). Consultat el 05/09/2012 a www. ilcuk.org.uk.

University of Sheffiled (coord.) (2011). *Futurage. A road map for ageing research.* Project Funded by the European Commission's Seventh Framework Programme FP7-HEALTH-2007-B/No 223679. Consultat el 05/09/2012 a www.futurage.group.shef.ac.uk.

Walker, A. (2002). The evolving meaning of retirement. A strategy for active ageing. *International Social Security Review, 55,* 121-139.

World Health Organisation (2002). *Active Ageing: A Policy Framework.* Geneva: Autor.

ENVELLIR

Envellir

Ramón Bayés Sopena

Fa uns quants anys, la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal edita l'*Anuari de l'envelliment de les Illes Balears*. És una eina important per conèixer més bé la realitat que configura, cada dia més, el nostre entorn.

Formem part d'una societat envellida, que, a la vegada, està en crisi econòmica, cultural i política. Cal que les necessitats de la gent gran, encara insuficientment conegudes i ateses a casa nostra, siguin permanentment presents, ja que poden constituir una font de patiment o satisfacció considerable per a moltes persones, famílies i també per als professionals de les institucions públiques i privades que treballen per donar-li una atenció adequada.

M'han demanat que escrigui unes ratlles per a l'Anuari 2012, com a persona que, per edat i trajectòria, podria contribuir-hi amb una reflexió breu sobre l'envelliment. I, amb les eines que tinc a l'abast, això és el que intentaré fer.

Tinc 82 anys i he estat professor de Psicologia a la Universitat Autònoma de Barcelona durant molts anys. En passar revista i valorar idees i recursos que recentment m'han estat d'utilitat —i que m'ho continuen essent—, n'he trobat alguns que m'agradaria compartir amb els lectors de l'Anuari.

Als Jocs Olímpics d'Hèlsinki, el txec Emil Zatopec, anomenat «La Locomotora Humana», que va ser medalla d'or a la marató (42 km i 195 m), va dir: «Si el que vols és guanyar, corre els 100 metres; però, si el que vols és experimentar la vida, corre la marató». Els ancians som —com Zatopec el 1952 o Kiprovich el 2012— corredors de fons i, com qualsevol maratonià, la majoria de nosaltres sabem que els darrers centenars de metres poden ser els més durs.

Cal que tinguem un bon entrenament, ja que la medalla a la qual aspirem no és altra que una bona mort i el record d'aquells que ens estimen. En aquest sentit, Sèneca deia —i Montaigne se'n feia ressò— que: «La meditació sobre la mort és meditació sobre la llibertat, perquè qui ha après a morir ha desaprès servir».

Mentre correm, mentre tinguem vida, hem de complir tan bé com puguem la tasca que ens pertoca. Martin Luther King deia: «Encara que sabés que demà el món ha de desaparèixer, jo continuaria plantant la meva pomera». Nazim Hickmet, el poeta turc apassionat de l'amor i de la vida, ho va perfilar amb uns versos que m'han acompanyat des de fa anys:

Has de prendre tant seriosament el viure
que, als setanta anys, per exemple,
si fos necessari, plantaries oliveres
sense pensar que algun dia serien per als teus fills:
cal que ho facis, amic, cal que ho facis,
no perquè, encara que li tinguis por, no creguis en la mort,
sinó perquè la teva tasca es viure

M'agradaria tancar aquests pensaments amb unes paraules que va escriure, quan tenia més de setanta anys, Samuel Ullman, un jueu alemany que emigrà als Estats Units i que es morí el 1924. Les podeu considerar, si ho voleu, un regal d'aniversari:

«La joventut no és un període de la vida, és un estat d'esperit… Els anys arruguen la pell, però abandonar l'entusiasme arruga l'esperit… Ser jove, encara que tinguis seixanta o setanta anys, és conservar al cor l'alegria, el desig sempre renovat dels infants; continuar fent preguntes i gaudir del joc de la vida. En el centre del vostre cor i del meu, hi ha un receptor sense fils; mentre continuïs rebent missatges de bellesa, esperança, entusiasme i de força dels altres homes i de l'infinit, continuaràs essent jove. Si baixes les antenes i deixes que el teu esperit es cobreixi de la neu del cinisme i del gel del pessimisme, et convertiràs en un vell, encara que tinguis vint anys. Mentre mantinguis, però, les antenes enlairades per captar les ones d'optimisme de la vida, hi ha esperança que et moris jove als vuitanta anys».

Com diu Simone de Beauvoir en el seu llibre sobre la vellesa, cal aconseguir que la gent gran sigui creativa i apassionada. Cal que continuï els seus projectes de vida amb il·lusió, que estigui contínuament oberta a la sorpresa i al descobriment.

La vida és canvi. La vida no és el passat: la vida és aquí i ara.

DEMOGRAFIA I PENSIONS A LES ILLES BALEARS

Demografia i pensions a les Illes Balears

Pere Antoni Salvà Tomàs

Resum

El procés d'envelliment de la població, registrat tant a nivell de les Illes Balears com d'Espanya, implica un constant increment del nombre de persones «jubilables» de 65 i més anys. Aquest canvi demogràfic té efectes sobre la demanda de serveis i les despeses lligades a l'Estat del Benestar, la qualitat del qual està en gran part lligada al manteniment d'unes pensions públiques dignes. En relació a aquest fet, ha sorgit un debat que intenta cercar estratègies quan la ràtio de dependència o de sostenibilitat entre el nombre de cotitzants i de pensionistes es veu progressivament disminuïda. Aquest fet ha donat lloc a mesures d'ajustament, entre les que destaquen l'augment de l'edat legal de jubilació, l'increment dels anys cotitzats per tenir dret a la pensió completa, la disminució de la cobertura de prestacions dels pensionistes i/o la disminució de la quantia econòmica de les pensions a percebre, entre d'altes. Aquest debat, basat únicament en factors demogràfics, exclou altres alternatives. Si bé la demografia és una eina adequada per diagnosticar la situació actual i la perspectiva de futur, la disminució dels cotitzants a la Seguretat Social no depèn exclusivament de factors demogràfics, sinó de la capacitat de crear ocupació. Les Illes Balears, amb 162.639 persones «jubilables» de 65 i més anys, reben un total de 168.825 pensions públiques contributives (101.543 de jubilació i 43.921 de viduïtat), essent la ràtio de dependència 16-64 de 4,76 persones en edat de treballar per cada persona gran de 65 i més anys.

Resumen

El proceso de envejecimiento de la población, registrado tanto a nivel de las Islas Baleares como de España, implica un constante incremento del nombre de personas «jubilables» de 65 y más años. Este cambio demográfico tiene efectos sobre el gasto relacionado con el Estado del Bienestar, la calidad del cual está en gran parte ligada al mantenimiento de unas pensiones públicas dignas. En relación con el mencionado hecho ha surgido un debate que intenta buscar estrategias cuando la ratio de dependencia o de sostenibilidad entre el número de cotizantes i de pensionistas se ve progresivamente reducido. Este hecho ha dado lugar a medidas de ajuste, entre las que destacan el aumento de la edad legal de jubilación, el incremento de los años cotizados para disfrutar de la pensión completa, la disminución de la cobertura de prestaciones a los pensionistas y/o la disminución de la cuantía económica de las pensiones, entre otras. Este debate, basado únicamente en factores demográficos, excluye otras alternativas. Si bien la demografía es una herramienta adecuada para diagnosticar la situación actual y la perspectiva de futuro, la disminución de cotizantes a la Seguridad Social no depende exclusivamente de factores demográficos, sino de la capacidad de crear ocupación. Las Islas Baleares, con 162.639 personas «jubilables» de 65 y más años, reciben un total de 168.825 pensiones públicas contributivas (101.543 de jubilación y 43.921 de viudedad), siendo la ratio de dependencia 16-64 de 4,76 personas en edad de trabajar por cada persona mayor de 65 y más años.

1. Introducció

Els canvis geodemogràfics que afecten una societat s'han de considerar com a factors imprescindibles per a qualsevol tipus de planificació, tant de serveis bàsics i prestacions com per a la dotació d'infraestructures necessàries, per garantir la qualitat de l'Estat del Benestar. La realització de diagnòstics acurats sobre la situació geodemogràfica d'un territori s'ha de relacionar amb l'objectiu d'estar preparats per afrontar els principals reptes de futur. La dinàmica natural de la població (evolució de la natalitat i la fecunditat, la mortalitat, l'esperança de vida, ...) i la mobilitat humana (emigració i/o immigració) afecten de manera significativa les estructures de població per sexes i edats i, per tant, la potencial demanda de serveis bàsics i l'accés a beneficis i/o prestacions fonamentals per gaudir d'una mínima qualitat de l'Estat del Benestar. Des d'aquesta perspectiva, per gaudir d'una jubilació correcta cal reflexionar sobre les interrelacions existents entre demografia i pensions. Tot i que s'ha d'assenyalar que no són els únics factors que hi intervenen.

L'anàlisi de l'estructura per edats representa una de les principals característiques definitòries d'una determinada població, ja que reflecteix aspectes no només relatius a l'actualitat, sinó també de la seva dinàmica passada i condiciona en gran mesura la seva trajectòria futura. I més concretament, la grandària i evolució de cada grup d'edats de població supedita molts d'aspectes de la planificació econòmica i social; determina la demanda potencial en àmbits com la sanitat, l'habitatge, l'economia i/o d'altres dotacions bàsiques, aspectes molt importants que incideixen directament en la qualitat de vida de les persones.

En el cas específic de la població gran, gaudir de més qualitat de vida és un dels seus principals objectius, ja que es tracta d'un col·lectiu de persones grans que té més necessitat de millorar i garantir les seves condicions de vida.

2. Algunes consideracions preliminars a tenir en compte en l'anàlisi de la relació entre demografia i pensions a les Illes Balears

L'objectiu d'aquest article és realitzar una reflexió sobre les relacions entre la demografia i les pensions a les Illes Balears. Es tracta més aviat d'una pluja d'idees que intenta aportar algunes reflexions a aquest debat. Les pensions públiques contributives només s'analitzen des de la perspectiva quantitativa del nombre de pensionistes i tipologies de pensions percebudes a les Illes Balears. En analitzar aquesta qüestió a nivell de comunitat autònoma, cal tenir en compte que la incidència i impacte de les pensions públiques percebudes a les Illes depèn inicialment de les polítiques socials i la seva legislació canviant que es promulga a nivell global d'Espanya, actualment, i possiblement en el futur, en el marc de les polítiques socials comunitàries europees. Per aquesta circumstància, s'han de tenir en compte algunes consideracions prèvies:

a) La problemàtica global de les pensions públiques, tal com s'ha esmentat anteriorment, s'ha d'enquadrar actualment en el marc de les polítiques governamentals d'Espanya i/o, possiblement en un futur, de la Unió Europea. Aquesta circumstància s'ha de relacionar amb l'existència d'una caixa única i, per tant, depèn i/o està lligada a les característiques demogràfiques i econòmiques de la població espanyola en relació al nombre total d'habitants i les seves perspectives d'increment i/o reducció a nivell de grups d'edat, especialment dels grups de persones grans de 65 i més anys i del dels adults en edat de treballar. Les perspectives de futur s'han de realitzar a partir d'hipòtesis raonades i/o raonables com són la pujada, estancament o descens de la fecunditat, la caiguda de la mortalitat, l'increment de l'esperança de vida als 65 anys i el saldo migratori positiu, estancat o negatiu.

b) S'ha d'esmentar que les circumstàncies anteriors han anat canviat al llarg de la història demogràfica recent, especialment en el cas de les relacions relatives a la proporció de la població potencialment activa i la que treballa, que va canviant amb les circumstàncies de la història, així com de les característiques econòmiques que registra el país en cada moment. En el cas d'Espanya i les Illes Balears, en el moment actual cal tenir en compte dos elements significatius i molt influents: l'alt índex d'atur i l'important increment de l'esperança de vida.

c) Les circumstàncies polítiques que impliquen que cíclicament s'implantin polítiques socials canviants. L'Estat del Benestar actual no és comparable amb el dels anys cinquanta del segle XX, en què es donaven situacions de misèria globalitzada i una absència quasi total de serveis públics de pensions. Però també en el moment actual s'ha de tenir en compte que ens trobam en un país feble en creació de riquesa amb unes condicions poc favorables a la seva redistribució i una restricció de drets adquirits a causa de la crisi econòmica. Per tant, no es pot oblidar que la normativa de cada moment en relació a la cobertura de l'Estat del Benestar canvia, i amb ella l'accés ampli i/o restringit al sistema de les pensions públiques.

d) Les pensions públiques també s'han de relacionar amb la riquesa del país i com es distribueix entre els ciutadans, així com amb la dinàmica de l'economia en el marc en què es genera. Entram d'aquesta manera en un conflicte en què les projeccions demogràfiques poden ser a llarg termini i les econòmiques generalment no superen l'horitzó del curt termini.

3. Situació i perspectiva demogràfica com a element de referència per a les pensions públiques

Una de les característiques demogràfiques més significatives que s'empren amb més freqüència és la suposada alta interrelació entre el procés d'envelliment de la població amb la viabilitat de les pensions públiques. Tant a nivell d'Illes Balears com d'Espanya i/o de

la Unió Europea s'evidencia un constant augment de les persones de 65 i més anys, procés que s'ha de relacionar, per una part, amb la caiguda de la fecunditat i la natalitat i, per l'altra, amb l'increment de l'esperança de vida. Ambdós elements demogràfics es veuen afectats així mateix per les migracions que poden incidir en les ràtios de dependència o sostenibilitat, ja que repercuteixen tant sobre la dinàmica natural de la població (naixements) com sobre les estructures per edats, augmentant o disminuint la població potencialment treballadora.

3.1. Les persones grans ahir i avui: l'evolució del procés d'envelliment a les Illes Balears

La primera qüestió que destaca entre les característiques de la demografia balear és el progressiu increment de les persones grans de 65 i més anys, tret semblant a les pautes típiques assolides en els països desenvolupats de l'Europa Occidental. Les causes d'aquest procés s'han de relacionar, per una part, amb l'alta fecunditat registrada en gran part del segle XX, i per altra, amb el fet del posterior descens de la mortalitat, que ha suposat una supervivència més gran de les generacions que van assolint els 65 anys. A les Illes la progressiva caiguda de la fecunditat i la natalitat entre 1975 i 1996 comportaren una reducció del nombre de nins i joves, mentre que en el mateix període van augmentant constantment el nombre de persones grans de 65 i més anys. Aquest procés d'envelliment es veu reforçat, en una primera fase, per l'impacte dels moviments emigratoris del passat, especialment actius fins al 1955. I recentment s'intensifica pels efectes de les primeres onades immigratòries arribades des dels anys seixanta des de diferents indrets de la península espanyola, que s'han anat envellint a les Illes. Aquests fets es poden anar observant en les distintes piràmides de població que des de la dècada dels anys vuitanta, al mateix temps que incrementen els seus vèrtexs, redueixen les seves bases piramidals. La taxa bruta de mortalitat fou a les Illes Balears en el 2011 de 7,5 per mil, xifra inferior a la mitjana espanyola que assolí un 8,39 per mil.

El grau d'envelliment de la població es mesura per la proporció de persones grans respecte al total de la població d'un determinat territori. El problema de l'anàlisi d'aquest índex és que es relaciona amb l'edat a partir de la qual consideram una persona com a gran, circumstància que presenta certes dificultats quan volem comparar la seva evolució històrica, ja que l'edat cronològica no té el mateix significat al llarg de la història. Si es compara una persona de 65 anys amb una altra de la mateixa edat de principis del segle XX es pot observar que es tracta de dues persones diferents que presenten una esperança de vida distinta i unes condicions socioeconòmiques diferenciades. Per tant, s'ha de tenir en compte que l'edat cronològica té significats diferents segons els moments històrics. L'envelliment demogràfic s'ha d'acceptar com un tret de modernitat, fruit d'una longevitat més gran dels homes i dones, així com un triomf important de la història de la humanitat que té clars avantatges pels individus, si bé exigeix ajustaments en el pla

col·lectiu, especialment en molts dels aspectes de la vida social i de l'economia. La societat actual tendeix a considerar aquest fenomen exclusivament com a problema, oblidant, per una part, el caràcter inevitable i eminentment positiu, i, per l'altra, que aquest canvi demogràfic va indissolublement unit a altres canvis socials i econòmics, com la major participació de les dones en la vida social i econòmica o la possibilitat d'augmentar la productivitat per l'allargament de la vida.

Segons les dades provisionals de la Revisió del Padró de Població a 1 de gener del 2012, el nombre de persones grans de 65 i més anys registrades a Espanya fou de 8,22 milions. Les perspectives a llarg termini avaluades a l'horitzó del 2049 quasi dupliquen aquesta quantitat fins als 15,32 milions de persones (INE 2010). A les Illes l'evolució és semblant. De les 162.639 persones de 65 i més anys empadronades en el 2012 es passarà a prop de 200.000 persones grans en el 2021 (INE 2011). Aquesta xifra implicaria passar del seu pes actual del 14,54 per cent a un 17,31 per cent en el 2021. Des d'inicis del segle XX, les persones de 65 i més anys s'han multiplicat per 6,62, però l'increment més significatiu es registra en les persones grans de 80 anys, col·lectiu que experimenta un índex multiplicador del 14,33 (veg. taula 1 i fig. 1, 2 i 3). Aquests fets s'han de relacionar bàsicament amb l'increment de l'esperança de vida a les edats superiors.

Taula 1 | *Evolució de la població «jubilable» (65 i més anys) a les Illes Balears (1950-2012)*

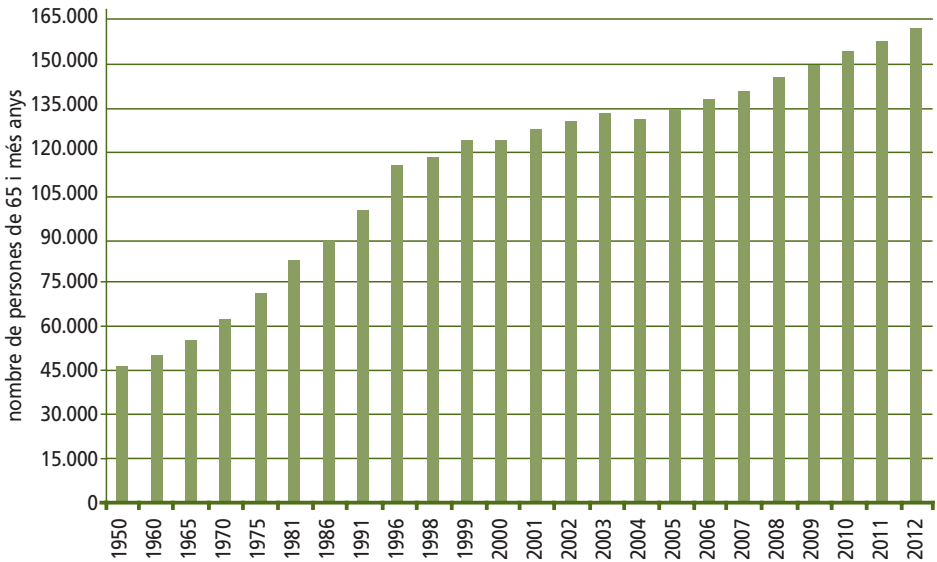
Any	Nombre	% sobre pobl. total
1950	47.153	11,25
1960	50.936	12,37
1965	56.083	11,73
1970	63.305	11,88
1975	72.775	12,18
1981	83.414	12,72
1986	90.385	13,27
1991	100.370	14,15
1996	116.113	15,27
1998	118.652	14,90
1999	124.005	15,09
2000	125.110	14,79
2001	128.268	14,60
2002	131.022	14,29
2003	133.383	14,08
2004	132.440	13,87
2005	134.696	13,70

continua

Any	Nombre	% sobre pobl. total
2006	138.512	13,83
2007	141.054	13,69
2008	145.680	13,58
2009	150.177	13,71
2010	154.490	13,97
2011	158.671	14,25
2012	162.639	14,54

Font: Elaboració personal a partir dels Censos i Padrons de Població. INE

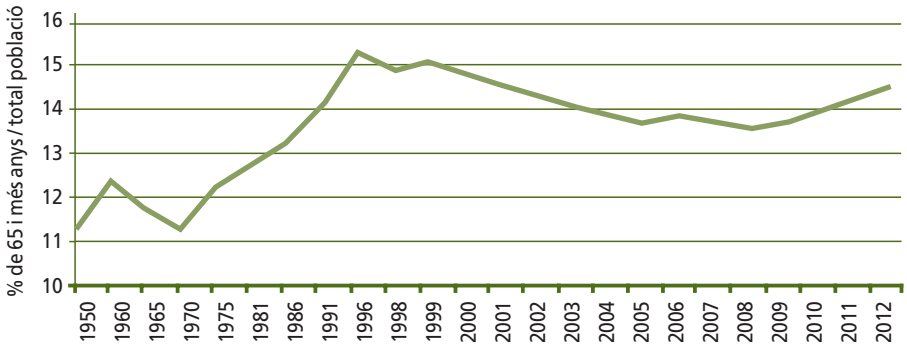
Gràfic 1 | *Evolució del nombre de persones grans (65 i més anys) a les Illes Balears*



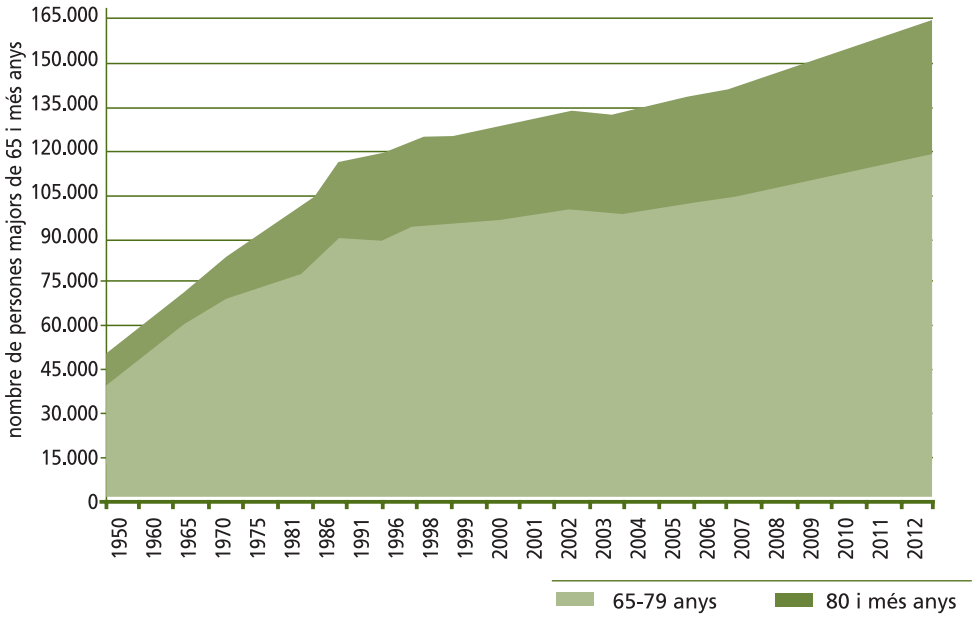
L'augment de la longevitat cal ser considerat com una vertadera revolució: la revolució de la vida. A les Illes Balears l'esperança de vida als 65anys fou en el 2010 de 20,21 anys, essent en els homes de 18,40 anys i en les dones de 21,83 anys. Aquestes xifres donen pas a un nou fenomen, que ha aparegut més tard, però amb més força, que és l'augment de longevitat a edats molt altes, de 80 i més anys. Aquesta circumstància augura una societat absolutament distinta a la que coneixem fins aleshores, ja que aquestes són les edats en les que fins ara sorgeix la pèrdua d'autonomia personal i on es manifesten les malalties invalidants que exigeixen una cura especial i/o personal. Aquesta situació podria implicar en el futur un allunyament de l'ancianitat, si es pogués invalidar-la i/o retardar-la com a

conseqüència dels progressos terapèutics i preventius. A les Illes l'esperança de vida en néixer fou en el 2010 de 81,60 anys amb la diferència per sexes que implica que les dones assoleixin els 84,44 anys, mentre que en el cas dels homes fou de 78,80 anys.

Gràfic 2 | *Evolució del percentatge de persones grans (65 i més anys) sobre el total de la població de les Illes Balears*



Gràfic 3 | *Evolució del nombre de persones grans de 65 i més anys a les Illes Balears*



3.2. El descens de la fecunditat i la natalitat i la problemàtica del seu comportament en el futur

L'anàlisi de l'evolució de l'índex de fecunditat sintètica (nombre de fills per dona) i de les seves perspectives de futur ens mostra que, malgrat registrar lleugers increments en el futur, les seves xifres no asseguren el manteniment de la població futura si no hi ha una aportació d'immigrants. Les Illes Balears registraren en el 2011 un índex de 1,39 fills per dona, lleugerament superior a la mitjana espanyola, una de les més baixes del món, que fou de 1,35 fills per dona. Aquests fets es poden lligar amb un dèficit important que registra el sistema social i econòmic del país que incideix sobre la circumstància que no es pugui assolir el nombre de fills que desitgen tenir. A les Illes es va registrar un canvi de tendència en el nombre de naixements que venia disminuint des del 1975. A partir del 1997 s'inicia una recuperació en el nombre de naixements que culmina en el 2008, data a partir de la qual es torna a registrar un descens del nombre de naixements i un petit retrocés de la fecunditat. Les taxes brutes de natalitat en el 2011 foren del 10,39 per mil, xifres lleugerament superiors a les taxes mitjanes d'Espanya que foren de l'ordre del 10,15 per mil. L'augment de la fecunditat i del nombre de naixements que es registraren en el període esmentat es deu a la fecunditat més elevada de les estrangeres, que per la seva major joventut afavoreix els naixements. Però a mesura que transcorren els anys de residència a les Illes la fecunditat de les dones estrangeres baixa i es va apropant a la de les espanyoles. Perquè la immigració tengui un efecte durador sobre el nivell de la fecunditat caldria el manteniment durant un llarg període d'un flux constant d'arribades de nous immigrants, la qual cosa sembla interrompuda en el moment actual. També en el període esmentat es produeix un petit repunt de la fecunditat de les dones espanyoles, causat en part per la recuperació dels naixements anteriorment retardats. Quant a les perspectives i segons les projeccions referides a Espanya (INE 2010) només es preveuen un moderat augment de la fecunditat fins a arribar a 1,71 fills per dona en el 2049, el que indica que de cap manera s'assoliria en els propers decennis el desitjat nivell del reemplaçament generacional que se situa lleugerament per damunt dels dos fills per dona. Les projeccions realitzades per l'INE a curt termini (INE 2011) no contemplen cap recuperació substancial en el cas de les Illes Balears, fet que implica una tendència cap a l'accentuació de l'envelliment i amenaça el simple manteniment de la població en absència d'immigració.

La incorporació de la dona al mercat del treball es pot considerar com un dels trets més significatius de la transició cap a una societat basada en la igualtat del gènere, realitat que possiblement no tengui volta enrere. Aquest fet ha donat lloc a un canvi de model reproductiu, basat anteriorment en una divisió estricta de les tasques o feines, que assignaven a l'home la producció i a la dona la reproducció i la cura dels fills i/o parents. Actualment la parella de dos treballadors (parella biactiva) és ja majoritària a Espanya, com a la gran majoria dels països de la Unió Europea. La necessitat de conciliar les tasques tradicionals encomanades a les dones en el si de la família i en particular a

la cura dels fills, amb la presència de la dona en el mercat de treball, no pot continuar essent una responsabilitat privada, assumida només per les dones. Es tracta, molt al contrari, d'un dels temes més importants que la nostra societat ha de resoldre, un tema central, perquè entre altres coses, condiciona la sostenibilitat del nostre futur. El resultat de la inacció en aquest terreny és, per una part, augmentar la frustració i sofriment de moltes persones, sobretot de les dones, que per raons econòmiques han d'anteposar la feina a la família i per l'altra, impedir una evolució equilibrada a llarg termini de la població. La problemàtica de la reproducció demogràfica és un dels debats oblidats quan s'intenta abordar el futur de les pensions públiques. Per allunyar un possible desequilibri financer es retallen les prestacions, però no es tracten els problemes de fons que són els de caràcter demogràfic. El de la baixa fecunditat n'és un d'ells. La reproducció de la mateixa societat no es pot considerar amb enfocaments que siguin emmarcats en la immediatesa i la supremacia del mercat. En algun moment serà necessari trobar vies de pensar i d'encarrilar canvis estratègics, si bé poden suposar costos addicionals o canvis en el repartiment actual de la riquesa.

3.3. Els impactes de la immigració i la població en edat de treballar: de l'abundància a l'escassesa d'adults?

La història demogràfica recent de les Illes Balears està dominada pels efectes d'un període immigratori. En els darrers deu anys anteriors a la crisi tant a nivell d'Espanya com de les Illes s'ha registrat una important i excepcional immigració, concentrada en un lapsus de temps molt curt, fet que ningú havia anticipat. Aquesta circumstància trastocà completament les previsions de població fetes fins els anys noranta, en les que s'avaluava que la població espanyola no superaria els 40 milions d'habitants i que a les Illes no se superaria el milió de persones. Aleshores la previsió del futur de la població era l'estancament i ha passat tot el contrari, representat per un creixement històric de la població. Per tant la immigració ha augmentat la capacitat del creixement de la població a través dels seus efectes sobre els naixements i l'estructura per edats. Aquest ha estat l'efecte immediat i directe de la immigració. Però en la situació actual de crisi econòmica cal distingir entre aquells que són aquí per quedar-se i aquells que retornen, ja sigui per decisió personal i/o pels efectes de la crisi sobre l'ocupació. Fins fa poc, aquesta aportació de població més jove que la mitjana precedent ha afavorit el creixement demogràfic del futur per la joventut. Però l'augment de la natalitat ha estat temporal i no durador. La conclusió és que la dècada d'alt creixement demogràfic, lligat bàsicament a l'arribada d'immigrants, no ha modificat les característiques bàsiques de la població balear i de la seva dinàmica, com són l'esperança de vida, l'augment del nombre de persones grans i una fecunditat que continua essent baixa.

Per tant, i en relació a les circumstàncies esmentades, la principal preocupació dels gestors públics sol estar relacionada amb la quantitat de població «jubilable» existent conforme a la normativa vigent. Aquesta sembla que actualment és una de les grans preocupacions

a nivell d'Espanya. Amb els contingents de la població potencialment activa (15-64 o 20-64 anys) podem saber quantes persones potencialment actives són necessàries per cada persona «jubilable». Amb l'anàlisi de la seva evolució des de mitjans del segle XX (veg. taula 2) s'observen alts i baixos segons els temps, però que globalment es dóna una tendència cap a l'índex regressiu, molt especialment en els darrers decennis. Aquest fet implica una percepció que s'està passant d'un superàvit de persones adultes en edat de treballar a una situació d'escassesa que fa perillar el futur equilibri entre ambdós grans col·lectius. Aquest fet condueix cap a una percepció que els valors dels serveis públics necessaris poden sofrir un col·lapse per manca de suport econòmic i veure's afectats per retallades de tipus assistencial que podrien afectar les plantilles de metges geriàtrics, assistents en gerontologia i/o places en els geriàtrics, entre d'altres. De totes maneres, s'ha de destacar que a les Illes, malgrat el progressiu envelliment de la població, la població en edat de treballar encara registra xifres altes, lligades a la darrera arribada de nous vinguts, especialment d'origen estranger.

3.4. L'indicador de dependència o ràtio de sosteniment

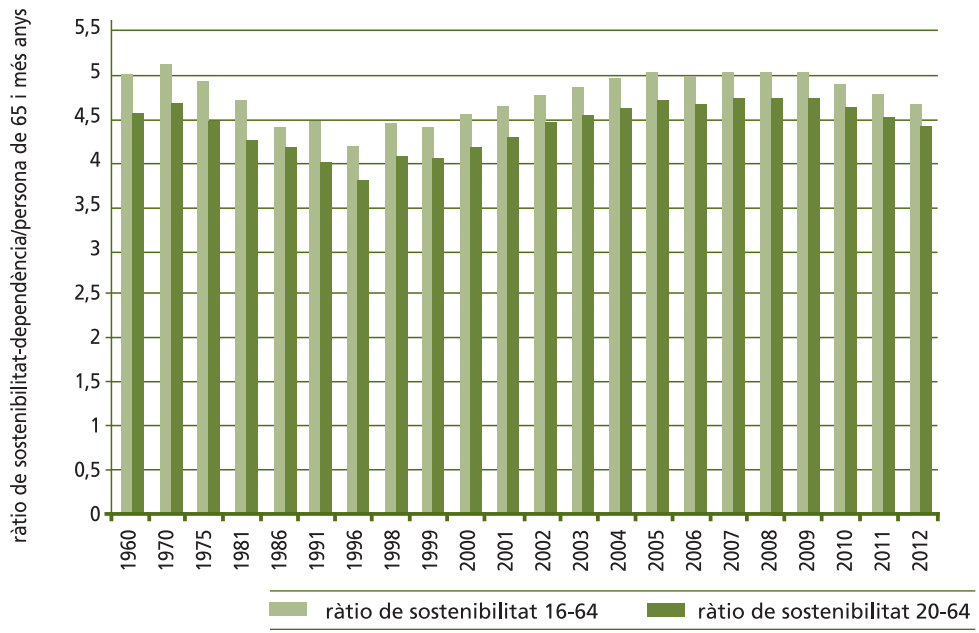
Generalment, en el debat sobre la hipotètica escassesa d'adults actius en relació a les persones «jubilables» de 65 i més anys s'empra un indicador denominat «ràtio de dependència» o «ràtio de sostenibilitat» que relaciona el nombre de persones en edat de treballar i el nombre de persones grans. A Espanya s'empra freqüentment en grups d'edats entre els 16 i els 64 anys, mentre que l'Eurostat empra sovint el 20-64 anys per a les persones potencialment actives. Aquesta ràtio representa el nombre de persones en edat de treballar per cada persona depenent de 65 i més anys.

De l'observació de l'esmentat indicador o ràtio de sosteniment i la seva perspectiva de futur sembla que es pot registrar una progressiva disminució de les persones entre els 16 i 64 anys, mentre que augmentaria en grups d'edats de persones grans de 65 i més anys. Aquest fet provoca una disminució constant de la ràtio de sosteniment, fet que constitueix una de les preocupacions dels gestors polítics de cara al futur del Sistema de Protecció Social i molt especialment per l'augment del nombre de les persones grans més dependents (80 i més anys). Així, s'avalua que en el futur hi haurà més persones dependents i menys població en edat de treballar i cotitzar.

En el cas de les Illes Balears s'observa que en el 2012 la ràtio de sosteniment és de 4,76 persones de 16-64 anys per cada habitant de 65 i més anys. Si es considera la ràtio basada en els 20-64 anys aquesta representa el 4,50 persones per cada persona gran. L'evolució d'ambdues ràtios des del 1950 presenten una corba d'alts i baixos lligada a aspectes com la emigració i/o la immigració a les Illes que afecten la major o menor importància de les persones en edat de treballar (veg. taula 2 i fig. 4). Des del 2008 ambdues ràtios presenten una tendència a la baixa a causa del retorn migratori d'estrangers als seus països d'origen, aspecte que s'ha de lligar amb l'actual crisi econòmica. La caiguda de

la població activa reflecteix la caiguda de la immigració d'origen no comunitari, alhora que augmenta la població inactiva. Les mitjanes del 2011 impliquen l'existència a les Illes Balears de 405.113 afiliats a la Seguretat Social, però constaten l'existència d'una mitjana anual de 83.263 aturats.

Gràfic 4 | *Evolució de la ràtio de sostenibilitat / dependència a les Illes Balears (persones en edat de treballar per persones majors)*



La reducció tendencial de la ràtio de dependència suposa que en el futur aquesta tendència a la disminució del nombre d'adults en edat de treballar simultània a un augment de les persones grans podria afectar al Sistema de Pensions Públiques. Cal assenyalar però que el fet que es doni una disminució d'adults no implica necessàriament una disminució de la població ocupada. El nivell d'ocupació està condicionat o determinat per l'oferta de treball. Depèn bàsicament de la situació econòmica, de la competitivitat de les empreses, del comportament del consum i de la situació internacional, que es converteixen en elements determinants (Fernández Cordon 2011). Si la crisi actual s'allunya i l'economia espanyola i/o balear torna a créixer, augmentarà la taxa d'ocupació, fet que implicaria incrementar, si no hi ha oferta de la població en edat de treballar, el nombre d'entrades netes d'immigrants per donar resposta a la problemàtica. La taxa d'ocupació de les Balears ha augmentat en el període de bonança econòmica i ha experimentat una forta i consecutiva caiguda amb la crisi econòmica.

Taula 2 | *Evolució dels indicadors de la ràtio de sosteniment/dependència a les Illes Balears (nombre de persones de 16-64/20-64 per cada habitant de 65 i més anys)*

Any	Ràtio 16-64	Ràtio 20-64
1960	5,10	4,63
1970	5,23	4,77
1975	5,01	4,55
1981	4,80	4,33
1986	4,49	4,25
1991	4,55	4,08
1996	4,28	3,89
1998	4,53	4,16
1999	4,48	4,14
2000	4,63	4,28
2001	4,73	4,39
2002	4,86	4,53
2003	4,95	4,64
2004	5,04	4,72
2005	5,12	4,81
2006	5,06	4,76
2007	5,13	4,83
2008	5,12	4,82
2009	5,12	4,83
2010	5,00	4,72
2011	4,88	4,61
2012	4,76	4,50

Font: Elaboració personal a partir de Censos i Padrons de Població. INE

4. Les pensions públiques contributives percebudes a les Illes Balears

El Sistema Públic de Pensions es basa en la solidaritat intergeneracional. La població en edat de treballar mantén parcial o totalment la població jubilada. Des d'aquesta perspectiva els treballadors actius renuncien a una part del seu jornal (cotització a la Seguretat Social) amb el que es financen les pensions que perceben els jubilats actuals. Aquest repartiment de rendes constitueix un dels elements fonamentals de l'Estat del Benestar amb l'objectiu de garantir l'accés a una pensió digna per tothom. Des del punt de vista demogràfic ens interessa conèixer any rere any quantes persones entren com a cotitzants, amb quina categoria i quina cotització, així com, per altra part, quants ens surten com a pensionistes, amb quina categoria i quina pensió.

Aquesta ràtio pot ser desfigurada per factors relatius a l'allargament de situacions d'atur, el nombre de no ocupats i fins i tots per les fluctuacions del nombre de cotitzants.

A les Illes Balears el nombre de pensionistes fou el 2011 de 168.825 persones que han gaudit d'algun tipus de pensions. Aquest nombre no correspon únicament a les persones grans de 65 i més anys, sinó a la globalitat dels beneficiaris. El 60,15 per cent d'aquests pensionistes són beneficiaris d'una pensió de jubilació, mentre que el 25,64 per cent gaudeixen d'una pensió de viduïtat. Un 11,12 per cent reben una pensió per incapacitat permanent, mentre que el restant 3,09 per cent són pensions d'orfandat i favor familiar (veg. taula 3). Són pensions que econòmicament en les seves mitjanes són en totes les seves classes inferiors a la mitjana espanyola, essent la mitjana global de l'ordre dels 733,95 euros, és a dir, uns 70 euros inferiors a la mitjana espanyola, el que representa un tipus de cotització laboral més baixa lligada a salaris inferiors (veg. taula 4). La major proporció de pensionistes són del règim general de la Seguretat Social (61,20%) i del règim especial de treballadors autònoms (25,45%), percentatges, ambdós, superiors a la mitjana espanyola (59,68% i 21,12%, respectivament). La resta correspon a règims de la Seguretat Social menys importants a les Illes tals com el SOVI (3,71%), el règim especial d'empleats/des de la llar (2,78%), accidents de treball i malalties professionals (2,10%), treballadors de la mar (1,72%) i règim especial de mineria del carbó (restes de l'antiga activitat 0,16%) (veg. taula 5). Així mateix, es pot observar que entre el 2010 i 2011 les altes són superiors a les baixes, molt especialment en el cas de les jubilacions (veg. taula 6).

Taula 3 | *Nombre de pensionistes segons les classes de pensions. Illes Balears*

Classe de pensió	2010	2011
Jubilació	98.848	101.543
Incapacitat permanent	18.943	18.765
Viduïtat	42.971	43.921
Orfandat i favor familiar	5.117	5.226
Total	165.880	168.825

Font: Pensions contributives del Sistema de la Seguretat Social. Ministerio de Empleo y Seguridad Social

De les dades globals es pot apreciar que més de la meitat de la població illenca de 65 i més anys està jubilada mentre que aproximadament una quarta part del col·lectiu de persones grans té pensions de viduïtat o orfandat. La resta, generalment mestresses de casa, es dedica a tasques domèstiques i només menys del 2% continua treballant. Els jubilats dominen en els grups d'edats dels grans més joves, mentre que els que superen els 75 i més anys són més pensionistes (viduïtat), i hi dominen les dones. Per sexes es dóna una diferència en la qual entre els homes la situació dominant és de gaudir d'una pensió per haver treballat, mentre que en el cas de les dones són

fonamentalment receptores de pensions de viduïtat o orfandat o bé s'encarreguen del treball domèstic.

Taula 4 | *Import mitjà de les pensions segons classes. Illes Balears (en €)*

Classe de pensió	2010	2011
Jubilació	801,53	833,58
Incapacitat permanent	768,29	785,78
Viduïtat	513,57	527,87
Orfandat i favor familiar	310,09	319,00
Total	707,98	733,95

Font: Pensions contributives del Sistema de la Seguretat Social. Ministerio de Empleo y Seguridad Social

Taula 5 | *Pensions segons el règim de la Seguretat Social. Illes Balears*

Tipus de règim	2010	2011
Règim general	100.235	103.323
Règim especial treballadors autònoms	42.463	42.970
Règim especial agrari	5.119	4.824
Règim especial treballadors de la mar	2.947	2.916
Règim especial mineria del carbó	296	278
Règim especial empleats de la llar	4.810	4.693
Acc. de treball i malalties professionals	3.554	3.550
S.O.V.I.	6.455	6.271
Total	165.880	168.825

Font: Pensions contributives del Sistema de la Seguretat Social. Ministerio de Empleo y Seguridad Social

Taula 6 | *Altes i baixes de pensions segon classes. Illes Balears*

Classes de pensions	altes		baixes	
	2010	2011	2010	2011
Jubilació	6.194	6.482	4.712	4.753
Incapacitat permanent	1.778	1.619	670	621
Viduïtat	2.483	2.470	2.166	2.082
Orfandat i favor familiar	536	491	333	400
Total	10.991	11.062	7.881	7.856

Font: Pensions contributives del Sistema de la Seguretat Social. Ministerio de Empleo y Seguridad Social

5. Jubilació i pensions: la por al col·lapse econòmic

En els darrers anys es detecta un canvi de perspectiva i del discurs en relació a la interrelació entre la jubilació i les pensions. Abans no s'associava el fet de viure més amb treballar més anys, sinó amb la possibilitat de disposar de més temps per viure, crear i/o fer coses distintes. Aquesta percepció es desenvolupa simultàniament amb la creença que el progrés tècnic havia de permetre produir més amb menys temps de treball, i que la major longevitat implicaria un futur en part alliberat del treball i amb temps per dedicar-se a activitats no laborals. Avui es pot constatar que s'han complert les premisses del progrés però les conseqüències sembla que seran diferents. Ara que es produeix molt més, augmenta la pressió perquè es treballi més, i augmenta, fins i tot, el còmput d'hores setmanals respecte a temps anteriors.

Les alarmes demogràfiques i el seu ús per justificar mesures d'ajustament o reformes es basen més en opcions ideològiques que en les característiques demogràfiques de la població. L'envelliment és emprat moltes vegades com a factor bàsic d'una hipotètica crisi de les pensions de repartiment i/o de l'Estat del Benestar. Aquesta circumstància es pot comprovar analitzant les seves diverses percepcions segons els canvis de la ideologia de base i els impactes de la globalització. Des dels anys vuitanta, en el marc de la solució neoliberal, adoptada internacionalment, front a la crisi del petroli, es defensa una constant i progressiva privatització dels sistemes públics de pensions com a solució a la hipotètica insostenibilitat de la qual es culpa l'evolució demogràfica. Especialment es parlar de complementar el sistema públic amb plans privats de pensions. En aquesta circumstància la demografia pot ser manipulada per afavorir les pensions privades, especialment lligades a entitats financeres, que consideren les pensions més un negoci que un servei. De totes maneres, s'ha de destacar que els efectes econòmics poden variar d'un país a l'altre en funció de les diferències en el consum, la participació de la força de treball i la productivitat, així com per les distintes estructures per edats que registren els països i els diversos sistemes que empren per basar-se en les necessitats de consum dels retirats (Lee 2012). A l'actualitat encara s'ha de demostrar que l'envelliment demogràfic sigui el problema pels sistemes públics de pensions. També s'ha de demostrar si els sistemes privats de pensions responen millor al canvi demogràfic, especialment en el fet actual que els seus valors s'enfonsen per culpa de la crisi econòmica i financera actual.

El marc de la problemàtica no es troba en el volum de la població en edat de treballar, sinó en la disminució de cotitzants. Aquesta disminució no depèn directament dels factors demogràfics, sinó de la capacitat de crear ocupació. Si l'àmbit econòmic és capaç de crear ocupació, augmentarà el nombre de cotitzants i, per tant, es poden mantenir les pensions. Per tant, el futur s'ha de lligar amb els efectes que exerceix el mercat de treball i l'evolució econòmica que permetrà crear lloc de feina. La demografia, per tant, no és un obstacle. Si

la demografia impedeix crear ocupació, l'economia deixarà de créixer i retrocedirà. Això serà un problema de tots i cada un dels espanyols i no només dels pensionistes (Fernández Cordón 2011).

Aquesta problemàtica és greu en el cas d'Espanya i Balears ja que va augmentant el nombre d'aturats i, per tant, la perspectiva actual és que si un viu més ha de treballar més. El pensament econòmic dels gestors públics ha evitat fins i tot la possibilitat de pensar aquestes qüestions de manera diferent. Fernández Cordón (2011) pensa que el vertader problema és que, en la situació actual, la societat no està ni conceptualment ni teòricament, i menys políticament, preparada primer per entendre i després per aportar respostes innovadores i creatives de la nova realitat. Sembla improbable que una societat dominada per l'ànsia del benefici a curt termini i la concentració de la riquesa, trobi vies per afrontar aquest tipus de problemes.

Si tot segueix igual, la reacció a l'augment del nombre de persones més grans consistirà en proposar retallades a les prestacions socials, així com al recolzament de les situacions de dependència, que avui encara estan molt per sota de les necessitats. L'increment de persones grans a les Balears s'ha de relacionar amb la disminució de la mortalitat abans dels 65 anys, fet que fa que s'elevi la proporció de persones que assoleixen els 65 anys, però també perquè van arribant a l'esmentada edat les generacions que no han sofert l'impacte de l'emigració dels anys seixanta del segle XX. Arriben a la jubilació generacions que fins i tot superen els nascuts corresponents. És l'efecte de la immigració de persones que no han nascut a les Illes Balears, però que han treballat i cotitzat aquí i es beneficiaran en el seu dia de la pensió que els correspongui.

6. Els reptes de futur de les relacions entre demografia i pensions

La conjuntura espanyola actual, en la qual s'emmarquen les Illes Balears, planteja una sèrie de consideracions respecte a la interrelació entre demografia, pensions i polítiques socials a desenvolupar. Actualment es plantegen diverses alternatives per respondre a la problemàtica de possible desequilibri entre l'aportació dels cotitzants i el volum de les pensions. Entre les quals destacam (Fernández Cordón 2011):

a) Incrementar els ingressos. Fins ara el debat que s'ha establert tant a nivell governamental com en els mitjans de comunicació descarta absolutament que l'augment de les cotitzacions i la cotització del Sistema de Pensions sigui una part del salari dels treballadors, tant el que es descompta de la nòmina del cotitzant com la cotització patronal, mentre que pels emprenedors forma part dels costos salarials. Per tant, s'argumenta que augmentar les cotitzacions dificultaria la creació d'ocupació, ja que seria equivalent a una pujada salarial. Des del punt de vista de la demanda, l'augment de les

cotitzacions podria ser positiu, perquè ajudaria a mantenir el consum dels pensionistes que no veurien retallades les seves pensions.

b) Augmentar el nombre d'anys pel còmput de la pensió. És una altra forma de retallar les pensions. Com que els salaris són generalment ascendents al llarg de la vida laboral, si es fa la mitjana d'un còmput més llarg, baixa la mitjana de la pensió a percebre.

c) Augmentar l'edat legal de la jubilació. Aquesta alternativa es basa en el fet del canvi demogràfic i en la circumstància que els que es jubilin a partir d'ara viuran més temps. Per tant, es considera que podrien jubilar-se més tard, fet pel qual es propugna el retard de l'edat legal de la jubilació. Respecte a aquesta proposta cal manifestar un seguit de qüestions, ja que l'increment de l'esperança de vida explica només una part no substancial de l'augment previst de la població gran. Al menys tres elements venen a moderar l'eficàcia i equitat d'aquesta proposta:

   a. Retardar l'edat de jubilació exigeix crear ocupació addicional. La permanència com a ocupats de les persones de 65, 66 i/o 67 anys es pot traduir en un augment de l'atur, fet pel qual el que s'estalvia en pensions s'hagi de gastar en prestacions d'atur. En aquest cas les perspectives demogràfiques van en el bon sentit ja que, quan disminueix la població en edat de treballar, existeix una tendència a l'augment de la taxa d'ocupació i a la reducció de l'atur.

   b. En segon lloc, existeixen importants diferències d'esperança de vida a partir dels 65 anys, segons les categories socials.

   c. No tots els anys que queden per viure després dels 65 anys són en bona salut i sense discapacitat. La malaltia i la pèrdua d'autonomia personal afecten més a les persones més grans, però també amb importants diferències segons la seva pertinença social. El retard de la jubilació minva l'esperança de vida amb bona salut, fent que augmentin la proporció de mals anys en el període de gaudir de la jubilació.

7. Conclusions

Queda clar que avui viuen més persones que arriben a velles. Per tant encetar un debat sobre els impactes que el creixement de l'esperança de vida pot tenir sobre la viabilitat del sistema de pensions és molt necessari. Però basar polítiques socials només sobre la constatació que l'esperança de vida experimenta un constant increment i que per tant en el futur pot implicar que la Seguretat Social no pugui garantir el Sistema Públic de Pensions és una solució simple ja que la complexitat del fenomen implica estudiar diferents alternatives. Pensar que la Seguretat Social no podrà pagar els anys extra que viuen els

ciutadans basant-se en el fet que actualment un ciutadà viu més del que vivien els seus avantpassats només ens duu a la conclusió que el que cal canviar és la gestió del Sistema Públic de Pensions.

La principal justificació de les retallades dels drets a la jubilació a Espanya es basa en un argument purament demogràfic en funció de la relació de dependència entre pensionistes i cotitzants. En estar immersos en un procés d'envelliment demogràfic, aquesta relació empitjora i així es dedueix que d'aquí a un temps el sistema serà inviable. Aquest argument començà a agafar consciència en el moment en què s'observa que la modernització demogràfica implicava piràmides amb un pes creixent de persones grans. Les previsions del col·lapse, basades en el factor demogràfic, foren especialment importants en els anys posteriors a la crisi del petroli del 1973 i de nou durant la crisis de l'ocupació de Kuwait a principis dels anys noranta. En ambdues circumstàncies hi ha pressions per a la privatització de les pensions basant-se en l'opinió d'un grup d'experts que parlen de números vermells de la seguretat social de manera eminent, però que avui encara no s'ha complert i presenta superàvit.

En l'actual crisi econòmica i davant la necessitat d'emprendre mesures per superar les previsions del col·lapse, tornen a agafar volada les causes en què les bases són conjuntives i mai en les pròpies característiques del canvi demogràfic econòmic i social. Respecte a la perspectiva d'una situació de col·lapse cal tenir en compte elements decisius i influents, com la immigració i/o opinions que no és cert que la degradació de dependència impliqui una insostenibilitat del sistema. S'han de tenir en compte qüestions relatives a problemàtiques sobre el fet que el concepte d'allargament de la vida és trampós, ja que en gran part l'esperança de vida està lligada a la classe social a què pertany i/o que la continuïtat i/o disminució de la immigració pot incidir sobre les dades de l'esperança de vida.

En conclusió, en la relació entre demografia i pensions s'ha d'assenyalar que la demografia és un element important per diagnosticar i contribuir al debat sobre les pensions i el seu futur. S'ha d'assenyalar que molts dels problemes que es plantegen a la nostra societat, no només són el de les pensions, sinó que tenen el seu origen en els canvis demogràfics que Espanya i les Illes Balears, com a la resta dels països desenvolupats, han anat registrant a les darreres dècades. Però s'ha de destacar que els canvis demogràfics s'infereixen en un procés complex i són inseparables dels canvis de més importància, de tipus econòmic, social i cultural. La transició demogràfica ha marcat el segle XX, molt especialment la seva segona meitat. I cal recordar que la demografia té efectes que impliquen impactes moltes vegades a llarg termini. Hem passat de necessitar 5 o 6 naixements per dona per mantenir la població al fet que només dos siguin suficients. L'increment de l'esperança de vida ha fet augmentar, per la circumstància anterior, la «productivitat» de la reproducció demogràfica i ha fet possible que les dones, abans dedicades a parir i cuidar fills que

en bona part morien abans de poder aportar el més mínim a la societat o a la seva família, poguessin estudiar i treballar pel mercat. Però és un canvi que provoca també l'envelliment de la població i d'aquesta manera un nombre creixent de persones grans. A la vegada, s'allunya el llindar de la vellesa i tenim, per primera vegada en la història de la humanitat, la possibilitat d'alliberar temps abans de la mort quan encara gaudim de les nostres facultats. Reduir aquest canvi històric a una sinistra comptabilitat que es resumeix en «si hi ha més vells, s'ha de retallar la pensió que correspondria a cada un», és una visió simplista i burda, que seria inexplicable si no servís a interessos concrets que se recolzen en ells (Fernández Cordón 2011, 54).

No hi ha dubtes que la societat i l'economia s'han d'adaptar als canvis demogràfics, però aquesta adaptació no es pot realitzar amb eficàcia i equitat sense posar en qüestió algunes falses evidències i alguns interessos molts reals. En aquests moments, l'entorn intel·lectual i polític no es presta a plantejaments innovadors ni al qüestionament del repartiment de la riquesa. No només existeix incapacitat per imaginar solucions als reptes que planteja els canvis demogràfics ni, fins i tot, es donen condicions perquè es pugui plantejar en tota la seva complexitat. L'instrument ideològic en què s'ha convertir l'economia dominant no s'atura tan sols a discutir el que se situa fora dels seus preceptes.

No es pot admetre, sense més ni més, que només existeix una solució al problema que, en el cas de les pensions, consisteix a retallar despesa a tota costa. És necessari analitzar els factors demogràfics en la seva relació amb el conjunt dels canvis socials, econòmics i tecnològics dels quals formen part indissoluble. Només d'aquesta manera donaran a la demografia la importància que es mereix. La ràtio que empra el nombre d'adults en relació a la gent gran només mostra una visió estàtica i no dinàmica.

S'ha d'assenyalar que el canvi demogràfic no només modifica les piràmides, sinó que incideix en moltes altres característiques de la població que molts d'experts ignoren sistemàticament, però que contribueixen enormement a explicar perquè existeix un fenomen denominat «progrés». L'evolució demogràfica, lluny de ser un problema, és en bona part l'explicació d'aquest «progrés». Es parla molt dels problemes del col·lapse demogràfic del Sistema de Pensions Públiques perquè aquestes són les que convenen al mercat dels «retallaments». Es pot lluitar amb èxit sobre la problemàtica, si es disposa de l'antelació suficient per preparar-se. Avui per avui encara estem a temps per preparar solucions i receptes alternatives a les actuacions del moment actual.

Referències bibliogràfiques

Fernández, P; Bermejo, V.J. (2009). *Rentabilidad de los Fondos de Pensiones en España. 1991-2008.* IESE Research Papers nº D/819, 35.

Fernández, J. A. (2011). «Demografía y reforma del sistema de pensiones». *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, núm. XII, 39-73.

González, J. (2010). *Demografía, Inmigración y Viabilidad del Sistema de Pensiones. Análisis y Proyecciones en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de la Seguridad Social. 2 partes. 65.

Herce, J.A.(2005).«¿Dónde están las estadísticas sobre pensiones?». *Indice.* Marzo, pàg. 6-10.

INE (2010). *Proyección de la Población de España a Largo Plazo*, 2009-2049. Madrid, enero 2010.

INE (2011). *Proyección de la Población de España a Corto Plazo, 2011-2021*. Madrid, enero 2010.

Lee, Sang-Hyop (2012). «Productivity of Older Workers, Pension reform and Savings: an international comparaison». *The WDA-HSG Discussion Paper Series,* núm. 2012/02. St. Gallen, University of St. Gallen, 27.

Rojo-Pérez, F.; Fernández-Mayoralas, G. (eds.) (2012). *Calidad de vida y envejecimiento: La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida*. Bilbao: BBVA, 394.

Autor

PERE ANTONI SALVÀ TOMÀS

Sant Jordi (Mallorca), 1950. Doctor en Geografia per la Universitat de Barcelona i doctor honoris causa en Ciències Socials per la Universitat Tecnològica dels Andes (Perú). Catedràtic d'universitat de Geografia Humana de la Universitat de les Illes Balears. S'ha dedicat a l'anàlisi dels canvis territorials i socioeconòmics, els efectes del turisme sobre el territori i la societat i l'estudi de la mobilitat humana (models migratoris «Nova Florida» i «Nova Califòrnia», relacions turisme-migració i Migració Internacional de Retir). Ha col·laborat en la redacció de plans estratègics, tant territorials com sectorials i de planificació de serveis socials. La seva obra està formada per més d'un centenar d'articles publicats a revistes i llibres, així com per un considerable nombre de ponències i comunicacions presentades en més de 150 congressos, seminaris i reunions.

LA POBLACIÓ NONAGENÀRIA A LES ILLES BALEARS: UNA APROXIMACIÓ ESTADÍSTICA

La població nonagenària a les Illes Balears: una aproximació estadística

Ferran Dídac Lluch i Dubon

Resum

Els nonagenaris són el col·lectiu humà que ha superat un llindar important: la barrera dels noranta anys. Els noranta anys són una frontera biològica que a l'espècie humana es presenta com l'asímptota matemàtica de l'esperança de vida. L'esperança de vida, tant per als homes com per a les dones, s'ha incrementat espectacularment al llarg del segle XX. I aquesta tendència continua, amb una progressió lògicament més lenta, en aquests primers anys del segle XXI, tot i que la frontera dels noranta anys se'ns dibuixa com un límit estadístic mitjà difícil de superar.

Tot i així, són de cada cop més freqüents els casos de persones que superen aquesta barrera. Les edats avançades accentuen els problemes de salut i fan que les situacions de dependència s'incrementin. Moltes són les persones grans que viuen aquesta etapa de vida amb problemes de salut, econòmics i/o de relacions socials. Altres, afortunadament i de cada cop més, ho fan ben allunyats dels clixés clàssics d'una senectut decrèpita i inactiva, ben al contrari, entre els nonagenaris són molts els que, gràcies a factors hereditaris, uns hàbits de vida adequats, un entorn social i familiar acollidor i una psicologia activa i optimista afronten aquesta etapa amb plenitud, amb projectes i perspectives de futur i són capaços, fins i tot, de tenir la força suficient per llançar propostes tendents a dinamitzar la societat i intentar assolir un món més bo.

Aquest article vol presentar algunes dades estadístiques que ens ajudin a reflexionar sobre la importància d'aquest col·lectiu, de vegades ocult, de la nostra societat.

Resumen

Los nonagenarios son el colectivo humano que ha superado un límite importante: la barrera de los noventa años. Los noventa años son una frontera biológica que en la especie humana se presenta como la asíntota matemática de la esperanza de vida. La esperanza de vida, tanto para los hombres como para las mujeres, se ha incrementado espectacularmente a lo largo del siglo XX. Y esta tendencia continua, con una progresión más lenta, en estos primeros años del siglo XXI, a pesar de que la frontera de los noventa años se dibuja como un límite estadístico difícil de superar.

A pesar de ello, son de cada vez más frecuentes los casos de personas que superan dicha barrera. Las edades avanzadas acentúan los problemas de salud y determinan que las situaciones de dependencia se incrementen. Muchos son los mayores que viven esta etapa de la vida con problemas de salud, económicos y/o de relaciones sociales. Otros, afortunadamente y de cada vez más, lo hacen alejados de los clisés clásicos de una senectud decrépita e inactiva, bien al contrario, entre los nonagenarios son muchos los que, gracias a factores hereditarios,

unos hábitos de vida adecuados, un entorno social y familiar acogedor y una psicología activa y optimista, afrontan esta etapa con plenitud, con proyectos y perspectivas de futuro y son capaces, incluso, de tener la fuerza suficiente para lanzar propuestas tendentes a dinamizar la sociedad e intentar construir un mundo mejor.

Este artículo pretende presentar algunos datos estadísticos que nos ayuden, simplemente, a reflexionar sobre la importancia de este colectivo, a veces oculto, de nuestra sociedad.

1. Introducció

Els nonagenaris són, per definició, el conjunt de les persones que tenen noranta anys o més. Així i tot, evidentment, es tracta d'un conjunt heterogeni de població unit únicament i exclusiva per una característica demogràfica comuna.

Els nonagenaris poden presentar característiques molt distintes: provenir d'estrats socioeconòmics distints, presentar nivells de formació molt diferents, tenir interessos i experiències vitals molt distintes... però els uneix una característica que els fa distints de la resta: una llarga supervivència.

Diversos són els factors que poden repercutir en l'assoliment d'una longevitat llarga i en bona salut. El geriatre Pedro Paulo Marín ens indica que els nonagenaris són fruit, d'una banda, dels especials factors genètics i, d'una altra, dels hàbits de vida que han observat i que presenten aquestes persones.

Dins els hàbits de vida, el doctor Paulo Marín indica que el control del sobrepès és fonamental, tot afirmant que no hi gaires obesos entre els que superen la barrera dels noranta. Per tant, indica que un factor molt important per superar la barrera dels noranta anys és mantenir-se actiu, dur a terme una activitat física continuada i vigilar el sobrepès.

Un altre grup de factors bàsics serien els aspectes psicològics i espirituals. Un bon estat de salut implica no solament presentar un bon estat físic, sinó que l'equilibri psicològic i el manteniment de les relacions socials són molt importants. El manteniment de xarxes d'amics i familiars són bàsiques. Els nonagenaris han de sentir-se estimats i han de poder conversar, expressar els seus sentiments i trobar-se acompanyats.

Un altre factor important és mantenir intactes els interessos i les activitats en què ocupar el temps de què disposen. Els nonagenaris han de mantenir-se actius no solament físicament, sinó també psíquicament. I, en aquest sentit, sentir-se il·lusionats i tenir projectes de futur és fonamental.

Finalment, el doctor Paulo Marín recomana mantenir controls mèdics periòdics de caràcter preventiu per mantenir el bon estat de salut de la població amb edats tan avançades.

Aquests factors, presentats de manera científica, són reafirmats per alguns nonagenaris que ens han transmès la seva pròpia experiència. En particular, em referiré a un article publicat al diari *La Voz Católica* de Miami i escrit pel nonagenari Acisclo Miyares del Valle. La seva anàlisi és gairebé idèntica a la del doctor Paulo Marín, amb la diferència que es basa en el que ha viscut i en el que sent una persona que ha superat la barrera vital dels noranta anys. Ens presenta una visió optimista, tot i començar el relat parlant que als noranta s'experimenta un progressiu deteriorament físic i mental. A més de reconèixer la importància de la genètica per mantenir-se en bon estat als noranta anys, ens dóna alguns secrets per mantenir-se bé en aquesta edat. Aquí us en present la relació:

- Mantenir sempre una actitud positiva. Aquest nonagenari afirma que, en primer lloc, la vida és bella i que s'ha de gaudir de les distintes etapes per les quals un passa i fer tot el que es pugui, d'acord amb les pròpies capacitats.
- El manteniment de les amistats, ja sigui directament en el cafè o fent-se visites, com mitjançant Internet, així com gaudir del calor de la família.
- Ser moderat en l'alimentació i en la beguda.
- Mantenir les aficions que hàgim pogut tenir al llarg de la vida com, en el cas del senyor Miyares, col·leccionar segells, la música i la fotografia.
- Tenir plans de futur, com organitzar la seva extensa col·lecció fotogràfica, tasca que, com diu, l'ocuparà la propera dècada.
- Ocupar el temps lliure amb tasques que l'omplen i el mantenen actiu, com la lectura i la informàtica.
- Mantenir una actitud serena i tranquil·la. No preocupar-se per res i tampoc fer cap tipus d'excés, evitant esforços innecessaris així com lesions i/o caigudes.

Volia acabar aquesta breu introducció no solament revisant els factors que fan possible que algunes persones superin els noranta anys i que, com hem vist, serien de tipus genètic, d'una banda, i d'hàbits de vida, de factors psicològics i d'entorn social, de l'altra, sinó incidint també en els temes tractats quan algú parla dels nonagenaris. Un breu repàs a Internet ens permet establir uns grans apartats de continguts que apareixen quan recerquem la paraula nonagenari a la xarxa.

D'una banda, ens apareixen distints estudis clínics referents a problemes de salut, prevalences i abordatges de la població nonagenària. Aquest grup d'articles i estudis se centra en el vessant menys agradable de la vellesa: la real i progressiva degeneració dels organismes biològics humans que condueix, com sabem, a la mort física. Així i tot, l'increment de població en aquests grups d'edat fa que els científics investiguin per millorar

les tècniques i els recursos científics tendents a millorar la qualitat de vida d'aquestes persones, tot afrontant qualsevol tipus de problema de salut que pugui manifestar-se en les edats més avançades.

D'altra banda, trobem un conjunt d'articles que parlen dels distints assoliments de persones d'edat avançada, com el que protagonitzà un grup de gent gran anomenat «The Zimmers» que aconseguí situar-se en els Top-40 britànics amb versions de rock, o les publicacions dels pensadors Hessel i Morin, que proposen la mobilització de la població i un nou model de societat, respectivament. Hessel ha publicat el famós llibre *Indigneu-vos!* a l'Editorial Destino de Barcelona el mes de febrer de 2011, que és la traducció del text francès publicat el desembre de 2010. Resulta impactant per a la societat que sigui, precisament, una persona d'edat tan avançada la que convidi a la mobilització dels joves, capgirant de soca-rel els antics clixés de la gent d'edat avançada com a gent passiva i sense empenta. I què podem dir d'Edgard Morin, un altre nonagenari, que el mes de gener de 2011 publicà *La Via. Per al futur de la humanitat* (ed. Fayard, París). No solament vol que la societat es mobilitzi, sinó que s'atreveix, malgrat l'edat i segurament per la seva experiència, a proposar un nou model de la societat. Aquests exemples ens demostren que els nonagenaris no són un grup passiu i inactiu, sinó tot el contrari, poden arribar a esdevenir un motor d'avenç i canvi social.

Ens trobem, atesa la dinàmica demogràfica actual, davant d'un grup de població que de cada cop assoleix un protagonisme quantitatiu i qualitatiu més gran.

D'una banda, atès que s'acosta al límit biològic de la longevitat humana, presenta problemes de salut més o menys importants, així com una sèrie de situacions potencials de risc, com ara la pèrdua de la mobilitat, la manca de suport familiar i/o social, el dèficit alimentari que pot derivar-se de la manca d'autonomia personal... que fan que sigui un grup especialment sensible i que ha de ser considerat en tots els estudis de planificació social.

De l'altra, en el col·lectiu de persones que assoleixen aquesta edat hi ha un grup de cada cop més significatiu que hi arriben amb una gran autonomia i una envejable qualitat de vida i que són capaços de plantejar-se projectes a mitjà termini i portar una vida intel·lectual i social plena i satisfactòria. Els exemples dels músics i els escriptors-pensadors esmentats només són una petita mostra que la capacitat intel·lectual i creativa pot anar molt més enllà de la barrera dels noranta, si s'acompleixen tota una sèrie de factors hereditaris, psíquics i socials dels individus.

Aquest article no vol ni pot abastar totes aquestes qüestions, que han de ser analitzades pels respectius especialistes i, simplement, vol presentar, des d'una perspectiva demogràfica i quantitativa, com és i com ha evolucionat aquest col·lectiu a les Illes Balears.

2. El creixement general de la població i l'evolució del col·lectiu dels nonagenaris

2.1. Notes prèvies

Hem considerat oportú, per entendre la importància dels nonagenaris en la nostra societat actual, dur a terme una tasca prèvia de recopilació d'informació estadística sobre l'evolució de la població general en un període de temps relativament llarg i comparar-la amb l'evolució del col·lectiu en què centrem aquest article, durant el mateix període.

Hem recorregut a les publicacions censals de l'Institut Nacional d'Estadística i, pel que fa al 2011, hem inclòs les dades de l'actualització del padró d'oficial. Ha estat una tasca laboriosa, atès que les dades s'han hagut de buscar de manera individual en cada cens de població i per a cada unitat territorial analitzada. Així mateix, cal tenir present que fins al 1970 les dades corresponen a població de fet, mentre que a partir d'aquesta data són població de dret. Considerem que, així i tot, aquest canvi en la natura de les dades no genera grans distorsions a la panoràmica evolutiva general que es vol presentar, com tampoc ho fa el fet de comparar les dades padronals de 2011 amb les censals. Pel que fa a les dades de 2011, cal tenir present que són referides a dia 1 de gener del 2011 i, per tant, es pot considerar, si ho preferim, que corresponen, en realitat, demogràficament a 2010.

2.2. El creixement general de la població a l'Estat espanyol i a les Illes Balears (1900-2011)

Taula 1 | *Evolució del total de la població. Estat espanyol i Illes Balears. 1900-2011*

Any	Total Estat espanyol				Illes Balears			
	Total	Homes	Dones	T.feminitat	Total	Homes	Dones	T.feminitat
1900	18.618.086	9.087.821	9.530.265	1,05	311.649	150.739	160.910	1,07
1910	19.995.686	9.725.024	10.270.662	1,06	326.023	155.842	170.181	1,09
1920	21.389.842	10.373.382	11.016.460	1,06	338.894	161.273	177.621	1,10
1930	23.677.794	11.565.805	12.111.989	1,05	365.512	176.348	189.164	1,07
1940	26.015.907	12.491.274	13.524.633	1,08	407.497	199.399	208.098	1,04
1950	27.976.755	13.469.684	14.507.071	1,08	422.089	204.683	217.406	1,06
1960	30.528.539	14.810.135	15.718.404	1,06	439.465	213.188	226.277	1,06
1970	34.040.989	16.641.956	17.399.033	1,05	532.970	261.994	270.976	1,03
1981	37.683.362	18.491.742	19.191.626	1,04	655.945	323.417	332.526	1,03
1991	38.872.268	19.036.446	19.835.822	1,04	709.138	348.630	360.508	1,03
2001	40.847.371	20.012.882	20.834.489	1,04	841.669	417.314	424.355	1,02
2011	47.190.493	23.283.187	23.907.306	1,03	1.113.114	557.577	555.537	1,00

** Les dades de 1900-2001 corresponen a les dades dels censos oficials de població*
*** Les dades de 2011 corresponen a les dades del padró d'1 de gener de 2011*
Font: Elaboració pròpia a partir de dades de la base Tempus de l'Institut Nacional d'Estadística (INE)

Taula 2 | *Creixements de la població en valors absoluts en els períodes considerats. Estat espanyol i Illes Balears. 1900-2011*

Període	Total Estat espanyol			Illes Balears		
	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones
1910-1900	1.377.600	637.203	740.397	14.374	5.103	9.271
1920-1910	1.394.156	648.358	745.798	12.871	5.431	7.440
1930-1920	2.287.952	1.192.423	1.095.529	26.618	15.075	11.543
1940-1930	2.338.113	925.469	1.412.644	41.985	23.051	18.934
1950-1940	1.960.848	978.410	982.438	14.592	5.284	9.308
1960-1950	2.551.784	1.340.451	1.211.333	17.376	8.505	8.871
1970-1960	3.512.450	1.831.821	1.680.629	93.505	48.806	44.699
1981-1970	3.642.373	1.849.786	1.792.593	122.975	61.423	61.550
1991-1981	1.188.906	544.704	644.196	53.193	25.213	27.982
2001-1991	1.975.103	976.436	998.667	132.531	68.684	63.847
2011-2001	6.343.122	3.270.305	3.072.817	271.445	140.263	131.182

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'Institut Nacional d'Estadística (INE)

Taula 3 | *Creixements de la població en valors relatius en els períodes considerats. Estat espanyol i Illes Balears. 1900-2011*

Període	Total Estat espanyol			Illes Balears		
	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones
1910-1900	7,40	7,01	7,77	4,61	3,39	5,76
1920-1910	6,97	6,67	7,26	3,95	3,48	4,37
1930-1920	10,70	11,50	9,94	7,85	9,35	6,50
1940-1930	9,87	8,00	11,66	11,49	13,07	10,01
1950-1940	7,54	7,83	7,26	3,58	2,65	4,47
1960-1950	9,12	9,95	8,35	4,12	4,16	4,08
1970-1960	11,51	12,37	10,69	21,28	22,89	19,75
1981-1970	10,70	11,12	10,30	23,07	23,44	22,71
1991-1981	3,15	2,95	3,36	8,11	7,80	8,41
2001-1991	5,08	5,13	5,03	18,69	19,70	17,71
2011-2001	15,53	16,34	14,75	32,25	33,61	30,91
Factor multiplicador 2011-1900	**2,53**	**2,56**	**2,51**	**3,57**	**3,70**	**3,45**

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'Institut Nacional d'Estadística (INE)

Les taules adjuntes (1, 2 i 3) ens permeten analitzar, succintament, atès que no és el nucli central del treball, l'evolució de la població total de l'Estat espanyol i del nostre arxipèlag en el relativament extens període considerat.

Cal dir que molt han canviat les condicions econòmiques, polítiques i socials en el període de cent deu anys considerat.

D'una societat agrícola s'ha passat a una societat terciaritzada, en què els serveis són la base principal de l'economia de l'Estat i de la nostra comunitat autònoma. El turisme, que ara és un dels pilars fonamentals de l'activitat productiva i de l'ocupació al nostre arxipèlag, era un fenomen gairebé desconegut i a l'abast només d'unes reduïdes elits socials a l'inici del període. L'alfabetització i les prestacions sanitàries i socials són, actualment, drets universals i tothom en gaudeix, malgrat les progressives retallades públiques a què ens aboca la crisi econòmica actual i les decisions polítiques de les distintes institucions que ens governen.

De models polítics poc democràtics i, fins i tot, dictatorials viscuts durant aquest període s'ha passat a una monarquia constitucional en què tothom pot exercir el seu dret de vot i participar, lliurament, de la vida política. Fins i tot, el període ha viscut una terrible guerra civil, que molts dels nostres avis recorden directament pel fet d'haver-la viscuda en primera persona quan eren nins o per haver hagut de suportar les penoses condicions de postguerra.

D'una societat molt classista i en mans dels cacics locals, s'ha passat a una societat més meritocràtica, en què l'accés a l'ensenyament públic fa possible assolir professions i estatus abans reservats als estaments superiors.

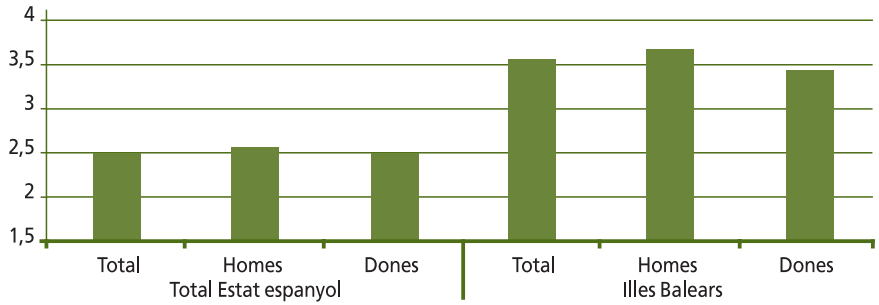
Els avenços científics i tecnològics i la creació d'una bona xarxa sanitària pública han reduït enormement les mortalitats epidèmiques i, sobretot, la infantil, a més, evidentment, de millorar l'estat de salut general de la població.

La població ha vist com les condicions higièniques i de vida general han millorat de manera considerable. Ningú no pot concebre actualment, com succeïa a principi del període considerat, viure en pobles i ciutats sense aigua corrent, sense xarxa de clavegueram, sense electricitat i sense tants i tants de serveis i elements tecnològics als quals podem, fàcilment, accedir a l'actualitat.

Les millores de tots tipus en les condicions de vida i els hàbits saludables i els avenços en la medicina i l'atenció sanitària del període han determinat globalment importants canvis demogràfics estructurals que s'expressen de manera clara en l'increment global de l'esperança de vida i, per al cas que ens ocupa, en un recent augment molt considerable de les persones de més edat en la nostra societat. De tot això en parlarem posteriorment.

Al llarg d'aquest període, la població de l'Estat s'ha multiplicat per poc més de 2,5; ha passat de les 18.618.086 persones que hi havia l'any 1900 a les 47.190.493 que hi havia dia 1 de gener de 2011. Mentre, les Illes Balears han passat de poc més de 311.000 persones a les 1.113.114, en el mateix període i, per tant, el factor multiplicador ha estat superior (ha assolit un valor de 3,57).

Gràfic 1 | *Factor multiplicador de la població 2011-1900 total i per sexes. Estat espanyol i Illes Balears*



Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'INE

En ambdós casos, els creixements demogràfics han estat prou considerables, certament superiors en el cas de l'arxipèlag balear. Evidentment, els ritmes de creixement no han estat uniformes ni presenten la mateixa periodització a l'Estat que a les Balears.

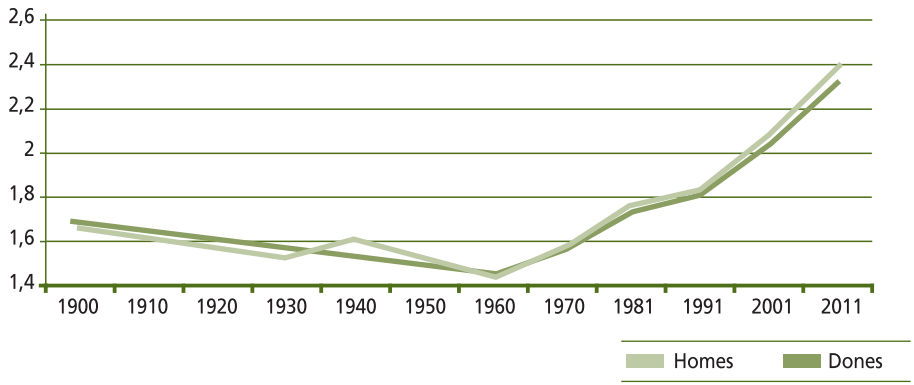
Mentre que, durant gran part del període, les taxes de creixement són superiors a l'Estat, l'obertura cap a l'exterior del règim franquista a final dels anys cinquanta, juntament amb les condicions socioeconòmiques que possibilitaren l'aparició del turisme de masses i l'inici de la indústria turística a les Balears capgiraren la situació. A partir dels anys seixanta fins a l'actualitat les taxes de creixement del nostre arxipèlag han estat molt superiors. Les Balears s'obren definitivament a l'exterior i d'exportadores de població es converteixen en importadores: de terra d'emigrants ens convertim en terra d'immigrants.

En un primer moment, això succeeix per la vinguda massiva de mà d'obra peninsular i, posteriorment, pels enormes fluxos residencials i laborals internacionals que s'han produït.

Especialment significatiu i inesperat ha estat el flux migratori internacional experimentat durant el darrer període considerat, que coincideix amb el començament d'aquest segle. Aquesta nova fase demogràfica s'ha caracteritzat per un flux molt potent d'arribada de població jove i fèrtil que s'ha desplaçat per motius principalment econòmics. Països que anys enrere pertanyien a l'anomenat bloc de l'Est i que han entrat recentment a

la Unió Europea (per exemple, Romania), altres d'Amèrica del Sud (Perú, Equador...) i alguns d'Àfrica (Marroc, Nigèria...) s'han convertit ens els principals focus d'emigració, que s'han sumat als importants contingents migratoris europeus. Aquesta fase ha suposat una arribada massiva de població molt diversa, pel que fa a l'etnologia, la llengua, la religió i els costums, i ha creat una veritable societat multicultural, amb la possibilitat d'enriquiment i les dificultats d'adaptació que això suposa.

Gràfic 2 | *Evolució del pes de la població de les Illes Balears sobre la població de l'Estat espanyol per sexe. 1900-2011*



Font: Elaboració pròpia

Els fluxos migratoris laborals intensos impliquen, al seu torn, a més d'un rejoveniment estructural immediat, una dinàmica interna més activa. Els moviments migratoris d'aquesta índole són duts a terme per població jove i fèrtil i això suposa que, a curt termini, incrementen de manera important la xifra de naixements. Basta recordar que més d'un terç dels naixements enregistrats actualment a les Illes Balears ho són de mares estrangeres, per entendre la importància d'aquest fenomen.

El gràfic 2 ens mostra de manera ben visual que els creixements de la població de l'arxipèlag balear són superiors als de l'Estat espanyol d'ençà dels anys seixanta i això es reflecteix en l'increment de pes percentual de la població de la nostra comunitat autònoma sobre el total de l'Estat.

Hem dit que estructuralment els fluxos migratoris, sobretot si són d'índole laboral, suposen un rejoveniment global de la població, però això es produeix simultàniament a un creixement molt important dels efectius de la població de seixanta-cinc anys i més. Això ja ho hem posat en relleu en ocasions anteriors (Lluch 2010; Carretero, Lluch 2011) de manera més extensa.

Tot seguit hi aprofundirem i analitzarem el que ha succeït en un col·lectiu específic: la població nonagenària.

2.3. L'evolució de la població de noranta i més anys a l'Estat espanyol i les Illes Balears. 1900-2011

Taula 4 | *Evolució de la població de noranta i més anys. Estat espanyol i Illes Balears. 1900-2011*

Any	Total Estat espanyol				Illes Balears			
	Total	Homes	Dones	T.feminitat	Total	Homes	Dones	T.feminitat
1900	8.834	3.053	5.781	1,89	254	87	167	1,92
1910	11.384	3.911	7.473	1,91	309	93	216	2,32
1920	13.113	4.346	8.767	2,02	394	110	284	2,58
1930	13.757	4.236	9.521	2,25	415	123	292	2,37
1940	18.925	5.175	13.750	2,66	517	152	365	2,40
1950	22.549	5.583	16.966	3,04	-	-	-	-
1960	-	-	-	-	-	-	-	-
1970	-	-	-	-	-	-	-	-
1981	73.126	20.499	52.624	2,57	1.485	456	1.029	2,26
1991	116.103	31.815	84.288	2,65	2.160	591	1.569	2,65
2001	226.093	61.383	164.710	2,68	4.208	1.205	3.003	2,49
2011	348.446	92.112	256.334	2,78	6.709	1.895	4.814	2,54

** Les dades de 1900-2001 corresponen a les dades dels censos oficials de població*

*** Les dades de 2011 corresponen a les dades del padró d'1 de gener de 2011*

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de la base Tempus de l'Institut Nacional d'Estadística (INE)

Taula 5 | *Creixements de la població de noranta i més anys en valors absoluts en els períodes considerats. Estat espanyol i Illes Balears. 1900-2011*

Període	Total Estat espanyol			Illes Balears		
	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones
1910-1900	2.550	858	1.692	55	6	49
1920-1910	1.729	435	1.294	85	17	68
1930-1920	644	-110	754	21	13	8
1940-1930	5.168	939	4.229	102	29	73
1950-1940	3.624	408	3.216	-	-	-
1960-1950	-	-	-	-	-	-

continua

1970-1960	-	-	-	-	-	-
1981-1970	-	-	-	-	-	-
1981-1950	50.577	14.916	35.658	968	304	664
1991-1981	42.977	11.316	31.664	675	135	540
2001-1991	109.990	29.568	80.422	2.048	614	1.434
2011-2001	**122.353**	**30.729**	**91.624**	**2.501**	**690**	**1.811**

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'Institut Nacional d'Estadística (INE)

Taula 6 | *Creixements de la població de noranta i més anys en valors relatius en els períodes considerats. Estat espanyol i Illes Balears. 1900-2011*

Període	Total Estat espanyol			Illes Balears		
	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones
1910-1900	28,87	28,10	29,27	21,65	6,90	29,34
1920-1910	15,19	11,12	17,32	27,51	18,28	31,48
1930-1920	4,91	-2,53	8,60	5,33	11,82	2,82
1940-1930	37,57	22,17	44,42	24,58	23,58	25,00
1950-1940	19,15	7,88	23,39	-	-	-
1960-1950	-	-	-	-	-	-
1970-1960	-	-	-	-	-	-
1981-1970	-	-	-	-	-	-
1981-1950	224,30	267,17	210,17	187,23	200,00	181,92
1991-1981	58,77	55,20	60,17	45,45	29,61	52,48
2001-1991	94,73	92,94	95,41	94,81	103,89	91,40
2011-2001	**54,12**	**50,06**	**55,63**	**59,43**	**57,26**	**60,31**
Factor multiplicador 2011-2001	**39,44**	**30,17**	**44,34**	**26,41**	**21,78**	**28,83**

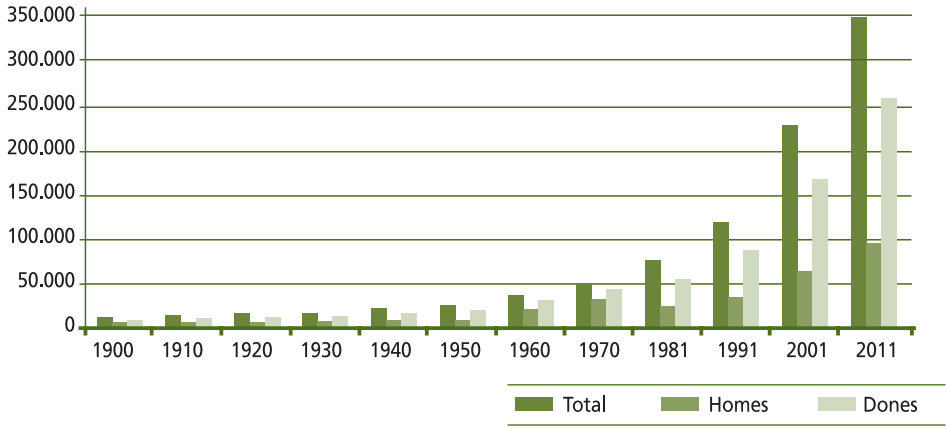
Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'Institut Nacional d'Estadística (INE)

Les taules 4, 5 i 6 ens permeten realitzar un seguit de reflexions sobre l'evolució de la població nonagenària a l'Estat espanyol i a les Illes Balears que tot seguit us presentem.

En primer lloc, sorprèn la mancança de dades sobre la població de noranta anys i més amb què ens hem trobat en la recollida de la sèrie històrica referida a aquest col·lectiu. Manquen dades de dues dècades per al conjunt de l'Estat i de tres dècades per a les Illes Balears, segons les dades censals consultades. L'explicació cal trobar-la en el fet que l'important creixement de la població nonagenària és un fenomen relativament recent, quant a importància dels efectius i, per això, abans no es considerava com un grup específic d'interès. Els col·lectius investigadors interessats en la població d'edats avançades de la

nostra societat han de pressionar i sol·licitar als organismes estadístics que produeixen dades demogràfiques desagregades que en permetin l'estudi.

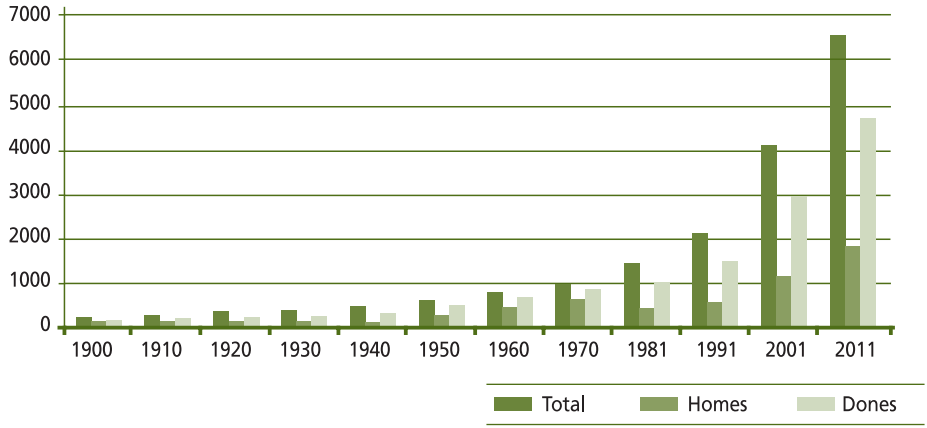
Gràfic 3 | *Evolució de la població de noranta anys i més, total i per sexes. Estat espanyol. 1900-2011*



** Sense dades de 1960 i 1970. Hem calculat un increment lineal, en el període 1950-1981, amb la finalitat de no interrompre la seqüència visual del gràfic*

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'INE

Gràfic 4 | *Evolució de la població de noranta anys i més, total i per sexes. Illes Balears. 1900-2011*



** Sense dades de 1950, 1960 i 1970. Hem calculat un increment lineal, en el període 1940-1981, amb la finalitat de no interrompre la seqüència visual del gràfic*

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'INE

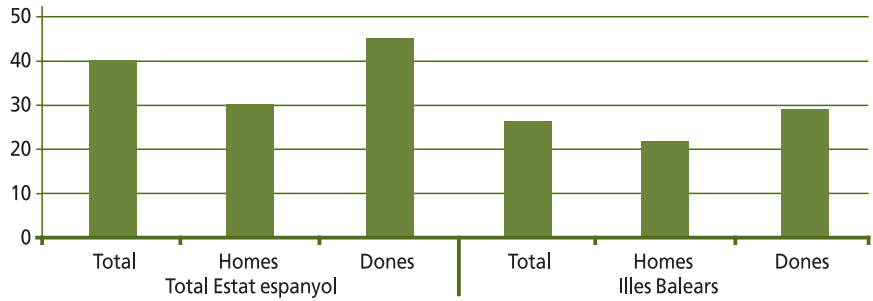
En segon lloc, l'increment de la població nonagenària ha experimentat en el període analitzat un creixement espectacular. La població total s'ha multiplicat en l'interval 1900-2011 a l'Estat espanyol per 2,53 mentre que la població nonagenària s'ha multiplicat per 39,44. En valors absoluts, suposa passar de les 8.834 persones de més de noranta anys l'any 1900 a les 384.446 persones l'1 de gener de 2011. Un creixement, certament, destacadíssim.

Les xifres a les Illes també reflecteixen increments molt significatius, tot i que, en el nostre cas, el factor multiplicador s'ha reduït a un 26,41. En valors absoluts, s'ha passat dels 254 nonagenaris a les Illes Balears el 1900 als més de 6.700 el 2011. Exagerant una mica l'anàlisi, però per accentuar el creixement del col·lectiu, podem dir que la xifra de nonagenaris a les Illes actualment s'acosta a la que hi havia a tot l'Estat a l'inici de la sèrie analitzada.

Com veurem posteriorment, l'anàlisi del creixement per sexes al llarg del període mostra que l'evolució ha estat especialment favorable pel que fa al col·lectiu femení.

En tercer lloc, les dades palesen que l'acumulació de població nonagenària no ha experimentat un creixement lineal. Tot al contrari: si els creixements de la població de noranta i més anys eren, en els primers intervals de la sèrie considerada, molt moderats, de l'ordre de pocs milers de persones per al conjunt de l'Estat o unes poques desenes a les Illes Balears, en els darrers intervals desenals considerats aquest xifres superen les 100.000 persones a l'Estat espanyol i les 2.000 noves incorporacions a les Illes Balears.

Gràfic 5 | *Factor multiplicador de la població de noranta i més anys 2011-1900 total i per sexe. Estat espanyol i Illes Balears*



Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'INE

Aquest procés d'acceleració és fruit de l'increment global de l'esperança de vida general i de l'esperança de vida en els col·lectius de més edat, com veurem amb més detall posteriorment.

En quart lloc, entre el col·lectiu dels nonagenaris destaca de manera molt important la feminitat i la feminització dels col·lectiu. Dit en altres paraules, entre els nonagenaris no solament són majoritàries les dones, sinó que la tendència general és que aquest balanç positiu de supervivència sigui més positiu entre les dones.

El 2011 a l'Estat espanyol hi havia 384.446 nonagenaris, dels quals 256.334 eren dones; per tant, gairebé tres de cada quatre nonagenaris són de sexe femení. Si recorrem a les taxes de feminitat, comprovem que per cada home hi havia 2,78 dones en aquest col·lectiu etari.

La situació a les Illes Balears era molt similar. Més del 71% del col·lectiu nonagenari era femení i per cada home hi trobem 2,54 dones. En valors absoluts això suposa que, dels 6.709 nonagenaris, 1.895 eren homes i 4.814 dones.

En definitiva, la població nonagenària suposa un col·lectiu demogràfic que pren més importància de cada cop en el si de la nostra societat, amb la particularitat que es presenta fortament feminitzat. Cal, per tant, adaptar els serveis i les persones que s'han de dedicar a l'atenció del col·lectiu per afrontar el reptes que suposa una realitat demogràfica circumscrita per aquestes dues tendències: atendre un col·lectiu de cada cop més nombrós, que viurà de cada cop més anys de mitjana i amb un fort component femení entre els seus efectius.

3. L'esperança de vida de la població nonagenària

Una de les característiques o tendències principals de la demografia actual, no solament dels països desenvolupats sinó de tot el planeta, és l'increment de l'esperança de vida.

L'increment de l'esperança de vida, que és fruit dels espectaculars avenços científics i tecnològics i que, en determinades regions del món, a més, es combina amb importants avenços culturals, socials, econòmics i d'hàbits de vida, té com a conseqüència directa l'acumulació d'efectius en els grups de més edat i origina el fenomen que es coneix com a envelliment de la població.

Hi ha, a més a més, una clara asimetria sexual quant a la supervivència, a la qual ja hem fet referència abans i que és un component bàsic del que en els cercles científics s'anomena bretxa de gènere. Això suposa una acumulació més gran d'efectius femenins entre la població de més edat.

De tot això ja en parlàrem extensament en l'article publicat a l'anuari de l'any anterior, per la qual cosa ens limitarem a fer un breu repàs a la qüestió a partir de l'anàlisi de la taula adjunta que, a més, ens introdueix les dades que ens parlen de la supervivència de la població nonagenària.

Taula 7 | *Esperança de vida en néixer, als 65 i als 90 anys. Estat espanyol i Illes Balears. 1991-2010*

Estat espanyol									
Any	Ambdós sexes			Homes			Dones		
	0	65	90	0	65	90	0	65	90
1991	77,081728	17,590282	3,881234	73,502843	15,601845	3,654852	80,669122	19,248587	3,976882
1992	77,524784	17,942498	4,015162	73,90313	15,912548	3,837214	81,155781	19,638605	4,093156
1993	77,652979	17,916291	3,945215	74,088925	15,872914	3,726715	81,223158	19,635773	4,040266
1994	78,017936	18,169097	3,970321	74,453159	16,113186	3,712857	81,583627	19,90012	4,08211
1995	78,094164	18,202284	3,93376	74,508897	16,121114	3,744314	81,696642	19,969882	4,021534
1996	78,217404	18,269172	3,878058	74,618787	16,172944	3,645625	81,841365	20,060205	3,981252
1997	78,710742	18,422284	3,908302	75,242165	16,308182	3,645525	82,173675	20,231386	4,021637
1998	78,814618	18,348533	3,852699	75,373801	16,222501	3,603265	82,259012	20,185433	3,960534
1999	78,840242	18,325252	3,872361	75,407495	16,196426	3,601466	82,292282	20,180822	3,993147
2000	79,340298	18,76453	4,140012	75,942236	16,659955	3,843602	82,733139	20,580582	4,26593
2001	79,689991	18,995811	4,293245	76,299842	16,854525	3,975224	83,069317	20,846909	4,429256
2002	79,772792	19,011512	4,2384	76,402437	16,876408	3,998465	83,144455	20,872156	4,342658
2003	79,706214	18,93417	4,080956	76,424268	16,849066	3,806246	82,991734	20,757228	4,197966
2004	80,302312	19,415816	4,357658	76,995608	17,289495	4,015365	83,596397	21,265821	4,50218
2005	80,287098	19,292222	4,20254	77,028074	17,193346	3,905254	83,547918	21,13549	4,328484
2006	80,947945	19,855268	4,455376	77,716183	17,755258	4,099021	84,156412	21,683916	4,60487
2007	80,942923	19,79506	4,375086	77,765503	17,684001	4,054081	84,10602	21,654106	4,512546
2008	81,241026	19,999726	4,375735	78,174495	17,95707	4,072004	84,270514	21,787535	4,502423
2009	81,577636	20,17493	4,494487	78,545129	18,090306	4,229178	84,56379	22,010269	4,608697
2010	81,954778	20,438778	4,572915	78,938811	18,334238	4,2891	84,910126	22,289866	4,69927
Inc. 2010-1991	**4,87305**	**2,848496**	**0,691681**	**5,435968**	**2,732393**	**0,634248**	**4,241004**	**3,041279**	**0,722388**

continua

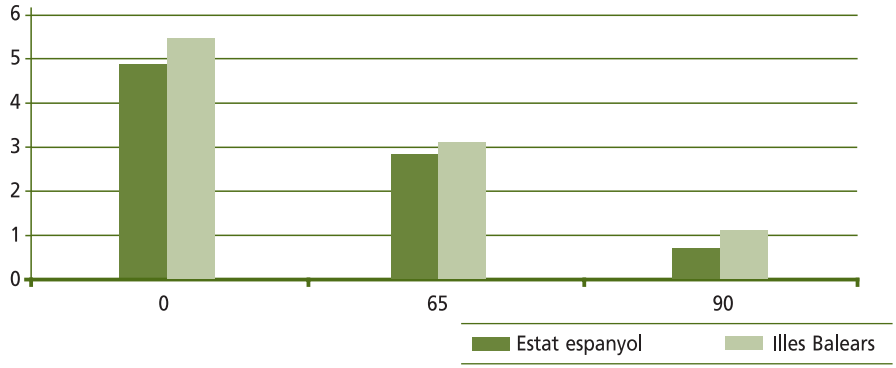
Illes Balears									
Any	Ambdós sexes			Homes			Dones		
	0	65	90	0	65	90	0	65	90
1991	76,09876	17,063424	3,428191	72,399455	15,19245	3,523423	79,979133	18,709102	3,401168
1992	76,768537	17,416354	3,737724	73,033994	15,390517	3,469696	80,668416	19,188472	3,852319
1993	76,908918	17,279493	3,681831	73,323342	15,075584	3,520078	80,633285	19,256163	3,744495
1994	77,511819	17,713119	3,388344	74,131944	15,81337	2,975074	80,950798	19,343571	3,569051
1995	77,185028	17,675555	3,461916	73,493607	15,582474	3,133821	81,035166	19,517246	3,603564
1996	77,516937	18,080876	3,50422	73,657699	15,966001	3,239555	81,564355	19,938347	3,617902
1997	78,163156	17,921495	3,472426	74,595867	15,854078	3,215093	81,862235	19,74305	3,584583
1998	78,377217	17,860887	3,593117	75,196299	15,891766	3,485037	81,612003	19,596409	3,636623
1999	78,145685	17,827815	3,42986	74,615081	15,579138	3,327499	81,850185	19,889042	3,484702
2000	78,554107	18,299089	3,783026	75,132974	16,359608	3,660416	82,118645	20,013301	3,849495
2001	79,380515	18,614783	4,393208	76,193604	16,594658	3,946957	82,639764	20,40609	4,602033
2002	79,699365	18,879435	4,092562	76,541644	16,879346	3,989976	82,936906	20,662831	4,155194
2003	79,994601	18,776914	4,243295	76,961955	16,724953	4,129022	83,099	20,629457	4,294505
2004	80,549849	19,419625	4,387165	77,44218	17,272242	3,917395	83,701244	21,346801	4,613032
2005	80,543939	19,396121	4,281486	77,480531	17,325311	3,885147	83,67714	21,268602	4,476101
2006	81,080509	19,720446	4,536357	77,961744	17,78233	4,504397	84,299089	21,478361	4,589033
2007	81,392446	20,012765	4,642798	78,495857	18,00888	4,510964	84,319576	21,816196	4,7151
2008	81,251755	20,063311	4,368123	78,40826	18,169723	4,154386	84,141948	21,767299	4,466302
2009	81,165017	19,878236	4,352905	78,413971	17,986149	4,167151	83,950869	21,599994	4,439201
2010	81,606215	20,21028	4,546413	78,80422	18,400576	4,446825	84,445481	21,837094	4,597626
Inc. 2010-1991	**5,507455**	**3,146856**	**1,118222**	**6,404765**	**3,208126**	**0,923402**	**4,466348**	**3,127992**	**1,196458**

Font: Taules de mortalitat. Institut Nacional d'Estadística (INE)

Un primer aspecte general que cal tenir present quan parlem de l'esperança de vida és l'espectacular avenç que ha experimentat d'ençà de l'inici del segle XX. Des dels poc més de trenta-cinc anys d'esperança de vida en néixer a començament del segle XX s'ha passat a superar amb escreix els vuitanta-un anys a l'actualitat.

En segon lloc, s'ha de tenir present que hi ha importants diferències quant a sexe i esperança de vida, derivats de factors de tipus biològic i social. Així, gairebé sis anys separen l'esperança de vida mitjana dels homes i les dones en néixer a l'Estat espanyol, segons les dades de l'INE per a 2010. Així i tot, recentment, sembla que es detecta un decrement en la bretxa de gènere en aquest sentit, fruit de cada cop més del fet que les esperances de vida dels homes i les dones s'apropen al límit biològic de l'espècie i això en condiciona la possibilitat d'increment.

Gràfic 6 | *Anys d'increment de l'esperança de vida per a determinades edats. Illes Balears i Estat espanyol. 1991-2010*



Font: Elaboració personal a partir de les taules de mortalitat de l'INE

En tercer lloc, i això no s'ha d'obviar, el procés d'increment de l'esperança de vida no s'ha aturat, tot al contrari, continua progressant, com podem comprovar a la taula adjunta. I l'increment es produeix en els distints moments considerats, tant en el moment de néixer com quan es compleixen els seixanta-cinc anys o en arribar a convertir-se en nonagenaris. Tot i això, els increments de l'esperança de vida no presenten un augment uniforme, sinó que són lògicament condicionats pel moment de la vida que s'agafa com a referència. Així, a mesura que augmenta l'edat, l'esperança de vida s'incrementa en una mesura més petita.

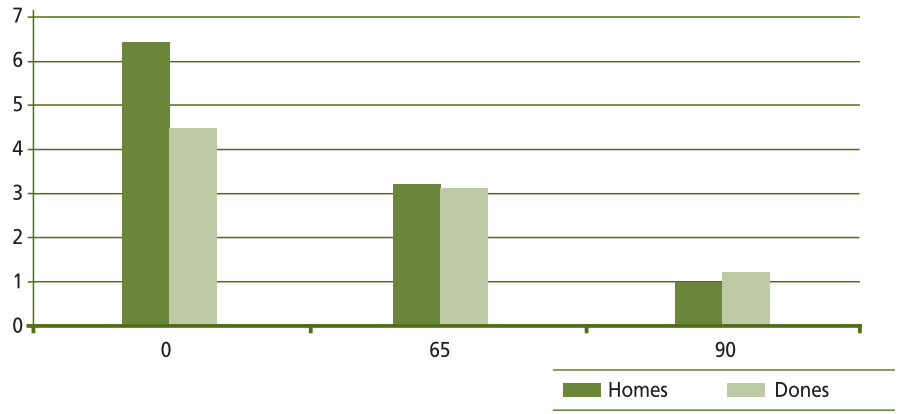
Així, si l'increment de l'esperança de vida en néixer a l'Estat entre 1991 i el 2001 ha estat de 4,87 anys, l'augment de l'esperança de vida en el mateix període als seixanta-cinc anys

ha estat inferior als tres anys, i de set dècimes d'anys quan s'ha analitzat l'esperança de vida als noranta anys.

Finalment, ens centrarem en l'esperança de vida als noranta anys, dada que hem introduït en l'anàlisi d'aquest article.

L'esperança de vida als noranta anys, com hem dit, presenta una tendència creixent. Un creixement, evidentment, moderat, fruit de la proximitat de l'edat de referència amb els límits biològics de l'espècie. Així i tot, d'acord amb les dades de 2010, una persona amb noranta anys encara viurà de mitjana a l'Estat espanyol uns 4,57 anys. Per sexes, hi ha un petit diferencial favorable a les dones, que fa que l'esperança de vida a aquesta edat se situï en els 4,7 anys, mentre que per als homes l'esperança de vida se situaria en els 4,29 anys. Tot i que quan les persones d'ambdós sexes arriben a aquesta edat l'esperança de vida és molt propera, hem de tenir en compte que són pocs els homes, en comparació amb les dones, que arriben a aquestes edats i, per això, hem destacat la importantíssima taxa de feminitat que es registra en aquestes edats.

Gràfic 7 | *Anys d'increment de l'esperança de vida per a determinades edats i per sexe. 1991-2010. Illes Balears*



Font: Elaboració personal a partir de les taules de mortalitat de l'INE

Les dades d'esperança de vida a les Illes Balears són, en comparació amb les de l'Estat espanyol, lleugerament inferiors, tot i que les diferències serien d'unes poques dècimes d'any en cada un dels moments vitals considerats (naixement, seixanta-cinc anys i noranta anys). Així mateix, en els darrers vint anys, l'evolució dels indicadors ha estat positiva i, fins i tot, superior a les dades estatals, cosa que pareix indicar que a molt llarg termini aquests

indicadors s'equipararan o, fins i tot, esdevindran més positius a l'arxipèlag que al conjunt de l'Estat espanyol.

Les dades d'esperança de vida als noranta anys de 2010 mostren a les Illes Balears unes xifres molt properes entre sexes, per no dir gairebé coincidents. Així, mentre la mitjana de supervivència se situava en aquesta edat en 4,55 anys per als homes; entre les dones se situava en 4,50. Un aspecte també important és que, els darrers vint anys, l'esperança de vida als noranta anys entre els homes balears s'ha incrementat en 0,92 anys, mentre que entre les dones l'increment ha estat de prop d'1,20 anys.

4. Conclusions

1. Manca d'informació estadística referida als nonagenaris

Una de les conclusions més importants, des d'un punt de vista demogràfic, de l'anàlisi que hem dut a terme de les dades de població nonagenària disponibles és, precisament, la gran manca d'informació que sobre aquest col·lectiu hi ha a la nostra societat.

Hi ha anys de la sèrie consultada en què ni tan sols hem pogut localitzar el total de població per a aquest col·lectiu. Aquesta situació, evidentment, és molt més dolenta quan es vol aconseguir informació desagregada o en relació amb altres variables.

Moltes vegades trobem que les enquestes que ens podrien servir per trobar-hi informació s'han dissenyat per oferir informació agregada per grans grups d'edat o que la mostra només és suficient per oferir informacions vàlides per a tot el col·lectiu de població de seixanta-cinc i més anys.

Aquests grans blocs no són útils per analitzar el grup nonagenari ni altres més específics. De la mateixa manera que podem entendre que una informació agregada que reculli dades sobre la població dels quaranta als seixanta-quatre anys inclou grups de població extremadament heterogeni amb interessos, situacions personals i vitals, circumstàncies sociolaborals i característiques molt distintes; el mateix hauríem de considerar si les úniques dades a què podem accedir ens mostren un grup unitari de població de seixanta-cinc i més anys que presenta un ventall encara més extens d'edat i circumstàncies i l'única característica que els unifica és, precisament, la primera edat de referència que, fins i tot, actualment ha perdut parcialment la importància com a referència del pas a la jubilació. És, per tant, imprescindible reivindicar des d'aquest fòrum la implantació dels mecanismes adients per aconseguir-ho.

Per això, caldria conscienciar les institucions responsables de les estadístiques públiques —l'Institut Nacional d'Estadística en l'àmbit de l'Estat espanyol i l'Institut d'Estadística de

les Illes Balears (IBESTAT)— sobre la necessitat de produir taules estadístiques que prevegin intervals més elevats de població i que abastin, com a mínim, la població nonagenària, i fins i tot centenària, d'una banda.

De l'altra, també seria de gran interès poder obtenir informació estadística sobre els nuclis de convivència i les condicions de vida de la població d'edat avançada a la nostra societat. Això es podria aconseguir de dues maneres. En primer lloc, es podria augmentar la mostra de les enquestes que ja són operatives a fi de poder obtenir informació vàlida per als grups d'edat més avançats de la piràmide etària (per exemple, Enquesta de les condicions de vida, Panell de les llars de la Unió Europea, Enquesta de pressuposts familiars...). En segon lloc, atesa la importància progressiva que assoleix la població de més edat no solament des d'un punt de vista purament quantitatiu, sinó com a focus d'interès per planificar serveis i equipaments que es requereixen, seria interessant plantejar la realització d'una enquesta específica de condicions de vida de la població de seixanta-cinc i més anys, desagregada per grups d'edat quinquennals i per sexe, que ens permetés obtenir una visió molt més completa i detallada de la població d'edat més avançada i de les condicions en què viuen (nuclis de convivència, tipus de llar, renda disponible, autonomia, salut, etc.). Per això, s'ha de plantejar la inclusió d'aquesta informació dins els plans estadístics anuals i convertir aquestes enquestes en obligatòries en la resposta i la periodicitat de realització. En cas contrari, continuarem amb dades parcials, fragmentàries i incompletes i, per tant, sense una capacitat real d'anàlisi d'uns grups de població que requereixen uns serveis públics especialment ben preparats i dotats.

2. Un col·lectiu que creix espectacularment, sobretot en les darreres dècades

Una anàlisi diacrònica de l'evolució de la població total i la població nonagenària a l'Estat espanyol i a les Illes Balears mostra clarament aquest fet. Les taxes de creixement de la població nonagenària són espectacularment superiors a les de la població total i s'han fet particularment intenses en les darreres dècades (final del segle XX i principi del segle XXI).

La població nonagenària s'ha multiplicat a l'Estat espanyol per prop de 40 durant el període 1900-2011 i ha passat de poc més de 8.834 persones a les 384.446 persones de l'1 de gener de 2011. La situació a les Illes Balears és molt similar, tot i que el factor multiplicador és inferior. Els nonagenaris han passat en el nostre arxipèlag en aquest període de 254 persones a les més de 6.700 el 2011.

3. Un col·lectiu amb un elevat índex de feminitat

Atesa l'esperança de vida més gran de les dones, els efectius poblacionals de més edat presenten un clar predomini de les persones de sexe femení.

Així, d'acord amb les dades d'1 de gener de 2011, mentre la població globalment considerada de les Illes Balears presenta un equilibri gairebé perfecte entre homes i dones, aquesta situació es desequilibra clarament a favor de les dones a mesura que considerem els col·lectius de més edat. Entre les persones de seixanta-cinc i més anys, la relació de feminitat assoleix un valor d'1,27 (o, dit d'una altra manera, hi ha unes 127 dones per cada 100 homes) i aquesta taxa puja amb l'edat i presenta els valors següents: 2,09 (població de vuitanta-cinc i més anys), 2,54 (població de noranta i més anys) i 3,38 (població de cent i més anys).

En definitiva, qualsevol anàlisi del col·lectiu nonagenari ha de considerar, necessàriament, el pes i les necessitats específiques de les dones que es troben, en aquest grup d'edat, en una clara situació de majoria sobre els homes. Les dades padronals ofertes per l'IBESTAT ens mostren que, mentre que hi havia 1.895 homes a les Illes en aquest grup d'edat l'1 de gener de 2011, les dones assolien la xifra de 4.814.

4. El col·lectiu nonagenari supera l'esperança de vida mitjana en el moment del naixement

L'esperança de vida en el moment del naixement se situa, d'acord amb les darreres dades publicades per l'INE per a les Illes Balears i referides al 2010, entorn dels 81,6 anys per al conjunt de la població. Aquesta xifra es redueix considerablement, fins als 78,8 anys per als homes i puja fins als 84,45 anys per a les dones. En qualsevol cas, podem comprovar que l'esperança de vida mitjana actual se situa molt per sobre de l'edat del col·lectiu que hem analitzat. De fet, els noranta són una barrera, una asímptota que se'ns presenta com un límit mitjà insuperable per a una gran part de la població.

Això no obstant, un cop superada aquesta barrera, l'esperança de vida als noranta ens ofereix una perspectiva vital gens menyspreable. Les dades mitjanes de supervivència a les Illes Balears el 2010 als noranta anys ens mostraven que una persona de noranta anys podia aspirar a viure de mitjana 4,54 anys. Aquesta xifra és per a ambdós sexes molt similar i, mentre per als homes era de 4,46 anys, per a les dones era de 4,59.

5. Els nonagenaris experimenten amb força els problemes derivats de deteriorament físic, psíquic i social que moltes vegades, en més o menys mesura, acompanyen els processos d'envelliment

Si fins ara ens hem referit a determinades qüestions de caire purament quantitatiu, és fonamental referir-se al vessant més qualitatiu del col·lectiu analitzat.

Els nonagenaris, la població amb noranta i més anys, presenta, com hem posat en relleu en l'encapçalament de l'apartat, un increment dels problemes derivats del deteriorament físic,

mental i social. De fet, la població nonagenària, després de superar l'esperança mitjana de vida, s'acosta al moment final de la vida i al límit biològic de l'ésser humà com a espècie.

És evident que els grups d'edat més avançada presenten un deteriorament físic que els fa més febles davant les malalties, juntament amb la disminució de la capacitat locomotora o la dificultat per dur a terme tasques de la vida quotidiana. En alguns casos, a més a més, es produeix deteriorament psíquic, tant o més invalidant que els processos degeneratius físics.

L'envelliment de la població repercuteix directament en la utilització dels recursos sanitaris, tant comunitaris com hospitalaris. L'any 2009, un 57% dels ingressos de Son Dureta (exclòs el pavelló maternoinfantil) foren de pacients més grans de seixanta-cinc anys. Les dades apunten, així mateix, que els grups d'edat més envellits necessiten més atenció sanitària i, en aquest sentit, els més grans de setanta-cinc anys suposarien el 56% dels ingressos de més de seixanta-cinc anys. Els del grup de noranta anys suposen el 35% i d'aquests, el 65% dels ingressos ho són de dones (Forteza-Rey, Salaberry, Femenies 2010).

Evidentment, tot i que no tots els nonagenaris tenen problemes de salut, és cert que hi ha relacions directes entre l'edat i determinats processos degeneratius, com ara la demència, que suposa la pèrdua de funcions intel·lectuals superiors, en què la prevalença es duplica cada cinc anys a partir dels seixanta-cinc anys. Així mateix, s'incrementen les probabilitats de patir pluripatologies i altres afeccions lligades a l'edat (per exemple, fractures de fèmur lligades a l'osteoporosi) i a processos de pèrdua d'autonomia i d'increment en la dificultat de realitzar tasques de la vida quotidiana.

És fonamental, per tant, conèixer el volum i l'evolució del col·lectiu nonagenari a fi de preveure les necessitats específiques sanitàries i assistencials que presenten i dissenyar les polítiques públiques adients per afrontar el repte que suposa proveir de serveis de qualitat les necessitats d'un col·lectiu cada cop més ampli en un moment de canvis socials i crisi econòmica.

6. Envers nous models d'atenció a la població nonagenària

Forteza-Rey, Salaberry i Femenies (2010) proposen, des de la perspectiva de l'atenció sanitària, la transformació d'un model exclusivament sanitari a un model integral i integrat, que signifiqui una interacció més gran entre serveis sanitaris i socials.

Tot això fa que sigui necessari crear i/o reforçar les xarxes sànitaries i socials de suport i atenció a aquests col·lectius. Això és especialment necessari en un moment en què la política general se centra de manera gairebé exclusiva en el retall de prestacions assistencials i és la sanitat la que pateix, en especial, l'escapçada dels gestors públics. Cal invertir les

prioritats de despesa i, mentre es malbaraten i s'han malbaratat milers de milions en la construcció de grans infraestructures buides de funció i projectes que només donen servei a l'egolatria dels polítics que ens dirigeixen, serveis bàsics com l'ensenyament, la sanitat i l'assistència als col·lectius més necessitats i marginals romanen al marge de les grans polítiques públiques, fins i tot en el moment de les vaques grasses. En aquest sentit, crec que tots ens hauríem d'inspirar en els nonagenaris com Hessel, que ens convida a indignar-nos, o en Morin, que ens proposa canviar el model de societat.

Cal tenir present, a més, que en molts casos la vellesa, sobretot entre els col·lectius de més edat, implica una disminució i, fins i tot, una absència total de relacions socials. La pèrdua de la parella i l'allunyament dels familiars més propers, pròpia de la societat actual, i la dificultat per mantenir contactes amb amics i coneguts fan que en molts casos vellesa i solitud no volguda vagin de la mà. S'hauria de potenciar la detecció d'aquests casos i l'actuació mitjançant les polítiques d'atenció social específica que impliquessin la disponibilitat més gran de recursos, espais i activitats de relació i, fins i tot, l'increment de places residencials o la formulació de nous models de convivència, com la creació de nous nuclis residencials a partir de persones d'edats avançades interessades a compartir l'espai de vida amb altres persones, ja siguin de la seva edat o d'edats inferiors.

7. Un col·lectiu, malgrat tot, amb grans potencialitats socials, creatives i intel·lectuals

No hem de perdre de vista que els nonagenaris són, de cada cop, un grup més nombrós i que una part dels seus membres conserva gran part de les seves potencialitats, sobretot pel que fa a les activitats creatives i intel·lectuals.

L'increment del pes demogràfic dels grups nonagenaris pot tenir importants repercussions afavoridores per al col·lectiu. D'una banda, l'increment dels efectius suposa un potencial més gran de poder polític i de decisió. Mitjançant l'expressió de la seva voluntat com a grup, els nonagenaris poden potenciar les polítiques econòmiques i socials que tendeixin a afavorir els seus propis interessos. De l'altra, l'increment mateix dels efectius fa que les polítiques públiques sanitàries i assistencials s'adaptin a les demandes i inverteixin en investigació i tècniques que millorin la qualitat de vida del col·lectiu i suposin una racionalització de la despesa pública necessària per atendre'ls.

Pel que fa a les potencialitats i les capacitats de les persones nonagenàries, s'han d'incrementar les activitats i les ofertes específiques adreçades a mantenir les facultats psíquiques d'aquest col·lectiu. S'ha d'afavorir que les capacitats de creació artística, literària o intel·lectual trobin ressò i difusió. És fonamental que no solament es cuidi el vessant físic dels nonagenaris (alimentació, exercici físic, hàbits de vida...), sinó que es potenciï en igual mesura tot el vessant psíquic i intel·lectual. En aquest sentit, participar en tasques

grupals adequades a les capacitats físiques de l'edat o organitzar reunions, seminaris, exposicions o concursos literaris adreçats als col·lectius serien algunes propostes, senzilles d'implementar i de baix cost, que podrien potenciar l'activitat creativa i l'establiment de metes a mitjà termini. Naturalment, un reduït nombre de nonagenaris, de l'elit científica i cultural, podran continuar les seves produccions literàries i científiques d'alt nivell al llarg de tota la seva vida, com alguns dels exemples que hem esmentat abans. Com hem vist, mantenir la ment activa i posar-se metes i reptes a mitjà termini són factors positius per conservar-se en bon estat de salut i gaudir d'una etapa de la vida a què molts no han pogut arribar.

Referències bibliogràfiques

Carretero, S.; Lluch, F. D. (2011): «La població de les Illes Balears». *Memòria del CES sobre l'economia, el treball i la societat de les Illes Balears. 2010*. Consell Econòmic i Social de les Illes Balears.

Forteza-Rey, J.; Salaberry, I.; Femenias, M. M. (2010): «L'atenció als malalts d'edat avançada en un hospital d'aguts de l'illa de Mallorca: l'Hospital Universitari Son Dureta». *Anuari de l'Envelliment. Illes Balears. 2010*. Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal. Universitat de les Illes Balears i Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració. Govern de les Illes Balears.

Lluch, F. D. (2010): «Introducció a l'estudi de la població estrangera de 65 i més anys resident a les Illes Balears en el context de la nova fase demogràfica multicultural». *Anuari de l'Envelliment. Illes Balears. 2010*. Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal. Universitat de les Illes Balears i Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració. Govern de les Illes Balears.

Lluch, F. D. (2011): «Anàlisi de les característiques del sobreenvelliment femení a les Illes Balears». *Anuari de l'Envelliment. Illes Balears. 2011*. Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal. Universitat de les Illes Balears i Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració. Govern de les Illes Balears.

Rueda, Y.; Massa, N. (2010): «L'aplicació de l'anàlisi de les necessitats de serveis socials de la gent gran amb dependència a la planificació de serveis socials». *Anuari de l'Envelliment. Illes Balears. 2010*. Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal. Universitat de les Illes Balears i Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració. Govern de les Illes Balears.

Institut Nacional d'Estadística (INE)

Censos de població – 1900, 1910, 1920, 1930, 1940, 1950, 1960, 1970, 1981, 1991 i 2001.

Padrons de població – Padró de població d'1 de gener de 2011.

Taules de mortalitat – Dades 1991-2010.

Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT)

Taules evolutives del padró municipal d'habitants 1998-2011.

Dades municipals del padró municipal 2011.

Autor

FERRAN DÍDAC LLUCH I DUBON

(Maó, 1965). Geògraf. Cap de la Secció de Cartografia de la Conselleria d'Agricultura, Medi Ambient i Territori. Ha treballat en l'organisme estadístic autonòmic i s'ha especialitzat en les estadístiques socials i demogràfiques (Els incendis a les Illes Balears, Estadístiques dels menors infractors, els noms dels nadons...). Des de 1990 és professor de Geografia dels cursos de Reciclatge lingüístic i cultural per a docents (ICE-UIB). Ha col·laborat en la planificació d'equipaments hospitalaris públics per a l'IB-Salut i en diversos estudis autonòmics (PERI del Terreno, Avaluació de les necessitats assistencials derivades de la reforma de la Llei del menor, Estudi de la Joventut de les illes Balears...). Coautor, diversos anys, del capítol de Sanitat de l'Informe Econòmic i Social de Sa Nostra i del capítol de Demografia i llar del Consell Econòmic i Social de les Illes Balears.
Ha publicat diversos llibres, com ara *L'epidèmia de grip de l'any 1918 a les illes Balears* (1991) i *Geografia de les illes Balears* (1997); manuals educatius (mòdul de Geografia de les illes Balears per a l'obtenció del graduat escolar – Fundació ECCA) o adaptacions al currículum de les Illes de llibres escolars (*Coneixement del medi social i cultural* de primer d'ESO, de l'editorial Teide) i articles en revistes científiques sobre demografia de les illes Balears. Ha participat, així mateix, en obres col·lectives com la *Gran enciclopèdia de Mallorca* i l'*Atles de les illes Balears* i en revistes d'àmbit local.
A l'*Anuari de l'envelliment* editat per la UIB i la Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració ha publicat els articles següents: «Introducció a l'estudi de la població estrangera de 65 i més anys resident a les Illes Balears en el context de la nova fase demogràfica multicultural» (2010) i «Anàlisi de les característiques del sobreenvelliment femení a les Illes Balears» (2011).

ENVELLIMENT I JUBILATS EUROPEUS A CALVIÀ. ELEMENTS PER A UN DIAGNÒSTIC

Envelliment i jubilats europeus a Calvià. Elements per a un diagnòstic

Rosario Pozo Gordaliza
Joan Amer Fernández

«Mallorca és el lloc on tots volem anar […], el lloc on un pot viure feliç, independentment de si tens molt o tens poc»
«No s'entén tant com un exili, sinó que Mallorca és una il·lusió aconseguida. […] i Calvià reuneix totes aquestes condicions»
(Informant clau del món polític, 2012)

Resum

La migració per estils de vida ha comportat un flux significatiu de residents nord-europeus, principalment alemanys i britànics, cap a diversos indrets de la Mediterrània turística. El municipi de Calvià és un exemple excel·lent d'aquest flux. La població jubilada britànica i alemanya de Calvià ha seguit pautes espacials i relacionals d'instal·lació migratòria que sovint comporten processos d'aïllament i de manca d'integració amb les societats locals. En situacions de dependència fruit de l'envelliment, aquests processos poden provocar situacions de vulnerabilitat social entre un col·lectiu que és habitualment percebut com a acomodat. Aquest capítol, mitjançant una metodologia qualitativa i descriptiva, analitza les informacions aportades per representants d'associacions britàniques i alemanyes de l'illa sobre els principals problemes d'aquestes comunitats. En conjunt, les associacions desenvolupen tasques de cohesionar aquestes poblacions estrangeres i enxarxar-les, i també tenen una orientació de caire assistencialista per atendre els principals problemes de les poblacions envellides de les respectives nacionalitats.

Resumen

La migración por estilos de vida ha comportado un flujo significativo de residentes noreuropeos, principalmente alemanes y británicos, hacia distintos lugares del Mediterráneo turístico. El municipio de Calvià constituye un excelente ejemplo de este flujo. La población jubilada británica y alemana de Calvià ha seguido pautas espaciales y relacionales de instalación migratoria que frecuentemente comportan procesos de aislamiento y falta de integración con las sociedades locales. En situaciones de dependencia fruto del envejecimiento, estos procesos pueden provocar situaciones de vulnerabilidad social entre un colectivo que es habitualmente percibido como acomodado. El presente capítulo, mediante una metodología cualitativa y descriptiva, analiza las informaciones aportadas por representantes de las asociaciones británicas y alemanas de la isla, sobre los principales problemas de estas comunidades. En conjunto, las asociaciones desarrollan tareas de cohesionar y conectar estas poblaciones extranjeras y también tienen una orientación de tipo asistencialista para atender los principales problemas de las poblaciones envejecidas de sus nacionalidades.

1. Introducció

1.1. La migració de l'estil de vida i el fenomen dels jubilats britànics i alemanys al municipi de Calvià

L'envelliment de la població a les societats occidentals, els canvis en el temps d'oci i en les vides postlaborals de les persones, les noves estructures familiars, conjuntament amb els nous

sistemes de transports i comunicacions són factors que han contribuït a la diversificació de la mobilitat de les persones (Hall, Muller 2004; Urry 2007). Aquests factors, units al turisme, esdevenen catalitzadors d'un flux migratori residencial, en què la població jubilada té un paper important. Casado-Díaz (2006) identifica quatre factors rellevants en l'emergència de la migració internacional de retirats: l'augment de l'esperança de vida, la generalització de les jubilacions i prejubilacions, el creixement econòmic i l'acumulació d'experiències turístiques.

En aquest capítol s'investiguen, a través d'una aproximació descriptiva i qualitativa, les visions i les problemàtiques dels immigrants jubilats britànics i alemanys del municipi de Calvià. L'estudi es basa en entrevistes semiestructurades que recullen les visions de representants i membres d'associacions d'aquestes nacionalitats. El fet de comptar amb les opinions de ciutadans nord-europeus té un valor afegit, perquè la immigració residencial és una població sovint difícil de contactar. Les entrevistes han permès obtenir una informació qualitativa de primera mà sobre quines són les preocupacions i problemàtiques dels individus d'aquest col·lectiu. En el cas europeu, el mapa de la migració internacional de jubilats és molt similar al de les destinacions turístiques de masses al sud d'Europa. És per això que Calvià esdevé un «laboratori» ideal per estudiar aquest fenomen comú a diverses regions turístiques mediterrànies amb concentració de turisme residencial (altres exemples poden ser la costa d'Alacant i la de Màlaga). Aquestes destinacions comparteixen processos importants d'urbanització consistents a produir habitatges secundaris orientats principalment als mercats nord-europeus (Blàzquez, Murray 2010; Huete, Mantecón 2011).

Benson i O'Reilly (2009) apunten el terme dels estils de vida (*lifestyles*) per copsar amb més detall el fenomen que habitualment oscil·la entre les característiques d'una migració o d'un turisme residencial. Els estils de vida estarien orientats a obtenir més qualitat de vida i l'oci i el clima hi ocuparien un lloc important (vegeu també Huete 2009). En l'elecció de les Balears per practicar aquest «estil de vida», Lluch (2011) assenyala els factors següents:

«El clima, el paisatge, l'entorn natural, l'aïllament relatiu de l'exterior, la facilitat de desplaçar-se en temps i en cost als països de provinença, l'existència de serveis sanitaris d'elevada qualitat, l'oferta cultural i d'esbarjo, juntament amb la presència de professionals dels països emissors que els poden atendre i servir en el cas de necessitar-ho, entre d'altres, determinen la importància dels fluxos migratoris residencials de població estrangera a les Illes» (Lluch 2011, 47).

Salvà (2009) defineix distintes tipologies d'immigració de motivació residencial no laboral. Conjuntament amb la migració internacional de retir, assenyala la immigració de teletreball i els immigrants d'elevat poder econòmic. O'Reilly (2007) s'expressa en un sentit semblant quan distingeix entre els migrants nord-europeus retirats, els migrants nord-europeus empresarials (amb empreses dirigides als seus connacionals) i els migrants nord-europeus econòmicament actius (principalment, teletreball). En el cas de la migració

internacional de retir, Salvà (2009) inclou tant els residents permanents com els temporals (d'estades de més d'un trimestre):

«La migració internacional de retir (MIR, *International Retirement Migration*), formada per rendistes, pensionistes, prejubilats, i retirats i/o jubilats, que poden ser residents permanents o temporals de llarga estada, sempre superior als tres mesos anuals. Es localitzen tant en urbanitzacions residencials noves com en els nuclis de població tradicionals o àrees rurals» (Salvà 2009, 15).

Williams et al. (2000) assenyalen que els límits de la migració internacional de jubilats sovint es confonen amb els del turisme residencial. Huete i Mantecón (2010) proposen una classificació per explicar el continu entre la migració i el turisme residencial. Aquesta classificació distingeix entre residents permanents, residents temporals, propietaris d'habitatges secundaris i turistes estacionals.

En un estudi sobre els migrants britànics a Calvià, Bowen i Schouten (2008) assenyalen que l'experiència turística sembla que tingui un rol més rellevant que les habituals xarxes migratòries a partir de capital social. Segons aquests autors, l'experiència i la satisfacció turística són els motius principals que obren la porta a l'elecció de la destinació turística com a residència.

Huete i Mantecón (2011) estudien les dificultats d'integració social dels residents nord-europeus a la província d'Alacant. En aquest capítol, l'estudi de Huete i Mantecón (2011) és pres com a referència, perquè investiga les problemàtiques dels residents britànics i alemanys habitants principalment d'urbanitzacions i amb un relatiu distanciament de la societat local. A les entrevistes, un dels ítems és la percepció sobre més o manco integració social del col·lectiu de migrants residencials jubilats.

La migració internacional de jubilats és relativament diferent de les migracions internacionals més clàssiques per motius laborals (Huber, O'Reilly 2004). Els migrants laborals depenen de factors com l'ocupació, l'educació o la reivindicació dels drets civils. Aquests factors els proporcionen, poc o molt, algun tipus d'enxarxament o de capital social. Els migrants residencials, com els jubilats, en aquest cas, vénen principalment per les experiències com a turistes (sovint, repetidors), la percepció que tenen del clima mediterrani i de la destinació (Rodríguez 2001). Segons Huber i O'Reilly (2004), el seu estil de vida no els obliga, d'entrada, a haver-se de relacionar gaire amb els locals. Aquestes relacions esdevindrien més un extra que no una necessitat. Els immigrants residencials jubilats, però, sovint engeguen estratègies d'enxarxament o de construcció de capital social entre ciutadans de la mateixa nacionalitat a través de la creació d'associacions orientades a la formació de noves xarxes socials i estructures comunitàries a les societats d'acollida (Huber, O'Reilly 2004; Huete, Mantecón 2011).

1.2. Característiques demogràfiques de la migració residencial de jubilats

Autors diversos (Williams et al. 2000; Casado-Díaz 2006; Lluch 2011) parlen del problema a l'hora de saber el nombre total d'immigrants residencials jubilats, tot assenyalant que és possible que n'hi hagi més. A les dificultats habituals per fer recompte dels immigrants estrangers, aquí s'hi han d'afegir les dificultats per destriar quins són migrants i quins són turistes. A més, com apunta Lluch (2011), i sortirà també a les entrevistes, hi ha ciutadans europeus que no canvien la residència per motius fiscals o de prestacions. En aquest apartat, s'assenyalen les principals característiques demogràfiques de la migració residencial britànica i alemanya, per dimensionar el fenomen a Calvià i a les Balears, i com a apunt per contextualitzar les informacions de les entrevistes que s'analitzaran en el capítol.

Taula 1 | *Nombre de ciutadans de més de 65 anys del Regne Unit i Alemanya a les Illes Balears*

	Gent gran de més de 65 anys residents a les I. B.	Total de residents de cada grup a les I. B.	Percentatge de residents >65 sobre el total de residents de cada grup
Alemanya	8.599	36.681	23,44%
Regne Unit	4.865	23.698	20,53%
Unió Europea	18.036	130.685	13,80%
Total I. B.	158.671	1.113.114	14,25%

Font: Instituto Nacional de Estadística, Revisión del padrón municipal 2011

A la taula 1, es pot veure la rellevància que té la població de més de 65 anys entre els col·lectius alemany i britànic residents a les Balears. En el cas dels alemanys, un 23,44% tenen més de 65 anys. En el cas dels britànics, en són un 20,53%. Ambdós percentatges són superiors a la mitjana balear, que és del 14,25%. També es pot observar la importància de la població britànica i alemanya entre la ciutadania de la Unió Europea d'aquesta franja d'edat: representen el 74,65%.

Taula 2 | *Nombre de ciutadans del Regne Unit i Alemanya a Calvià i a Mallorca*

	Població total	Població estrangera	Total UE	Alemanya	Regne Unit
Calvià	52.451	19.233	15.407	4.043	5.851
Mallorca	873.414	187.752	98.797	31.096	16.350

Font: Instituto Nacional de Estadística, Revisión del padrón municipal 2011

A la taula 2, es poden observar les diferències en el pes de la població britànica i alemanya per al conjunt de la població de Calvià i de l'illa de Mallorca: representen el 18,86% dels habitants del municipi calvianer i, en canvi, solament el 5,43% dels habitants de tota l'illa. Aquestes dades assenyalen una concentració important d'aquests dos grups nacionals al municipi calvianer.

Segons les dades proporcionades per l'Ajuntament de Calvià, hi ha 1.091 britànics i 820 alemanys (de 65 anys o més) empadronats al municipi dia 4 de juny del 2012. D'aquests britànics empadronats, 559 són homes i 532 són dones. En canvi, els alemanys registrats són 384 homes i 436 dones. Aquests processos de mobilitat internacional, així com les dades disponibles, presenten l'enorme dificultat de saber amb exactitud, en termes quantitatius, quants jubilats residents «reals» té el municipi.

Taula 3 | *Nombre de ciutadans estrangers de més de 65 anys a Calvià i a Mallorca*

	Població total de més de 65 anys	Població estrangera de més de 65 anys
Calvià	8.601	2.577
Mallorca	142.212	15.760

Font: Instituto Nacional de Estadística, Revisión del padrón municipal 2011:

La proporció de persones estrangeres de més de 65 sobre el total de gent gran del municipi de Calvià és més elevada (29,96%) que per al conjunt de l'illa (11,08%), tal com es pot extreure a partir de les dades de la taula 3. Això constitueix un indicador del pes de la població envellida entre els residents britànics i alemanys del municipi costaner.

Per últim, Lluch (2010) assenyala, a partir de dades de l'INE de 2009, que l'índex d'envelliment de la població estrangera de les Illes Balears és superior a la mitjana estatal (8,21%) i ocupa el quart lloc després del País Valencià (12,05), les illes Canàries (11,77) i Andalusia (9,01). Les quatre comunitats autònomes amb un índex d'envelliment més elevat tenen en comú una presència rellevant dels migrants de l'estil de vida residencial.

2. Preguntes d'investigació, metodologia i descripció breu del treball de camp

En primer lloc, l'objectiu de l'estudi és descriure i analitzar les percepcions, actituds i expectatives dels jubilats/des alemanys i britànics a través de les distintes associacions i informants clau dels jubilats comunitaris a Calvià. En segon lloc, analitzar les dificultats o els reptes als quals s'enfronten els jubilats residents a Calvià. En tercer lloc, detectar necessitats i identificar factors que contribueixin a millorar la qualitat de vida i la de l'entorn on viuen.

Per respondre als objectius d'aquesta investigació, s'ha optat per un enfocament metodològic qualitatiu mitjançant entrevistes semiestructurades, perquè és una aproximació pionera i es compta amb escassa informació de base prèvia. L'aproximació qualitativa resulta especialment adient, si tenim en compte la relativa invisibilitat i hermetisme d'aquests col·lectius. S'ha completat la informació amb dades i fonts secundàries.

L'estudi explora les percepcions dels diferents informants clau que treballen o són representants d'associacions de jubilats comunitaris. El treball empíric es va dur a terme a Calvià els mesos de gener a maig de 2012. Es feren nou entrevistes en profunditat, que se centraren en els col·lectius britànics i alemanys. Per compondre i dissenyar les entrevistes, s'han tingut en compte les variables següents (vegeu els annexos 1 i 2, en què es detalla tota la informació): informants clau, pertanyents a associacions britàniques, alemanyes o europees; dones i homes amb edats compreses entre els 50 i els 79 anys. La composició i el disseny intenta recollir la diversitat discursiva. Les entrevistes tenien una durada aproximada d'una hora.

El guió de les entrevistes contenia tres grans blocs d'ítems o de preguntes que anaven sorgint amb el flux de la conversa. El primer bloc de preguntes eren relatives a l'experiència personal de l'entrevistat: se li demanava pel temps que feia que residia a l'illa, el motiu que el va empènyer a triar Calvià, el seu estil de vida i l'autopercepció sobre el seu nivell d'integració i el nivell socioeconòmic. El segon bloc de preguntes eren relatives a l'associació de la qual era membre: se li demanava sobre el temps que feia que formava part de l'associació, el tipus de participació, les funcions de l'associació i de quines maneres creia que la seva entitat col·laborava en la integració i cohesió socials. El tercer bloc de preguntes consistia a fer un diagnòstic sobre les necessitats de la gent gran europea resident al municipi i quin rol i quins serveis creien que hi haurien d'aportar les administracions públiques.

L'anàlisi de dades qualitatives ha consistit en l'organització conceptual de la informació produïda en el curs del treball empíric i sobre la base de categories significatives. A més, s'ha utilitzat un quadern de camp, amb les funcions d'acompanyament i anàlisi durant la recollida de dades.

Qualsevol estudi presenta limitacions i dificultats. Les principals dificultats trobades a l'hora de fer aquest estudi han estat les vinculades a la comprensió i contextualització dels discursos fruit del relatiu xoc cultural i lingüístic.[1] Per últim, la metodologia qualitativa presenta limitacions en relació amb la representativitat i la universalitat dels discursos recollits.

[1] De fet, les entrevistes per a aquest estudi foren en anglès, alemany i castellà.

3. Resultats de la investigació

3.1. Els problemes de conceptualització i les «xifres negres» dels jubilats residents

En els processos de mobilitat internacional de jubilats des del nord d'Europa fins a les costes meridionals, trobam la cerca d'un imaginat «estil de vida mediterrani» (Huete 2009). La decisió d'anar a viure a Mallorca, i concretament a Calvià, ha estat l'expectativa de poder obtenir el que ells/elles percebien com a millor qualitat de vida que en els països respectius: «Cel blau, es respira un aire més net. M'agrada molt Mallorca. L'estil de vida és perfecte; és fàcil anar a qualsevol lloc i desplaçar-se en poc temps; m'agrada la llibertat que produeix això» (entrevista ICC1).

Les raons apuntades pels informants clau per decidir quedar a l'illa són: edat de jubilació, amb més disponibilitat per a l'oci i el temps lliure, la qualitat de vida a tots els nivells (sol, platja, muntanya, salut, dieta mediterrània), vinculació afectiva (tenir fills aquí o contreure matrimoni amb un local), més rendibilitat econòmica que en els respectius països d'origen (encara que això, segons els entrevistats, canvia), bons nivells d'atenció sanitària i de serveis (tot en la seva llengua). A més, és important que existeixi una comunitat significativa de les seves nacionalitats, així com serveis específics destinats a aquests col·lectius. Resulta significatiu que tots els entrevistats alemanys i britànics han viscut o viuen a zones urbanístiques o barris amb un nombre elevat de ciutadans dels seus països.

El debat de la conceptualització gira al voltant de si les persones que resideixen durant períodes de temps més o menys llargs en habitatges d'àrees turístiques, per gaudir fonamentalment de l'oci, han de ser considerats turistes residencials o, simplement, residents (Huete, Mantecón 2010; Mazón et al. 2009; O'Reilly, Benson 2009; Salvà 2002; Torres 2003; Williams et al. 2000). Parlar de jubilats residents comunitaris és parlar de xifres perdudes o negres. Les fonts estadístiques oficials (censos de població, padrons municipals i altres registres i fonts oficials) permeten registrar adequadament l'apreciable diversitat de població retirada estrangera, que resideix d'una manera permanent o temporal a Espanya (Huete, Mantecón 2010; Salvà 2009), i recollir-la. Les discrepàncies entre les xifres aportades per l'estadística oficial espanyola i les estimacions dels ajuntaments, consolats estrangers i associacions d'estrangers són àmplies. A part de la dificultat conceptual de definir si són turistes o residents, molts ciutadans europeus no s'empadronen, la qual cosa dificulta la recollida d'informació. Vegem l'exemple següent:

«Molts dels residents estrangers a Mallorca no apareixen a cap estadística, no tenen dret a les atencions socials ofertes pels ajuntaments, ni tampoc poden votar a les eleccions municipals o europees» (entrevista ICC5).

A l'hora de conèixer d'una manera exacta el nombre real de residents al municipi topam amb diverses dificultats, les principals de les quals són:

1) Decideixen no registrar-se o empadronar-se[2] d'una manera formal com a residents per no renunciar a drets o beneficis als països d'origen. A les entrevistes es recull que tenen més cobertura sociosanitària i d'assegurances privades que a l'Estat espanyol, tot i que, en cas d'urgència, també recorren als serveis sanitaris públics. El que gasten passa al mateix apartat que el dels turistes, quan en realitat són «residents invisibles». Un altre aspecte apuntat a les entrevistes que els motiva a no voler pagar imposts a l'Estat és perquè els redueix el poder adquisitiu, ja devaluat amb l'entrada de l'euro i l'estancament de les seves pensions:

   «Els alemanys estan preocupats per si els lleven qualque cosa de la seva pensió alemanya, i per això no es volen donar d'alta» (entrevista ICC1).

2) No s'empadronen per desconeixement de la dinàmica de funcionament a la comunitat receptora, perquè no estan «integrats lingüísticament» (no parlen ni escriuen cap dels idiomes oficials de la comunitat autònoma) (Rodríguez et al. 2009).

3) Resideixen a temps parcial a Calvià, la residència «estacional» dels mesos amb més mal temps als respectius països i més bona temperatura a Calvià.

A les entrevistes, s'apunta que un bon nombre de jubilats alemanys i britànics actualment passen dificultats econòmiques per arribar a final de mes, fins i tot alguns s'han decantat per tornar als països d'origen. Tot això és motivat per la disminució progressiva del poder adquisitiu, provocat per l'encariment del nivell de vida a l'Estat, situació que s'aguditza amb la crisi econòmica. Els entrevistats assenyalen que els jubilats britànics i alemanys estan preocupats per un possible descens de les pensions.

Per tant, un nombre rellevant de residents estrangers a Calvià no apareixen formalment a les estadístiques:

«Negativa d'inscriure's en el padró municipal per por de perdre els drets socials i econòmics a Alemanya o al Regne Unit» (entrevista ICC1).

Hi ha un nombre de persones del col·lectiu de jubilats que viuen en un

> «[...] buit de protecció o assistència social i de drets polítics des de les administracions públiques de l'Estat, i també en alguns casos s'ha detectat que tampoc no reben una solució eficaç a la seva situació personal des dels països d'origen» (entrevista ICC2).

Moltes de les associacions de residents europeus estarien exercint funcions d'ajut, de protecció i assistència fonamentalment social i sanitària.

[2] L'empadronament i la forma de tinença de l'habitatge ocupat són variables rellevants de la relació existent entre el turisme de llarga durada i la migració residencial o d'estils de vida (Huete, Mantecón 2010).

3.2. Les associacions i el món associatiu de la migració residencial

Les associacions, formades per un públic principalment britànic i alemany, són poc heterogènies tant pel que fa als usuaris com als socis. Molts dels noms d'aquestes associacions estan en els idiomes respectius o duen el nom dels seus països. La llengua vehicular d'aquestes associacions és l'alemany o l'anglès, i, a les reunions amb l'Ajuntament de Calvià i en els trobades d'associacions d'europeus residents, l'anglès és la llengua de comunicació.

Els informants clau assenyalen que les funcions més significatives que duen a terme les entitats alemanyes, britàniques o comunitàries a Calvià (on els jubilats alemanys o britànics són alhora voluntaris i/o usuaris) són la sociabilitat i la prestació d'ajuts fonamentalment als seus compatriotes. La col·laboració o el suport mutu poden ser interpretats com a necessitat motivada per trobar-se fora del seu context de residència habitual lingüístic i cultural. Cal també assenyalar el *lobbying* polític**.** Els jubilats europeus residents a Calvià protagonitzen una intensa activitat associativa a partir de la qual configuren un teixit associatiu amb què se senten identificats i reconeguts. Són associacions fundades per i per al grup, com a petits espais que funcionen en paral·lel a la societat d'acollida. A través d'aquestes associacions, els jubilats intenten recrear les seves «microsocietats» d'origen.

Una de les funcions clau és la sociabilitat. Entre els objectius d'aquestes associacions, com assenyalen Alaminos et al. (2004), hi ha crear formes de sociabilitat més enllà de les habituals de la família i el veïnatge. Al si d'aquestes associacions, els jubilats activen espais de trobada i autoreconeixement. A partir de les entrevistes, hem apuntat les diverses accions dutes a terme per les associacions, orientades envers la sociabilitat:

1. Gestió de xarxes socials (social networking): fomentar la xarxa de contactes (principalment, entre ciutadans de la mateixa nacionalitat) a l'illa, enfortir-la i estendre-la
2. Proporcionar seguretat; enfortir vincles emocionals; evitar la solitud i l'aïllament que produeix el procés d'envelliment i el desconeixement de la llengua i cultura locals, reduir-la o rompre-hi
3. Activitats d'oci i de temps lliure; entreteniment (jocs, excursions, etc.)
4. Activitats culturals (concerts de música, balls, corals, festes, etc.)
5. Voluntariat social, sentiment d'utilitat i de pertinença a la seva comunitat

Un altre aspecte important és organitzar, administrar o coordinar l'ajut a tercers (normalment, ciutadans de la seva nacionalitat). Els seus mecanismes varien des de l'organització de col·lectes per a l'ajut econòmic a la captació de recursos especialment adreçats a persones amb necessitats específiques i en risc d'exclusió social. La majoria de les associacions dels entrevistats tenen relacions amb associacions caritatives laiques i religioses o amb les esglésies, sobretot la protestant. Aquestes associacions exerceixen una forta interacció amb la societat de recepció, per exemple, donen diners

a les associacions espanyoles, posen els locals a disposició del públic en general, o organitzen activitats amb altres associacions o fundacions. Vegem a continuació els tipus d'activitats d'aquestes associacions, a partir de la informació aportada en les entrevistes i notícies de premsa:

- Cobrir necessitats bàsiques o assistencials, com ara menjar, pagar rebuts d'aigua, electricitat i habitatge, així com atenció sociosanitària i repatriació. Desenvolupar activitats socials caritatives o assistencials amb aquesta finalitat:

  «Es va crear per ajudar les persones menys afavorides i ajudar a integrar els britànics en la cultura. Captar fons, i aquests fons es reinverteixen a ajudar els menys afavorits. I, aleshores, els ajudam. Si una persona surt de la clínica perquè ha li han fet una operació de maluc, tenim ajut mèdic material, com ara cadires de rodes, crosses o cadires per a la banyera. I, després ens la tornen, i, si estan agraïts d'això, ens ajuden i ens ofereixen un donatiu» (entrevista ICC5).

- Assessorament i suport administratiu, informatiu, jurídic, de traducció, així com de defensa dels drets com a ciutadans europeus
- Pressió politicofiscal (en activitats d'oci, de luxe o d'immobles, entre d'altres)
- Activitats puntuals recaptatòries de fons (mercats, venda d'objectes, roba, mobles de segona mà, etc.)

A les entrevistes, s'apunta que bona part de les persones jubilades britàniques i alemanyes que participen amb les associacions arrosseguen una dilatada trajectòria associativa en els respectius països d'origen. Els entrevistats assenyalen que a les associacions hi ha persones focals, imprescindibles per al funcionament de l'organització, i que han viscut bona part de la seva vida entre l'illa i Alemanya o el Regne Unit. Aquestes persones desenvolupen un rol molt actiu al si de l'associació i coneixen perfectament dues llengües (anglès/castellà o alemany/castellà), element que facilita el trànsit entre el context de l'associació i el context illenc. El coneixement lingüístic esdevé clau per al bon desenvolupament i funcionament d'aquestes entitats. La trajectòria vital els duu a conèixer Mallorca en un viatge turístic i prenen la decisió de viure-hi (sovint hi compren un habitatge) i treballar-hi (sovint, en el sector turístic i/o immobiliari). D'acord amb els entrevistats, la resta dels integrants, socis, voluntaris i usuaris, la majoria no parlen ni català ni castellà i viuen en zones urbanístiques bàsicament de població alemanya o britànica.

Les associacions analitzades, tal com descriuen els nostres entrevistats, estan inscrites oficialment en el registre d'associacions. Segons els informants clau, aquestes associacions no reben directament subvencions, la seva manera d'obtenir recursos és l'autofinançament i l'autogestió a través del cobrament de quotes als socis o l'organització d'activitats lúdiques recaptatòries.

Un element detectat en alguns discursos és l'arrel política en la creació, el desenvolupament i manteniment de les associacions. El vot d'aquest col·lectiu és valorat pels partits polítics. Encara que moltes de les associacions es defineixen com a neutrals en la vida política, els entrevistats assenyalen, en alguns casos, que mantenen vincles amb partits polítics espanyols. Vegem-ne un exemple:

«Jo som el fundador. Jo vaig començar en política; en aquells temps formava part del Partit Popular, i vàrem veure que els estrangers estaven desorganitzats i que cadascú anava pel seu compte. Amb les noves lleis de la Unió Europea d'integrar el ciutadà europeu en la nació on resideixen, ens va venir la idea de fer associacions. Aleshores, em donaren l'ordre de fer associacions i jo vaig muntar una oficina a la seu del Partit Popular de Calvià que era de ciutadans europeus. El problema, però, dels nostres ciutadans no era la política, no els interessava gens la política […]. Al principi, fou en clau política, pensant en les eleccions de la Comunitat Europea. Calia explicar als estrangers que tenien dret a vot a la Comunitat Europea […]. I aquests senyors els havíem d'empadronar i organitzar i, després, amb altres polítics comunitaris, havíem d'ensenyar-los els drets que tenien a Espanya, si eren residents a Espanya, i a poc a poc vàrem veure que no estaven interessats en la política. Aleshores, creàrem associacions socials i culturals, el que ells volien. […] I vàrem decidir fer aquest tipus d'associacions» (entrevista ICC2).

Aquests ciutadans varen recórrer, en un primer moment, als mitjans informals que tenien a l'abast per constituir associacions al voltant de qualque activitat d'interès; en varen fer difusió i localitzaren altres connacionals, amb el mateix idioma i amb interessos comuns. Els començaments foren informals: reunions a cases particulars i entre amics, i a poc a poc es va anar formalitzant en el registre oficial.

Els entrevistats assenyalen que les associacions atenen col·lectius majoritàriament d'iguals, i el seu voluntariat i els dirigents també són ciutadans de la mateixa nacionalitat. En integrar-se en una associació, els ciutadans es troben un grup on té lloc una cohesió i una pertinença que no experimenten en altres esferes o contextos de la societat d'acollida.

3.3. Els perfils i necessitats dels jubilats britànics i alemanys

Segons els entrevistats, Mallorca és un paradís de la jubilació quan es té bona salut física i mental, i quan es disposa d'una xarxa positiva de suport emocional i d'una posició socioeconòmica més o menys benestant. Els usuaris atesos per les associacions estudiades són persones que fa temps que viuen a l'illa i que estan immerses en processos d'envelliment i de dependència. L'encariment del nivell de vida, la no apujada o la congelació de les pensions als països d'origen i la manca d'integració lingüística i cultural són factors que intervenen en aquests processos. Segons els entrevistats, aquests col·lectius desenvolupen problemes més greus de solitud i dependència que els jubilats locals que estan immersos

en processos d'envelliment. Els problemes que s'han recollit són sobretot de seguretat emocional, motivats, en part, per l'aïllament lingüístic i cultural, i reforçats per la pèrdua de poder adquisitiu i el deteriorament de la salut. En aquests casos, Mallorca va ser concebuda, primer, en termes de «jubilació daurada» i ara passa a ser viscuda com una experiència negativa d'envellir en solitud. Per molts d'aquests jubilats, les associacions són els únics vincles de contacte amb el context de l'illa.

El perfil d'usuari més habitual que arriba a les associacions és el d'un britànic o alemany (en funció de l'associació) de classe mitjana que ha venut la casa que tenia al seu país d'origen i que n'ha comprada una altra a Calvià. Posteriorment, tenen lloc processos d'empobriment, quan apugen els preus, però no les pensions. En alguns casos han hagut d'optar pel retorn «forçós» als països d'origen:

> «Sí, sempre hi ha hagut molts de perfils, però ara hi ha gent que havia quedat aquí i que ha hagut de tornar a Anglaterra, perquè aquí no podia existir o subsistir. Molts se n'han tornat perquè no poden viure aquí amb les pensions. Vengueren amb la previsió de viure-hi amb la seva pensió, i la pensió no dóna per a tant. Abans vivien més o menys còmodes amb la pensió; el canvi a l'euro afectà molta gent, perquè era una excusa per apujar els preus, i els preus han augmentat, jo mateixa ho not» (entrevista ICC1).

A continuació, aportam exemples de perfils de britànics i alemanys identificats en els discursos:

Perfil: classes populars i classes mitjanes

> «Perfils de persones... Hi ha molts perfils de persones que han treballat tota la seva vida, com els obrers, que han treballat durament i que tenien el somni de jubilar-se al sol… Aleshores, han venut la seva casa i els seus fills han tornat grans. S'han jubilat, han venut ca seva, han vengut aquí i s'han comprat un apartament o el que han pogut» (entrevista ICC1).

Perfil[3]: classe socioeconòmica alta

> «El senyor educat, amb bastants diners, que ha fet les seves investigacions, que ho té tot ben organitzat i ve a jubilar-se, i no té problemes. Està bé i forma part de la seva comunitat britànica, i "aquí estic molt bé i moltes gràcies". No s'integren gaire bé; ho intenten, però rarament s'integren» (entrevista ICC1).

[3] Una de les limitacions que té aquest estudi és, precisament, la dificultat per contactar amb jubilats de classe socioeconòmica alta. Seria interessant indagar en aquest col·lectiu, tot i que és difícil, perquè gairebé no tenen contacte amb les associacions i, si n'hi tenen, és exclusivament per fer-los donacions.

Perfil: gent gran de setanta-cinc anys, sense família, i gent sense sostre

«I ara, què feim, davant un problema previsible d'un col·lectiu de persones grans empobrides (moltes vegades, de classes treballadores), no integrades ni lingüísticament ni en hàbits de vida, amb problemes socioeconòmics i malalties de l'edat? Quina resposta pot oferir Espanya o el país d'origen a aquests col·lectius en matèria de polítiques socials?» (entrevista ICC2).

«El d'un senyor que ara és a l'Hospital Joan March i que ha viscut vint anys en un cotxe. És un alemany de setanta-cinc anys. No té cap familiar o amic que se n'encarregui; solament ens té a nosaltres. He demanat al consolat alemany que em donin les seves dades per intentar aconseguir-li aquí un ajut» (entrevista ICC2).

Perfil: matrimonis grans, o home vidu o dona vídua, amb malalties mentals o físiques, o casos d'alcoholisme o ludopatia

«Desgraciadament, perquè han quedat sense res, però per circumstàncies que no han administrat bé els seus diners o tenen malalties o s'han tirat a la beguda i a l'alcohol [….], circumstàncies de la vida, però n'hi ha molts» (entrevista ICC1).

3.4. La fractura socioeconòmica, lingüística i cultural i l'impacte en les seves vides

El desconeixement i el desinterès idiomàtic són dos obstacles que es tradueixen en un problema greu en els processos d'envelliment. En els col·lectius de jubilats britànics i alemanys, sobretot quan ja tenen edats avançades,[4] s'experimenten freqüentment situacions vitals de solitud i aïllament, que s'aguditzen més en no conèixer els codis lingüístics i culturals. Cal ser conscients que la integració lingüística i cultural[5] en edats avançades és més costosa que quan s'és més jove: el que en principi era una il·lusió (jubilar-se a Mallorca) perd l'atractiu, perquè tornen dependents d'altres (habitualment, de la seva mateixa nacionalitat) i tenen, per tant, una vida més pobra i aïllada que la resta dels connacionals que sí que han après el castellà i/o el català:

«Els qui han arribat amb una edat, és difícil que aprenguin l'idioma… A més, tenen familiars, fills que són fora de les Illes, normalment. És un problema, perquè depenen… Són, per tant, dependents i no són autònoms... Tenen una vida molt més pobra» (entrevista ICC5).

[4] Una part de les associacions analitzades treballen per alleugerir l'aïllament i la solidutd d'aquests jubilats. Per això, tenen voluntaris que fan visites a residències o a cases particulars.
[5] Article de premsa a *The Guardian* (29/03/2011): «Most Brits in Spain say "*no gracias*" to integration. While some expats are getting involved in Spanish politics, a lot still fall into the stereotypes of reclusive retirees or boozed-up ravers».

Per tant, un element important que cal tenir en compte és el desenvolupament de programes d'alfabetització en llengua catalana i castellana adaptats a persones grans o immerses en processos d'envelliment. Alguns dels entrevistats afirmen que:

«[...] És necessari millorar el nivell de coneixement de l'idioma per integrar-se i mètodes d'aprenentatge per a adults del castellà o del català» (entrevista ICC2).

Caldria, també, establir solucions eficaces (amb la implicació dels governs d'origen i els locals) per a aquells jubilats residents (no empadronats, per diversos motius) que fa més de deu anys (entre deu i trenta) que viuen a l'illa i per als quals no hi ha cap previsió realista que aprenguin ni català ni castellà, perquè estan immersos en processos d'empobriment i envelliment que els impedeixen o els dificulten l'aprenentatge. Sovint, aquestes persones desenvolupen les seves vides en situacions de precarietat i amb buits d'assistència social i sanitària.

4. Apunts finals. Els costs de la «no integració» dels jubilats comunitaris

Aquest article ha intentat introduir mirades noves per ajudar a comprendre el fenomen dels jubilats residents i les associacions que els aglutinen. Al llarg del text s'han explicat factors diversos que impulsen la població de jubilats britànics i alemanys a canviar voluntàriament el lloc de residència (temporalment o definitivament) i els efectes que això té en els llocs d'acollida. Entre aquests efectes, destaquen la generació de noves activitats econòmiques al voltant del col·lectiu de jubilats residents, la construcció de comunitats transnacionals, i l'impacte de les necessitats socials i de les distintes activitats socials i culturals que es generen al voltant d'aquestes comunitats.

Els jubilats residents utilitzen, primer, els mitjans informals que tenen a l'abast per constituir associacions sobre alguna activitat d'interès, sigui del tipus que sigui. Per aconseguir-ho, fan publicitat i localitzen altres ciutadans, normalment connacionals, amb els mateixos codis lingüístics i culturals i amb interessos comuns. A través de les associacions, també creen serveis d'atenció, o en demanden, principalment per als col·lectius vulnerables de la seva mateixa nacionalitat.

Els municipis que tenen una forta presència de jubilats, com Calvià, han de poder disposar de xifres més precises sobre la seva població jubilada europea (volum, origen, edats, nivell educatiu, econòmic, etc.) per poder planificar els recursos i serveis, i gestionar-los millor, tant els que s'adrecen específicament a aquesta població o col·lectiu com els generals. L'escassa informació sobre aquest col·lectiu té efectes negatius sobre els fons econòmics que rep el municipi, els quals, en part, es calculen en relació amb el nombre d'empadronats. En el terreny polític, la població resident estrangera no registrada no pot exercir influència

amb el seu vot en les eleccions municipals. En conseqüència, no estar empadronat pot comportar una certa marginalització sociopolítica en el context on es viu.

Entre les nombroses causes que provoquen la decisió de no registrar-se és important assenyalar el desconeixement de les normes i pràctiques administratives espanyoles. Cal destacar que manca coordinació sobre la informació que ofereixen les diverses instàncies i seccions de l'Administració pública espanyola i d'altres entitats privades, com les associacions a les quals accedeixen els jubilats. Per això, és necessari millorar la coordinació i extensió de la informació sobre l'empadronament.

En conjunt, la no integració espacial, lingüística i cultural té costos socials, culturals i econòmics. En situacions de crisi, augmenta la distància entre la gent del lloc i els comunitaris que no han tengut un procés d'integració real en el lloc on han residit. Caldria que noves polítiques socials i econòmiques responguessin a aquestes noves necessitats i promoguessin polítiques de cohesió social en aquests contextos.

Annex 1 | *Fitxa dels informants clau entrevistats*

INFORMANT	NACIONALITAT	EDAT	SEXE	PROCEDÈNCIA	GRAU D'INTEGRACIÓ
ICCO	Espanyola	55	Dona	Món polític	Alt
ICC1	Britànica	57	Dona	Món empresarial turístic	Alt
ICC2	Alemanya	79	Home	Món empresarial turístic	Mitjà-alt
ICC3	Alemanya	78	Dona	Món empresarial turístic	Mitjà
ICC4			Home		Baix
ICC5	Britànica	61	Dona	Administració turisme	Alt
ICC6	Britànica	49	Dona	Món empresarial sanitari	Mitjà-baix
ICC7	Britànica	61	Dona	Administració, Ajuntament	Alt

Annex 2 | *Associacions, informants clau entrevistats i/o que han aportat informació o dades secundàries*

Fonts i recursos humans consultats	Nombre d'informants
Asociación Social Cultural Alemana del Municipio de Calvià	3
Age Concern	2
Ciudadanos Europeos por Baleares	1
Informants clau del món empresarial, polític turístic i sanitari sobre els jubilats alemanys i anglesos	3
Ajuntament de Calvià / Dep. de residents europeus	3 (han proporcionat informació documental i estadística, i també han facilitat els contactes i orientacions pertinents)
Revisió de periòdics estatals i locals Període 2005-2012	2

Referències bibliogràfiques

Alaminos, A.; Santacreu, O.; Albert, M. C. (2004). *Los procesos de aculturación y socialización de extranjeros en Alicante*. Alacant: OBETS.

Benson, M.; O'Reilly, C. (2009). «Migration and the search for a better way of life: a critical exploration of lifestyle migration». *The Sociological Review* 57 (4), pàg. 608-625.

Blázquez, M.; Murray, I. (2010). «Una geohistoria de la turistización de las Islas Baleares». *El Periplo Sustentable* 18, pàg. 69-118.

Bowen, D.; Schouten, A. (2008). «Tourist satisfaction and beyond: tourist migrants in Mallorca». *International Journal of Tourism Research* 10, pàg. 141-153.

Casado-Díaz, M. A. (2006). «Retiring to Spain: An analysis of differences among North European nationals». *Journal of Ethnic and Migration Studies* 32 (8), pàg. 1321-1339.

Hall C. M.; Muller, D. (2004). *Tourism, Mobility and Second Homes: Between Elite Landscape and Common Ground*. Clevedon: Channel View Publications.

Huber, A.; O'Reilly, K. (2004). «The construction of Heimat under conditions of individualized modernity: Swiss and British elderly migrants in Spain». *Ageing and Society* 24, pàg. 327-351.

Huete, R. (2009). *Turistas que llegan para quedarse.* Alacant: Universitat d'Alacant.

Huete, R.; Mantecón, A. (2010). «Los límites entre el turismo y la migración residencial. Una tipología». *Papers* 95 (3), pàg. 781-801.

(2011). «Más allá del turismo: movilidad residencial europea y nuevos núcleos urbanos». *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles* 56, pàg. 111-128.

Lluch, F. D. (2010). «Introducció a l'estudi de la població estrangera de 65 i més anys resident a les Illes Balears en el context de la nova fase demogràfica multicultural». *Anuari de l'Envelliment. Illes Balears 2010*. Palma: Universitat de les Illes Balears.

Mantecón, A. (2010). «Tourist modernisation and social legitimation in Spain». *International Journal of Tourism Research* 12 (5), pàg. 617-626.

Mantecón, A.; Huete, R.; Mazón, T. (2009). «Las urbanizaciones 'europeas'. Una investigación sobre las nuevas sociedades duales en el Mediterráneo». *Scripta Nova. Revista electrónica de geografía y ciencias sociales* 13, pàg. 281-309.

Mazón, T.; Huete, R.; Mantecón, A. (eds.) (2009). *Turismo, urbanización y estilos de vida.* Barcelona: Icaria.

O'Reilly (2007). «Intra-European migration and the mobility-enclosure dialectic». *Sociology* 41 (2), pàg. 277-293.

Putnam, R. (2004). «Who bonds? Who bridges? Findings from the Social Capital Benchmark Survey». Comunicació presentada a l'Annual meeting of the American Political Science Association. Chicago.

Rodríguez, V. (2001). «Tourism as a recruiting post for retirement migration». *Tourism Geographies* 3 (1), pàg. 52–63.

Rodríguez, V.; Rodríguez, P.; Lardiés, R. (2009). *La migración y el registro de los jubilados europeos en España*. Madrid: Real Instituto Elcano.

Salvà, P. (2002). «Foreign Immigration and Tourism Development in Spain's Balearic Islands». A: Hall, C. M.; Williams, A. (2002). *Tourism and Migration. New Relationships between Production and Consumption*. Londres: Kluwer.

(2009). «El procés immigratori a les Illes Balears. Característiques geodemogràfiques actuals i reptes de futur». *Revista d'Afers Socials* 2, pàg. 5-22.

Torres, Enrique (2003). «El turismo residenciado y sus efectos en los destinos turísticos». *Estudios Turísticos* 155-156, pàg. 45-70.

Urry, J. (2007). *Mobilities*. Londres: Polity.

Williams, A.; King, R.; Warnes, A.; Patterson, G. (2000). «Tourism and international retirement migration: new forms of an old relationship in southern Europe». *Tourism Geographies* 2 (1), pàg. 28-49.

Autors

ROSARIO POZO GORDALIZA

És doctora en Sociologia, diplomada en Educació Social i llicenciada en Psicopedagogia en diverses especialitzacions (màster) sobre problemes socials, etnicitat i gènere. Ha estat becària FPU del Departament de Sociologia de la Universitat de Granada i consultora internacional en temes de gènere i desenvolupament a Àsia. Actualment, és Professora Ajudant Doctora del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques a la Universitat de les Illes Balears.

JOAN AMER FERNÀNDEZ

Llicenciat i doctor en Sociologia per la Universitat Autònoma de Barcelona. Professor del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques, de l'àrea de Teoria i Història de l'Educació, de la Universitat de les Illes Balears. Membre del Grup d'Investigació i de Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB. Col·laborador del Grup de Recerca Política, Treball i Sostenibilitat, de la UIB. Ha estat investigador postdoctoral MEC del Departament de Sociologia de la Lancaster University (Regne Unit).

EL NOU ROL DE LA GENT GRAN I EL TRENCAMENT PROGRESSIU DEL PACTE INTERGENERACIONAL

El nou rol de la gent gran i el trencament progressiu del pacte intergeneracional

Martí X. March Cerdà
Carmen Orte Socias

Resum

No hi ha cap dubte que les tendències demogràfiques, en el context europeu, dibuixen una línia clara envers l'envelliment de la població. És una tendència que tindrà, i ja té, conseqüències importants i significatives per a l'economia, les polítiques socials i per al manteniment de l'estat del benestar. En aquest article, s'analitzen els efectes d'aquest procés d'envelliment i del sorgiment de noves funcions, realitats, nous rols de la gent gran en el marc de l'envelliment actiu. Són uns rols nous que implicaran una manera nova d'entendre la jubilació, una cultura nova de l'envelliment i una concepció nova de les relacions intergeneracionals.

Resumen

Es evidente que las tendencias demográficas, en el contexto europeo, dibujan una línea clara hacia el envejecimiento de la población; una tendencia que tendrá y ya está teniendo consecuencias importantes y significativas para la economía, para las políticas sociales y por el mantenimiento del Estado del Bienestar. En este artículo, se analizan los efectos de este proceso de envejecimiento y el surgimiento de nuevas funciones, de nuevas realidades, de nuevos roles de las personas mayores, en el marco del envejecimiento activo. Unos nuevos roles que implicarán una nueva forma de entender la jubilación, una nueva cultura del envejecimiento y una concepción de las relaciones intergeneracionales.

1. L'envelliment demogràfic i les seves conseqüències

No hi ha cap dubte que les tendències demogràfiques, en el context europeu, dibuixen una línia clara envers l'envelliment de la població. És una tendència que tindrà, i ja té, conseqüències importants i significatives per a l'economia, les polítiques socials i per al manteniment de l'estat del benestar. En el cas d'Espanya, aquesta orientació que es concreta en el fet d'esser un dels països més envellits d'Europa. Les Illes Balears, malgrat que tinguin una de les poblacions menys envellides en comparació amb la de les altres comunitats autònomes, la seva pròpia dinàmica demogràfica no les exclou del procés d'envelliment que, en general, experimenten tots els països desenvolupats. En aquesta perspectiva, hem de tenir en compte que gairebé la meitat dels municipis de la CAIB ja tenen uns indicadors d'envelliment elevats, amb una edat mitjana superior als quaranta anys, unes taxes de dependència superiors al 15%, uns índexs d'envelliment superiors a 1 i un pes relatiu de la població de gent gran elevat.

En aquest context, el *Libro Blanco del Envejecimiento Activo* (2011) i diversos capítols de l'*Anuari de l'Envelliment. Illes Balears 2009* (concretament, en el de Carretero i en el

de Vives) recullen les tendències demogràfiques que es manifesten a Espanya i a les Illes Balears, en el context europeu, a través de les característiques següents:

a) Des de final dels anys setanta, a Espanya hi ha hagut una caiguda significativa de la fecunditat. Aquesta caiguda ha incrementat el pes percentual de les persones grans, el qual ha esdevingut una tendència que es mantindrà els anys que vénen, segons pronostiquen els demògrafs i els estudis especialitzats, sobretot si hom té en compte la caiguda del procés d'immigració, la crisi econòmica i l'emigració progressiva de joves cap a altres països. Aquesta realitat té unes repercussions fortes, des de la perspectiva del manteniment de l'estat del benestar o de les pensions.

b) L'increment de l'esperança de vida fa augmentar el nombre de supervivents de totes les edats més enllà dels 65 anys. Tot això implica augmentar la proporció de persones grans i provoca un sobreenvelliment dels grups d'edat. En el context plantejat, és necessari posar de manifest que aquest increment suposarà la constatació de la feminització progressiva de l'envelliment, amb totes les conseqüències que aquest fet implica des de la perspectiva social, cultural i professional.

c) Els forts corrents migratoris dels darrers anys en edats laborals han alentit el procés d'envelliment de la població. En qualsevol cas, però, el retorn dels immigrants els darrers anys implicarà, de bell nou, l'increment de l'envelliment.

d) Una de les conseqüències d'aquests canvis demogràfics és, sens dubte, que la distribució de les edats serà reestructurada en funció del procés d'envelliment actual. Així, una de les dades més significatives és que, per primera vegada en la història demogràfica espanyola, hi ha més persones d'edat (65 anys i més) que nins (0-14 anys).

e) El grup de gent gran (a partir dels 80 anys) ha crescut i creixerà en proporcions més elevades que la resta dels grups d'edat. Aquesta és una tendència que cal tenir en compte no solament des d'una perspectiva quantitativa, sinó també des de la dependència.

f) Aquestes dinàmiques demogràfiques tenen conseqüències des de la perspectiva territorial, i en tindran en el futur. Així, en el medi rural, el procés d'envelliment s'intensificarà d'una manera important, però la majoria de la gent gran es concentrarà a les zones urbanes.

g) Una altra de les característiques territorials que implica aquest procés d'envelliment europeu i espanyol fa referència a la capacitat de captació de jubilats europeus cap a les zones mediterrànies i les Illes Canàries. És un fet important, ja que situa una part d'Espanya com a zona de recepció de jubilats europeus, amb totes les conseqüències econòmiques, socials, sanitàries i culturals que això implica.

h) Aquesta realitat demogràfica d'envelliment social quedarà reflectit en l'àmbit laboral: immigrants que tornen als països d'origen; població espanyola jove, generalment qualificada, que es veu obligada a emigrar a països d'Europa i a altres continents. Aquest fet dificultarà, d'una manera significativa, els processos, per una part, de substitució de la mà d'obra i, per una altra, la possibilitat de canviar el model productiu. Així doncs, a l'envelliment laboral se li ha d'afegir el d'emigració de gent jove qualificada i els problemes que sorgiran progressivament per canviar el model productiu. Aquesta situació tindrà conseqüències no solament en el mercat de treball, sinó sobre en la Seguretat Social, però sobretot en les pensions. A Espanya, decantar-se per una economia del coneixement tindrà dificultats importants, després de la caiguda de l'economia de la construcció.

i) Aquesta disminució de la mà d'obra i de la qualificada tindrà conseqüències negatives importants per a la consolidació de la política de pensions, ja que, de fet, es trenca el pacte intergeneracional que fa possible la política de jubilació, la política de pensions, tal com actualment és desenvolupada.

j) Una de les qüestions que els sociòlegs posen de manifest és que les generacions joves actuals viuran més malament que la dels seus pares, almenys des de la perspectiva del treball i l'ocupació: és una generació més ben formada i educada en una societat de consum, que tindrà dificultats per gaudir del nivell de vida dels seus pares i dels serveis que l'estat del benestar ha donat i continua fent-ho, malgrat les retallades.

k) A més, els nivells de desocupació que pateixen les generacions joves de la societat espanyola posen en perill no solament el manteniment de l'estat del benestar (sanitat, educació, dependència...), sinó també la política de pensions, fins i tot per a les generacions actuals, que les reben després d'haver treballat durant anys. Si les pensions actuals estan perill, és evident que el futur resultarà encara més problemàtic.

l) Aquest procés d'envelliment de la població implica, d'una manera significativa, canviar els patrons de la malaltia i mort. Així, cal parlar de l'increment de les malalties degeneratives i de l'augment del nombre persones grans dependents. Alhora, hem de fer referència a les millores terapèutiques per a aquesta població, que contribueixen a millorar l'esperança de vida. Aquesta situació representa un augment significatiu de les despeses socials i sanitàries.

m) L'envelliment de la població, juntament amb altres canvis socials, culturals i ideològics, modifica les estructures familiars: coexistència de diverses generacions, amb tot el que implica quant a relacions intergeneracionals en tots els sentits; reducció de les mides familiars; reducció del paper de la família com a petit estat del benestar per tenir cura de la gent gran en situació de dependència; extensió de

les situacions de solitud: augmenta la gent gran que viu tota sola i el nombre de llars unipersonals. Per tant, és evident que els canvis en l'estructura i les relacions familiars, i en el rol de la dona tenen conseqüències en les funcions de les famílies pel que fa a la cura de la gent gran.

n) Tots aquests canvis demogràfics, socials, familiars, culturals i ideològics posen de manifest la necessitat d'incrementar els serveis, institucions i programes sociosanitaris per a aquesta població. Aquestes necessitats augmenten a conseqüència de l'increment de l'esperança de vida i de les situacions de dependència.

Totes aquestes realitats i tendències demogràfiques i socials que configuren la realitat espanyola i balear han d'esser analitzades en funció de les conseqüències i dels impactes que tenen. Efectivament, conèixer i comprendre aquesta realitat tindrà efectes importants a tots els nivells i cal tenir-los en compte en tots els sentits i aspectes. Quins són aquests efectes? Quines característiques tenen?:

1) El procés d'envelliment de la societat i de la població contribuirà, d'una manera important, a modificar les relacions entre generacions, amb tot el que això implicarà en tots els nivells. És una qüestió fonamental des de la perspectiva econòmica, social, cultural i política. La modificació de les relacions intergeneracionals suposarà, segons la manera com es dugui a terme: un canvi en el conjunt de la societat, en les relacions socials, en la cultura de l'envelliment, en la concepció de les pensions, en la manera de tractar la situació de la gent gran, en el desenvolupament de les polítiques socials, en la manera de concebre els processos de jubilació, en el valor de la solidaritat, en el paper del voluntariat...

2) D'acord amb aquests canvis en les relacions entre generacions, l'envelliment de la població obligarà a replantejar d'una manera concreta i específica els patrons del temps de treball i jubilació:

- Increment del valor social de la vida autònoma, de l'envelliment actiu
- Modificació de les condicions de treball
- Replantejament de la política de pensions
- Combinació de les pensions públiques i dels plans de jubilacions i pensions privats
- Reestructuració de la Seguretat Social
- Augment de l'edat de jubilació
- Combinació del treball i de la jubilació
- Maneres noves de viure la jubilació
- Rols i funcions nous de la gent gran
- Relacions familiars noves entre padrins, pares i fills
- Maneres noves de gestionar els serveis per a la gent gran

Així doncs, no hi ha cap dubte que vivim moments econòmics complicats, però també des de la viabilitat de l'estat del benestar, que, si analitzam les polítiques que apliquen el Govern espanyol i les comunitats autònomes, comença a ser qüestionat. Un dels aspectes que té interrogants importants són les noves polítiques que s'apliquen per a la gent gran. Efectivament, les mesures que tiren endavant no dibuixen un futur clar per a aquest col·lectiu:

a) L'increment de l'edat de jubilació obligatòria és una de les mesures que es comencen a tirar endavant d'una manera progressiva, però irreversible. Tot i que hi ha diferències entre l'edat de jubilació real i la legal, totes les decisions s'encaminen perquè l'edat de jubilació sigui als 67 anys.

b) La disminució progressiva de les pensions de la gent gran des de fa uns quants anys, tant d'una manera directa com indirecta, augmenta la retenció dels impostos del rendiment personal i altres despeses significatives.

c) L'increment de les taxes que paguen els jubilats per poder accedir als medicaments que necessiten.

d) La disminució dels ajuts que va arrencar la denominada Llei de la dependència. Aquesta decisió tindrà conseqüències negatives a tots els nivells, tant per a les persones dependents com per als cuidadors i les famílies.

e) En el marc de la rebaixa de les polítiques a favor de l'autonomia personal i de prevenció de la dependència, cal fer referència a les repercussions en els serveis i institucions que treballen amb la gent gran.

f) La disminució de les polítiques que apliquen els ajuntaments i les comunitats autònomes per atendre aquest sector de la població i que poden implicar una retallada significativa en la seva qualitat de vida.

g) Les campanyes implícites i explícites a favor dels plans de pensions i de jubilacions privats com a sistema d'acumulació individual en contraposició al que signifiquen les pensions com a sistema de solidaritat intergeneracional. Tot i que la crisi econòmica significa, en alguns casos, que la inversió en plans de pensions i de jubilacions hagi tingut pèrdues importants, els missatges privats i públics incideixen en la idea que la política de pensions actual és inviable.

D'acord amb això, assistim també al final d'una etapa en aquest camp, al canvi d'una manera de concebre la societat, a la modificació de les relacions laborals, a una altra manera de desenvolupar les pensions. Som davant un paradigma social, polític i econòmic

nou, davant una realitat nova de la gent gran, una altra manera de definir aquest nou i vell grup social; s'estableixen uns rols i funcions nous. Hem d'analitzar, en el context europeu, espanyol i en el de les Illes Balears, la realitat i les conseqüències de l'existència d'un grup social —el de la gent gran— que ha de redefinir el seu paper en la societat del segle XXI, la del coneixement. És un grup social que de cada vegada és més nombrós, divers, plural, heterogeni, i que té unes demandes i necessitats socials noves.

2. Les noves realitats i funcions de la gent gran en la societat actual

És evident que el procés d'envelliment demogràfic té, tal com hem posat de manifest a l'apartat anterior, conseqüències importants i significatives a tots els nivells. Això implica constatar que existeixen unes noves realitats i funcions de la gent gran que demostren els canvis que experimenta aquest sector de la població. Així, en aquest apartat, analitzarem diverses realitats que retraten aquest sector de la població, malgrat sigui d'una manera parcial. En aquest sentit, i a través d'una sèrie de fets i estudis, posarem de manifest les noves realitats de la gent gran:

1. Un estudi de l'Observatori de Vulnerabilitat de la Creu Roja de Catalunya (2012) sobre l'impacte de la crisi en les persones grans planteja un seguit de conclusions ben interessants i significatives. Tot i això, s'han de concebre com a parcials, ja que no es poden generalitzar sense fer estudis més profunds sobre la població gran. Marquen, però, una tendència social que cal tenir en compte:

a) Tot i que hi ha una percepció generalitzada que el col·lectiu de gent gran té uns condicionants que d'entrada poden fer pressuposar que pateixen un impacte de la crisi econòmica més baix, és una afirmació que cal matisar, perquè hi ha diversos condicionants que cal tenir en compte per poder oferir una visió global d'aquesta realitat. La gran majoria tenen garantits uns ingressos mensuals en forma de pensió, no tenen càrregues econòmiques per a l'habitatge, o, si més no, són més baixes —predomina el règim de la propietat—, i, a més, estan lliures d'altres despeses que són pròpies dels grups de menys edat (escola, alimentació, roba i equipaments per als fills/es, etc.).

   Això no obstant, més de la meitat de les persones entrevistades consideren que la crisi econòmica els ha afectat molt o bastant, i, en el Grup de Pobresa, l'afectació és extremadament elevada en intensitat i en percentatge: arriba a nou de cada deu persones. El motiu d'afectació de la crisi entre la gent gran no és tant la disminució dels ingressos o la pèrdua de prestacions, sinó la dificultat per fer front a les despeses de la vida diària amb unes pensions sovint insuficients. Els darrers dos anys, la majoria de les persones grans han perdut capacitat d'estalviar i el motiu principal d'això és

l'encariment dels productes de consum. En aquest aspecte, cal tenir en compte que aquest estudi es va fer abans que s'aplicassin les retallades econòmiques i socials que afecten aquest col·lectiu (increment de l'IRPF, copagament dels medicaments i altres serveis, apujada de l'IVA, etc). Això significa, doncs, que aquestes conclusions ja han estat superades per la realitat.

b) A més de l'impacte econòmic, cal tenir en compte l'emocional i el vivencial que provoca la crisi entre la gent gran. La situació de crisi provoca angoixa, i cal tenir en compte que hi ha la percepció, i la realitat, que aquesta crisi és més greu que altres que hagin viscut. El propi procés d'envelliment ja comporta un procés de pèrdues, especialment lligades a la salut, i d'increment de situacions de dependència. Aquest procés, segons el context social i familiar de cadascú, els condiciona la capacitat d'envellir satisfactòriament. Per aquest motiu, el context socioeconòmic actual pot fer augmentar el risc de vulnerabilitat. Més enllà dels efectes materials directes, s'intueix un altre motiu d'afectació més profund: l'evidència que les generacions posteriors viuran encara en una situació pitjor que ells, la qual cosa desmunta un dels principis del progrés social. Per tant, aquesta situació provoca una sensació de derrota personal i generacional. Segurament aquest comença a esser el missatge que té no solament aquesta generació, sinó també les joves, que es mouen entre la indiferència, indignació, frustració, impotència i la manca d'expectatives. La generació més ben formada de la història té poques expectatives de futur; hi comença a haver la idea que caldrà emigrar d'Espanya.

c) Una altra de les conclusions que també és significativa és que la majoria de gent gran estudiada ha adoptat mesures d'estalvi: en l'energia, l'alimentació, en les condicions de salut... Efectivament, totes aquestes mesures —imprescindibles a conseqüència de l'aportació econòmica de les pensions, de l'increment de les despeses socials i sanitàries, i del nivell de vida— incideixen sobre la qualitat de vida i el benestar de la gent gran. A mitjan termini, som davant una disminució de l'esperança de vida de la població? Hi haurà un retrocés significatiu del nivell de vida d'aquesta població? Augmentaran les malalties i els problemes de salut d'aquest sector de la població? Som davant una situació de vulnerabilitat final del grup de persones grans?.. I així podríem continuar analitzant l'impacte de la situació, que empitjorarà les condicions de vida d'aquesta població, sobretot dels sectors més vulnerables socialment i econòmicament. Cal tenir en compte que la gent gran, tal com avançam en l'anàlisi, compleix unes funcions socials noves que abans eren impensables.

d) Les dades d'aquest estudi, i també les d'altres, posen de manifest que de cada vegada més la gent gran és un puntal bàsic de les famílies i de les generacions joves. I aquesta situació abraça des d'ajuda econòmica fins a atendre els néts, etc. Els resultats obtinguts mostren que una bona part de les persones grans són clau en la sostenibilitat de moltes famílies, ja que hi aporten ajut econòmic, material o ofereixen allotjament als fills.

Una altra dada rellevant és que una de cada quatre persones del Grup de Pobresa ha hagut d'acollir a casa seva els fills —i els néts, si en tenen—, els quals encara viuen una situació pitjor: no tenen treball ni prestacions ni possibilitat de pagar un habitatge o un lloguer. Per contra, un 31% de les persones d'aquest mateix grup ha perdut algun tipus de suport (majoritàriament, el dels fills i filles, però també dels Serveis Socials).

e) Tot això implica que la gent gran, d'acord amb aquests resultats i en funció del nivell de desocupació general i juvenil que pateix la societat espanyola, és un factor de contenció social; és un element fonamental per evitar una conflictivitat social important i significativa. És a dir, el suport social que ofereix el col·lectiu de gent gran als fills i néts ha de ser analitzat des de la perspectiva de la cohesió social i de l'existència d'una societat estable. Es tracta, doncs, d'una nova funció que no havia exercit en la història recent. Això significa la importància i l'impacte de les pensions d'acord amb aquestes funcions i, per tant, les conseqüències negatives que pot tenir una disminució de les pensions, tant d'una manera directa com indirecta.

2. Un altre estudi de Megías Ballesteros i Guerra (2011), titulat *Abuelos y abuelas..., para todo: percepciones en torno a la educación y el cuidado de los nietos*, posa de manifest el rol nou que tenen els padrins en l'educació dels néts en funció dels canvis familiars existents, de la incorporació de la dona al món del treball o dels costos de tenir fills avui en dia. Aquest rol nou suscita moltes reflexions i debats des de moltes perspectives. Efectivament, és una situació que necessita respostes provinents del conjunt de la societat, ja que genera un rol nou dels padrins, amb responsabilitats noves i significatives, una percepció nova per part de la societat i de les famílies respecte de la gent gran; i també implica analitzar el valor econòmic que suposa per a la societat aquest rol nou dels padrins, que contribueix a construir una altra vellesa, una altra cultura de l'envelliment.

En aquest context, cal fer referència a un estudi de l'IMSERSO (2010), que ofereix dades respecte de la gent gran que té a partir de 65 anys en relació amb la cura dels néts:

- A Espanya, un 37% dels padrins i padrines tenen contacte diari amb els néts; un 17%, algunes vegades per setmana; un 7%, una vegada per setmana, i un 7% no hi tenen cap tipus de contacte.

- La meitat dels padrins tenen cura dels néts pràcticament cada dia (unes dècimes més, els homes que les dones, la qual cosa és una dada interessant sociològicament, psicològicament i ideològicament) i un 45%, quasi cada setmana.

- Els padrins comencen a atendre els néts amb més freqüència que les padrines, però aquestes en tenen cura més temps.

En el context d'aquest estudi de l'IMSERSO, és interessant el que plantegen Badenes i López (2010) a *Doble dependencia: abuelos que cuidan nietos en España.* Efectivament, el concepte de doble dependència resulta prou interessant, ja que implica que la gent gran (un col·lectiu potencialment dependent i preceptor de cures) s'ha de fer càrrec dels néts i tenir-ne cura en tots els sentits. Aquesta situació pot tenir moltes manifestacions en funció de la salut dels padrins, si viuen tots sols, si han d'exercir aquestes funcions d'una manera obligada. Així, com assenyalen Badenes i López (2011, 144):

> «[…] *se puede afirmar que más que la disposición voluntaria de los abuelos al cuidado de los nietos parece ser la necesidad de los hijos lo que explica el cuidado de los nietos por parte de los abuelos. La independencia laboral de los hijos es un determinante fundamental del cuidado: los hijos con menor disponibilidad de tiempo en función del contrato en el que se emplean dejan más a sus hijos a cargo de los abuelos. En cambio, ni la mala salud ni las dificultades económicas de los abuelos frenan el que adquieran la responsabilidad del cuidado de sus nietos*».

Aquesta situació i aquestes condicions són les que poden possibilitar que aquesta responsabilitat, «obligada» per les circumstàncies, es transformi en una sensació de càrrega clara i evident, amb totes les conseqüències que aquest fet pot implicar per a la salut, el benestar, les relacions socials, per gaudir del temps lliure i de la jubilació. És, per tant, una situació que pot generar problemes, i en genera. En qualsevol cas, és una funció nova de la gent gran, no solament des de la perspectiva de cura, sinó també des de l'educativa, la qual va més enllà de la que tradicionalment ha desenvolupat en aquest aspecte.

Quines vivències té la gent gran respecte d'aquesta nova funció, que se situa entre passar gust i l'obligació? Tot i que és una qüestió complexa, ja que hi ha situacions plurals i diverses, de l'estudi de Megías, Ballesteros i Guerra (2011, 96-97) en podem extreure una reflexió i almenys dues conclusions importants:

> «*Todo lo comentado genera entre los abuelos y abuelas la convicción de estar viviendo nuevos tiempos en relación con su rol social, y fundamentalmente en contraposición a los referentes que tenían en relación con la figura de quienes fueron los abuelos y abuelas que marcaron su infancia. Es decir, que durante toda su vida han crecido y madurado observando e interiorizando la figura de unos abuelos cuyo simbolismo y significado parece hoy en día haber perdido el lugar como referente social, familiar, cultural y en valores. Por ello, cuando ellos y ellas han llegado a ser abuelos y abuelas lo han hecho desde la sensación de haber tenido que reinventar su propio rol y significado, adaptando los recuerdos y referentes que tenían a una época que parece más exigente con su labor e implicación. En este sentido muchos de ellos se sienten desubicados al considerar que encarnan valores de otra época, e incluso maneras de entender las relaciones familiares y sociales que pertenecen al pasado (el modo en que se establece*

la relación entre los nietos y los abuelos, por ejemplo, antes más distante y respetuoso, ahora más cercano y con mayor confianza). La convicción encuentra su refuerzo en el propio imaginario colectivo, caracterizado por un discurso de padres y madres que asumen que los abuelos encarnan esos valores "de verdad" como parte de la estrategia a partir de la cual encuentran la justificación que sostiene que se deleguen algunas responsabilidades en ellos: no hay por qué preocuparse, porque lo harán mejor que yo ("si me educaron a mí en su día…")».

Per una part, i això és el que manifesta el fragment anterior, hi ha la desubicació funcional. Aquest tema és important, ja que la gent gran no acaba de saber quina és la seva funció educativa, quin són els límits, les seves responsabilitats, el seu paper educatiu en relació amb els néts i pares. No és un tema poc insignificant, ja que és una funció nova que no té una tradició cultural ni generacional, i que provoca una sensació significativa d'inseguretat. Per altra part, hem de fer referència a la desorientació sobre què significa educar néts en la societat actual. I aquesta situació és clau per saber el que s'espera de la gent gran a l'hora d'educar d'una manera quotidiana i real els néts. Cal tenir en compte que assumeixen una funció educativa tan important com la dels pares, i educar, en la societat actual, és una tasca molt complexa.

En aquest context de desorientació i desubicació, no és estrany que augmenti la documentació que pretén ajudar els padrins a educar els néts. Efectivament, des d'aquesta perspectiva, hem d'assenyalar que, d'una manera genèrica, l'educació al llarg de tota la vida arriba a final del segle passat a la gent gran i n'hi ha molts de testimonis, tant pel que fa a l'educació reglada com a la no reglada. Cal fer referència, també, a llibres que volen contribuir a donar elements teòrics i metodològics per ajudar a educar els néts. Un exemple d'aquesta orientació educativa és el llibre de Bernad (2012), titulat *De professió avi. Ser avis avui (...amb fonaments i vocació).* És un llibre que tracta les funcions dels padrins des de la perspectiva educativa; no és una obra de reflexió teòrica, sinó, fonamentalment, de caire pràctic, concret, pedagògic, amb suggeriments, idees i recursos.

Per tant, és un rol nou en el qual l'educació té un paper fonamental i que significa un canvi en les funcions tradicionals que ha exercit la gent gran en el procés de socialització dels néts. Es tracta d'una novetat que ha sorgit a conseqüència dels canvis familiars i socials, i que posa de manifest una sèrie de fets: a) La manca de preparació, en general, dels padrins per desenvolupar sense angoixa les noves funcions educatives en uns moments de crisi de l'educació, de la família, de valors, de crisi social de quasi tot; b) La necessitat, per part de la societat, de posar en valor aquesta nova funció educativa des de perspectives diverses: el de la gent gran, l'econòmic, el social, cultural i ideològic. Així, és evident que caldria conèixer l'impacte econòmic que té el fet que els padrins tinguin cura dels néts. Creiem que és una qüestió important davant la visió que tenen alguns sectors de la societat sobre el fet que la gent gran no aporta res a la societat, i, no solament això,

sinó que es converteixen una càrrega social, econòmica i familiar. Alguns dels exemples plantejats posen de manifest que la gent gran té, de cada vegada més, un paper actiu en tots els sentits —polític, econòmic, familiar, social, educatiu, cultural, etc.—, fins i tot es pot afirmar que són agents de canvi social. En aquest sentit, malgrat sigui una visió passada, cal fer referència a l'impacte que va tenir el renaixement dels balnearis com a espais de beneficis econòmics, socials i de salut, per posar solament un exemple.

En aquest context plantejat, és interessant fer referència a dues notícies que posen de manifest els canvis que hi ha respecte d'aquesta qüestió. Per una part, el govern alemany es planteja crear un permís per als padrins perquè puguin compaginar el treball amb la cura dels néts; tindria unes característiques semblants al permís que es concedeix als treballadors per paternitat. És un tema que estudia i suscita debats al si del govern i de la societat alemanys. El partit polític de la cancellera Angela Merkel vol implicar els padrins en l'educació dels néts a través d'una fórmula legal. Tot i que és un tema obert, perquè hi ha debats, ja que hi ha diverses opinions sobre si aquesta funció s'ha de regular, i, en el cas que es reguli, de quina manera s'ha de fer. Per altra part, cal posar de manifest que, en el mateix context plantejat, l'ONU, a través de la coordinadora del Programa de família, ha proposat subsidis per als padrins que tenen cura dels néts, coincidint amb la preparació del XX edició de l'Any Internacional de la Família, l'any 2014. És una mesura que està en procés d'estudi i que es fonamenta en la necessitat d'estimular la natalitat dels joves i de donar resposta a la nova realitat de la gent gran.

3. Tot i que l'article no pretén analitzar totes les característiques i conseqüències de l'envelliment demogràfic, hi ha una qüestió que cal deixar plantejada, perquè té importància i transcendència. Fa referència a la globalització econòmica i a les conseqüències que té sobre la gent gran. En aquest aspecte, en el marc de les noves mirades de la vellesa, el fragment següent ens ajuda a conèixer aquesta qüestió i a reflexionar-hi (Ramos 2009, 347):

> «*Sin embargo, "vivimos en una era signada por un envejecimiento global sin precedentes, acelerado e inexorable. Nunca antes tanta gente había vivido tantos años. Llegar a una edad avanzada, hasta hace poco prerrogativa exclusiva de los países 'desarrollados', constituye ahora un beneficio común del desarrollo a nivel mundial.* [...] *El envejecimiento de la población es uno de los grandes triunfos del desarrollo en el sentido de que por primera vez en la historia de la Humanidad la mayoría de las personas puede esperar sobrevivir hasta la tercera edad", (HelpAge Internacional, Ibíd.: 2). A pesar de ello, en la agenda internacional sobre derechos humanos y desarrollo económico y social, las personas mayores no son tenidas en cuenta como un colectivo destacado, ni se incorpora el envejecimiento demográfico como un aspecto decisivo para el diseño de un desarrollo sostenido a largo plazo. La importancia de globalizar los temas del envejecimiento será determinante porque son los que centrarán el debate en los próximos años y en los cuales todos los países deberán tomar posiciones. Lo cierto es que este aplazamiento en el abordaje de los temas relacionados con las personas*

mayores tiene consecuencias negativas especialmente para las mujeres. En primer lugar, para las mujeres de edad avanzada que tienen una esperanza de vida mayor que los hombres y por ello más posibilidades de vivir durante más años situaciones de dependencia, viudas, solas y con insuficientes recursos económicos y sociosanitarios. Y, en segundo lugar, para el resto de mujeres adultas que se ven abocadas a dar soluciones al cuidado y atención de las personas ancianas dependientes, en su mayoría también mujeres, a expensas de su propia calidad de vida. En otras palabras, lo que los gobiernos y la comunidad internacional no están resolviendo, lo tiene que asumir la mujer como un problema personal, ya que ha sido quien tradicionalmente ha cumplido una función social importantísima como eje de los cuidados de los/las niños/as y personas adultas dependientes. Este rol social sigue siendo atribuido por género a las mujeres. Y aún en la actualidad está escasamente cuestionado. Las mujeres mayores cumplen decisivos roles en la economía familiar atendiendo a los niños y niñas de la familia, lo cual libera a los padres y madres para salir a trabajar fuera del hogar».

És, per tant, una qüestió que cal analitzar més a fons. La globalització ja és aquí i té conseqüències importants també per a l'envelliment. És un tema sobre el qual convé continuar la reflexió profunda; cal analitzar quines conseqüències té tot això per a aquest sector de la població.

Així doncs, els països desenvolupats viuen un procés de canvi important de les funcions de la gent gran, a conseqüència de l'envelliment demogràfic de la societat, de la caiguda de la fecunditat, dels canvis econòmics i socials, de les noves realitats familiars, etc. Són funcions noves que es consoliden, que s'institucionalitzen d'una manera progressiva i que necessiten una resposta social des de la reflexió, des del debat, des de la participació de tots els sectors socials. Entram en una nova etapa de les relacions entre la gent gran i la societat, entre la gent gran i les noves generacions, entre la gent gran i l'Estat, entre la gent gran i les famílies. És la constatació que som, també en aquest aspecte, davant un canvi profund que cal continuar estudiant i donar-hi les respostes adequades.

3. Cap a una nova cultura de l'envelliment, una nova concepció de la jubilació i un nou concepte de relació intergeneracional

Totes aquestes dades, informacions, realitats, funcions, tots aquests rols nous de la gent gran posen de manifest el canvi del concepte de solidaritat, de pacte intergeneracional. Si històricament aquest pacte, aquesta solidaritat, implicava que les persones joves eren les que feien sostenible el sistema de pensions de la gent gran, d'una manera progressiva la realitat actual el qüestiona. Per tant, les pensions de la gent gran són un factor fonamental de seguretat social per a les famílies, per als fills i néts. Això significa que qualsevol mesura política, econòmica, social, sanitària o fiscal té conseqüències importants

des de la perspectiva de la cohesió social, a causa de les circumstàncies actuals de crisi econòmica. Qualsevol mesura pública que sigui adoptada sobre la gent gran podria repercutir directament en la seva xarxa familiar i social.

Per tant, és evident que la situació de crisi econòmica, l'augment del nombre de desocupats, la rebaixa real de les pensions, l'increment de la fiscalitat directa i indirecta, l'encariment d'uns determinats productes de consum importants per a la gent gran, etc., té conseqüències importants des de la perspectiva de la cohesió social i familiar, i en tindrà. Així doncs, vivim una situació que encara es pot agreujar més en tots els sentits i dimensions.

De tot això en podem extreure les conclusions següents, en relació amb la institucionalització d'una nova cultura de l'envelliment, d'una nova concepció de la jubilació i, en definitiva, d'un nou concepte de relació intergeneracional. Cal tenir en compte aquests canvis des de la perspectiva dels rols nous de la gent gran. Així, i des d'aquesta òptica, podem analitzar els aspectes següents:

1) La situació de les persones grans en el futur serà sotmesa a canvis importants en el marc del que s'ha denominat envelliment actiu. Efectivament, la crisi econòmica, la millora de l'esperança de vida, l'existència d'una desocupació estructural, el nombre significatiu de joves sense treball, el procés d'emigració progressiva de joves espanyols cap a països europeus i altres continents, la tornada de la immigració cap als països d'origen, la millora de la qualitat de vida i del benestar de la gent gran, etc., tot plegat implicarà que la gent gran tingui un paper més actiu en la societat i la família: El triangle de jubilació, treball i formació serà un eix bàsic de la gent gran que deixi progressivament el mercat de treball. En aquesta perspectiva, és evident que el punt d'inflexió és la idea que la gent gran que tingui bona qualitat de vida haurà de tenir una participació activa en la societat en nivells diferents: laboral, econòmic, familiar, de voluntariat, etc. Solament en el moment en què hi ha sectors de la gent gran que entren en una dinàmica de dependència i abandonen progressivament l'autonomia personal, és quan deixen de participar d'una manera activa en la societat.

2) Hi ha sociòlegs i economistes que proposen de cada vegada més la jubilació progressiva. Així, comença a haver-hi propostes no solament d'allargar l'edat de jubilació, sinó també d'introduir la jubilació per fases o parcial, o també de reduir el cost de la Seguretat Social dels grans per a les empreses. Es tracta, d'acord amb l'increment de l'esperança de vida i dels problemes de sostenibilitat de les pensions, d'adoptar aquelles mesures que facin possible la jubilació progressiva, concebuda d'una altra manera.

3) En el marc d'aquest plantejament, és interessant fer referència a un manifest plantejat per una sèrie de catedràtics d'Universitat l'any 2008 —entre els quals cal assenyalar Rocío Fernández-Ballesteros o Juan Díez Nicolás— contra la jubilació obligatòria.

Segons aquests autors, la jubilació obligatòria implica discriminació en funció de l'edat. Algunes de les raons que plantegen per defensar aquesta proposta són les següents (Bayés 2009, 30):

«—*La jubilación exclusivamente por razón de la edad supone una discriminación tan rechazable como lo sería la jubilación obligatoria por razón del sexo o género, de raza, o religión, etc.*
»— *España ha suscrito numerosos tratados y convenios internacionales por los que está comprometida a convertir la jubilación en voluntaria.*
»— *Las Naciones Unidas, la Comisión Europea, el Consejo de Europa, el Banco Mundial, y muchos otros organismos internacionales, llevan años reclamando a los gobiernos nacionales que reconozcan el carácter voluntario de la jubilación así como el estímulo a prolongar la vida laboral y ello está ocurriendo ya en otros países*».

Tot i que les coses evolucionen ràpidament, és evident que les jubilacions i pensions patiran canvis importants de tot tipus. Efectivament, la situació actual fa que la qüestió de l'edat de jubilació, les prejubilacions, la combinació del treball i de les pensions, del treball temporal i parcial, de l'aprenentatge al llarg de tota la vida, etc., estigui en un procés de transició permanent. Segurament, el que ara són propostes en el futur seran una realitat, fins i tot contra la voluntat de determinats sectors de la ciutadania. La qualitat de vida de la gent gran, l'increment de l'esperança de vida i la sostenibilitat del sistema públic de les pensions, etc., seran factors que dinamitzaran aquestes noves propostes sobre les jubilacions progressives.

4) La situació actual de crisi econòmica, el nombre de joves desocupats, la situació de les famílies, juntament amb altres factors, faran que el paper de les persones jubilades i amb pensions contributives —i, fins i tot, no contributives—sigui més actiu del que seria recomanable per al manteniment de la cohesió familiar i social. Efectivament, l'ajut econòmic, la contribució a l'educació dels néts i altres tipus d'ajuts seran, en aquests moments que vivim, una constant en la vida de la gent gran. Aquesta situació va en la direcció contrària de la seva qualitat de vida, del seu benestar, salut i satisfacció personal. Som davant una realitat de dependència de sectors de les joves generacions respecte de les generacions grans; una qüestió inversa al que havia estat, fins fa poc, la realitat social i natural.

5) En aquest context plantejat d'envelliment actiu i de participació social de la gent gran, un tema fonamental és la qüestió del voluntariat social d'aquest sector de la població, no solament en relació amb el seu col·lectiu, sinó sobretot amb el conjunt de la societat. Efectivament, el paradigma de l'envelliment actiu i de la participació de la gent gran en el desenvolupament social és de cada vegada més important des de totes les perspectives i a través d'una sèrie d'actuacions, de les quals hem vist exemples.

Són temps nous, de situacions noves a les quals cal fer front amb actituds i comportaments diferents (Fernández-Ballesteros 2009). Cal construir una nova ciutadania, en la qual la gent gran tindrà un paper més significatiu, tal com planteja Subirats (2011, 87) d'una manera prou interessant:

«*Las personas mayores son personas que quieren participar activamente y de manera integral en la sociedad española. Una sociedad que encara este siglo con la preocupación de velar, d'una manera equilibrada y equitativa, por el conjunto de necesidades y expectativas de todas las personas sea cual sea su edad, género o condición. Es necesario estimular y reconocer la gran contribución de las personas mayores al bienestar del país, y el papel que han jugado y seguirán jugando en relación a la gente que les rodea, en relación a las comunidades donde viven y se relacionan, y en relación al conjunto del país y del mundo.*

»*Estos valores y deseos contrastan con una realidad en la que más bien se considera a las personas mayores como objeto de atención, más que como sujetos dotados de autonomía, y mucho menos como personas capaces de desarrollar críticamente esa autonomía. En este artículo-ensayo se abordará este tema tratando de poner de relieve los elementos normativos (valores) que entendemos han de inspirar los aspectos sustantivos y operativos de las políticas que más afectan a ese gran colectivo de españoles. Queremos contribuir a construir nuevos relatos y, consiguientemente, nuevas políticas con y para las personas mayores*».

Resulta evident que la construcció d'aquesta nova ciutadania necessita les aportacions i contribucions de la gent gran. Com ha estat plantejat, la qüestió del voluntariat d'aquest col·lectiu serà fonamental, i, en aquest sentit, la feina que cal fer és immensa en totes les dimensions. Les dades i reflexions de l'Eurostat (2011) són, en aquest sentit, molt importants, si volem veure l'impacte que la institucionalització definitiva del voluntariat tindrà en el conjunt de la societat. Els avantatges del voluntariat són, en aquest sentit, de tipus personal, social, econòmic, cultural, polític, educatiu i de salut. Per tant, el voluntariat és una de les respostes als canvis demogràfics, socials, econòmics i socials, al trencament simbòlic i real del pacte intergeneracional, i una manifestació del que és l'envelliment actiu i la construcció de la ciutadania del segle XXI.

Així doncs, la resposta a aquest trencament de la solidaritat intergeneracional, que pot tenir efectes negatius per a la societat, implica la construcció real, legal i social d'un envelliment actiu en el qual les relacions entre generacions, a través d'ajudes mútues, seran fonamentals per mantenir l'Estat i la societat del benestar enfront de l'estat de malestar social i personal que s'instal·la en la nostra societat. En uns moments en què les edats esdevenen líquides, la necessitat d'una nova vellesa, d'un nou model d'envelliment, és fonamental. Aquest és el repte.

Referències bibliogràfiques

Badenes, N.; López, M. T. (2010). *Doble dependencia: Abuelos que cuidan nietos en España.* Madrid: Civitas.

Bayés, R. (2009). *Vivir. Guia para una jubilación activa.* Barcelona: Paidós.

Bernad, J. A. (2012). *De professió avi. Ser avis avui (... amb fonaments i vocació).* Barcelona: Graó.

Carretero, S. (2009). «L'envelliment demogràfic a les Illes Balears. Perfil demogràfic de la població seixanta-cinc anys o més». A: Orte. C. (dir.). *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2009*. Palma: Universitat de les Illes Balears i Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració, pàg. 33-63.

Causapié, P.; Balbontín, A.; Porras, M.; Mateo, A.; Sánchez, M. (coord.) (2011). *Envejecimiento Activo. Libro Blanco.* Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Secretaría General de Política Social y Consumo Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Eurostat (2011). *Activ ageing and solidarity betwen generations. A statiscal portrait of the European Union 2012.* Belgium: European Union.

Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología.* Madrid: Pirámide.

IMSERSO (2010). *Encuesta Mayores 2010.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, Secretaría General de Política Social y Consumo.

Megías, I.; Ballesteros, J. C. (2011). *Abuelos y abuelas..., para todo: percepciones en torno a la educación y el cuidado de los nietos.* Madrid: Fundación de Ayuda para Drogadicción (FAD).

Observatori de Vulnerabilitat de la Creu Roja a Catalunya (2012). *L'impacte de la crisi en les persones grans.* Barcelona: Creu Roja.

Ramos, M. (2009). «Impacto de la globalización en las personas mayores». A: Martínez, L.; Gil, P.; Serrano, J. M., Ramos (coord.). *Nuevas miradas sobre el envejecimiento*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Subirats, J. (2011). «El reto de la nueva ciudadanía. Nuevos relatos y nuevas políticas para distintas personas mayores». A: Causapié, P.; Balbontín, A.; Porras, M.; Mateo, A.; Sánchez,

M. (coord.). *Envejecimiento Activo. Libro Blanco.* Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Secretaría General de Política Social y Consumo Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Vives, M. (2009). «Una visió de la gent gran des de la perspectiva dels indicadors socials. Comparativa autonòmica, nacional i europea». A: Orte, C. (dir.). *Anuari de l'Envelliment. Illes Balears 2009*. Palma: Universitat de les Illes Balears i Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració, pàg. 65-125.

Autors

MARTÍ X. MARCH I CERDÀ

Va néixer a Pollença (Mallorca) el 1954. És llicenciat i doctor en Ciències de l'Educació per la Universitat de Barcelona. És catedràtic d'universitat de Sociologia de l'Educació i Pedagogia Social de la UIB. Està especialitzat en avaluació de programes educatius i socials, estudis sociològics de l'educació i pedagogia social en els diversos àmbits, i ha fet diverses publicacions, comunicacions i ponències en congressos, etc. sobre aquests temes. És professor de Gerontologia Educativa del grau d'Educació Social. Ha estat director del Departament de Ciències de l'Educació de la UIB durant diversos anys, director del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques, director general d'Universitat del Govern de les Illes Balears i vicerector primer de Planificació i Coordinació Universitària de la UIB. També ha estat vicepresident de la Societat Iberoamericana de Pedagogia Social. És director i coordinador de l'Anuari de l'Educació de les Illes Balears.

CARMEN ORTE SOCIAS

Santander (Cantàbria). Llicenciada en Psicologia i doctora en Ciències de l'Educació. Catedràtica d'universitat de Pedagogia de la Inadaptació Social del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. Està especialitzada en temes d'inadaptació social, en els quals desenvolupa la seva tasca docent i d'investigació des de l'any 1987. Ha dirigit i dirigeix projectes de R+D i altres projectes de tipus educativosocial, sobre els quals ha realitzat diverses publicacions en l'àmbit nacional i internacional. Des de l'any 2003 és investigadora principal en diverses investigacions competitives sobre la prevenció del consum de drogues i l'educació per a la competència familiar del Ministeri de Ciència i Tecnologia. És consellera del Consell Econòmic i Social de les Illes Balears. És la directora de la Universitat Oberta per a Majors de la UIB i de l'Oficina per a Programes Universitaris de la UOM. És la directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal.

ELS DRETS DE LA GENT GRAN

Els drets de la gent gran

Margalida Vives Barceló

Resum

Els drets de la gent gran han tingut un desenvolupament diferent segons la zona mundial que analitzem. Hi ha hagut diversos organismes internacionals, especialment les Nacions Unides, que hi han treballat de manera continuada, si bé és cert que els resultats solen ser el que alguns autors anomenen «legislació tova» (resolucions, convenis, protocols...), i encara ara no hi ha cap document legislatiu prou sòlid per poder promoure els drets de la gent gran i protegir-los.

En aquest capítol, podrem observar el desenvolupament desigual d'aquesta legislació, sovint lligada a altres organismes que, si bé no es dediquen de manera originària a la gent gran, a través de determinats articles o recomanacions específiques normalment s'hi refereixen com un col·lectiu vulnerable que cal protegir. És el cas de l'Organització Internacional del Treball o del Comitè per l'Eliminació de la Discriminació contra la Dona.

En aquest article, descrivim els cinc principis bàsics que regulen els drets de la gent gran; analitzam els obstacles principals que hi podem trobar avui en dia, i, per acabar, oferim un seguit de propostes encaminades al ple desenvolupament dels drets de la gent gran, la seva promoció i protecció.

Resumen

Los derechos de las personas mayores han tenido un desarrollo diferente según la zona mundial que analicemos. Cierto es que diferentes organismos internacionales, especialmente las Naciones Unidas, han ido trabajando de forma contínua, aunque los resultados de estos trabajos suelen ser lo que algunos autores denominan "legislación blanda" (resoluciones, convenios, protocolos…) sin, aún hoy en día, tener un documento legislativo suficientemente sólido para promocionar y proteger todos los derechos de las personas mayores.

A lo largo del capítulo, podemos observar el desarrollo desigual de esta legislación, a menudo ligada a otros organismos que, si bien no se dedican de forma originaria a las personas mayores, sí que hacen referencia a este grupo social, normalmente como colectivo vulnerable al que se le debe proteger. Esto se realiza a través de artículos o recomendaciones específicas, como es el caso de la Organización Internacional del Trabajo o el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer.

Describimos dentro de este artículo los cinco principios básicos que regulan los derechos de las personas mayores, incluimos un análisis de los principales obstáculos que nos podemos encontrar en la actualidad, para terminar con una serie de propuestas encanimadas a un pleno desarrollo, promoción y protección de los derechos de las personas mayores.

1. La visió dels drets de la gent gran en la legislació

La importància dels drets de la gent gran rau no solament en el fet que és un col·lectiu que any rere any creix d'una manera exponencial, com mostren organismes oficials com ara l'OMS (2012), sinó que és un fet que ocorre a escala internacional i que actualment coincideix amb un fenomen també internacional: la crisi econòmica. En aquest sentit, cal recordar no solament aquells països o zones on els drets dels ciutadans no són respectats, sinó també de quina manera resulten afectats a països i zones territorials on fins ara els drets humans (i, en concret, els de la gent gran) estaven ratificats gràcies a les polítiques impulsades, però que han de fer front a la situació econòmica en què estem immersos.

Amb una primera lectura de la legislació sobre la gent gran i els seu drets, podem comprovar que, si bé la gent gran hauria d'estar inclosa en els convenis, protocols, declaracions, recomanacions, etc., dels diferents organismes mundials, europeus i nacionals generals, la realitat és que ha sorgit un debat sobre si aquests documents són suficients per respondre amb garanties a les necessitats i demandes de la gent gran o si és necessari crear una legislació més específica. En aquest sentit, hi ha autors com Barranco i Bariffi (2010) que afirmen que la gent gran són persones de ple dret, però amb unes característiques especials, ja que: «[...] pero si se trata de sujetos discriminados de hecho y forma indirecta, hasta el punto que se han incluido en los Ordenamientos jurídicos normas que prohiben y sancionan (incluso penalmente) la discriminación por razones de edad» (Barranco, Bariffi 2010, 6).

Si en fem un recorregut històric veurem que, en un primer moment, el debat es decantava per no reconèixer drets específics de la gent gran, ja que s'entenia que això representava un tracte preferencial o discriminatori i anava en contra del principi d'igualtat formal (Rodríguez-Piñero 2010). Amb tot, a l'actualitat trobam que és acceptada la necessitat de crear una legislació específica relativa a la gent gran precisament amb l'objectiu d'assolir aquesta igualtat formal de què parlàvem anteriorment. Si ens decantam per aquesta opció, és cert que hi ha el perill de no passar la línia del tracte discriminatori al diferencial. Per evitar aquesta errada, el Tribunal Europeu dels Drets Humans (TEDH 1968), al paràgraf 4, marcà un estàndard per determinar en quins casos un tracte diferencial no suposava un tracte discriminatori: a) que aquest tracte estigui basat en una justificació objectiva i raonable, i, b) que hi hagi una proporcionalitat entre els mitjans emprats i la finalitat que es vol assolir (Rodríguez-Piñero 2010, 25). Seguint aquest autor, aquesta filosofia no solament existeix en l'àmbit europeu, sinó que la Cort Interamericana de Drets Humans també es pronuncià a favor de mesures especials per assolir el principi d'igualtat de no discriminació i parlà d'especificar drets humans universals per concretar-los en situacions en què les persones que pertanyen a uns grups determinats puguin ser vulnerables.

Segons Pochtar i Pszemiarower (2011), per aconseguir-ho, cal promoure els drets i deures de la gent gran i protegir-los. D'aquesta manera, s'evitaria caure en

situacions que precisament la legislació vol evitar, com ara la discriminació i la vulnerabilitat.

Cal comentar que una tercera opció legislativa és incorporar alguns articles referits a la gent gran en legislacions específiques. Seria el cas de les que afecten les dones; per exemple, el Protocol de la Carta Africana dels Drets Humans i de les Persones de les Dones a l'Àfrica (2003), o de les relacionades amb el treball, com ara el Pacte Internacional de Drets Econòmics, Socials i Culturals (1995).

Un cop hem comentat les tres perspectives legislatives referides als drets de la gent gran, hem de dir que a l'actualitat aquests drets haurien de superar uns reptes addicionals:

a) Tot i que hi ha un llistat de resolucions a diferents nivells internacionals i nacionals, la majoria dels drets de la gent gran són catalogats amb el que Jaspers Faijer (2011) anomena *soft law*, ja que, si bé han estat creats per organismes com les Nacions Unides, no tenen el mateix valor jurídic que poden tenir els tractats. A més, pel que fa als continguts, si bé «reflecteixen les preocupacions, els compromisos i aspiracions comuns de la comunitat internacional en relació amb els drets de la gent gran» (Jaspers Faijer 2011, 32), són, bàsicament, uns acords mínims.

b) La dispersió de les normatives, recollides en nombroses disposicions i articles, i legislacions de diversa naturalesa fa que hi hagi un buit legal, en el sentit que no hi ha cap instrument internacional d'un valor jurídic prou sòlid per protegir els drets humans de la gent gran (Rodríguez-Piñero 2010).

c) A conseqüència d'això, hi ha nombroses i serioses dificultats per portar a la pràctica real la promoció i protecció d'aquests drets, i encara més quan ens enfrontam també a noves característiques de la població de gent gran, tant en l'àmbit internacional, europeu, nacional com l'autonòmic, al si d'una societat canviant (inclusió de noves tecnologies) i amb el fenomen internacional de la crisi econòmica. Així, a tall d'exemple, O'Shea (2003) planteja específicament que cal establir prioritats en el col·lectiu de la gent gran, la qual necessita cures de llarga durada, no solament en el sentit dels costos, sinó en el rol que ha de complir la seguretat pública en relació amb la privada i el reconeixement i suport que s'ha de donar als cuidadors familiars d'aquestes persones.

2. Els drets de la gent gran. Perspectiva internacional

Tal com hem assenyalat anteriorment, no hi ha una legislació específica que reguli d'una manera sòlida i internacional els drets de la gent gran, quan sí que existeix la referida a altres grups que poden ser considerats població vulnerable. Per Rodríguez-Piñero (2010),

això respon a dues raons. En primer lloc, perquè l'envelliment de la població com a fenomen evident a escala internacional no era tan evident quan va ser redactada la Declaració Universal dels Drets Humans, i, en segon lloc, perquè l'atenció de la gent gran estava més aviat enfocada com una assistència social especialitzada en l'àmbit de la gerontologia.

Amb tot, tenint present les normatives, resolucions, els pactes internacionals, etc., existents a partir de la Declaració Universal dels Drets Humans, els drets de la gent gran estan catalogats (Roqué 2011) en quatre generacions. Els primers són els drets civils i polítics, que són fixats pel poder estatal i protegeixen les persones; els de la segona generació englobarien drets econòmics, socials i culturals. Les altres dues generacions inclourien els drets col·lectius, com ara la lliure determinació, el desenvolupament, la independència econòmica i política. Per aquesta autora, la gent gran és titular dels drets de primera generació com a persones individuals i, com a col·lectiu, de les altres tres generacions.

Així doncs, podem afirmar que el començament dels drets legislats de la gent gran és a la Declaració Internacional dels Drets Humans de les Nacions Unides (1948), l'article 25 de la qual esmenta per primera vegada la gent gran com a col·lectiu d'especial protecció social a través de la Seguretat Social i que té dret a un nivell de vida adequat. Aquests dos principis seran les bases principals de la legislació internacional sobre la gent gran, si bé d'una manera bastant indirecta, segons Jaspers Faijer (2011). Així i tot, aquesta, diguem-ne, primera pedra per construir la legislació dels drets humans de la gent gran va fer que algunes de les declaracions que adoptaren posteriorment les Nacions Unides hagin adquirit un component vinculant i reflecteixin normes del dret internacional (Rodríguez-Piñero 2010).

Per Jaspers Faijer (2011), la següent fita important fou l'Assemblea General de les Nacions Unides, en la qual, ja d'una manera explícita, es crida l'atenció sobre la necessitat de protegir els drets de les persones d'edat i el seu benestar.

No és, però, fins deu anys més tard, el 1982, quan, a partir de l'Assemblea General de l'Envelliment de les Nacions Unides, es marca una fita important respecte del fenomen de l'envelliment i de les polítiques socials (Sosa 2007, citat per Leturia, Extaniz 2009, 17; Barranco, Bariffi 2010). En aquest esdeveniment es creà el Pla internacional de Viena, el qual reafirma que els drets de la Declaració Universal dels Drets Humans s'han d'aplicar:

> «[...] plenament i sense detriment de les persones d'edat, reconeixent que la qualitat de vida no és menys important que la longevitat i que, per tant, en la mesura que els sigui possible, les persones d'edat han de gaudir d'una vida plena, saludable i satisfactòria al si de les seves famílies i de la comunitat, i ser estimades com a part integrant de la societat» (Jasper Faijer 2011).

Cal tenir en compte dues fites importants de l'any 1991. Per una banda, l'aprovació dels principis de les Nacions Unides a favor de les persones d'edat, dels quals parlarem més endavant: independència, participació, cures, autorealització i dignitat. Aquests drets, que coincideixen amb els reconeguts prèviament pel Pacte Internacional dels Drets Econòmics, Socials i Culturals, de 1966, segons Barranco i Bariffi (2010) no són concretats en l'especificitat necessària per poder ser aplicats. La segona fita és la proclamació, per part de l'Assemblea General de les Nacions Unides, de l'Any Internacional de les Persones d'Edat.

El 1995, el Comitè de Drets Econòmics, Socials i Culturals, amb l'Observació general núm. 6, concreta aquests drets per a persones d'edat a través d'obligacions per als estats que han subscrit el Pacte de 1991. Per Rodríguez-Piñero (2010, 14) aquesta serà una de les fonts normatives més importants en relació amb els continguts dels drets de la gent gran, referits als drets humans de la gent gran. Així, també es refereixen a altres comentaris generals, com el de l'habitatge adequat (Comitè DESC 1997), l'educació (Comitè DESC 1999) o la salut (Comitè DESC 2000).

Madrid va ser el punt neuràlgic, el 2002, amb la II Assemblea General de l'Envelliment, de la qual sorgiren dos documents d'especial interès: la Declaració Política i el Pla Internacional sobre l'Envelliment, els eixos centrals dels quals són, per una banda, la realització de tots els drets humans i llibertats fonamentals de les persones d'edat, i, per l'altra, la garantia dels drets econòmics, socials i culturals, civils i polítics de la gent gran, així com l'eliminació de totes les formes de violència i discriminació en contra de les persones d'edat (Nacions Unides 2002).

Com hem comentat, la tercera via legislativa dels drets de la gent gran implica especificar uns determinats articles en documents d'altres organismes internacionals que, si bé tenen una naturalesa diferent, fan referència d'una manera explícita, a través d'aquests articles, als drets de la gent gran. Així, el Comitè per a l'Eliminació de la Discriminació contra la Dona va contribuir-hi, en la II Assemblea General de l'Envelliment (Madrid 2002), amb la Declaració sobre els Drets de les Persones d'Edat (CEDAW 2002). D'aquesta manera, liderà la promoció i protecció dels drets de les dones grans en aspectes clau, com són la violència contra la dona, l'educació, l'analfabetisme i l'accés a les prestacions de seguretat (Rodríguez-Piñero 2010).

Dos exemples més els trobam en l'Organització Internacional del Treball (OIT), que emprèn diverses iniciatives que també estan relacionades amb el col·lectiu femení de gent gran. Jasper Faijer (2011) destaca, entre d'altres, el Conveni C128 sobre prestacions d'invalidesa, de vellesa i supervivents, i la R162, recomanació sobre els treballadors d'edat. El segon exemple el podem trobar en l'Organització Mundial de la Salut (OMS), que, des de la seva perspectiva sanitària, focalitza l'interès a l'envelliment actiu, ja que l'entén com un procés present al llarg de tota la vida: «[...] d'optimització de les oportunitats en relació

amb la salut, la participació i la seguretat per millorar la qualitat de vida en la mesura en què s'envelleix» (OMS 2004). Així mateix, també fa un esment especial a la gent gran portadora del VIH (Barranco, Bariffi 2010).

2.1. Els drets de la gent gran a Amèrica

El sistema legislatiu americà recull també les dues primeres possibilitats referides als sistemes de protecció jurídics dels drets de la gent gran de les quals hem parlat. Així, podem trobar instruments normatius d'àmbit general (primera possibilitat) o bé d'altres de més específics que pretenen protegir els drets d'aquells col·lectius que poden tenir-los més amenaçats.

Seguint Rodríguez-Piñero (2010), hi ha dues bases normatives fonamentals en temes de drets per a la gent gran: a) la Declaració americana dels drets i deures de la gent gran, de l'Organització d'Estats Americans (OEA), que és del mateix any que la Declaració Universal dels Drets Humans (ONU 1948); i, b) la Convenció americana dels estats membre de l'OEA, de 1969. Si la primera recull les obligacions de drets humans dels estats membre, el segon document inclou un marc jurídic per a les actuacions dels organismes oficials (CIDH i la Cort Americana), als quals atorga competències per actuar en temes relacionats amb la violació dels drets als estats que formen part de la Convenció. Cal comentar que l'article 26 de la Convenció remarca el principi d'aplicació progressiva.

No serà, però, fins al Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador, 1988) que es farà referència explícita als drets de la gent gran, concretament, a l'article 17. Tot i que Jasper Faijer (2011) considera que es reconeixen per primera vegada els drets de la gent gran, al seu parer són limitats quant a benestar i polítiques assistencials. Sigui com sigui, aquest article acaba marcant tres línies d'actuació, basades a garantir les necessitats bàsiques, adaptar l'àmbit laboral a les seves característiques i oferir la possibilitat d'organitzacions destinades a millorar la qualitat de vida:

a) Proporcionar instal·lacions adequades, alimentació i atenció mèdica especialitzada a les persones d'edat avançada que no en tinguin i que no estiguin en condicions de proporcionar-se-les per si mateixes.

b) Executar programes laborals específics destinats a concedir a la gent gran la possibilitat de fer una activitat productiva adequada a les seves capacitats i respectant-los la vocació i el desig.

c) Estimular la formació d'organitzacions socials destinades a millorar la qualitat de vida de la gent gran.

Al llarg d'aquests anys, doncs, a través de l'OEA, els drets de la gent gran han assolit un protagonisme especial. Rodríguez-Piñero (2010) i Jasper Faijer (2011) fan un recull dels instruments principals de drets humans aprovats per Assemblea General d'aquest organisme (OEA) en temes referits a altres col·lectius o situacions, però que incorporen referències a la gent gran. Seria el cas de la Declaració de San Pedro de Sula (2009) sobre la cultura de la no violència. D'una manera més específica, a través de la segona via de què parlem, centrada en la legislació, en temes referits a la protecció de les dones grans, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer (Convención de Belem do Para 1994), o el projecte de declaració sobre els pobles indígenes, Declaración Americana de los Pueblos Indígenas, de l'any 2008.

Per Rodríguez-Piñero (2010), aquesta comissió va tractar temes relacionats amb la gent gran, com ara el dret a la igualtat i a la no discriminació o aspectes de la jubilació, com ara assegurar-ne un procés i la prestació, però les referències explícites a la gent gran com a col·lectiu d'especial atenció es limitaven a través de sentències, bé en el fons, bé en reparacions. Actualment, aquesta explicitat s'ha posat de manifest amb la publicació del Projecte de resolució de protecció dels drets humans de la gent gran (maig de 2011) i amb l'«Informe sobre la situació de la gent gran a l'hemisferi i l'efectivitat dels instruments universals i regionals vinculants dels drets humans en relació amb la protecció dels drets humans de la gent gran» (desembre de 2011).

Parlar de protecció de drets de la gent gran a Amèrica és parlar també dels dos principals òrgans interamericans de drets humans: la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) i la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH), la qual s'encarrega de controlar els instruments de drets humans, que inclouen els de la gent gran. El problema, però, tal com assenyala Jasper Faijer (2011), és que respecte de la protecció dels drets de la gent gran té un rol limitat, ja que, per exemple, a la Corte Interamericana de Derechos Humanos no hi ha cap document que reculli referències explícites als drets d'aquest col·lectiu. Aquest autor solament assenyala dues referències: a) «Cinco pensionistas Vs. Perú» (2003), i, b) «Acevedo Buendía y otros Vs. Perú» (2009), totes dues relacionades amb temes de jubilació.

Per últim, cal esmentar la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), que és una de les cinc comissions regionals de les Nacions Unides, creada el 1948. Si bé l'objectiu de fundar-la fou contribuir al desenvolupament econòmic de l'Amèrica Llatina i coordinar les accions encaminades a promoure'l i reforçar les relacions econòmiques, amb la incorporació del Carib, assumí també l'objectiu de promoure el desenvolupament social. Així, en aquest àmbit, cal esmentar la II Conferencia regional intergubernamental sobre el envejecimiento en América Latina y el Caribe (desembre de 2007), que aprovà la Declaración de Brasilia, de la qual extraiem: «[...] no escatimar esfuerzos para promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de todas las personas de edad, trabajar por la erradicación de todas las formas de discriminación».

2.2. Els drets de la gent gran a l'Àfrica

La fita del començament sobre el reconeixement dels drets de la gent gran a l'Àfrica es marca l'any 1981, amb la Carta Africana de Drets Humans i dels Pobles (Carta de Banjul). Aquest document recull el marc normatiu del sistema africà que afecta els drets humans i, a l'article 18, fa una menció especial a la gent gran: «la gent gran i els minusvàlids [...] tindran dret a mesures especials de protecció adequades a les seves necessitats físiques o morals». A partir d'aleshores —seguint Rodríguez-Piñero (2010)—, han sorgit referències diverses a la gent gran en documents com el «Protocol o la Carta Africana sobre els Drets de la Dona a l'Àfrica», que preveu protecció especial a les dones d'edat avançada (2003), la «Carta pel Renaixement Cultural Africà» (2006) o la «Carta Africana dels Joves» (2006).

Si bé és cert que cronològicament el desenvolupament de la legislació sobre la protecció dels drets de la gent gran a l'Àfrica s'allunya de la resta de continents, cal tenir en compte que ja des del primer moment no solament es remarcà la necessitat d'una protecció especial, sinó que destacà el rol de la gent gran en les societats africanes.

Quedava pendent, però, la tasca amb el col·lectiu de gent gran. En aquest sentit, Rodríguez-Piñero (2010) afirma que la Declaració de Kigali (2003), aprovada per la Conferència Ministerial de la Unió Africana sobre els Drets Humans, ja fa una crida per desenvolupar un protocol per protegir els seus drets. El 2007 la Comissió Africana dels Drets Humans i dels Pobles, recollint el Marc Polític de la Unió Africana, el «Pla d'acció sobre l'envelliment» (2002) i les instruccions del «Pla Internacional d'Acció» (Madrid, 2002), a través de la sol·licitud d'una comissió d'experts i del nomenament d'un coordinador sobre els drets de la gent gran de l'Àfrica, prepara l'elaboració del «Protocol de la Carta Africana sobre els Drets de les Persones d'Edat». Aquest document finalment va ser públic en la 50a reunió ordinària de la Comissió Africana en forma de «Projecte de protocol sobre els drets de les persones d'edat», elaborat pel Grup de Treball sobre Drets de Gent Gran i Persones amb Discapacitat, creat el 2007 i format per cinc experts independents.

Cal comentar que, segons l'article 62 de la Carta Africana dels Drets Humans i dels Pobles, els estats que la subscriuen estan obligats a presentar cada dos anys un informe sobre les mesures legislatives o altres mitjans adoptats amb vista a fer efectius els drets i llibertats reconeguts i garantits pel document.

Per últim, i seguint l'esquema que hem fixat a l'apartat anterior, cal remarcar alguns instruments d'organitzacions subregionals que atorguen una especial protecció a la gent gran. Un d'aquests és el de la Comunitat Econòmica dels Estats de l'Àfrica Occidental (ECOWAS), que el 1998 va crear el protocol sobre els Mecanismes de Prevenció de Gestió, Solució dels Conflictes i de Manteniment de la Pau i la Seguretat, i el de la Comunitat de Desenvolupament de l'Àfrica austral sobre els Drets Socials Fonamentals (SADC 2003).

2.3. Els drets de la gent gran al món àrab i islàmic

La situació al món àrab i islàmic sobre la legislació dels drets humans de la gent gran té un origen si més no molt recent. Rodríguez-Piñero (2010, 24) marca com a primera fita el 2004 i la Carta Àrab de Drets Humans. La referència que fa a la gent gran es limita a l'article 38, que afirma que l'Estat es compromet: «[...] a proporcionar una especial cura i protecció a la família, a les mares i als nins i a la gent gran».

Com afirma la doctora Ávila Hernández (2005), la legislació sobre els drets a l'àrea àrab i musulmana començà a final de 1970 amb documents com les declaracions dels drets humans, de l'Organització de la Conferència Islàmica (1979, 1981 i 1990), la Carta Àrab dels Drets Humans, del Consell de la Lliga dels Estats Àrabs (1994), i la Declaració Islàmica Universal sobre els Drets Humans (1981), del Consell de l'Organització de la Conferència Islàmica, sota l'aprovació de la UNESCO.

Aquest darrer document, si bé reconeix els drets socials i econòmics i alguns drets col·lectius, com seria el dret de les minories religioses, tenen una forta càrrega religiosa i no fan cap referència explícita a la gent gran.

Serà, per tant, el 1999 quan d'una manera ja explícita es redactarà la Declaració dels Drets de la Gent Gran des d'una perspectiva islàmica, que inclourà un decàleg relatiu als drets de la gent gran. Aquest document esmenta d'una manera molt general aquests drets i ho fa amb referències clares a la religió islàmica: «La gent gran té drets, els quals han de ser reconeguts i admesos per les nostres comunitats» (art. 3). Hi ha altres articles que recullen referències més concretes, com ara el dret al treball (art. 4), a gaudir de la família (art. 5), a preservar la salut (art. 8) o a ajudar a cobrir necessitats bàsiques com són el menjar, la vestimenta o l'atenció mèdica, si és necessari (art. 9).

2.4. Els drets de la gent gran a l'Àsia

L'organisme de referència en la promoció i defensa dels drets humans a l'Àsia és l'Associació de Nacions del Sud-Est Asiàtic (ASEAN) i el document titulat *Términos de referencia* per crear una nova Comissió Intergovernamental pels Drets Humans, que ha propiciat, a través del paràgraf 4.2., «desenvolupar una declaració de drets humans [...]», que va ser pública el juny de 2012 durant el Fòrum Asiàtic per als Drets Humans i el Desenvolupament. Aquest document inclou un recull extens de recomanacions, en les quals són desenvolupats alguns drets civils i polítics, com ara el dret a viure (b1), a la informació (b3), a la participació política (b5), i socials, culturals i econòmics, com ara un estàndard de vida adequat (c2), el dret a treballar (c3), a la salut (c5) i a l'educació (c6). Aquest document sí que fa referència als drets de grups específics (d) o marginals, concretament parla dels indígenes (d8), dels infants (d9), dels treballadors immigrants

(d10) i de persones amb discapacitat (d11), però no fa al·lusió explícita als drets de la gent gran.

Per revisar la legislació que tracta d'una manera específica els drets de la gent gran, podem veure que, mitjançant diversos organismes regionals i subregionals, hi ha una atenció emergent a aquests drets (Rodríguez-Piñero 2010, 22). Es fa referència, sobretot, als drets de la gent gran que foren adoptats per l'Assemblea General de les Nacions Unides. Aquesta acció mostrà, a poc a poc, que era necessari un consens normatiu, el qual va veure la llum a través del document «Recomanacions del 5è fòrum ASEAN GO-ONG per al Benestar i Desenvolupament Social. Enfortiment de la institució familiar: tenir cura de la gent gran» (novembre de 2010). Aquest document relata accions encaminades a promoure polítiques socials i econòmiques per assegurar recursos financers i humans per poder oferir protecció social, benestar i atenció (apartat a), així com enfortir la capacitat de les famílies (apartat b) i donar oportunitats a la gent gran perquè es mantingui econòmicament activa (apartat c).

Per últim, el 2009, l'ASEAN Socio-Cultural Community Blueprint sí que considera la gent gran un col·lectiu que necessita una protecció especial i promoció dels seus drets, talment com els col·lectius de persones amb discapacitat, infants i dones. Així, l'objectiu estratègic 27 («Salvaguardar els interessos i drets, així com proporcionar igualtat d'oportunitats i elevar la qualitat de vida i el nivell»), recull de manera específica, per a la gent gran:

- (VI) Donar suport a les activitats de promoció i desenvolupament de l'atenció i del benestar, de la qualitat de vida i del benestar de la gent gran [...], en particular, mitjançant l'intercanvi de bones pràctiques en tots els camps que hi estan relacionats, com ara l'accessibilitat, la rehabilitació, la cura i protecció, incloent-hi l'atenció mèdica. També hauria d'incloure el voluntariat dins la llar i tots els tipus de família i disposicions alternatives d'atenció comunitària (VI).

- (VII) Augmentar, a través de xarxes i intercanvi d'informació, el compromís i suport dels estats membre de l'ASEAN a la millora de la protecció social per a la gent gran.

- (IX) Facilitar i intercanviar investigacions i estudis en gerontologia i medicina per a la gent gran.

2.5. Els drets de la gent gran a Europa

El sistema europeu per protegir els drets humans s'estableix al voltant del Consell d'Europa, l'origen del qual es remunta al Conveni europeu per a la Protecció dels Drets Humans i de les Llibertats Fonamentals (Consell d'Europa 1950). Seguint Rodríguez-Piñero (2010), els drets de contingut socioeconòmic foren desenvolupats en la Carta Social Europea (Consell d'Europa 1962), l'article 14 del qual ja fa referència al principi d'igualtat i al de no

discriminació. A partir d'aquest document marc, hi ha hagut diversos protocols que han desenvolupat aquests drets, com és el «Protocol número 12», que fa una especial incidència en la igualtat de tracte (2005). A Europa, la institució que s'encarrega de protegir aquests drets és el Tribunal Europeu de Drets Humans (TEDH), el qual ha pronunciat un seguit de casos relatius a la integritat física, a l'accés a beneficis de la seguretat social, a la violació del dret a la vida, a negligències en residències públiques o als beneficis de la jubilació (Rodríguez-Piñero 2010).

La Carta Social Europea (1962) recull els drets econòmics i socials, i l'article 23 fa referència explícita a la gent gran. Segons Jiménez (2009, 400), si bé es basa en l'article 25 de la Carta dels Drets Fonamentals de la Unió Europea, aquell inclou no solament el vessant participatiu, sinó també el de la protecció social, que sí que explicita l'article 23 de la Carta Social Europea revisada. Per Rodríguez-Piñero (2010, 18), aquesta institució ha ajudat que altres organismes europeus adoptin recomanacions relacionades amb la gent gran, com ara el Comitè de Ministres (2004) o l'Assemblea Parlamentària (2003).

A un nivell més específic, s'ha treballat sobre les competències de la Unió Europea quant a la protecció del treball de la gent gran. En aquest cas, podem esmentar el Tractat constitutiu de la Unió Europea, del 2009, que a l'article 13.1 intenta combatre la discriminació basada, entre d'altres, en l'edat, o la Carta Comunitària dels Drets Socials Fonamentals, que als articles 24 i 25 explicita els drets de les persones quan arriben a la jubilació. La discriminació específicament per edat és tractada en el Tractat constitutiu de la Unió Europea (2000), a l'article 2, i en la Carta dels Drets Fonamentals, a l'article 25, i, amb relació a la seguretat social i a l'ajuda social, a l'article 34 (Rodríguez-Piñero 2010).

En resum, seguint autors com Barroso i Raffini (2010), Rodríguez-Piñero (2010) o O'Shea (2009), esmentam cinc fites importants en la legislació dels drets de la gent gran a Europa:

1) Tractat d'Amsterdam (1997): fixa com a principi la lluita contra la discriminació per raons de discapacitat i d'edat. És complementat amb la Carta de Niça (2000), que inclou el dret a la vida lliure i independent de la gent gran (art. 25) i a rebre protecció de la seguretat social i dels serveis socials en situacions de dependència o vellesa (art. 34).

2) Carta Social Europea (revisada el 2000): introdueix la protecció social de les persones d'edat avançada.

3) Pla d'acció internacional del Consell d'Europa: inclou la recomanació final sobre assegurar salut i benestar en l'escenari de l'augment de la longevitat, i la preocupació per la incapacitat de les famílies de tenir cura de la seva gent gran.

4) Informe «La millora de la qualitat de vida de la gent gran dependent» (2003), que recull deu recomanacions i fa una referència especial a la unió de les necessitats sanitàries, socials, psicològiques i emocionals de la gent gran i dels seus cuidadors.

5) Convenció internacional de les persones amb discapacitat (2009). Als articles 25 i 28, fa referència explícita a la gent gran per obligar els estats membre a proporcionar els serveis de salut necessaris per tenir dret a un nivell de vida adequat i a la protecció social (art. 28). Per part seva, els estats membre han d'assegurar l'accés a programes de protecció social i estratègies per reduir la pobresa.

A partir dels anys noranta, els òrgans polítics de la Unió Europea (Consell d'Europa, Comissió i Parlament europeus) han dotat d'un especial significat les polítiques comunitàries relacionades amb l'envelliment, amb el lema «Una Europa per a totes les edats» (CE 2008; UE 1990, 1992 i 1993). Alhora, a través de diversos organismes internacionals, aquestes recomanacions i vigilàncies sobre els drets humans s'estenen arreu del món, per exemple, amb la Comissió Econòmica i Social Europea. Aquestes iniciatives, recollides en el treball de Rodríguez-Piñero (2010, 15), són, segons ell, limitades, tot i que han pogut sorgir gràcies a mandats temàtics (dret a un habitatge adequat, dret a la salut) o perquè han estat desenvolupades en recomanacions, principis i directrius descrites per diversos relators especials, experts independents o representats del secretari general.

A la taula següent, destacam els documents més importants de les Nacions Unides i d'Europa relacionats amb els drets de la gent gran.

Taula 1 | *Principals documents relacionats amb els drets de la gent gran a Europa*

Documents de les Nacions Unides	
1948	Esborrany de la Resolució de la Declaració dels Drets de la Gent Gran
1974	Pla d'Acció Mundial de la Població
1981	Assemblea General sobre la Gent Gran i els Ancians. Resolució 36 (20)
1982	Assemblea General sobre l'Envelliment. Resolució 37 (51)
1983	Pla d'Acció Internacional sobre l'Envelliment. Viena
1990	Resolució 45 (106) de l'Assemblea General sobre l'aplicació del Pla d'Acció Internacional sobre l'Envelliment
1991	Resolució 46 (91) de l'Assemblea General sobre l'aplicació del Pla d'Acció Internacional sobre l'Envelliment
1991	Principis de les Nacions Unides per a la Gent Gran
1992	Proclamació sobre l'Envelliment

continua

1992	Resolució 47 (86) de l'Assemblea General sobre la implementació del Pla d'Acció Internacional sobre l'Envelliment: integració de la gent gran en el desenvolupament
1993	Resolució 48 (98) de l'Assemblea General sobre la implementació del Pla d'Acció Internacional sobre l'Envelliment
1994	Resolució 49 (162) de l'Assemblea General sobre la integració de les dones grans en el desenvolupament
1995	Resolució 50 (141) de l'Assemblea General, l'Any Internacional de les Persones Grans, envers una societat per a totes les edats
1995	Drets econòmics, socials i culturals de la gent gran. Comentari general 6
2002	Pla d'Acció Internacional sobre l'Envelliment. Madrid
2006	Resolució de l'Assemblea General de seguiment de la II Assemblea Mundial sobre l'Envelliment
2006	Informe de seguiment de la II Assemblea Mundial sobre l'Envelliment del secretari general de les Nacions Unides
2002	Carta Andina per a la Promoció i Protecció dels Drets Humans
2003	UNECLAC. Informe de la Conferència Regional Intergovernamental de l'Envelliment

Documents regionals europeus sobre l'envelliment	
1950	Convenció Europea de Drets Humans
1953	Acord provisional sobre els règims de la Seguretat Social corresponents a la vellesa, la invalidesa i els supervivents
1961	Carta Social Europea
1972	Convenció europea de Seguretat Social
1994	Recomanació 1254 (94) de l'Assemblea Parlamentària sobre reconeixements mèdics i benestar a la vellesa: ètica i política
1999	Envers una Europa per a totes les edats
1999	Declaració del Consell de Política Europea sobre l'envelliment al segle XXI
2000	Carta dels Drets Fonamentals de la Unió Europea
2001	EASPD Declaració sobre l'Envelliment i les Persones amb Discapacitat Intel·lectual
2002	Declaració ministerial de Berlín. Una societat per a totes les edats a la regió UNECE
2002	Estratègia regional de Berlín per a l'aplicació del Pla internacional d'Acció sobre l'Envelliment, Madrid
2003	Projecte de tractat per una Constitució europea
2003	Recomanació 1619 (03) de l'Assemblea Parlamentària sobre els drets de la gent gran migrant

Documents sobre l'envelliment d'ONG internacionals, conferències i organitzacions professionals	
1952	ILO (Organització Internacional del Treball). Convenció sobre Seguretat Social (estàndards mínims)
1967	ILO. Convenció sobre beneficis per a persones amb invalidesa, gent gran i supervivents
1974	Pla d'acció mundial sobre la població
1980	ILO. Recomanació (R162) sobre treballadors grans
1989	WMA (Associació Mèdica Mundial). Declaració sobre els maltractaments a la gent gran

continua

1997	Declaració d'Hamburg sobre l'aprenentatge d'adults
1997	IAG. Declaració sobre l'envelliment d'Adelaida (Austràlia)
1999	I Conferència internacional sobre l'Envelliment de l'Iran
2000	G8. Carta «Cap a l'envelliment actiu»
2000	Conveni de la Haia sobre la Protecció internacional de la Gent Gran
2001	EASPD. Declaració de Verona sobre l'Envelliment i les Persones amb Discapacitat Intel·lectual
2001	Ajuda internacional envers l'edat. Deu accions per posar fi a la discriminació per edat
2002	ECEN (East and Central Europe Network). Declaració de Praga
2002	Declaració final i recomanacions sobre el Fòrum mundial d'ONG sobre l'envelliment
2002	Declaració de Toronto per a la Prevenció Global del Maltractament vers les Persones Grans
2005	Declació de les ONG en la LXI sessió de la Comissió de les Nacions Unides sobre els drets humans
2005	WHO (World Health Organitation). Pla internacional d'acció sobre l'envelliment: informe sobre la implementació
2005	WHO (World Health Organitation). Resolució WHA 58-16 de promoció de l'envelliment actiu i de la salut

Font: Doron, Mawhinney (2007, 3-6)

3. Els drets de la gent gran. Perspectiva nacional i autonòmica

3.1. Els drets de la gent gran a Espanya

Hom podria estar d'acord que l'origen de la legislació dels drets de la gent gran a Espanya és la Constitució espanyola (1978), i, si haguéssim de citar-ne un article, hauria de ser el 50, que afirma que:

«Els poders públics garantiran la suficiència econòmica als ciutadans durant la tercera edat, mitjançant pensions adequades i actualitzades periòdicament. Amb independència de les obligacions familiars, en promouran el benestar mitjançant un sistema de serveis socials que atendran els problemes específics de salut, habitatge, cultura i lleure». Constitució espanyola (1978, art. 50).

Si bé aquest seria el punt de partida, al llarg de tot el document legislatiu —segons Seijas (2004) i Paneque (2007), citats ambdós per Leturia i Extaniz (2009)— hi ha un seguit de drets que són reiterats i s'adeqüen els drets i llibertats fonamentals de la gent gran:

a) Dret a la igualtat i a la no discriminació (article 14).
b) Dret a la integritat física, psíquica i moral (article 15).
c) Dret a l'honor, la intimitat i a la pròpia imatge (article 18).
d) Dret a la llibertat ideològica, religiosa i de culte (article 16).

e) Dret a la informació i a la llibertat d'expressió (article 20).
f) Dret a la protecció (de la persona).
g) Dret a la protecció (patrimonial).
h) Dret a la protecció (al si de l'estructura familiar) (Llei 42/2003).
i) Dret a ser atès en situacions de dependència. Respecte de la (Llei 39/2006).
j) Dret a un entorn accessible. (Llei 51/2003).
k) Dret a l'atenció sanitària. Pels autors, la base és la Llei 16/2003.
l) Dret a la salut, entesa segons el que recull l'article 43.
m) Dret a un allotjament adequat. L'article 47.

Per últim, es recullen els drets de quarta generació, és a dir, els adreçats a sensibilitzar la societat amb la gent gran, participació, oci i cultural:

n) Dret a la participació en la vida política, econòmica, cultural i social.
o) Dret a la cultura i a l'oci.

D'àmbit estatal, com hem comentat en apartats anteriors, hi ha moltes lleis i documents legislatius que, encara que no ho facin d'una manera directa, expliciten alguns drets de la gent gran. Serien: la Llei orgànica de protecció civil del dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge (art. 7.4); la Llei 20/1997, per a la promoció de l'accessibilitat (art.1); la Convenció internacional sobre Drets de Persones amb Discapacitat, que recorda drets tan bàsics com la no discriminació, la igualtat d'oportunitats o la igualtat entre l'home i la dona, o, per continuar amb aquest mateix dret, la Llei orgànica 3/2007, la Llei orgànica per a la igualtat efectiva entre dones i homes (articles 1 i 6) i, més recentment, la Llei general 33/2011, de salut pública (art. 19).

Si hem de parlar d'alguna institució relacionada amb la gent gran a Espanya, hem d'esmentar la Societat Espanyola de Geriatria i Gerontologia (SEGG), la qual, si bé és cert que ha esmentat d'una manera indirecta els drets de la gent gran en diversos documents de creació pròpia, per Leturia i Etxaniz (2009) destaca el «Decàleg de la gent gran» (2002), que planteja més unes normes de vida que uns drets. Més recentment, les «Cent recomanacions de qualitat pel servei de teleassistència domiciliària» (2011) recullen els drets i deures de les persones usuàries d'aquest servei amb l'objectiu de potenciar al màxim el desenvolupament ple de tots els seus drets.

3.2. Els drets de la gent gran a les Illes Balears

L'organització legislativa a les Illes Balears dotà els consells insulars de les competències en matèria de serveis socials i acció social (1/1993). Amb anterioritat, però, vigia la Llei 9/1987, d'acció social, i, posteriorment, la Llei 4/1999, que regulava la funció inspectora i sancionadora en matèria de serveis socials.

Com podem comprovar, la majoria de les legislacions de les Balears fan referència a la gent gran com a beneficiària dels serveis socials i sanitaris, però no n'inclouen cap catàleg. Un exemple actual podria ser la «Carta marc de les llars de gent gran» (juny de 2011), que en un dels apartats recull els drets dels usuaris, i, anteriorment, la Llei 3/1998, del voluntariat de les Illes Balears, que estableix els drets de les organitzacions i també dels voluntaris (art. 11).

Per últim, i d'una manera més explícita, cal destacar la Llei 1/2006, sobre voluntats anticipades, que, si bé no fa cap referència explícita a la gent gran, sí que recorda drets com el de la protecció civil (art. 10 de la Constitució espanyola) o el de manifestar les voluntats anticipadament (Llei 5/2003) i esmentA documents com el «Conveni per a la protecció dels drets humans i la dignitat de l'ésser humà» (Oviedo, 1997).

4. Principals drets de la gent gran

Parlar de drets de la gent gran és parlar del principi de no discriminació per edat, que, si bé en una primera època no aparegué en la legislació d'una manera explícita, a poc a poc aquest principi s'ha convertit en la base per elaborar, i desenvolupar, altres documents, convenis, protocols, etc., referits als drets de la gent gran. A tall d'exemple, esmentam diversos casos recollits per Barroso i Raffini (2010) en relació amb el Tribunal Europeu de Drets Humans, que especifica que l'edat és un àmbit prohibit de discriminació, o la II Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe (CEPAL, 2007), en la qual els estats membre es comprometeren a promoure els drets de les persones d'edat i a protegir-los, així com a treballar per eradicar totes les formes de discriminació.

Com hem pogut comprovar al llarg del capítol, la promoció i protecció dels drets de la gent gran és una tasca transversal, ja que els principis bàsics que regulen aquests drets compleixen un seguit de recomanacions de tres àmbits: a) Seguretat econòmica (accés al treball decent i augment de la cobertura dels sistemes de seguretat social); b) Salut (accés equitatiu als serveis de salut, supervisar institucions de llarga estada o crear serveis de cures pal·liatives, entre d'altres), i c) Entorn en què s'ha de fomentar l'educació contínua, l'accés i la participació en la comunitat i en tots els serveis que s'ofereixen, com també promoure l'eradicació de la discriminació i violència evers la gent gran.

Quins són, però, els principis que engloben els drets de la gent gran? Hi ha molts autors que recullen aquests principis en les seves obres (Jasper Faijer 2011; Rodríguez-Piñero 2010; Roqué 2011). A la taula següent fem un resum de les cinc categories amb les explicacions corresponents: independència, participació, dignitat, cures i autorrealització.

En els apartats anteriors hem desenvolupat les diverses normatives relacionades amb els drets de la gent gran, però no hem especificat d'una manera clara quins són. Jasper Faijer (2011) fa referència al Pacte Internacional dels Drets Econòmics, Socials i Culturals de les Nacions Unides (1995) per explicar aquests drets:

- Dret a la igualtat de drets entre homes i dones (art. 3). Especialment a les dones grans, estar atents perquè disposin dels recursos necessaris
- Dret a la feina (articles 6-8). Fa referència a la no discriminació per edat, a unes condicions segures de l'edat de jubilació i a la possibilitat de poder aprofitar més bé les seves experiències i activar programes reparatoris de jubilació
- Dret a la seguretat social (art. 9). Establir, entre d'altres, règims generals per a una assegurança de vellesa obligatori
- Dret de protecció a la família (art. 10). Crear serveis socials per donar suport a les famílies quan a casa hi resideixi una persona gran, especialment a les que tinguin pocs ingressos
- Dret a un nivell de vida adequat (art. 11), no solament a l'hora de satisfer les necessitats bàsiques, com ara l'alimentació i l'habitatge, sinó també desenvolupar polítiques que afavoreixin la permanència a la seva llar
- Dret a la salut física i mental (art. 12): fer intervencions sanitàries per mantenir la salut, entesa com una part del cicle vital
- Dret a l'educació i a la cultura (art. 13), tant com a receptors de programes educatius com de disposar de camins per posar els seus coneixements i experiències a disposició dels més joves

Com podem observar i remarca Jaspers Faijer (2011), hem de comentar que hi ha diversos objectius que es volen assolir mitjançant una legislació específica per a la gent gran i que tenen una relació quasi directa amb els àmbits de la qualitat de vida: a) no discriminació per edat; b) dret a la vida i a una mort digna; c) integritat personal; d) participació; e) nivell de vida i serveis socials adequats; f) salut; g) educació i cultura; h) llar i entorn saludables; i) feina; j) seguretat social; k) institucions de cura de llarg termini, i, l) situació de detenció o presó. Per Leturia (2011) i tenint present un model d'intervenció i d'atenció a la gent gran de tipus clarament inclusiu i orientat a aquesta qualitat de vida, no ens hauríem d'oblidar de drets fonamentals, com ara a la intimitat, a la dignitat, a la independència, a la llibertat d'elecció, a la satisfacció i al coneixement i defensa dels seus drets.

Després d'haver revisat els drets de la gent gran, que actualment recullen les legislacions i els àmbits propugnats, queda clar, per tant, que aquest autor proposa augmentar el nombre de drets que hauria de protegir la Convenció Internacional: Dret a la igualtat i a la no discriminació, dret a la vida i a una mort digna, persones d'edat en situació de detenció o presó, dret a participar en la vida social, cultural i política de la comunitat, dret a la salut física i psíquica, dret a una llar digna i a un entorn saludable, dret a la seguretat social, drets de la gent gran indígena.

5. Superar els obstacles i propostes d'intervenció. Envers la plena aplicació dels drets de la gent gran

Arribats a aquest punt, cal començar a demanar-nos que —si bé no d'una manera explícita i ferma, però sí amb una clara intenció de portar-ho a la pràctica i mitjançant nombrosos organismes internacionals, nacionals i regionals—, si podem considerar que hi ha un ampli recorregut amb una intenció clara de desenvolupar aquest drets, per què no són exercits en ple dret? Després d'haver revisat lleis, convenis, tractats, etc., sembla que és hora de fer la pregunta següent: tenint present la quantitat de legislació que regula els drets de la gent gran, a quin moment es va cometre l'error o què és el que no funciona que expliqui per què no es fa realitat? Sembla que una de les respostes podria ser la voluntat ferma i l'interès dels polítics i legisladors, però també hi podria haver altres factors que hi influïssin, com ara la protecció limitada dels drets de la gent gran, l'absència d'un conjunt coherent de principis normatius per guiar les accions o l'escassa especificitat dels drets humans de la gent gran (Jaspers Faijer 2011, 69).

La Comissió de Drets Humans ja el 1969 comença a donar una orientació envers una possible resposta. D'una manera clara, diu que, gràcies als estudis i investigacions, es comprova que s'atempta contra els drets de la gent gran, especialment de la que continua vivint a la seva llar. Els principals motius que exposa són: l'impacte de la discriminació per edat, la manca d'informació sobre cures a la llar, la manca d'inversió en els treballadors, el clima de restriccions financeres o l'absència d'un marc legal. Crida l'atenció que, si bé en alguns s'ha avançat una mica, en d'altres encara estam en les mateixes condicions (o en pitjors) que l'any 1969, com ara en la inversió en professionals.

La qüestió és que, per no haver avançat gaire més del que es podria esperar, no ens hem de centrar en un sol àmbit per trobar-hi resposta. De la mateixa opinió són Leturia i Etxaniz (2009), els quals fan una relació d'un seguit de barreres que eviten que la gent gran pugui exercir plenament els seus drets. En destacam:

- Actituds socials: manca de sensibilitat social respecte de la realitat de la gent gran; ser una realitat «oculta», no quantificable; debilitat del sector per tenir veu pròpia, i canvis en el model de família
- Polítiques públiques: per exemple, debilitat en els mecanismes de detecció
- Pràctiques professionals: indefinició del maltractament o desconeixement; manca d'informació del personal professional i de capacitació específica
- Mecanismes de garantia, ja sigui a través de normativa o legislació, o de capacitat de control i verificació

Conscients d'aquestes barreres i mancances, els organismes oficials han fet les primeres passes per intentar superar-les, com recull l'IMSERSO (2010) a l'apartat referit a la garantia

de qualitat i a la protecció dels drets europeus. Algunes de les propostes inclouen l'obligatorietat de fer una gestió de qualitat per part de les institucions i els serveis dedicats a les persones amb discapacitat, a les que també treballen a residències i hospitals per a la gent gran, als grups que treballen per prevenir el maltractament a la gent gran (Bèlgica); introduir mecanismes de defensa jurídica per a la gent gran que viu a residències (Ucraïna); dotar de rellevància el defensor del ciutadà en temes relacionats amb la gent gran (Finlàndia), o crear figures específiques, com un defensor nacional per a la igualtat i contra la discriminació (Noruega).

En relació amb aquesta idea d'una figura professional especialitzada, per fer propostes per millorar aquesta pèrdua entre la legislació i la realitat, i evitar-la, s'han creat diverses figures i grups de treball. Podem destacar la del Consell dels Drets Humans, que ha establert criteris per determinar nous mandats temàtics, entre els quals, el Relator Especial dels Drets Humans de la gent gran. Aquesta figura (com també recullen Rodríguez-Piñero 2010 i Jaspers Faijer 2011) s'encarregaria de: a) incrementar el nivell de protecció i promoció dels drets humans; b) donar la mateixa atenció a tots els drets humans; c) evitar duplicitats innecessàries, i d) evitar ambigüitats. Aquesta figura també podria ser útil per dur a terme un intercanvi d'experiències i bones pràctiques eficaç, o per implementar un consens internacional sobre aquests drets, i, d'aquesta manera, també evitaria les llacunes de què hem parlat.

Amb tot, i com assenyala Jaspers Faijer (2011, 72), aquesta figura especial, com també totes les normatives de naturalesa diversa i que es puguin desenvolupar en diferents nivells, no seran útils si no s'adapten a la realitat social mundial i, alhora, regional de l'envelliment de la població. D'una manera simultània, han de donar més visibilitat a les qüestions relacionades amb l'envelliment; concretar els continguts dels drets de la gent gran i les obligacions de l'Estat al respecte; enfortir la protecció internacional, i promoure un enfocament dels drets humans en les polítiques relatives a l'envelliment.

Les investigacions i els estudis científics també poden mostrar alguns camins de bones pràctiques, com el treball de Leturia (2011), que consideram important no solament perquè analitza d'una manera molt completa l'estat de la qüestió dels drets de la gent gran des de diferents nivells, sinó que, a partir d'aquesta anàlisi, permet fer una planificació centrada en la persona (i no en una individual clàssica), que entén que la persona gran és un subjecte actiu i que decideix, com a autor de la seva pròpia vida. És una persona de la qual es tenen en compte els valors i creences (satisfacció vital, autodeterminació, etc.), i és qui realment té la potestat i decideix, el grup de suport de la qual és un element secundari. Per treballar en aquest model, és un requisit tenir coneixements sobre relacions humanes, comunicació, etc., i de diversos camps professionals, ja que es treballa d'una manera participativa i democràtica, negociant, establint fites personals... L'avaluació d'aquest model en combina una de quantitativa i una altra qualitativa, i el model de referència és la qualitat de vida.

Aquest canvi de paradigma, però, solament serà possible si s'introdueixen canvis en: a) l'àmbit de la gent gran: fer compatible la longevitat amb l'autonomia personal; tenir una cura especial a la jubilació; potenciar una actitud creativa, solidària, d'integració i adaptació a les noves característiques de la societat, com ara l'ús de les noves tecnologies; b) l'àmbit de la política social: concretar en polítiques autonòmiques i regionals les recomanacions internacionals, i basar-se en l'autonomia i la participació; i, c) l'àmbit dels serveis socials: fomentar la professionalització dels qui hi treballen per cobrir una atenció integral a la gent gran aprofitant recursos i potenciant la idea d'uns «serveis socials de tots i per a tots».

Per últim, i tenint present que en aquest capítol hem esmentat normativa diversa, la qual, si bé en general no tracta de la gent gran, però hi fa referència en alguns articles, també caldria tenir present la necessitat de crear programes específics per a persones grans que integrin els serveis generals (amb especialització interna en les particularitats de la gent gran). Aquesta idea, recollida per Leturia (2011, 21), es complementa amb la necessitat de conscienciar de la gravetat d'incomplir els drets de professionals d'àmbits diversos (per exemple, cuidadors informals), com ara del sanitari, dels serveis socials, de les residències i centres socials, i, en definitiva, de la societat en general.

Ens agradaria acabar aquest subapartat fent una referència a les Recomanacions de la Comissió d'Igualtat i de Drets Humans, desenvolupades l'any 2011 i que, tot i que se centren en la cura a la llar, fan un recorregut prou interessant i complet per les deficiències en les àrees: manca de consciència per part de les autoritats locals sobre l'obligatorietat de vetllar pels drets humans i el que això significa a la pràctica; sobre la manca de consciència sobre els drets humans, de la gent gran i de la família; sobre la millora de mecanismes per detectar situacions d'amenaça d'aquests drets, i sobre la situació dels professionals de l'atenció domiciliària.

6. Conclusions

Si bé és cert que encara no hi ha una legislació clara d'àmbit internacional, podem establir com a base dels drets de la gent gran la Declaració Universal dels Drets Humans (Nacions Unides 1945). L'article 25 comença a tractar l'envelliment d'una manera més específica. Com hem pogut comprovar, aquest document no planteja cap tipus de control ni de possibilitat de reclamar (Rodríguez-Piñero 2010), fet que s'aconsegueix través de convencions (especialment dedicades a protegir i promoure els drets humans), resolucions o convenis generals relacionats d'una manera directa amb la gent gran o amb col·lectius vulnerables, com ara les persones amb discapacitat, les dones o les persones migrades (especialment per motius laborals).

Hem pogut comprovar que la fotografia de la legislació internacional sobre la gent gran és molt variada i té diferents estats d'evolució, depenent de la regió. Si a Europa ja comença

a haver-hi legislació clarament el 1950, amb el Conveni Europeu per a la Protecció dels Drets Humans i de les Llibertats Fonamentals (Consell d'Europa 1950), la legislació sobre els drets a l'àrea àrab musulmana començà a final de 1970, amb la Declaració dels Drets Humans de l'Organització de la Conferència Islàmica (1979).

Amb tot, sigui quin sigui el desenvolupament legislatiu dels drets de les persones grans a les diverses zones, el principi de la no discriminació per edat és considerat la base legislativa, no solament dels documents específics dels drets de la gent gran, sinó també d'aquells altres documents d'organismes oficials i internacionals, els quals, si bé se centren en altres sectors que no són la gent gran, hi fan referència explícita en els convenis, protocols, etc. Alguns exemples d'aquests poden ser el Pacte Internacional de Drets Econòmics, Socials i Culturals (1995), el Comitè per a l'Eliminació de la Discriminació contra la Dona, l'Organització Internacional del Treball, o la Convenció Internacional de les Persones amb Discapacitat (2009). Per Rodríguez-Piñero (2010), el motiu que es prengués consciència sobre els drets de la gent gran fou el reconeixement del principi d'igualtat i de no discriminació i del ple exercici dels drets econòmics, socials i culturals, tot emmarcat en una política de l'envelliment actiu al llarg de tota la vida amb l'objectiu de fer possible uns entorns per a tothom en els quals es fomenti la qualitat de vida. Barranco i Bariffi (2010) especifiquen que aquesta absència d'especificitat en la legislació pot ser motivada per: a) un concepte ampli de discriminació; b) el principi bàsic d'accés universal, d'autonomia personal i de capacitat jurídica, i, c) la perspectiva de gènere (especialment, per a les dones grans).

Cal lluitar contra les barreres que obstaculitzen el ple desenvolupament dels drets de la gent gran. Aquesta superació no tindrà èxit si no s'hi treballa des d'àmbits diversos, ja que els entrebancs que té també són de diversa naturalesa. Per tant, a més de treballar amb la gent gran com a persones amb els seus drets (informar-los-en, possibilitar-los eines de diverses fonts, ja siguin econòmiques, socials, sanitàries, etc., perquè els puguin desenvolupar, i, alhora, treballar d'una manera clara en la seva autoimatge positiva), és necessari, evidentment, treballar també amb la legislació. Encara que hagin passat anys d'ençà dels primers pronunciaments sobre la necessitat de promoure i protegir els drets de la gent gran, no s'han assolit unes bases comunes dels principis que els regulin a tots els estats membre (Jaspers Faijer, 2011). Per últim, també caldrà no oblidar-se dels professionals que atenen, a qualsevol nivell, la gent gran, ja sigui d'una manera puntual o continuada. Ens referim a qualsevol professional que pugui tenir contacte amb una persona gran, però sobretot els qui hi tenen un contacte de llarga durada. El professional hauria d'estar informat dels drets de la gent gran i conèixer les vies per protegir (i d'informar del no compliment, en el cas que fos necessari) els seus drets. Val a dir que aquesta darrera recomanació serà vàlida per a les persones (especialment, per als familiars) que també hi estiguin en contacte, perquè es dóna el valor i la importància que es mereixen a les xarxes socials que poden donar suport social a la gent gran.

Per concloure, recollim la proposta de Rodríguez-Piñero (2010), que justifica amb diversos arguments la necessitat d'una Convenció Internacional sobre els Drets de les Persones d'Edat. Els objectius serien els següents:

- Donar més visibilitat a les persones d'edat
- Esclarir el contingut dels drets de les persones d'edat
- Tenir present els altres instruments internacionals no convencionals
- Nivell més elevat d'obligatorietat jurídica
- Protecció internacional reforçada
- Promoure un enfocament dels drets humans en les polítiques sobre l'envelliment

Referències bibliogràfiques

Ávila, F. M. (2005). «Derechos Humanos y Cultura en el Siglo XXI: las Áreas Declaratorias de Derechos». *Cadernos PROLAM/USP*. Vol. 2 (any 4), pàg. 77-101. <http://www.usp.br/prolam/downloads/2005_2_4.pdf> [12 de maig de 2012].

ASEAN (2010). «Recommendations the fifth ASEAN GO-NGO forum for social welfare and development». *Strengthening Family Institution: Caring for the Elderly*. Bandar Seri Begawan, Brunei Darussalam.

ASEAN Socio-Cultural Community Blueprint (2009). *ASEAN Socio-Cultural Community Blueprint.* Jakarta.

ASEAN. Associació de Nacions de l'Àsia Sud-oriental. <http://www.aseansec.org/>.

Barranco, M. C.; Bariffi, F. J. (2010). «La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su potencial aplicación a las personas mayores». *Informes Portal Mayores* 105 (2010). Madrid. <www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/barranco-convencion-01.pdf> [extret el 24 d'abril de 2012].

BOCAIB. Llei 3/1998, de 18 de maig, del voluntariat de les Illes Balears, núm. 70, 28 de maig de 1998.

BOCAIB. Llei 1/2006, de 3 de març, de voluntats anticipades, núm. 36, 11 de març de 2006.

BOE núm. 97 (2008). Instrumento de Ratificación del Protocolo Facultativo a la Convención sobre los Derechos de las persones con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre del 2006, 22 d'abril de 2008.

BOE núm. 63 (2009). Orden ESD/603/2009, de 4 de marzo, por la que se crea la Comisión de Seguimiento para la Agenda Política de la Discapacidad y Promoción de la Autonomía Personal, 13 de març de 2009.

BOE núm. 224 (2011a). Real Decreto 1276/2011, de 16 de septiembre, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los derechos de las persones con discapacidad, 17 de setembre de 2011.

BOE núm. 240 (2011b). Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, 5 d'octubre de 2011.

CADHP. Comissió Africana de Drets Humans i dels Pobles: <http://www.achpr.org/>.

CADHP. Comissió Africana de Drets Humans i dels Pobles (2007). *Resolució 106 sobre els drets de la gent gran a l'Àfrica*.

CEPAL. Comissió Econòmica per a l'Amèrica Llatina i el Carib: <http://www.eclac.org/> [consultada el maig i juny de 2012].

CEPAL (2007). *Declaració de Brasília (Costa Rica). Conferència Regional Intergovernamental sobre l'envelliment a Amèrica Llatina i el Carib: cap a una societat per a totes les edats i de protecció social basada en drets.* Brasília, desembre de 2007.

Consell de Mallorca (2011). *Carta marc de les llars de gent gran del Consell de Mallorca.* Departament de Benestar Social. Institut Mallorquí d'Afers Socials. Illes Balears.

CIDH. Corte Interamericana de Derechos Humanos: <http://www.corteidh.or.cr/> [consultada el maig 2012].

Equality and Human Rights Comission (2011). *Close to home: An inquiry into older people and human rights in home care.*
<www.equalityhumanrights.com/homecareinquiry> [extreta el 23 de juny de 2012].

Huenchuan, S.; Rodríguez-Piñero, L. (2010). *Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección.* Santiago de Chile: CEPAL. Colecció Documentos de Proyectos.

Jiménez, L. (2009). «La Carta Social Europea y la Unión Europea». *Revista Europea de Derechos Fundamentales* (núm. 13, 1r semestre de 2009), pàg. 389-407.

Jaspers, D. (dir.) (2011). *Los derechos de las persones mayores. Materiales de estudio y de divulgación*. Santiago de Chile: CEPAL.

IMSERSO (2010). *Promover los derechos y la integración de las persones mayores con discpacidad que envejecen y de las persones mayores con discpacidad. Una perspectiva europea.* Ministerio de Sanidad y Política Social, Secretaría General de Política Social y Consumo. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Leturia, F. J. (2011). «Los derechos de las persones mayores». *Ancianidad, derechos humanos y calidad de vida*. Oñati Socio-Legal Series. Vol. 1 (núm. 8).

Leturia F. J.; Etxaniz, N. (2008). *Los derechos de las persones mayores y la prevención del maltrato*. Ararteko: Defensor del Pueblo.

Martín, S. (coord.) (2011). *100 recomendaciones de calidad para el servicio de teleasistencia domiciliaria*. Grupo de Trabajo. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Criterios de calidad asistencial en servicios sociosanitarios para personas mayores. SEGG.

Nacions Unides (1995). «Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad». *Observación general núm. 6 (E/C.12/1995/16/Rev.1).* Ginebra: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Nacions Unides (1966a). *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*. Adoptat per la Resolució 2200A (XXI) de l'Assemblea General, el 16 de desembre. Entra en vigor el 23 de març de 1976.

Nacions Unides (1966b). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.* Adoptat per la resolució 2200A (XXI) de l'Assemblea General, el 16 de desembre. Entra en vigor el 3 de gener de 1976.

Nacions Unides (2002). *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, del 8 al 12 d'abril.

Nacions Unides (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Adoptada per la Resolució 61/106 de l'Assemblea General, el 13 de desembre. Entra en vigor el 3 de maig de 2008.

OEA (Organització dels Estats Americans). «Personas mayores»: <http://www.oas.org/consejo/sp/cajp/ddhh.asp#Personas%20mayores> [extret el 7 de juny 2012].

OEA (Organització dels Estats Americans) (1988). *Protocolo adicional a la convencion americana sobre derechos humanos en materia de derechos economicos, sociales y culturales. Protocolo de San Salvador.* San Salvador. Assemblea General de l'OEA (núm. 69).

OMS (2012). *World Health Stadistics, 2012*. France: Wolrd Health Organization.

OPS (Organización Panamericana de la Salud) [OEA] (2002). «La salud y el envejecimiento» (CSP26/13). 26a Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington, D.C., del 24 al 29 de setembre.

O'Shea, E. (2003). «La mejora de la calidad de vida de las persones mayores dependientes». *Boletín Sobre el Envejeciemento. Perfiles y tendencias*, núm 6 (febrer de 2003). <www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/boletinsobreenvejec06.pdf> [extret el 15 d'abril 2012].

Pochtar, N.; Pszemiarower, S. N. (coord.) (2011). *Personas adultas mayores y derechos humanos*. Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de los Derechos Humanos. Col·lecció Derechos Humanos para Todos. Serie: Normas y Acciones para un Estado de Derecho. Cuaderno: Personas Adultas Mayores y Derechos Humanos.

Rodríguez-Piñero, L. (2010). *Los desafíos de la protección internacional de los derechos humanos de las persones de edad.* Santiago de Chile: CEPAL, UNFPA, col·lecció Documentos de Proyectos.

Roqué, M. (2011). *Carta de derechos de las persones mayores*. Buenos Aires: Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Família, 1a ed.

UA (Unió Africana) (1981). *Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos*. Adoptada per la cimera de caps d'Estat i de Govern de l'Organització per a la Unitat Africana, a Banjul, Gàmbia, el 27 de juny. Entra en vigor el 21 d'octubre de 1986. OAU Doc. CAB/LEG/67/3 rev. 5, 21, I. L. M. 58 (1982).

UA (Unió Africana) (2003a). *Declaración de Kigali*. Adoptada per la I Conferència Ministerial de la Unió Africana sobre els Drets Humans. Kigali, Ruanda, 8 de maig.

UA (Unió Africana) (2003b). *Protocolo a la Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos*. Adoptada l'11 de juliol per l'Assemblea de la UA en el segon període ordinari de sessions. Maputo, Moçambic.

UE (Unió Europea) (2000). *Carta de Drets Fonamentals de la Unió Europea*. Proclamada solemnement pel Parlament Europeu, el Consell i la Comissió. Niça, 7 de desembre. Diario Oficial 2000/C364/1, del 18 de desembre.

WHO (World Health Organization) (2004). *Plan Internacional sobre el Envejecimiento: informe sobre su ejecución, 2004*.
<www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB115/B115_29-sp.pdf> [consultat el 24 de juny de 2012].

Autora

MARGALIDA VIVES BARCELÓ

Palma, 1978. Llicenciada en Psicopedagogia, doctora amb menció europea en Ciències de l'Educació per la Universitat de les Illes Balears. Professora ajudant doctora del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques. Membre de l'equip d'investigació GIFES. Entre les seves línies de recerca principals destaquen la qualitat de vida, el suport social a la gent gran, l'aprenentatge al llarg de tota la vida, la inadaptació infantil i juvenil, i la resolució de conflictes. Ha fet una estada a la Universitat de Sheffield, on treballà amb el doctor Alan Walker sobre la qualitat de vida en la gent gran.

L'ACTUAL PAPER DELS PADRINS EN LES FAMÍLIES. ESPECIALMENT, LES RELACIONS DELS PADRINS AMB ELS NÉTS A L'EMPARA DEL DRET CIVIL

L'actual paper dels padrins en les famílies. Especialment, les relacions dels padrins amb els néts a l'empara del dret civil

Maria Nélida Tur Faúndez

Resum

El cada vegada creixent envelliment de la població, conseqüència, com és sabut, del descens de l'índex de natalitat, així com de l'increment de l'esperança de vida, aconsella aturar-se en l'anàlisi de la situació actual de les persones grans. A més, l'existència de nous models familiars i la incorporació de la dona al món laboral i, en conseqüència, la imprescindible, en moltes ocasions, participació dels padrins a la vida familiar, fan necessari que el Dret articuli els mecanismes precisos per a la protecció d'aquest ampli sector de la població.

En aquest sentit, l'objecte d'aquest treball és posar en relleu com, en l'actualitat, el nostre Dret regula el paper d'aquestes persones grans en l'entorn familiar, tant com a beneficiaris de prestacions familiars —és a dir, des d'un punt de vista passiu, de creditors de la família— com des del punt de vista actiu —com a prestadors d'assistència en el si de la família—, i concretament, dins d'aquesta segona perspectiva, ens proposem analitzar les relacions dels padrins amb els néts. Per aquest motiu, deixarem a part qüestions tals com el contracte d'aliments, el contracte d'acolliment (regulat en algunes comunitats autònomes, com Catalunya o Navarra) o les situacions de guarda de fet que no es desenvolupin en l'entorn familiar.

Resumen

El cada vez mayor envejecimiento de la población, consecuencia, como es sabido, del descenso del índice de natalidad, así como del incremento de la esperanza de vida, aconseja detenerse en el análisis de la situación actual de las personas mayores. Además, la existencia de nuevos modelos familiares y la incorporación de la mujer al mundo laboral y, en consecuencia, la imprescindible, en muchas ocasiones, participación de los abuelos en la vida familiar, hacen necesario que el Derecho articule los mecanismos precisos para la protección de este amplio sector de la población.

En este sentido, el objeto de este trabajo es poner de relieve cómo, en la actualidad, nuestro Derecho regula el papel de estas personas mayores en el seno familiar, tanto como beneficiarios de prestaciones familiares —es decir, desde un punto de vista pasivo, de acreedores de la familia— como desde el punto de vista activo —como prestadores de asistencia en el seno de la familia—, y concretamente, dentro de esta segunda perspectiva, nos proponemos analizar las relaciones de los abuelos con los nietos. Por este motivo, dejaremos aparte cuestiones tales como el contrato de alimentos, o el contrato de acogimiento (regulado en algunas comunidades autónomas, como Cataluña o Navarra) o las situaciones de guarda de hecho que no se desarrollen en el seno familiar.

1. Participació passiva dels padrins en la família. Les persones grans com a beneficiàries o creditores de prestacions familiars

Un dels problemes més comuns i greus de la població gran és la falta de recursos econòmics, que ve donada bàsicament per la fi de la vida laboral. Al marge de la ineludible responsabilitat dels poders públics, que han de garantir a aquestes persones unes condicions de vida dignes, la família juga, des del punt de vista del Dret, un paper important, que es posa de manifest en figures com el dret d'aliments.

A més, l'augment de l'esperança de vida i, amb això, el de les malalties degeneratives associades a l'edat, provoquen situacions d'incapacitat de fet, que poden ser de caràcter temporal o definitiu. I encara que el nostre Ordenament no reconeix una altra incapacitat que la que és conseqüència d'una sentència d'incapacitació, en aquests casos solen aparèixer persones que assumeixen les funcions tutelars de forma espontània, sense que aquestes funcions els hagin estat legalment conferides. Quan això ocorre, estem davant el cuidador informal o el guardador de fet. Tractaré, a continuació, del dret d'aliments i del cas del cuidador informal, destacant les particularitats que aquestes figures presenten quan es refereixen als padrins.

1.1. El dret d'aliments

El nostre Codi Civil regula en els seus articles 142 et seq. la prestació alimentosa entre parents. Concretament, l'article 143 CC estableix que ascendents i descendents queden recíprocament obligats a prestar-se aliments, la qual cosa implica que aquesta obligació pot recaure en els primers respecte als segons o viceversa. Entre els descendents, no només s'inclou els fills, sinó els néts i besnéts, però es preveu un ordre de prelació basat en la proximitat de parentiu, de manera que els parents més propers exclouen els més remots. A més, quan existeixen diversos parents en el mateix grau de parentiu amb possibilitat de prestar aliments, tots estaran obligats a prestar-los en proporció al seu respectiu cabal (art. 145.1 CC). D'aquesta manera, excepte en cas de necessitat urgent o per circumstàncies especials, l'ascendent només podrà dirigir-se a cadascun dels descendents en la part que li correspongui en funció dels seus respectius recursos (obligació mancomunada). No obstant això, el treballador social ha admès de forma reiterada que quan existeixen diversos subjectes obligats a prestar aliments, el creditor pot reclamar-los a qualsevol d'ells, sempre que es justifiqui que els nomenats amb preferència a satisfer la prestació manquen de mitjans per atendre-la (STS de 13 d'abril de 1981, RA 2685). Així doncs, coexistint fills i néts, si els primers manquen de mitjans per fer front a l'obligació d'aliments, l'ascendent podrà reclamar-los directament dels néts, sempre que justifiqui la falta de mitjans dels fills.

La pràctica demostra, no obstant això, que les reclamacions d'aliments de persones grans als seus descendents són molt escasses; i això es deu, probablement, a dues causes (Martínez 2004):

– Perquè en l'actualitat les situacions de necessitat han disminuït com a conseqüència de la protecció social;
– Perquè, encara que existeix aquesta necessitat, els pares o altres ascendents són poc inclinats a reclamar als fills.

Així, mentre que les persones grans no tenen cap problema a reclamar a l'Administració les prestacions que els corresponguin o a utilitzar els serveis socials, no solen, en canvi, reclamar als seus descendents, en molts casos, segurament, perquè no els resulta fàcil assumir el canvi de rol en la família: de prestador a receptor d'aliments. A més, encara en el cas que admetin la seva situació de necessitat, els ascendents esperen que se'ls ajudi de manera espontània, sense necessitat de recórrer a la reclamació per via judicial.

La no reclamació dels aliments té conseqüències importants, ja que, si bé el compliment voluntari suposa un veritable compliment d'una autèntica obligació jurídica, quan els fills no compleixen espontàniament, és necessària una reclamació judicial. I és que, encara que els aliments són exigibles des que sorgeix la necessitat del progenitor, només s'abonaran des de la data en què siguin demandats, com assenyala l'art.148 CC. Per tant, si no són reclamats pel creditor alimentós, ningú podrà exigir als fills o descendents el compliment.

En efecte, l'acció d'aliments té un caràcter personal: la titularitat del dret és inherent al necessitat i no és possible la seva transmissió ni la possibilitat que un altre l'exerciti. El progenitor necessitat és, per tant, l'únic legitimat per dirigir-se als seus fills i sol·licitar la prestació. Si per qualsevol motiu decideix no reclamar, ningú més pot fer-ho per ell, ni tan sols un tercer que hagués avançat els aliments. El TS s'ha pronunciat en nombroses ocasions sobre aquest punt i distingeix entre el temps de naixement del dret i el temps d'exigibilitat dels aliments: la reclamació judicial és la que concreta la prestació, encara que el dret a reclamar hagi nascut amb anterioritat (veg. en aquest sentit i entre unes altres, SsTS de 8 d'abril de 1995, RA 2991, i 14 de juny de 2011, RA 4527). En definitiva, l'art. 148 CC impedeix retrotreure els efectes de l'obligació de prestar aliments en el moment en què es produeix la necessitat, i estableix que els aliments «no s'abonaran fins a la data en què s'interposi la demanda».

La qüestió anterior planteja certs problemes en aquells casos en què el deutor o algun dels deutors alimentosos no compleixen amb la seva obligació i un tercer, que pot ser un altre parent, un amic o, fins i tot, una entitat pública o privada, cobreixen les necessitats de l'alimentista. En cas que no existeixi el citat art. 148 CC, l'aplicació de l'art. 1894.1 CC, relatiu a la gestió de negocis aliens, li conferiria a qui ha satisfet els aliments una acció de reemborsament contra l'obligat. No obstant això, aquesta possibilitat és discutida en la doctrina: així, mentre que per alguns autors (Martínez 2004) no és possible aquest dret de reemborsament perquè es troba condicionat per la prèvia reclamació d'aliments per

part del creditor, reclamació que té un caràcter molt personal; altres han defensat que el dret de reintegrament existeix sempre que concorrin els pressupostos per al naixement de l'obligació d'aliments, encara que el creditor no els hagi reclamat judicialment.

Possiblement, per resoldre, almenys en part, aquesta situació, l'art. 261 del Codi de Família català ha ampliat la legitimació per reclamar aliments a les entitats acollidores, siguin públiques o privades.

1.2. Situacions de guarda i tutela en el si de la família

Com s'ha apuntat a l'inici d'aquest apartat, les situacions d'incapacitat en persones grans són, com a conseqüència de l'augment de l'esperança de vida, molt freqüents. En aquest punt m'ocuparé, molt breument, dels aspectes relacionats amb aquestes incapacitats que poden tenir més interès o presentar alguna peculiaritat respecte al règim general de la incapacitat. Concretament, em referiré al cuidador informal o guardador de fet, a l'autotutela i a la incapacitat i el possible internament.

a) El curador informal

Les incapacitats de fet, siguin temporals o definitives, es produeixen, sovint, entre les persones grans i, en molts casos, s'assumeixen funcions tutelars de forma espontània en el si de la família. És, per tant, relativament freqüent trobar-nos en aquest àmbit davant la figura del cuidador informal o guardador de fet.

El CC dedica a l'assumpte un sol article, el 304, que estableix que els actes realitzats pel guardador de fet, en interès del presumpte incapaç, no podran ser impugnats si redunden en la seva utilitat. Així doncs, resulta essencial determinar el significat d'aquesta utilitat. La doctrina discuteix sobre si ha de ser considerada de forma objectiva o subjectiva.[1]

Quant a la impugnació de l'acte no útil realitzat pel guardador, malgrat que en principi podria entendre's que ha de fer-se mitjançant una acció de nul·litat per haver estat efectuat per una persona no legitimada a fer-ho (art. 1259.1 CC), la doctrina (Bercovitz 1986; Gutiérrez 2001) es mostra més favorable a l'acció d'anul·labilitat, i considera que la impugnació es basa en el perjudici causat al presumpte incapaç pel que era el seu guardador de fet en el moment de la realització de l'acte o negoci que es tracti. D'aquesta manera, l'acció podrà exercitar-se per l'incapaç en el termini de quatre anys a comptar des que hagi recuperat la seva capacitat o des que es va constituir la tutela si això ocorre.

[1] Bercovitz (1986) considera que la utilitat ha de ser tractada objectivament; per contra, Gutiérrez Calles (2001) la considera de forma subjectiva.

b) L'autotutela

En previsió de patir en el futur alguna malaltia degenerativa de les quals s'associen a l'edat, algunes persones grans desitgen triar per si mateixes la persona o institució que se'n cuidi i administri els seus béns.

Per respondre a aquesta necessitat, la Llei 41/2003, de 18 de novembre, introdueix en el Codi Civil la regulació de l'autotutela. Podem entendre per autotutela la facultat que es concedeix a una persona capaç per designar el seu tutor (o excloure algú de tal càrrec) i adoptar, dins dels límits legals, les disposicions que estimi convenients en previsió d'una futura incapacitació (Leonsegui 2007).

L'esmentada Llei 41/2003 ha introduït canvis en l'art. 223 del CC, consistents a reconèixer a qualsevol persona amb capacitat suficient, i en previsió de ser incapacitada en el futur, la possibilitat d'adoptar en document públic disposicions sobre ella mateixa, incloent el nomenament d'un tutor per al cas de ser judicialment incapacitada, la qual cosa ha provocat una alteració en l'ordre de delació de la tutela. En efecte, en l'art. 234 CC apareix com a primer nomenat a exercir el càrrec de tutor la persona designada pel mateix tutelat, quan encara gaudia de la suficient capacitat, i es manté la facultat que li correspon al Jutge d'alterar l'ordre de crida quan convingui a l'interessat. Amb la figura de l'autotutela es pretén protegir la voluntat de la persona incapacitada, per la qual cosa si es produeix una alteració de les circumstàncies que no va ser tinguda en compte en fer la designació, que modifiqui la previsió realitzada per l'autotutelat en un moment anterior, s'haurà de procedir al nomenament d'un nou tutor (Vaquer 2004).

Però a més de designar la persona que exercirà el càrrec tutelar, tota persona amb capacitat pot, també, segons l'art. 223 CC, adoptar qualsevol disposició relativa a si mateixa o als seus béns, fet que li atorga àmplies facultats d'acte en l'organització de la tutela, sempre que es respectin les normes del CC i siguin compatibles amb les previsions dictades pel Jutge en la sentència d'incapacitació. D'aquesta manera, podrà establir òrgans de fiscalització de la tutela, d'administració dels seus béns, de possible remuneració del càrrec, etc. També podrà preveure totes les qüestions relatives a la seva cura i assistència personal, la voluntat favorable a un possible internament en una institució assistencial adequada a les seves necessitats vitals, la negativa a rebre determinats tractaments mèdics i, en general, totes aquelles disposicions que estimi convenients a l'empara de l'autonomia de la voluntat.

La disposició d'autotutela només produeix efecte quan el Jutge declara incapaç al subjecte en virtut de sentència d'incapacitació, en la qual tindrà en compte la voluntat recollida en el document notarial d'autotutela a l'efecte de procedir al nomenament de tutor. Com a mesura de garantia i a fi que l'autoritat judicial pugui tenir coneixement d'aquesta disposició, a tenor del que es disposa en l'article 223.3 CC, el document públic notarial pel

qual es constitueixi l'autotutela es comunicarà d'ofici pel notari al Registre Civil per a la seva indicació en la inscripció de naixement de l'interessat.

c) Incapacitat i possible internament

Es pot incapacitar la persona gran quan pateix alguna de les malalties o deficiències persistents de caràcter físic o psíquic, que li impedeixen governar-se per si mateixa (art. 200 CC). La incapacitació solament procedeix per sentència judicial (art. 199 CC).

La veritat és que les causes i pressupostos per sol·licitar la incapacitació d'una persona són aplicables a tots els casos amb independència de la seva edat, si bé és evident que algunes malalties poden agreujar-se per motius de vellesa. Em referiré aquí a alguns aspectes que poden tenir un interès especial quan la incapacitat recau sobre persones grans.

Segons la reforma introduïda en el CC per la Llei 41/2003, el presumpte incapaç pot iniciar el procediment d'incapacitació. A més, tant el cònjuge com el convivent podran també iniciar el procediment si el matrimoni o la relació de parella són vigents. Després del cònjuge, o qui es trobi en una situació de fet assimilable, el legislador assenyala de forma indistinta la resta dels parents, sense establir un ordre de prelació. Això significa que qualsevol de les persones esmentades pot instar la declaració d'incapacitació del seu parent, amb independència del que facin els altres, configurant-se aquesta possibilitat més com una facultat o dret que com una obligació. El fet que estiguin totes les persones legitimades en un mateix plànol, augmenta l'àmbit de protecció del presumpte incapaç (Ruiz 1997). Si les persones abans esmentades no existeixen o no promouen el procés d'incapacitació, el Ministeri Fiscal haurà de fer-ho. Una vegada iniciat el procediment d'incapacitació, la LEC preveu que en el període de prova es doni audiència als parents més propers.

La sentència que posa fi al procés i declara la incapacitat n'haurà de determinar l'extensió i els límits, és a dir, establirà si és totalment capaç o totalment incapaç; el Jutge, a més, determinarà quins actes pot realitzar el presumpte incapaç i quins no. Si és el cas, en la mateixa sentència es procedirà al nomenament del tutor d'acord amb el que es disposa en l'art. 234 CC. A banda de les persones que es contemplen en aquest precepte, l'art. 242 CC admet la possibilitat que la tutela sigui exercida per persones jurídiques públiques o privades que no tinguin finalitat lucrativa. Aquestes persones jurídiques, en ocasions, disposen de centres en els quals s'interna l'incapaç.

L'internament d'una persona en un centre suposa una privació de llibertat, per la qual cosa, per dur-ho a terme, és necessari seguir els paràmetres marcats per la Llei. És possible que la mateixa persona, després d'haver patit una malaltia, vulgui ingressar; però la qüestió es complica quan l'internament no és voluntari. La mesura d'internament està prevista en l'art. 763 LEC.

És possible que l'internament de la persona es degui a un trastorn psíquic i, per tant, sigui internada en un centre psiquiàtric; però també pot ocórrer que la malaltia o deficiència que sofreixi l'ancià sigui de caràcter físic, provocada per l'edat, i que necessiti cures especials, sent suficient en aquest cas un centre geriàtric adequat a les circumstàncies de la persona. L'internament, sigui voluntari o no, no té per què anar lligat a un procés d'incapacitació; simplement es diu en la norma que la persona ha de tenir un trastorn psíquic i no ha d'estar en condicions de decidir per si mateixa. Perquè pugui dur-se a terme l'internament, és imprescindible comptar amb l'autorització judicial. Normalment serà necessària l'autorització prèvia, la qual cosa òbviament suposa una garantia important per qui ha de ser internat, tret que per raons d'urgència hagi estat necessari l'internament i no hagi donat temps a recaptar aquesta autorització.

2. Participació activa dels padrins en la família

Abans de la seva reforma per la Llei 42/2003, de 21 de novembre, el CC no esmentava expressament el dret dels padrins a relacionar-se amb els seus néts (de forma tàcita al·ludia a aquesta qüestió l'art. 160).Tampoc s'incloïa en el CC cap referència (ni tan sols tàcita) a la possibilitat que els padrins es relacionessin amb els néts donats en adopció o situació d'acolliment.

Quant al fet que els padrins poguessin assumir la guarda i custòdia dels seus néts en situacions de crisi matrimonial dels progenitors del menor, l'article 103.1 CC contemplava en el segon paràgraf la possibilitat que, excepcionalment, els fills poguessin ser encomanats a una altra persona, però sense referència expressa als padrins.

La reforma del CC per la Llei 42/2003, partint del mandat constitucional contingut en l'art. 39 CE, segons el qual els poders públics tenen el deure de fomentar la protecció integral del menor i la família, contempla el fet que els padrins exerceixen un paper fonamental en la família i, per això, es configuren com un instrument essencial per a la protecció dels menors. Les relacions entre padrins i néts tenen avui més pes, perquè l'allargament de la vida humana permet la convivència de diverses generacions; existeix també un grau més elevat d'inestabilitat familiar derivada de divorcis i nous matrimonis; i a això s'uneix que en la nostra realitat social els padrins juguen un paper important, atès que pares i mares, en la seva majoria, exerceixen una activitat professional a temps complet, i són els padrins els qui, d'alguna manera, cobreixen aquestes absències dels pares, participant activament en la seva cura i educació (Díaz 2003).

En l'Exposició de Motius de l'esmentada Llei 42/2003 es posa de manifest la idea que els padrins poden prestar una gran ajuda als seus néts en les situacions de crisi matrimonial dels seus progenitors, encara que el dret dels padrins a relacionar-se amb els seus néts no es regula només en situacions de ruptura del matrimoni, sinó també, com es veurà

més endavant, en les altres situacions. A més, el Codi contempla ara de forma expressa la possibilitat d'atribuir-los la custòdia dels néts.

En aquest apartat em detindré en l'estudi d'aquestes formes de participació activa dels padrins en el si de la família.

2.1. El dret dels padrins a relacionar-se amb els néts

Després de la Llei 42/2003, l'art. 90 del CC, relatiu al contingut del conveni regulador, diu en l'apartat b: «El règim de visites i comunicació dels néts amb els seus padrins, tenint en compte sempre l'interès d'aquells». D'aquesta manera, els cònjuges estableixen de mutu acord el sistema de visites, comunicacions i estades que els padrins mantindran en el futur amb els seus néts, podent així mateix concretar les garanties per a l'efectivitat d'aquest dret, que sempre requerirà l'homologació judicial, com la requereix el conveni regulador que estableixi les condicions de la ruptura familiar. I en l'art. 94.2 CC s'afegeix que el Jutge, prèvia audiència dels pares i dels padrins, podrà determinar el dret de comunicació i visites d'aquests, tenint sempre present l'interès del menor. Arribats a aquest punt, cal plantejar-se quatre interrogants: quin és el fonament i extensió del dret de visites, com ha d'establir-se el dret a les relacions personals entre els padrins i els néts, quin és el contingut concret del seu dret de visites i si els padrins tenen el mateix dret a relacionar-se amb els seus néts biològics en situació de guarda de fet, acolliment o adopció.

a) Té el dret de visites dels padrins el mateix fonament i extensió que el del progenitor que no té la custòdia dels fills?

Quan la guarda i custòdia dels fills s'atribueix a només un dels cònjuges, l'altre progenitor té dret a relacionar-se amb els seus descendents, tret que existeixi una causa que justifiqui el contrari. El dret de visites del progenitor no representa un veritable dret, sinó un complex dret-deure, l'exercici del qual persegueix com a finalitat primordial satisfer les necessitats afectives i educacionals dels fills, procurant el desenvolupament integral de la personalitat del menor, així com la seva estabilitat emocional i afectiva, per la qual cosa la satisfacció dels desitjos del progenitor de relacionar-se amb el seu fill poden veure's restringits o suspesos quan concorrin causes objectives que així ho aconsellin, en interès del menor, valorades judicialment amb el suport d'especialistes en la matèria.

Sembla, doncs, que aquest dret i obligació dels pares de relacionar-se amb els seus fills, si bé manté certes semblances amb el dret que tenen els padrins a relacionar-se amb els seus néts, és substancialment diferent, i això és degut a diverses raons (Colás 2005):

En primer lloc, pel que fa a la naturalesa jurídica i el fonament de la figura, el dret dels pares a relacionar-se personalment amb els seus fills té naturalesa de dret-haver de o dret-funció,

que per alguns autors (Lete del Rio 1992) deriva de la pàtria potestat i de l'obligació de tenir els fills en la seva companyia, que es converteix en dret de visita si els seus pares no viuen junts. Per un altre sector de la doctrina (Rivero 1997), es tracta d'un dret autònom, si bé estretament relacionat amb altres obligacions derivades de les relacions paternofilials (no de la pàtria potestat), com són la de vetllar pels fills i procurar-los una formació integral. Però amb independència de la posició que s'adopti sobre aquesta qüestió, la veritat és que el dret dels padrins i els néts a relacionar-se, a diferència del dels pares, no pot tenir el seu origen ni en la pàtria potestat ni en les relacions paternofilials, ja que aquestes corresponen als progenitors; i, a més, aquest dret no es converteix tampoc en haver de fins que s'adopti un acord o es dicti una decisió judicial que així ho imposi. El fonament d'aquest dret és l'interès del nét: relacionar-se amb els seus ascendents de segon grau el beneficiarà en el desenvolupament afectiu, personal, psicològic i intel·lectual. Aquesta naturalesa diferent de tots dos drets —el dels progenitors i el dels padrins— ha originat, a més, que els tribunals considerin improcedents les reclamacions dels padrins que pretenen conservar respecte del seu nét el mateix règim de visites que tenia el seu fill premort, basant-se en la pàtria potestat (Colás 2005).

Segon, quant als caràcters, es tracta de drets independents, no sent el dels padrins subsidiari del dels progenitors. Així, encara que no es reconegui el dret de visita o comunicació al progenitor que no té la custòdia, se li pot atorgar als padrins, i al revés; i, per descomptat, se li pot concedir a tots dos.

En tercer lloc, pel que fa a la seva extensió, el dret del progenitor que no té la custòdia té una extensió molt més gran del que es concedeix als padrins. Encara que el contingut del dret de visita és el mateix: visites periòdiques, comunicacions o relacions entre els menors i els padrins, qualsevol que sigui l'extensió amb què el Jutge ho determini, pot incloure pernocta dels menors al domicili dels seus padrins (en aquest sentit, STS 28 de juny de 2004, RJ 4321). Però l'extensió en el cas dels progenitors és més gran, doncs aquests exerceixen la pàtria potestat (Verdera 2002).

b) Com s'estableix el dret a les relacions personals entre els padrins i els seus néts?

Els supòsits que poden originar problemes en el reconeixement d'un règim de relacions personals entre padrins i néts són, fonamentalment:

1. En situacions de crisi de parella, quan els fills queden sota la guarda i custòdia d'un dels progenitors, que impedeix als ascendents de l'altre progenitor relacionar-s'hi.

En aquests casos, els progenitors poden acordar el règim de relacions entre padrins i néts en el conveni regulador de la crisi matrimonial. El Jutge està obligat per norma imperativa a aprovar el conveni regulador, tret que els acords adoptats perjudiquin els fills o un dels cònjuges (art. 90 CC).

Així, els progenitors podran establir per acord la forma i manera en què els padrins i els néts poden relacionar-se, fixant els dies i hores en què es concretarà el contacte mutu, així com els períodes de vacances escolars que els nens puguin, si escau, romandre en companyia dels padrins. El Jutge podrà aprovar la proposta realitzada prèvia audiència dels padrins, en la qual hauran de prestar el seu consentiment.

En el cas que els progenitors no hagin previst tal extrem en el conveni regulador o, encara que previst, no fos aprovat, o si el procés era de nul·litat matrimonial o de separació o divorci sense mutu acord i, per tant, no es va presentar conveni regulador, el Jutge establirà, si ho considera beneficiós per als interessos del nét, el règim de relacions personals a mantenir amb els seus padrins, determinant les condicions en què s'haurà de desenvolupar (modalitats, temps, lloc, presència dels progenitors, etc.). En aquests casos, serà el Jutge qui estableixi, atenent a les circumstàncies i especialment al grau de vinculació que els padrins fins llavors van mantenir amb els néts, un sistema de visites que asseguri la pervivència dels llaços afectius entre tots dos grups familiars.

2. Fora de les situacions de crisi de parella, els padrins poden precisar que es concreti el règim de les relacions personals amb els néts quan mor un dels progenitors i el cònjuge supervivent posa traves a les relacions entre els seus fills i els padrins, normalment de l'altra branca familiar; o bé, en supòsits normals de parella, que no es troba en crisi però un dels progenitors —o tots dos— no té relacions amb els seus pares o amb els seus sogres i impedeix l'exercici del dret d'aquests a relacionar-se amb els seus fills. En tals casos la via per aconseguir-ho pot ser:

– Els progenitors voluntàriament poden establir el règim de visites en situacions en què no existeix crisi matrimonial, però el nét o els padrins els reclamen el seu dret a relacionar-se. Aquests acords són perfectament vàlids, però han de perseguir la defensa dels interessos del nét i respectar les característiques pròpies del dret que es tracti. La seva eficàcia i exigibilitat és idèntica a la dels altres convenis de Dret privat vàlids, efectuats sobre matèries disponibles, sent vinculants per als que els han assumit.

– Quan els padrins o els néts decideixen reclamar el dret a relacionar-se per via judicial, serà el Jutge en la sentència dictada en el procés corresponent, qui determini el règim de visites (art. 160.2 CC).

– Quan hi hagi un menor en situació d'acolliment (art. 161 CC), el Jutge pot determinar si és beneficiós per als interessos del menor continuar relacionant-se amb els seus padrins i, en cas que així sigui, es fixarà com han de produir-se aquestes relacions personals.

Sigui quina sigui la manera en què s'estableixi el règim de visites dels padrins respecte als néts, sembla necessari que se'ls doni audiència. La legislació actual en matèria civil posa

de manifest una nova concepció dels menors d'edat com a subjectes actius, participatius, amb capacitat per modificar certes mesures.

c) Quin és el contingut del dret a les relacions personals entre padrins i néts?

El dret a les relacions personals entre padrins i néts, al qual es refereix l'art. 160.2 CC, no només genera facultats, sinó també obligacions, fonamentalment per als padrins:

1. Pel que fa als drets, cal esmentar els drets de visita, estada i comunicació (Colás 2005).

El dret de visita pot produir-se al domicili del nét o en el dels padrins, i fins i tot, pot produir-se en un altre lloc quan les circumstàncies del cas així ho requereixin (per exemple, perquè existeixen males relacions entre els padrins i el progenitor o progenitors del nét, pot fer-se ús dels punts de trobada familiar, en els quals hi ha una sèrie de professionals que orienten i assessoren els implicats).

El que és normal és que es reculli el nét del seu domicili, i els padrins hagin de tornar-lo allí quan finalitzi la visita. La visita pot incloure l'estada, la pernocta del nét a casa dels padrins. Aquesta opció ha de ser acordada per les parts implicades, o pel Jutge, amb més cautela, només quan les relacions entre el nét i els padrins puguin ser qualificades com a afectives, cordials i sempre que l'edat del nét no ho desaconselli. Quant al temps que han de durar les visites, no hi ha cap regla fixa establerta sobre aquest tema; dependrà lògicament de les circumstàncies concurrents en cada cas concret. En ocasions, els tribunals disposen que el règim de visites establert s'ampliarà progressivament segons la relació del nét amb els padrins vagi sent més afectiva, o quan el nét vagi aconseguint més edat.

Respecte al dret de comunicació, el CC reconeix el dret dels padrins i els néts a conversar directa i personalment per telèfon o fins i tot per videoconferència, i també a intercanviar-se correspondència escrita, per via postal ordinària, correu electrònic, etc. Els progenitors del nét hauran de respectar el dret a la privadesa de les seves comunicacions, gràcies al que es disposa en l'art. 18.3 CE.

2. Pel que es refereix a obligacions dels padrins en l'exercici de les visites, l'estada o la comunicació amb el nét, les més rellevants són (Cols 2005):
- Perseguir sempre l'interès del nét.
- Recollir i lliurar el nét en el lloc i moment establert per les parts o pel Jutge.
- Córrer amb les despeses derivades dels desplaçaments al lloc fixat per desenvolupar-se les visites o per recollir o lliurar el nét, sempre que així s'hagi determinat per les parts o pel Jutge.
- Cuidar el nét quan es desenvolupen les visites o estades sense presència dels progenitors, encara que se sol considerar que cal distingir:

- Les despeses alimentoses, que seran a càrrec dels padrins.
- Respecte a les despeses mèdiques, les que siguin derivades de malalties ordinàries han d'assumir-les els padrins, les reportades per malalties més greus corresponen als progenitors titulars de la pàtria potestat (Rivero 1997).

d) El dret a les relacions personals amb els padrins en els casos de néts biològics en situació de guarda de fet, acolliment o adopció

L'art. 178.1 CC preveu que «L'adopció produeix l'extinció dels vincles jurídics entre l'adoptat i la seva família anterior»; si bé hi ha una sèrie d'excepcions a aquesta norma en el 178.2 CC, i així ocorre quan l'adoptat és fill del cònjuge de l'adoptant, encara que el consort hagi mort. Podem afirmar, doncs, que en aquests casos no existeix el dret dels padrins a relacionar-se amb els seus néts.

Pel que fa a l'acolliment, l'art. 173 CC, imposa als acollidors els deures de vetllar per l'acollit, tenir-lo en la seva companyia, alimentar-lo, educar-lo i procurar-li una formació integral, sense que per això l'acollit perdi el seu status familiae.

El Jutge haurà de tenir en compte el tipus d'acolliment per determinar el dret dels padrins a relacionar-se amb els néts. Si és un acolliment simple, ha de fomentar-se el dret a les relacions personals, doncs es pretén la reinserció del menor en la pròpia família. Si és un acolliment permanent, el jutge valorarà les circumstàncies concretes i decidirà si és convenient per als interessos del menor relacionar-se amb els padrins. Si és, en fi, acolliment preadoptiu, serà prudent suspendre i potser suprimir aquestes relacions amb els padrins, doncs aquests contactes desapareixeran legalment amb l'adopció.

Finalment, si el nét està en situació de guarda de fet, el CC quan regula aquesta figura no prescriu gens sobre el dret dels menors a relacionar-se amb els seus padrins, encara que pot defensar-se la seva existència per tres motius (Cols 2005):

- L'interès del menor.
- Si es pot admetre el dret a les relacions personals amb els padrins en casos més extrems com són l'acolliment o l'adopció, amb més raó en els casos de guarda.
- No obstant això, d'acord amb el que es disposa en l'art. 304 CC, «el guardador de fet pot negar, per justa causa, el dret de visita si ho troba perjudicial per al menor o incapaç».

2.2. Custòdia ordinària dels néts

Una altra forma de participació activa dels padrins en la família, introduïda també per la Llei 42/2003, és l'exercici de la custòdia ordinària dels seus néts. El reformat art. 103 CC assenyala que, de forma excepcional, en els casos de crisi matrimonial, els padrins podran

ser receptors dels drets i obligacions pròpies de la custòdia dels menors, prioritzant aquesta opció a favor dels padrins enfront d'altres parents que eventualment poguessin reclamar aquest dret i anteposant aquesta possibilitat a l'exercici de la custòdia dels menors per part d'una institució. Aquesta possibilitat que els padrins assumeixin les funcions inherents a la custòdia dels néts, desplaçant en el seu exercici els pares dels menors, serà sempre, com la Llei indica, amb caràcter d'excepció. Però quines són les causes que legitimen l'atribució de la guarda i custòdia dels néts als padrins?

Si es té en compte el dret del qual gaudeix el menor a no ser separat dels seus pares, resulta difícil determinar, amb caràcter general, les causes que permeten l'adopció d'aquesta mesura. Seran els tribunals els que determinaran en cada cas les circumstàncies excepcionals al fet al qual es refereix el precepte.

Colás (2005) realitza una anàlisi jurisprudencial i relaciona els següents casos:

1. La desatenció o abandó del menor, això és, el fet de trobar-se en la situació de desemparament descrita per l'art. 172 CC.
2. La malaltia o drogodependència dels pares.
3. L'absència dels progenitors.
4. Els maltractaments.
5. La inducció a realitzar actes immorals o il·lícits.
6. L'ingrés del progenitor a la presó.
7. El perill que el progenitor cometi contra el seu fill el mateix delicte pel qual està penalment acusat.

Les funcions inherents a la guarda i custòdia ordinàries dels néts impliquen únicament la possibilitat que els menors convisquin amb els seus padrins en un mateix domicili, exercint aquests les responsabilitats de la seva guarda a falta de l'assumpció pels pares de tals responsabilitats. No obstant això, en aquests supòsits d'atorgament als padrins de la guarda i custòdia dels seus néts, si els progenitors mantenen l'exercici de la pàtria potestat, encara que no visquin de forma habitual amb els seus fills, no quedarien inhabilitats d'exercir les funcions que afecten la pàtria potestat, que seguirien ostentant.

D'aquesta manera, els pares segueixen obligats a vetllar pels seus fills, encara que els padrins també han d'actuar en interès del nét. Així, per exemple, en matèria sanitària, els padrins hauran de realitzar les visites mèdiques quotidianes, però quan es tracta d'adoptar alguna decisió mèdica de transcendència hauran de fer-ho els pares. Així mateix, continua corresponent als pares la representació dels fills i, en general, l'administració dels seus béns, encara que els actes d'administració ordinària els realitzaran els padrins.

L'obligació d'aliments que tenen els pares respecte als seus fills continua (encara que no podran optar per la possibilitat de complir-la tenint-los en la seva companyia).

Si els progenitors no disposen de mitjans, els següents obligats són els ascendents en el seu grau més proper, que són els padrins (art. 144 CC).

Encara que cessa el dret-deure que tenen els pares de tenir els fills en la seva companyia, per aplicació analògica de l'art. 94.1 CC, es pot admetre la possibilitat que el Jutge determini un règim de visites, comunicació i estades dels néts amb els seus pares (Colás 2005).

Pel que fa a l'obligació d'educar els fills i proporcionar-los una educació integral, si es tracta d'adoptar decisions de transcendència com l'elecció d'un centre educatiu, o la realització de certs estudis (escolars o extraescolars), educació religiosa o no, etc., correspon als pares. No obstant això, seran els padrins els que hauran de prendre les decisions relatives a les activitats educatives quotidianes dels seus néts (Linacero 1993).

2.3. La tutela dels néts

La Llei 42/2003 ha introduït en l'art. 103 CC una modificació que assenyala que «excepcionalment, els fills podran ser encomanats als padrins, parents i altres persones que així ho consentissin i, de no haver-los, a una institució idònia, conferint-se'ls les funcions tutelars que exerciran sota l'autoritat del Jutge».

Els padrins, doncs, no només poden ostentar la custòdia ordinària dels néts; també poden assumir les funcions tutelars dels menors, amb clara exclusió dels pares i millor dret que ells en aquells casos que la pròpia Llei considera que han de ser excepcionals. Tals casos, hauran d'estar fonamentats en causes certament importants, com poden ser l'absència de progenitors, la seva incapacitat per exercir les responsabilitats pròpies de la pàtria potestat, drogodependències, toxicomanies greus o reclusió en establiments penitenciaris. En situacions com aquestes, el Jutge podrà atorgar les funcions tutelars sobre els menors als padrins, als quals se situa en una posició de privilegi o preferència sobre altres parents que també poguessin optar-hi; i només en el cas que tals persones no existeixin o no prestin el seu consentiment, aquestes funcions tutelars serien encomanades a una institució adequada a aquest efecte (Acevedo 2006).

En aquests casos, no cessa el dret als aliments dels néts respecte als seus pares, tret que aquests no estiguin en disposició d'abonar aquesta prestació.

Les funcions tutelars que el Jutge excepcionalment pot atorgar als padrins respecte dels seus néts són les de l'art. 154 CC, de manera que per disposició judicial els padrins reemplaçarien els pares en l'exercici de les labors que en principi els correspondria assumir. La Llei estableix sempre una garantia última, que recau en la persona i en l'autoritat del Jutge, per al correcte exercici de tutela dels padrins sobre els néts, doncs en l'art. 103 CC s'exigeix que aquestes funcions es duguin a terme sota el control judicial.

Referències bibliogràfiques

Acevedo, A. (2006). *Las relaciones abuelos-nietos, Régimen de visitas. Reclamación judicial*. Madrid: Tecnos.

Bercovitz, R. (1986). *Comentarios a las reformas de nacionalidad y tutela*. Madrid: Tecnos.

Colás, A. (2005). *Relaciones familiares de los nietos con sus abuelos: Derecho de visita, estancia, comunicación y atribución de la guarda y custodia (Ley 42/2003, de 21 de noviembre)*. Navarra: Aranzadi.

Delgado, J. (1991). «Comentarios a los artículos 142 y siguientes». A: *Comentario del Código Civil*. Vol. 1. Madrid: Ministerio de Justicia.

Díaz, S. (2003). «El derecho de relación personal entre el menor y sus parientes y allegados». *Revista de Derecho Privado*, pàg. 345-371.

Gutiérrez, J. L. (2001). «La actividad del anciano incapaz: actos propios y actos del cuidador informal». A: *Actas de las Primeras Jornadas de Problemas Legales sobre tutela, asistencia y protección a las personas mayores*. Córdoba: CajaSur.

Leonsegui, R. A. (2007). «La autotutela como mecanismo de autoprotección de las personas mayores». A: LASARTE (dir.) *La protección de las personas mayores*. Madrid: Tecnos.

Lete del Rio, J. M (1992). «Derecho de visita de los abuelos (Comentario a la Sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona de 30 de septiembre de 1991)». *Poder Judicial*, 25, pàg. 145-150.

Linacero, M. A. (1993). «Custodia de menores: Conflicto entre el padre y los abuelos: comentario a la Sentencia del Tribunal Supremo de 12 de febrero de 1992» *Poder Judicial*, 30, pàg. 145-158.

Martínez, N. (2004). «Los mayores como beneficiarios de prestaciones familiares». *Protección jurídica de los mayores*. Madrid: La Ley.

Rivero, F. (1997). *El derecho de visita*. Barcelona: Bosch.

Ruiz, J. (1997). «El procedimiento de incapacitación: consecuencias jurídicas de la pérdida de capacidad en las personas mayores». A: *La protección de las personas mayores*. Madrid: Tecnos.

Vaquer, A. (2004). «La autotutela en el Código Civil tras la Ley 41/2003, de 18 de noviembre». *Diario la Ley*.

Verdera, B. (2002). «Anotaciones sobre el régimen de visitas de parientes y allegados». *Diario la Ley.*

Autora

MARIA NÉLIDA TUR FAÚNDEZ

Doctora en Dret per la Universitat Complutense de Madrid el 1994. Professora titular de Dret Civil, a la Universitat de les Illes Balears des de 1997. Des d'aquesta data, ha impartit docència en les facultats de Dret, Economia, i Administració i Direcció d'Empreses, així com en nombrosos Màsters Universitaris. El 19 de gener de 2012 va obtenir l'acreditació com a catedràtica d'universitat. És autora de cinc llibres, ha participat en diverses obres col·lectives i ha publicat nombrosos treballs en revistes jurídiques especialitzades. Les seves principals línies d'investigació són el Dret patrimonial en general i, de forma més concreta, la contractació electrònica i el turisme.

PADRINS QUE FAN DE PARES: UN DRET DE L'INFANT O UNA OBLIGACIÓ DE LA PERSONA GRAN?

Padrins que fan de pares: un dret de l'infant o una obligació de la persona gran?

Maria Antònia Gomila Grau
Belén Pascual Barrio

Resum

La responsabilitat de les famílies, concretament de les dones, pel que fa a la cura de les persones dependents generalment s'ha entès com una tendència natural d'algunes societats tradicionals en què valors com la solidaritat dins l'àmbit privat s'imposen sobre la protecció pública. Aquest argument està relacionat amb el model familista d'estat de benestar propi del sistema de protecció espanyol i del estats del sud d'Europa. Des d'una perspectiva diferent, més que d'una opció es tractaria d'una obligació que recau sobre les famílies, a causa d'un sistema ocupacional que no facilita a aquestes ocupar-se dels seus membres i d'un sistema públic insuficient. Concretament, en relació amb el paper que assumeixen els padrins en aquestes relacions de solidaritat familiar, al treball es presenten dades que mostren que als països del sud la freqüència en la cura dels padrins als néts és més baixa però la cura és més intensiva. Aquests estudis confirmen que un estat del benestar fort amb un grau elevat de cobertura social no redueix la solidaritat familiar. La inversió en polítiques familiars afavoreix la solidaritat intergeneracional, en tant que permet una complementarietat entre l'ajuda pública i l'ajuda familiar, sense esgotar ni saturar la darrera. A la inversa, la manca o un nivell molt baix d'inversió en polítiques familiars pot fer més precària l'ajuda.

Resumen

La responsabilidad de las familias, concretamente de las mujeres, del cuidado de las personas dependientes generalmente se ha entendido como una tendencia natural de algunas sociedades tradicionales en las que valores como la solidaridad en el ámbito privado se imponen sobre la protección pública. Este argumento está relacionado con el modelo familista de bienestar propio del sistema de protección español y de los estados del sur de Europa. Desde una perspectiva diferente, más que de una opción se trataría de una obligación que recae sobre las familias debido a un sistema ocupacional que no facilita a las mismas ocuparse de sus miembros y a un sistema público insuficiente. Concretamente, en relación al papel que asumen los abuelos en estas relaciones de solidaridad familiar, en el trabajo se presentan datos que muestran que en los países del sur la frecuencia en el cuidado de los abuelos a los nietos es menor aunque más intensiva. Estos estudios confirman que un estado del bienestar fuerte con un nivel elevado de cobertura social no reduce la solidaridad familiar. La inversión en políticas familiares favorece la solidaridad intergeneracional en tanto que permite una complementariedad entre la ayuda pública y la ayuda familiar, sin agotar ni saturar la última. A la inversa, la falta o un nivel muy bajo de inversión en políticas familiares puede precarizar la ayuda.

1. Introducció

Les necessitats bàsiques individuals i familiars depenen en gran part del temps de relacions comunitàries existents. Les relacions comunitàries i familiars conformen una xarxa de suport social que, com a vincle d'ajuda mútua, sovint compensa situacions de desprotecció. La cura d'infants per part dels membres de la família constitueix una necessitat de primer ordre davant una realitat social que ha vist transformades les estructures de la família, les condicions de treball, la situació demogràfica, la situació social i política, etc. L'envelliment de les poblacions europees ha produït una capacitat més gran de prestació d'ajuda i de solidaritat entre les generacions, ja que hi ha una considerable proporció de persones grans amb una gran capacitat de prestar ajuda a les generacions més joves, sigui econòmicament o instrumentalment (amb la prestació de serveis). Per altra banda, les condicions en què es troben moltes famílies (situació laboral, condicions de degradació social i econòmica, etc.) ha incrementat les necessitats de serveis i suport i no sempre les institucions públiques saben (poden o volen) respondre suficientment i/o adequadament a aquestes necessitats. Dins aquest context, els padrins, juntament amb altres familiars diferents dels pares, tenen un rol molt important en la cura dels infants de molt diferents maneres i en diferents graus i intensitat, en funció de les necessitats i condicions de la família. Així, quan parlam de padrins que cuiden els seus néts, ens referim tant a la cura puntual i irregular, molt associada a l'oci, a la consolidació de les relacions afectives entre padrins i néts, i deslligada de la idea de servei, fins a l'acollida i la custòdia legal dels infants per part dels padrins, que substitueixen per complet el rol educatiu i parental dels pares; enmig d'ambdues situacions, trobam els padrins cangur.

Els factors que hi incideixen són també múltiples i són determinants en les possibilitats que té la família d'organitzar-se mitjançant els padrins. En aquest sentit, la inversió pública en polítiques familiars i socials estimula l'intercanvi i la solidaritat familiar, en tant que permet a les diferents generacions prestar ajuda sense esgotar les seves capacitats (Igel, Sydlik 2011).

L'anàlisi de les dades del SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe 2004, 2006)[1] ha permès veure de manera comparativa a l'àmbit europeu de quina manera diferents factors i condicions determinen tant la incidència de la cura dels néts per part dels padrins com la influència dels models d'estat del benestar en aquest tipus de relacions. A partir de les anàlisis realitzades pel SHARE tant a l'àmbit europeu com espanyol, aquest treball vol recollir de manera teòrica els elements principals que defineixen la cura d'infants per part dels padrins, des d'una òptica múltiple. Per una part, un dels objectius del treball

[1] La majoria dels estudis sobre la cura d'infants per part dels padrins provenen de l'anàlisi de l'enquesta de 2004 (Hank, Buber; Szydik; Iger, Szydik…). Hi ha, en canvi, un estudi de l'enquesta del 2006 que analitza específicament el cas espanyol (Badenes, López 2011).
Consultau dades del SHARE a: <http://www.share-project.org/>.

és donar una idea de la complexitat del fenomen a partir d'una visió general i comparativa dels factors que influeixen en la incidència de la cura d'infants per part dels padrins. Per una altra banda, el treball aborda el tema dels efectes i conseqüències que genera la cura d'infants a nivell individual (tant per als padrins com per als infants), familiar i social. En aquest sentit, les condicions que determinen les possibilitats i les capacitats dels padrins de prendre cura dels néts es vinculen amb les polítiques públiques de suport a les famílies i els serveis socials existents. En aquest sentit, i centrant-nos en el cas concret de la realitat espanyola actual, marcada per polítiques agressives de contenció de la despesa pública provocades per la crisi, el treball vol posar l'accent en el perill que suposa centrar el debat en les relacions familiars i la solidaritat intergeneracional com a principal (no subsidiari ni complementari) instrument de protecció i assistència dels individus. Descarregar la majoria del pes en les famílies pot generar conseqüències molt negatives tant per a aquestes, en tant que redueix i esgota la seva capacitat de garantir un mínim del nivell de benestar dels seus membres, com a l'àmbit social, en què pot generar fortíssimes desigualtats i degradar la cohesió social fins a nivells crítics.

2. Les polítiques de suport a les famílies a Espanya

Les polítiques públiques de benestar social es fonamenten en els principis d'individualització i universalització dels drets de la ciutadania. Aquest procés d'individualització dels drets socials de la ciutadania que es dóna durant el procés de democratització de la societat espanyola, com és la igualtat entre homes i dones, suposa en el seu moment tensions a dos nivells: pel fet de rompre amb un model de respecte a l'autoritat patriarcal i de submissió a l'home (Alberdi 1999) i pel fet de xocar amb un model social i laboral centrat en l'home com a cap de família. A Espanya, la tensió apareix des del moment que comença a fer-se evident la desprotecció del treball femení i la càrrega de la responsabilitat sobre la dona, la tensió per conciliar el treball remunerat amb les necessitats de cura de les persones dependents (Flaquer 2000). Aquests elements repercuteixen inevitablement en la consecució de nivells òptims de conciliació de la vida laboral i familiar, i en la protecció dels drets bàsics individuals.

Trenta anys després de la implantació d'un sistema públic de protecció social, hi ha encara importants dèficits pel que fa a polítiques familiars. Les dades de l'Eurostat del 2009 situen Espanya (25,0) en les línies més baixes pel que fa a inversió en protecció social, molt per davall de la mitjana europea (30,0) o fins i tot d'altres països del sud d'Europa (Itàlia: 29,8; França: 33,0; Grècia: 27,9; Portugal: 26,9).[2]

[2] Eurostat: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/graph.do?tab=graph&plugin=1&language=en&pcode=tps00098&toolbox=type>.

El serveis d'atenció a la infància i la família (en mesura més gran que les deduccions fiscals) són estratègies que s'associen a l'increment de la fecunditat, la disminució de la pobresa infantil i l'increment dels nivells d'ocupació de les dones amb baixos ingressos. L'Estat espanyol encara presenta, en aquests indicadors, índexs especialment baixos pel que fa a fecunditat,[3] índexs baixos pel que fa a presència de dones en el mercat laboral,[4] i índexs elevats de pobresa infantil (UNICEF). Segons les dades del darrer informe d'UNICEF, la despesa pública destinada a família i infància a Espanya està entre les més baixes dels països rics i en darrer lloc a Europa. Les polítiques de protecció destinades a la infància s'han centrat molt en situacions d'especial vulnerabilitat però no en polítiques universals de benestar de la infància.

L'atenció a les famílies, tant des del punt de vista del desenvolupament de serveis d'atenció a les persones dependents com del suport a la conciliació de la vida laboral i familiar, no ha estat una vertadera prioritat a l'agenda política espanyola i, si ho va ser entre els 2004 i el 2007, ha tornat enrere. Les polítiques socials a Espanya tradicionalment s'han basat en prestacions monetàries i els serveis de protecció social no han tingut el mateix suport que a països amb tradició socialdemòcrata.

La política familiar queda relegada a un segon pla no tant per una qüestió cultural com per un model social familista basat en el treball masculí (*male breadwiner*) que centra el pes de la cura familiar en mans de les dones (Salido, Moreno 2007). La mateixa llei assigna obligacions a la família extensa per a la cura i assistència dels membres dependents i l'Estat actua únicament de manera subsidiària i mitjançant les administracions locals o regionals, fet que provoca diferències importants i una certa desigualtat entre regions (Hantrais 2004, 144). Pel que fa a les prestacions familiars, l'aspecte comú entre tots aquests països és precisament el seu baix nivell.

Amb un sistema de seguretat social molt vinculat al treball i de protecció social dependent de les relacions familiars (Esping-Andersen 1993; Hantrais 2004; Kuronen 2010) la responsabilitat d'atenció i cura a persones dependents, infants i gent gran recau directament sobre les famílies i, concretament, sobre les dones (Flaquer 2000). Les dones han assumit tradicionalment els costs derivats de tenir fills i el treball d'atenció i cura de les persones dependents. Actualment, moltes combinen el treball remunerat amb el domèstic destinat a l'atenció de les necessitats familiars.

Les xarxes familiars i la solidaritat intergeneracional són, doncs, el que aconsegueix la sostenibilitat de la cura i guarda de persones dependents. Però, en contra d'alguns arguments que justifiquen aquest model, la causa no és la «tradicional» solidaritat familiar

[3] L'índex de fecunditat europeu l'any 2009 arribava a 1,59 fills per dona, enfront dels 1,40 d'Espanya, que en aquests dos darrers anys ha baixat fins a 1,36 fills per dona (dades d'Eurostat <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>).
[4] La taxa d'ocupació de les dones era del 55,5%, enfront del 62,3% de la UE, enfora del 64,6% de França i molt més encara del 71% d'Alemanya o de més del 72% dels països escandinaus (dades d'Eurostat <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>).

ni una tendència natural a assumir aquestes responsabilitats, sinó l'obligació inherent a la família com a institució prestadora de serveis de protecció davant un sistema ocupacional que no els facilita ocupar-se dels seus membres i un sistema públic deficient i excessivament centrat en l'externalització dels serveis de cobertura a les persones dependents.

D'altra banda, les ajudes a les famílies en relació amb la criança s'han basat en una combinació de prestacions directes (universals o basades en la comprovació de mitjans), reduccions d'imposts (subvencions o crèdits), permisos de maternitat i subvencions per a la cura de nins, guarderies gratuïtes o subvencionades, habitatges subvencionats per a les famílies, etc. Però, en general, ha primat una forta tendència a prioritzar els serveis que «expulsen» de l'àmbit familiar la cura dels infants (escoletes, guarderies) i minimitzar les ajudes orientades a la conciliació o que permeten la cura d'infants (i, en general, de persones dependents) en família (permisos, subvencions, prestacions, serveis a domicili...).

Un dels indicadors de la protecció a les famílies és la **cobertura de cura** dels infants petits. L'estudi de Keck i Saraceno (2011) mostra que, en el cas espanyol, hi ha una gran diferència entre la cobertura pública de serveis a la infància i la demanda i ús d'aquests. Amb dades del 2004, l'índex de cobertura de serveis era del 17%, mentre que l'índex d'ús de serveis a la infància (que inclou els privats) era del 39%. La diferència de 22 punts és fins i tot superior a la de Portugal (21 punts) i la d'Itàlia (14) i es distancia de la que presenten països com França (amb una cobertura pública superior a la cobertura d'ús) o els països escandinaus, amb un equilibri molt fort entre les dues cobertures (Keck, Saraceno 2011). Aquesta diferència tan gran en el cas espanyol indica fortes diferències en l'accés als serveis i corrobora el fet que la responsabilitat segueix recaient de manera molt intensiva sobre les famílies, sigui cobrint els serveis mitjançant la solidaritat familiar, sigui assumint el cost integral dels serveis externs (privats) a la infància.

Així i tot, la cobertura de serveis a la infància —escoletes, activitats extraescolars— soluciona sols una part de la problemàtica de la cura de les persones dependents. Una bona xarxa d'escoletes ajuda, però no arregla, altres problemàtiques com la incompatibilitat d'horaris laborals i escolars, o l'excés d'hores laborals que obliga les famílies a fer ús de serveis que cobreixin el temps que no poden ocupar-se dels fills (especialment en franges d'edat superiors als tres anys).

3. Relacions familiars i solidaritat intergeneracional: poder, voler o haver de?

La solidaritat familiar no depèn de l'existència d'un sistema de cobertura fort o feble. Els nombrosos treballs sobre el tema han mostrat clarament que un estat del benestar fort amb un grau elevat de cobertura social no solament no redueix la solidaritat familiar sinó que la intensifica.

Els estudis sobre l'estat del benestar a Europa[5] assenyalen precisament que els graus més alts de solidaritat familiar dels països del sud d'Europa estan molt lligats als models deficients d'estat del benestar característics d'aquests països (Meil 2010). En canvi, altres estudis[6] que han analitzat la família a països del nord d'Europa demostren que les relacions intergeneracionals segueixen essent molt fortes dins aquest context de la família moderna definida per l'individualisme. Cal, doncs, plantejar-se a què ens referim quan parlam de relacions familiars i a què ens referim quan parlam de solidaritat familiar. Precisament, les relacions familiars se sustenten sobre un complex tramat d'intercanvis (d'afecte, de béns, de serveis). Aquestes relacions tenen, doncs, un caràcter multidimensional que abraça aspectes instrumentals-funcionals, afectius i d'organització, determinats, alhora, per tota una sèrie de factors (Bengtson, Roberts 1991). Szydlik agrupa els factors condicionants de la solidaritat familiar en: *oportunitat*, *necessitat*, *família* i el que l'autor anomena *estructura cultural-contextual*. Aquestes quatre condicions agrupen alhora tota una sèrie d'elements que es conjuguen de diverses maneres i donen com a resultat també diferents maneres de viure i exercir la granparentalitat, alhora que mostren diferències significatives entre els països europeus. El joc entre les oportunitats i les necessitats de les generacions té un paper molt important. S'inclouen aquí els condicionants que fan que sigui possible la solidaritat intergeneracional i el grau en què aquesta és possible: les condicions laborals d'uns i altres, les condicions físiques i capacitats de les generacions grans d'oferir aquest suport... De fet, la literatura sobre el tema coincideix a apuntar que la provisió d'ajuda per part dels padrins amb la cura dels néts està més en relació amb les oportunitats dels padrins d'oferir aquesta ajuda que amb les necessitats dels fills adults. Les condicions de salut i de renda, la situació laboral, així com la distància residencial i el nivell educatiu, són determinants en la provisió d'ajuda dels pares als fills adults. Per exemple, pel que fa la situació laboral, és més determinant la dels padrins que no la dels fills, en tant que determina les possibilitats d'oferir ajuda al fills adults i la disponibilitat de temps que hi poden dedicar.

El nivell de renda dels padrins és també important en les possibilitats que tenen d'oferir una ajuda de cura que comporta una certa despesa econòmica (menjars, transport, altres transferències). Nivells de renda baixos minvarien la capacitat dels padrins de donar suport funcional (temps, servei, transferències econòmiques) als seus fills adults (Iger, Szydlik 2011, 219). En aquest sentit es refereix també l'estudi d'Attias-Donfut (1998), que afirma que una baixada de les pensions de jubilació (i, per tant, una minva en la seva capacitat d'oferir suport material a les generacions més joves) afectaria de manera molt negativa a tot el conjunt de la societat i faria més precària la situació de les famílies amb infants petits.

[5] Esping-Andersen (1993) i Jane Lewis (2001), entre d'altres.
[6] Gomila (2003), Attias-Donfut (1995), Jallinoja i Widmer (2011), entre d'altres autors.

El nivell educatiu i el nivell de renda d'uns i altres defineix també no solament la capacitat d'oferir el suport sinó el tipus de suport que es pot oferir als fills adults i el tipus de relació que s'estableix amb els néts. Un nivell educatiu elevat pot limitar la provisió d'ajuda en benefici d'una independència més gran i una més gran inversió en oci de la generació gran.

Els factors familiars i les estructures de necessitat estarien relacionats amb el fet que la presència d'infants petits incrementa les necessitats d'ajuda per part dels fills adults i, per tant, intensifica les relacions entre les diferents generacions. Els padrins es presten més a construir una relació afectiva amb els seus néts, mitjançant precisament l'establiment d'una relació funcional (de prestació d'ajuda) que pot presentar diferents nivells (temps, serveis, ajuda financera). Com més petits són els infants, més demanda hi ha d'ajuda per part dels pares (fills adults). A la inversa, com més edat tenen els padrins, menys confiança per part dels pares a deixar infants molt petits sota la seva responsabilitat.[7] En aquest cas, emperò, hi entren en joc les capacitats de les persones grans. Òbviament, persones amb dificultats físiques i/o psíquiques poden assumir en mesura més petita les tasques que comporta la cura d'un infant petit.

Iger i Szydlik (2011, 212) es refereixen a les «estructures culturals-contextuals» com a totes les condicions de la societat en què les relacions intergeneracionals tenen lloc. Això inclou les condicions socials derivades de les polítiques fiscals i laborals, del mercat de l'habitatge i del conjunt de normes culturalment definides en grups específics (grups ètnics i culturals).

Les anàlisis comparatives que s'han fet a partir de les dades del SHARE (Igel, Szydlik 2011; Hank 2010; Hank, Buber 2009) mostren una clara correlació entre la solidaritat familiar i les polítiques públiques, no solament relatives a polítiques familiars, com puguin ser mesures de conciliació entre família i treball, permisos de maternitat, prestacions per a infants i provisió de serveis de cura de la petita infància, sinó també tot el sistema de pensions. Però aquesta correlació, en el cas del suport dels padrins als fills adults amb infants petits, no afecta el fet que hi hagi o no relació de solidaritat familiar al si de la família ja que, com acabam de dir, aquesta sempre es dóna; el que varia és la freqüència i intensitat en què aquesta és prestada. En aquest sentit, les dades del SHARE revelen que la solidaritat intergeneracional es dóna amb més freqüència en els països del nord i el centre d'Europa, mentre que la freqüència és més baixa en els països del sud d'Europa (Espanya, Itàlia, Grècia). En canvi, aquesta ajuda es dóna de manera més intensiva (més temps dedicat) en aquest darrer grup de països que no en el primer grup. Les anàlisis corroboren la idea que la inversió en polítiques familiars, lluny d'afeblir els vincles familiars, afavoreix la solidaritat intergeneracional, en tant que permet una complementarietat entre l'ajuda pública i l'ajuda familiar, sense esgotar ni saturar la darrera. A la inversa, la manca o un nivell molt baix d'inversió en polítiques familiars (característica dels models familistes

[7] Que coincideix també amb una demanda més baixa de suport (almenys pel que fa a cura dels fills) per part dels fills adults, perquè els néts són més grans.

d'estat de benestar) redueix la capacitat d'oferir suport familiar i la fa més precària. Per així dir-ho, l'erosiona, l'esgota: la solidaritat familiar no està, doncs, definida per la dinàmica que caracteritza les relacions intergeneracionals,[8] sinó per la necessitat, amb les conseqüències que se'n deriven, com nivells més alts d'estrès i sentiments de pèrdua de la independència per part de les generacions més grans.

Aquesta idea corrobora les dades aportades en el cas concret espanyol per Badenes i López (2011). L'estudi mostra que la cura dels membres familiars (infants petits, persones grans) és un desig de les famílies,[9] però també declaren que no disposen de recursos suficients (de temps, materials, de serveis) i que es troben amb nombrosos obstacles per fer-ho.

4. Padrins que es responsabilitzen dels seus néts: la incidència de la guarda dels néts per part dels padrins (anàlisi del SHARE)

Els estudis sobre l'enquesta del SHARE reflecteixen els diferents factors que incideixen en el fet que els padrins cuidin els néts en els diferents països europeus. La dedicació dels padrins espanyols és de les més altes d'Europa, no quant a nombre de padrins que s'hi dediquen sinó quant a la intensitat en què ho fan. Forma part, juntament amb Grècia i Itàlia, dels països amb un índex més gran de cura per part dels padrins. La taula següent recull alguns aspectes:

Taula 1 | *Característiques de la cura dels néts a les llars on resideix algun padrí. SHARE 2006*[10]

País	Cuida néts	Nombre de néts	Viuen a la mateixa casa	Hores anuals de cura
Alemanya	39,29	3,46	9,85	590
Suècia	42,95	5,16	8,16	495
Països Baixos	52,97	4,30	8,69	581
Espanya	22,07	5,38	35,97	563
Itàlia	41,16	3,77	26,93	600
Grècia	28,65	4,67	32,33	676
França	31,54	5,54	16,80	801
Dinamarca	52,06	4,25	5,09	822
Suïssa	33,80	5,01	12,46	484
Polònia	37,80	5,75	47,07	724
Rep. Txeca	38,08	3,57	16,95	715

Font: Badenes, López 2011

[8] Definides, segons Bengtson, per les sis dimensions d'associació, afecte, consens, funció, familisme i estructura d'oportunitat (1991).
[9] Manifestat mitjançant les pròpies opinions de les famílies en les entrevistes.
[10] Dades de Badenes i López, 2011.

Les dades mostren que la proporció de padrins que cuiden els néts és, en el cas espanyol, la més baixa dels països europeus analitzats,[11] com també les hores anuals de cura. Però, en canvi, presenta, juntament amb Grècia i Polònia, els nivells més elevats de corresidència. Això dóna una idea dels mecanismes de funcionament i les dinàmiques familiars de solidaritat, ja que la corresidència facilita l'organització domèstica de l'assistència i cura de les persones dependents (Dykstra 2010). Així, les dades del SHARE 2004 reflecteixen que, si bé Espanya no entra dins els països en què més padrins cuiden néts, sí que entra dins un grup de països en què els cuiden de manera més intensiva. Així, les taules següents mostren una classificació de països en funció de la freqüència de la cura de néts per part dels padrins:

Taula 2 | *Intensitat de cura d'infants per part de padrins, per països. SHARE 2004*

Països amb índex més alt de cura per part dels padrins				Països amb índex intermedis de cura per part dels padrins			Països amb índex més baixos de cura dels néts per part dels padrins		
		H	D		H	D		H	D
Grècia	Diari	9,9	11,3	França	3,2	3,3	Dinamarca	0,9	0,5
	Setmanal	7	5,2		5,1	7,2		7,9	6,6
	Menys freqüent	7,2	8,5		18	13,2		20,8	18,9
	No cuiden	41	52,1		39,8	45,3		45,4	49,1
Espanya	Diari	8,5	9,3	Alemanya	4	4,7	Suècia	1,4	1,6
	Setmanal	5	5,5		8,7	6,4		8,2	8,5
	Menys freqüent	5,7	7,4		12,3	8,7		17,5	19,3
	No cuiden	37,2	40,5		41,1	47,3		44,9	44
Itàlia	Diari	8,5	10,7	Bèlgica	4,5	4,8	Suïssa	2,2	4,3
	Setmanal	4,9	5,1		12	10,6		8,9	6,6
	Menys freqüent	3,5	5,6		14,4	12,3		9,8	6,6
	No cuiden	35,6	39,9		44	47,5		44,4	45,3
Àustria	Diari	2,9	3,4						
	Setmanal	7,1	8,3						
	Menys freqüent	12,1	6,9						
	No cuiden	42,9	46,9						

Com s'aprecia en aquesta darrera taula, els padrins d'Espanya, Itàlia i Grècia cuiden els néts diàriament en proporció més alta que els padrins dels països del nord i del centre d'Europa. Mentre que el 9,3% dels padrins espanyols tenen cura dels seus néts cada dia, solament el 4% d'Alemanya o el 2,2% dels padrins suïssos ho fan. La proporció de padrins que no cuiden els seus néts és també elevada en els països del nord i del centre; el 47,5% de padrins alemanys i belgues, per exemple, no cuida els seus néts; en canvi, els països del sud presenten proporcions més baixes.

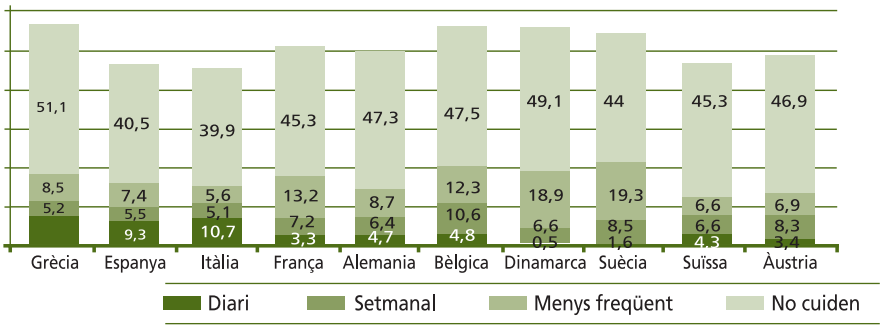
[11] Badenes i López (2011, 113) fan notar que les xifres del SHARE 2006 sobre el nombre d'hores de cura dels néts està referida al total dels padrins, cuidin néts o no, i no solament als padrins que cuiden néts. Això fa que sigui inferior al nombre d'hores que presenta la mitjana europea i la d'altres països del centre i del nord, amb una intensitat més baixa de la cura d'infants per part dels padrins.

Taula 3 | *Cura dels néts de la població més gran de 65 anys a Europa i Espanya, SHARE 2004*

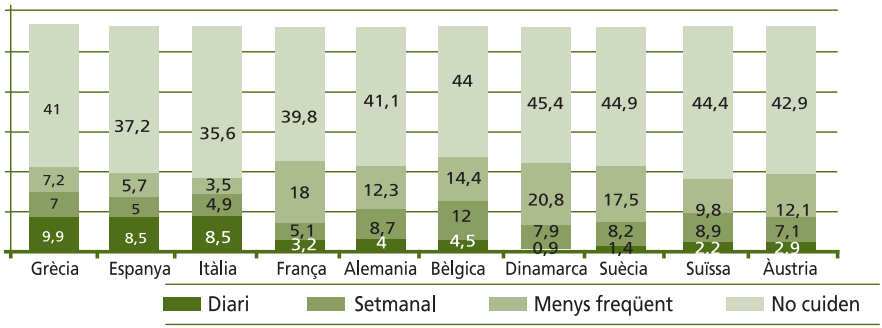
	Europa		Espanya	
	Homes	Dones	Homes	Dones
Diari	4,4	5,1	8,5	9,3
Setmanal	8,1	7,3	5,0	5,5
Menys freqüent	13,0	11,6	5,7	7,4
No cuiden	41,1	45,5	37,2	40,5

Les diferències entre homes i dones també són evidents en els diferents països europeus, independentment de la incidència de la cura. Les padrines, i d'aquestes, la padrina materna, són les que gaudeixen majoritàriament de la confiança de les parelles joves per cuidar els néts. Els vincles socioafectius més forts entre mares i filles adultes són una característica bastant comuna arreu d'Europa, que es tradueixen en un nivell més alt d'intercanvi i solidaritat familiar.

Gràfic 1 | *Padrines que cuiden els néts*



Gràfic 2 | *Padrins que cuiden els néts*



Al marge dels factors culturals (que determinen el rol dels padrins en l'organització de les estructures socials i econòmiques d'un determinat país) i de les facilitats per desenvolupar aquesta tasca de cura dels néts (polítiques de suport a les famílies) (Silverston 2003, a: Hank, Buber 2009), hi ha tot un conjunt de factors que determinen la incidència en què els padrins cuiden els néts (*opportunity structure*) (Dykstra 2010). S'ha fet una combinació dels resultats assenyalats per Badenes i López del SHARE 2006 i per Hank i Buber del SHARE 2004 pel que fa a aquests factors i podríem agrupar-los en la taula següent:

Taula 3 | *Factors que determinen la incidència en què els padrins cuiden els néts*

Font	Factors	Nivell d'incidència
H i B	Edat	La incidència més alta és en padrins de 60-69 anys i la més baixa és en padrins de més de 70 anys.
B i L; H i B	Edat dels néts	Tenir almenys un nét de baixa edat (0-3 anys) incrementa les possibilitats que els padrins el cuidin. Les probabilitats es redueixen com més avançada és l'edat dels néts.
	Edat dels néts	Tenir almenys un nét de baixa edat (0-3 anys) incrementa les possibilitats que els padrins el cuidin. Les probabilitats es redueixen com més avançada és l'edat dels néts.
H i B; B i L	Sexe	Prevalença de la padrina per línia materna.
H i B; B i L	Estat civil dels pares dels menors	H i B afirmen que les probabilitats que els padrins cuidin els néts s'incrementen si els pares no tenen parella (monoparentals). En canvi, B i L sostenen que les probabilitats que els padrins cuidin els néts s'incrementen com més gran és el nombre de fills que viuen en parella.
H i B	Estat civil dels padrins	Si els padrins (homes) no tenen parella, s'incrementen les possibilitats de cuidar els néts. En canvi, no hi ha incidència pel que fa a l'estat civil de les padrines.
H i B; B i L	Residència	La incidència augmenta amb la corresidència i amb la proximitat residencial. En canvi, B i L, per al cas espanyol, no troben relació significativa entre la distància residencial i les probabilitats que els padrins cuidin néts. De fet, pel que fa a la solidaritat i relacions intergeneracionals, Gomila (2003) mostra que l'organització residencial de les llars de fills adults i pares grans no té gaire incidència tant en la cura dels infants petits com en la de persones grans dependents.
B i L	Composició de la llar dels padrins	Si les persones grans viuen soles, la incidència és més baixa.
B i L	Situació laboral dels padrins i dels fills adults	La situació laboral dels padrins incideix més en la cura dels néts que la situació laboral dels fills adults. En canvi, com més gran és l'autonomia laborals dels fills, més baixa és la probabilitat que els padrins cuidin els néts.
B i L	Concurrència de determinades malalties i/o depressió	No afecta la incidència de la cura. En canvi, H i B hi veuen una correlació si és la padrina qui pateix les malalties.
B i L	Concurrència de dificultats físiques per realitzar certes tasques —sí afecta la incidència	A dificultats més grans, incidència més baixa.
H i B	Suport institucional	L'existència de polítiques públiques de suport a les famílies incrementa la incidència de la cura.

continua

Font	Factors	Nivell d'incidència
B i L	Assistència d'altres persones	Quan els padrins cuiden altres persones s'incrementen les possibilitats de cuidar els néts.
B i L	Condicions econòmiques	Les dificultats econòmiques dels padrins no influeixen en les probabilitats de cura dels néts.

5. Les modalitats i tipologies de padrins cuidadors. Dels acolliments familiars en família extensa als padrins cangur

Al marge de la incidència d'aquests factors en la cura de néts, la prestació d'aquest servei per part dels padrins abraça diverses tipologies, no solament en funció de la implicació dels padrins en la criança i educació dels néts, sinó també en funció del seu reconeixement formal o legal. Pinazo i Ferrero (2003) estableixen una classificació del rol del padrins en la cura dels néts, en què distingeixen entre rol definit, rol difós i rol parental. En el rol definit s'inclouen els padrins que cuiden els néts de manera esporàdica, puntual i molt associada a l'oci i al foment de les relacions familiars. En el rol parental es troben els padrins que assumeixen formalment la guarda intensiva i quotidiana dels néts i a més n'assumeixen també la responsabilitat formal de la tutela. Els padrins cangur entren dins el grup de padrins amb un rol difós, poc clar i molt ambigu, perquè assumeixen un rol que no els correspon però tampoc els és reconegut formalment.

Els padrins amb guarda i/o tutela ordinària dels néts, reconeguda administrativament, quan els pares/mares estan incapacitats per desenvolupar el seu rol parental (a causa de situacions diverses: decés, toxicomania, problemes de salut mental, maltractament i/o abandonament del menor, internament en centres penitenciaris, negligència, mares fadrines molt joves, etc.) es pot desencadenar un procés d'acolliment familiar amb altres persones diferents dels pares. L'acolliment familiar pot esser exercit per la pròpia família a través de l'acolliment administratiu (amb consentiment de la pròpia família), judicial (imposat pel jutge sense que hi hagi d'haver un consentiment de la pròpia família) o natural (no es declara situació de desprotecció i l'administració intervé per registrar quan l'acolliment passa a ser formal) (Pinazo, Ferrero 2003).

En aquests casos, el rol dels padrins està definit per una relació legal (acolliment simple, permanent i tutela ordinària), ja sigui assignada per via judicial (en cas de maltractaments, per exemple) o administrativa, i implica la corresidència.

Els padrins cuidadors amb guarda de fet assumeixen rols parental intermedis entre els padrins amb la guarda legal i/o tutela i els anomenats padrins cangur. La responsabilitat legal continua assignada als pares però són els padrins qui exerceixen la majoria de les activitats de cura, criança i educació dels néts. Les implicacions que aquesta situació té dins l'àmbit relacional són intenses, ja que els padrins, tot i que tenen la càrrega més gran

de feina, no tenen capacitat per prendre decisions sobre els néts (almenys formalment). Dins aquest grup s'han de diferenciar també dos perfils en relació amb la composició de la unitat familiar, amb presència o no dels pares (o d'algun dels pares) dels infants. En el cas en què cap dels pares conviu amb els menors i els padrins, es tracta de famílies «de generació botada» (Pinazo, Ferrero 2003).

La situació dels anomenats **padrins cangur** és també clara formalment, ja que els padrins ofereixen tots els serveis de cura i criança dels néts de manera intensiva (durant moltes hores al dia) i per períodes prolongats de temps, però, en canvi, no tenen cap responsabilitat legal sobre ells. L'ajuda oferta generalment està més motivada per ajudar econòmicament o instrumentalment els fills quan aquests treballen que no per substituir i/o assumir rols parentals. El model residencial de les unitats familiars no té cap incidència important, més enllà dels patrons residencials que propicia la mateixa solidaritat intergeneracional (Gomila 2003; Attias-Donfut 2008).

La incidència dels factors de gènere en la guarda i cura dels infants per part dels padrins és un fet destacable. Tot i que quantitativament les diferències són molt reduïdes,[12] molts dels estudis remarquen que són les padrines les que solen assumir el rol de cuidadores principals, amb una distribució ben definida de tasques per gènere: les padrines assumeixen la càrrega més gran de treball domèstic (cuinar, netejar roba...), mentre que els padrins assumeixen una càrrega més gran de provisió de recursos i aspectes administratius i de gestió domèstica (Gomila 2006; Pinazo, Ferrero 2003; Attias-Donfut 2008).

5.1. El balanç entre càrrega i beneficis de la cura intensiva dels néts

Tot i ser un fenomen molt estudiat als EUA, a causa precisament de les elevades proporcions que presenta, l'acolliment en guarda i/o tutela legal dels néts per part dels padrins és poc estudiat a l'àmbit europeu. Així i tot, alguns estudis mostren que en la majoria de països occidentals s'ha produït un augment d'aquest tipus d'acolliments en família extensa. A l'Estat espanyol, l'estudi de Del Valle i Bravo (2003) mostra que el 48% dels infants sota mesures de protecció es trobaven en acolliment residencial i el 52% en acolliment familiar (85% en família extensa i 15% en família aliena). Malgrat que les investigacions situen el percentatge al voltant del 70-80% (Fernández del Valle, Álvarez-Baz, Bravo 2002; Montserrat 2006; Molero, Albiñana, Gimeno 2006), en l'estudi consultat, els padrins acollidors són un poc més de la meitat (60%).[13] Sembla, doncs, que l'acolliment en família és l'opció més desitjada i la que permet garantir més bé el benestar dels menors.[14] El factor del gènere és també visible en aquestes situacions

[12] L'enquesta SHARE 2004 mostra tant per al conjunt europeu com als EUA un elevat nivell de participació dels padrins en la cura dels infants, molt similar al de les padrines (Hank, Buber 2009).
[13] Un terç són oncles (32%) i la resta, germans (gairebé tots casats) i altres familiars. No s'han pres en consideració situacions de fet des del naixement, en què l'acolliment per part dels padrins sol ser bastant freqüent.
[14] Pinazo i Ferrero (2003) en treuen les mateixes conclusions per al cas valencià.

d'acollida, en què predomina el perfil femení del cuidador, així com una prevalença de la família materna per sobre de la paterna.

En general, els estudis sobre l'acolliment dels infants per part dels padrins s'han desenvolupat principalment des dels àmbits dels infants que viuen o estan en risc de desemparament, maltractaments i risc psicosocial, però no tant des de l'àmbit de la vellesa o des de la perspectiva de les persones grans cuidadores (Picazo, Ferrero 2003). Molts dels estudis, especialment els desenvolupats als Estats Units (Miles 2001), han destacat els avantatges que representa la intensitat del contacte entre les generacions a través de la cura tant per als menors com per als padrins cuidadors. Altres estudis destaquen els beneficis de la família extensa, en tant que es minimitzen les ruptures i interrupcions en la vida dels infants (Hunt 2003) i dins la mateixa línia es troben també els estudis que destaquen l'estabilitat que representa l'acolliment en famílies extenses en relació amb altres models d'acolliment (Terling-Watt 2001).

Altres estudis, emperò, posen sobre la taula la problemàtica que representa la cura intensiva (en qualsevol de les modalitats, ja sigui en custòdia o no) en les persones grans cuidadores. Badenes i López (2011) posen l'accent precisament en els efectes que genera la situació de doble dependència que es deriven de la cura intensiva dels néts tant a nivell educatiu per als infants, com a nivell físic i emocional per als padrins.

Tanmateix, l'impacte en el benestar tant dels menors com dels padrins i la família com a conjunt difereix no solament en funció del grau d'implicació (Pinazo, Ferrero 2003) dels padrins en la cura dels néts sinó també en la modalitat (característiques) de l'ajuda proporcionada. Així, Villalba assenyala tot un seguit d'efectes positius i negatius de l'acollida en guarda i/o tutela que es diferencien dels efectes que arriba a tenir quan la cura dels néts no duu associada l'acolliment, tot i que l'activitat desenvolupada sigui molt intensiva. Villalba destaca els sentiments d'amor i ajuda envers fills i néts que implica la relació amb ells i l'augment en l'autoestima i el sentit de la vida que això genera. Sentir-se útils, veure créixer els néts de prop té conseqüències també en la percepció de la pròpia família i de la importància social que desenvolupa. En contrapartida, les alteracions i els conflictes que es produeixen en les relacions familiars (amb els fills adults, amb els néts, amb altres membres), les dificultats econòmiques, el cansament físic i psicològic, l'estrès, el desfasament generacional, les dificultats en el maneig de la relació i educació dels néts, la por del fracàs, el sentiment de manca de llibertat, etc. constitueixen importants factors de risc que incrementen els nivells d'estrès en les persones grans cuidadores i minimitzen els avantatges de l'acolliment en els infants (Villalba 2002). Precisament perquè són les dones les que fan de cuidadores, són també elles les que són més susceptibles de patir els efectes negatius.

Una de les principals diferències entre les situacions de custòdia i/o tutela dels néts per part dels padrins i la dels padrins cangur, que prenen cura dels néts per proporcionar

una ajuda als fills que treballen, està en les relacions que manté la generació gran amb els propis fills adults. Si la renúncia dels pares ha estat produïda per situacions d'abús de substàncies addictives, agressions o maltractament o malalties mentals, les relacions que mantenen amb ells són —si no de ruptura— negatives i en molts casos nocives (abusos) per a la dinàmica familiar. Les conseqüències psicològiques que se'n deriven són importants, en tant que l'acolliment implica reconèixer la problemàtica dels propis fills (Pinazo, Ferrero 2003), que sovint genera sentiments de fracàs, culpabilitat o ressentiment. Els padrins, en aquestes situacions, solen presentar graus d'estrès molt superiors als que presenten els padrins cangur (Carlini-Marlatt 2005, 8). Per la seva banda, molts d'infants en aquestes situacions es troben també psicològicament afectats per la pròpia relació amb els pares (Miles 2001). En contraprestació, aquestes situacions sí que solen tenir efectes positius en les relacions entre padrins i néts, ja que és mitjançant aquesta relació que es garanteix als infants un marc de protecció, vinculació, identitat positiva i estabilitat emocional. També per als padrins representa una font de benestar psicològic i afectiu.

Aquests sentiments s'han d'afegir a l'estrès que implica voler ser més bons cuidadors i l'estrès d'haver de proporcionar als néts els elements educatius i models parentals de què s'han vist mancats (Pinazo, Ferrero 2003). Aquests sentiments no es donen en els casos dels padrins cangurs. La situació és molt diferent, ja que aquests casos no impliquen la manca de models parentals adequats o positius, ni l'absència dels fills ni en l'educació ni en la cura, sinó un repartiment d'aquestes tasques. Al contrari, la problemàtica en aquests casos es pot centrar en els conflictes que poden existir entre els models de parentalitat que practiquen els padrins i els dels pares. El conflicte en aquest àmbit tendeix a fer prevaler els patrons dels pares per sobre dels padrins (Attias-Donfut, Segalen 1998; Attias-Donfut 1998).

En els casos en què la guarda dels néts per part dels padrins és una activitat regular i intensiva, els padrins tenen un paper molt important com a agents de socialització. Exerceixen una influència social directa sobre els néts en la transmissió de valors culturals i en la construcció de la identitat dels infants (Coenen-Huther, Kellerhals, Von Allen, a: Gomila 2006; Attias-Donfut 2008; Vincent 2005). Però precisament dins aquest àmbit, no sempre és vista de manera positiva. Badenes i López (2011, 109) destaquen precisament que el fet que els padrins hagin de mantenir un rol principal de cuidador-educador dels néts (que no els correspon) priva aquests de mantenir unes relacions afectives més obertes i lliures de responsabilitat, que es poden traduir en carències educatives importants. Així, si els padrins tenen una funció cabdal, tant de suport afectiu com de socialitzadors en la transmissió de valors i maneres de fer als néts, aquesta resulta més positiva quan es manté precisament aquest rol secundari (absent de responsabilitat) que permet complementar l'educació dels infants. La situació és diferent quan aquests padrins tenen la responsabilitat d'aquesta educació. El desfasament entre els seus patrons educatius i l'esgotament físic i psicològic que comporta la responsabilitat sobre la seva educació es converteixen, especialment en els casos d'acollida amb guarda i/o tutela, en un factor de risc que pot

tenir conseqüències en el nivell d'èxit escolar dels infants i en el desenvolupament de conductes inadequades. Alguns estudis americans han mostrat que en els casos en què els padrins tenen la tutela dels néts es produeix una distància/desconnexió més gran entre les generacions a nivell educatiu, a causa precisament de la distància entre les experiències i competències a nivell tecnològic o cultural entre padrins i néts (perquè hi ha un bot generacional). Tot i que és difícil valorar, atenent també les especificitats de cada cas, els avantatges i inconvenients de la distancia entre els models culturals, cognitius i morals que hi pugui haver entre les diferents generacions, els referents, el suport i l'estabilitat afectiva que comporta aquesta relació són positius per a ambdues generacions.

Fora dels casos de tutela, la guarda intensiva (diària) dels néts comporta també conflictes en l'àmbit institucional. Quan són els padrins els que van a recollir els infants a l'escola, els que els duen al metge, són ells els que estan més en contacte amb els mestres, metges, etc.; la comunicació amb aquestes institucions es fa mitjançant els padrins en comptes dels pares i, a vegades, els límits o les fronteres de la responsabilitat poden no estar ben clars. La confusió entre l'interlocutor directe i el responsable últim necessita una coordinació i un intercanvi d'informació important amb els responsables entre un i l'altra, així com un elevat nivell de consens entre els responsables de la criança dels infants. Precisament, la indefinició dels límits de responsabilitat constitueix també una potencial font de conflicte entre padrins, fills i néts. Mantenir l'equilibri entre l'absència de responsabilitat formal però, alhora, tenir la responsabilitat educativa que representa la convivència —ensenyar a menjar bé, normes de comportament, hàbits higiènics, socials, relacionals, etc.— (Vincent 2005, 30) pot presentar problemes en l'exercici de l'autoritat. El consens en els models d'exercici de la parentalitat entre els pares i els padrins és cabdal en aquest sentit ja que, si no n'hi ha, els efectes són clarament negatius. La competència entre pares i padrins per fer prevaler certes normes i valors augmenta la confusió en l'infant i afecta directament les relacions entre les tres generacions. S'enllaça aquí amb el tema de les ambivalències de la solidaritat familiar, que s'expressen mitjançant les tensions que poden generar les relacions de dependència, de poder en la presa de decisions, de conflictes d'interessos, etc. Widmer i altres autors com Lüscher i Pillemer parlen de l'ambivalència de les relacions intergeneracionals, solidàries per un costat però alhora conflictives. De fet, Widmer (2011, 57) va més enllà i afirma que els conflictes s'inscriuen dins el marc de les relacions de solidaritat i donen un caràcter inherent a solidaritat i conflicte. «Guardar la bona distància» —com diuen Attias-Donfut i Segalen (1998)— esdevé, doncs, un aspecte clau i difícil que no tots saben gestionar correctament. Saber quan intervenir i quan mantenir-se al marge i evitar la competència en temes educatius sembla l'opció més adequada per tal d'oferir patrons educatius coherents i positius, però resulta molt difícil en contexts de guarda molt intensa.

En general, la cura regular i intensiva dels néts representa, en totes les situacions, una minva del nivell de benestar dels padrins. La pèrdua d'espais d'oci i temps per a un mateix és un dels elements generadors d'estrès en els cuidadors. Però, a més, alguns estudis

mostren que quan l'ajuda familiar és més llarga del previst acaba produint conseqüències negatives tant en la part que proporciona l'ajuda (que va perdent aquesta capacitat d'oferir suport) com en la part que rep l'ajuda (que perpetua una situació de dependència), amb implicacions en la degradació de les relacions (Ribert 2006, 102). Això té a veure també amb la percepció de càrrega que la cura dels néts representa per als padrins. Sembla que els recursos psicològics tenen un fort impacte i influeixen en l'autoestima dels cuidadors i la seva capacitat de fer-hi front (Pearlin, Schooler a: Pinazo, Ferrero 2003).

Tanmateix, les distintes situacions (custòdia i guarda i tutela, per una part, i padrins cangur, per l'altra) presenten diferències en la construcció identitària i en l'autorepresentació/autodefinició dels padrins. En els casos d'acolliment amb guarda i tutela, padrins i néts contribueixen a la creació d'un rol combinat de pares-padrins que no es dóna en el casos de padrins cangurs. Si en el primer cas es dóna una certa confusió perquè els padrins es converteixen en pares substituts, en el segon cas els rols estan perfectament definits, tot i que el pes més gran de la guarda recaigui sobre els padrins. En aquest darrer cas, no hi ha substitució i la diferenciació dels rols (així com els límits en la responsabilitat sobre els infants) està definida pel tipus de relació que manté cada generació amb l'altra.

Els factors socioeconòmics i, en concret, la disponibilitat de recursos suficients per fer front a la responsabilitat de l'acollida, la cura i l'educació dels néts és un element que també afecta el benestar psicològic i el grau d'estrès que experimenten els padrins cuidadors.

Tot i que les dades quantitatives del SHARE 2006 analitzades per Badenes i López (2011) no permeten assenyalar una relació entre la incidència de la cura i la dificultat econòmica, ja que únicament tenen en compte la situació dels padrins i no la dels pares, es pot suposar que el grau d'estrès o de preocupació pels recursos és més gran en els casos dels padrins que tenen la guarda i custòdia dels néts. En el cas dels padrins cangur, la preocupació pels recursos, tot i que present, no és tan gran precisament perquè es compta amb les aportacions dels fills. En tot cas, sovint la prestació d'ajuda dels padrins cangur va molt més enllà de la guarda dels infants. Entra dins el joc de la solidaritat intergeneracional que implica l'intercanvi de regals i béns, a més de la prestació de serveis.

L'estrès generat per la preocupació per la suficiència dels recursos s'afegeix, doncs, als efectes negatius sobre la salut física (esgotament físic) i mental (depressió, baixa autoestima, aïllament...) dels padrins que es veuen en l'obligació de cuidar els néts de manera intensiva.

En contrapartida, els treballs tant quantitatius a partir de les dades del SHARE com qualitatius (Badenes i López, Hank, Attias-Donfut...) coincideixen amb la positivitat del efectes que la cura dels néts proporciona tant als padrins com als infants mateixos. Sembla clar també que la diferència està no tant en el fet de cuidar els néts com en l'obligació de fer-ho.

Les polítiques dirigides a donar suport a les persones dependents (siguin menors o persones grans), sense ànim de substituir les famílies sinó permetent la combinació dels serveis familiars amb els externs, sembla que generen nivells més alts d'acceptació. La tendència de moltes iniciatives públiques a dirigir els esforços de l'atenció a la dependència a través de serveis externs que desposseeixen les famílies de gran part de les seves funcions és tan nociva com les que descarreguen sobre aquestes tot el pes de l'ajuda als membres més dependents. Aquestes polítiques no fan sinó erosionar o esgotar la família en la seva capacitat de ser una xarxa cohesionada de protecció dels seus membres (Badenes, López 2011).

Precisament, polítiques familiars de conciliació treball-família que permetin complementar la solidaritat familiar i l'ajuda que proporcionen els serveis externs és encara un tema pendent a Espanya en general i a les Illes Balears en concret. L'actual oferta de serveis d'escoletes —incrementada els darrers anys— no soluciona, ni de lluny, les necessitats de guarda dels infants, precisament perquè es dóna en un marc de manca de serveis públics de guarda d'infants, desajustament d'horaris laborals i escolars, desajustament de vacances escolars i laborals, jornades laborals de 37,5 hores que no permeten als pares fer-se càrrec dels fills i obliga a acudir a l'ajuda dels padrins per poder atendre els infants.

6. Consideracions finals

En l'actual context de crisi, la incidència de l'atur, especialment forta en el cas espanyol, pot acompanyar-se de canvis quant a la cura dels infants i les relacions intergeneracionals. En primer lloc, podríem pensar que la crisi es pot traduir en la disminució del nombre de padrins que exerceixen el rol de cuidadors (definit o difós) pel fet que molts pares i mares poden exercir rol parental integralment. Concretament, en el cas de les dones, davant una manca de polítiques de conciliació, se'n veu restringida la inserció en l'àmbit laboral. L'increment dels pares i mares que són la principal font d'educació i cura dels infants o, per exemple, la disminució d'infants que queden als menjadors escolars i a les activitats extraescolars (recurs de conciliació molt important en el context espanyol) són dos dels efectes que ja es poden observar.

En segon lloc, quan els padrins assumeixen la responsabilitat de tenir cura dels seu néts, a causa de la manca de polítiques d'infància, es veuen empesos a fer-ho de manera molt intensiva. Sovint, la prestació d'ajuda dels padrins cangur va molt més enllà que la guarda dels infants. Entra dins el joc de la solidaritat intergeneracional que implica l'intercanvi de béns, a més de la prestació de serveis. Actualment, l'estrès generat per la preocupació per la suficiència dels recursos s'afegeix als efectes negatius sobre la salut física (esgotament físic) i mental (depressió, baixa autoestima, aïllament...) dels padrins que es veuen en l'obligació de guardar els néts de manera intensiva. Depèn del grau d'implicació i la modalitat de cura el fet que els efectes sobre el benestar dels implicats siguin positius o

negatius. La cura intensiva, ja sigui en custòdia o no, en les persones grans cuidadores, és un tema que ha de ser investigat amb profunditat. Estudis com el de Badenes i López (2011) obren la possibilitat d'analitzar els efectes de la «doble dependència» que es deriven de la cura intensiva dels néts tant a nivell educatiu per als infants, com a nivell físic i emocional per als padrins.

En tercer lloc, la crisi podria influir en el paper i en les noves formes d'envelliment actiu que s'havien assolit i produir un retancament de les persones grans dins l'àmbit familiar davant la necessitat de proporcionar suport a la família amb la cura dels néts. La disponibilitat de temps per a activitats formatives, d'oci i temps lliure, o de voluntariat, es pot haver vist afectada. En general, la cura regular i intensiva dels néts representa, en totes les situacions, una minva del nivell de benestar dels padrins. La pèrdua d'espais d'oci i de temps per a un mateix és un dels elements generadors d'estrès en els cuidadors.

En relació amb els futuribles plantejats, podríem definir dos escenaris: per una banda, continuaria la funció de cura pel fet que els pares tenen una necessitat més gran d'ingressos i no disposen de recursos per a la conciliació; per altra, la funció econòmica passaria a ser un dels elements principals de suport material dels padrins als pares i als néts.

En el primer escenari, l'empitjorament de les condicions econòmiques de les famílies i la desaparició de certs serveis de conciliació (augment d'hores de treball, privatització de certs serveis a la infància...) empeny més que mai els pares i mares a la recerca d'ingressos més alts i genera un increment de la participació dels padrins en l'assistència dels néts. En qualsevol dels casos, el que sí sembla clar és que en un escenari o en un altre, la solidaritat familiar seguirà tenint un paper cabdal en el benestar i supervivència de les famílies. En el segon escenari es podria, fins a cert punt, transformar la solidaritat intergeneracional en la prestació d'ajuda financera i material més que no en la prestació de serveis.

A Espanya, els padrins cangur ofereixen tots els serveis de cura i criança dels néts de manera intensiva (durant moltes hores al dia) i per períodes prolongats de temps. L'ajuda oferta generalment està més motivada pel fet d'ajudar econòmicament o instrumentalment els fills quan aquests treballen que no per substituir i/o assumir rols parentals. Tot i que el seu rol no és reconegut formalment, la intensitat de les relacions pot provocar que els límits no quedin clars. La indefinició dels límits de responsabilitat constitueix una potencial font de conflicte entre padrins, fills i néts. A part, un altre factor de risc és la problemàtica que es pot generar per la divergència entre els models de parentalitat que practiquen els padrins i els dels pares. Es tracta de les ambivalències pròpies de la solidaritat familiar, el conflicte inherent a les relacions de dependència. La importància de «guardar la bona distància», de saber quan intervenir i quan mantenir-se al marge, i evitar la competència en temes educatius són algunes de les alternatives que poden facilitar patrons educatius coherents i positius.

Referències bibliogràfiques

ACF (Administration for children and families) (2007) Region IV: «Cuando los abuelos crían a sus nietos». EUA: Department of health and human services. <http://www.acf.hhs.gov/opa/doc/grandparents_spanish.pdf>.

Alberdi, I. (1999): *La nueva familia española*. Madrid: Taurus.

Attias-Donfut, C.; Segalen, M. (1998): *Grand-parents. La famille à travers les générations*. París: Odile Jacob.

Attias-Donfut, C. (2008): «Les grand-parents en Europe: de nouveaux soutiens de famille». *Informations Sociales 2008/5*, núm. 149. <http://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2008-5-page-54.htm>.

Attias-Donfut, C. (1995) (dir.): *Les solidarités entre générations. Vieillesse, familles, état*. París: Nathan.

Badenes, N.; López, M. T. (2011): «Doble dependencia: abuelos que cuidan nietos en España». *Revista de servicios sociales, Zerbitzuan*, 47. Govern Basc.

Bengtson, V. L.; Roberts, R. E. (1991): «Intergenerational solidarity in aging families: An example of formal theory construction». *Journal of Marriage and the Family*, 53, 856-870.

Carlini-Marlatt, B. (2005): *Grandparents in Custodial Care of their Grandchildren: A Literature Review*. Mentor UK Grandparents project *Conceptual and methodological fallacies*. Carlo Alberto Notebooks. <http://www.carloalberto.org/assets/working-papers/no.229.pdf>.

Dykstra, P. A. (2010): *Intergenerational Family Relationships in Ageing Societies*. United Nations Economic Commission for Europe. <http://www.multilinks-project.eu/uploads/papers/0000/0050/Intergenerational_family_relationships_in_ageing__societies_aug10.doc.pdf>.

Esping-Andersen, G. (1993): *Los Tres mundos del Estado de Bienestar*. València: Edicions Alfons el Magnànim, 1993.

Fernandez del Valle, J.; Bravo, A. (2003): *La situación del acogimiento familiar en España*. Madrid: Ministeri de Treball i Assumptes Socials.

Fernández del Valle, J.; Álvarez-Baz, E.; Bravo, E. A. (2002): «Acogimiento en familia extensa. Perfil descriptivo y evaluación de necesidades en una muestra del Principado de Asturias». *Bienestar y Protección Infantil*, I (1), 33- 55.

Flaquer, L. (2000): *Las políticas familiares en una perspectiva comparada*. Barcelona: Fundació la Caixa.

Gomila, M. A. (2006): «Continuités et changements des rapports de solidarité familiale dans les tros ïles de la Méditerranée». *Recherches Familiales*. UNAF. <http://www.cairn.info/revue-recherches-familiales-2006-1.htm>.

Gomila, M. A. (2003): *Servir els vells, cuidar els pares. Una perspectiva antropològica de les relacions intergeneracionals a través de l'assisstència de les persones majors*. <http://es.scribd.com/doc/22730477/Servir-Els-Vells-Cuidar-Els-Pares>.

Hank, K.; Buber, I. (2009): «Grandparents caring for their grandchildren: Findings From 2004 Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe». *Journal of Family Issues*. Vol. 30, núm. 1, 53-83.

Hank, K. (2010): «Societal determinants of productive ageing: A multilevel analysis across 11 European countries». *European Sociological Review*, 27 (4): 526-541. DOI: 10.1093/esr/jcq023.

Hantrais, L. (2004): *Family Policy Matters. Responding to family change in Europe*. Bristol.

Hunt, J. (2003): *Family and Friends Carers. Report prepared for the department of Health*. <http://www.doh.gov.uk/carers/familyandfriends.htm>.

Igel, C.; Szydlik, M. (2011): «Grandchild care and welfare state arrangements in Europe». *Journal of European Social Policy*, juliol 2011, vol. 21, núm. 3, 210-224.

UNICEF (2011): *Informe Unicef. 20 años de la Convención sobre los Derechos del Niño: retos pendientes 2010-2011*. <http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Informe_Infancia_es.pdf>.

Jallinoja, R.; Widmer, E. (2011): *Families and Kinship in Contemporary Europe. Rules and Practices of Relatedness*. Hampshire: Palgrave MacMillan.

Keck, W.; Saraceno, C. (2011): *Comparative childcare statistics in Europe*.

Kuronen, M. (2010): *Research on family and Family Policies in Europe. Final Report 2011*. Commission of the european communities research directorate-general. Family Platform. <http://www.google.es/search?sugexp=chrome,mod=11&sourceid=chrome&ie=UTF-8&q=family+policy+in+europe>.

Lewis, J. (2001): «The decline of the male breadwinner model: implications for work and care». *Social politics*, 8 (2). pàg. 152-169.

Lüscher, K.; Pillemer, K. (1998): «Intergenerational Ambivalence. A New Approach to the Study of Parent-Child Relations in Later Life», *Journal of Marriage and Family*, vol. 60, 2, pàg. 413-425.

Meil, G. (2011): *Individualización y solidaridad familiar*. Colección Estudios Sociales, núm. 32. Obra Social la Caixa.

Miles, S. (2001): *Grandparents Raising Grandchildren*. West Virginia University publications. <http://www.wvu.edu/~exten/infores/pubs/fypubs/240.wl.pdf>.

Pearlin L.; Schooler C. (1978): «The structure of coping». *Journal of Health and Social Behavior*, 19: 2-21.

Pinazo, S.; Ferrero, C. (2003): «Impacto psicosocial del acogimiento familiar en familia extensa: el caso de las abuelas y los abuelos acogedores». *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, núm. 13 (2) 89-101.

Ribert, E. (2006): «Les déterminants du soutien familial apporté aux allocataires du RMI». *Recherches familiales*, 2006/1, núm. 3, pàg. 101-111.

Salido, O.; Moreno, L. (2007): «Bienestar y políticas familiares en España». *Política y Sociedad*, vol. 44, núm. 2, 101-114.

Siegrist, J. (ed.) (2010): «Social and Family Context». <http://share-dev.mpisoc.mpg.de/fileadmin/pdf_documentation/FRB2/Chapter_5.pdf>.

Terlingwatt, T. (2001): «Permanency in kinshipcare: An exploration of disruption rates and factors associated with placement disruption». *Children and Youth Services Review*, 23 (2), 111-126.

Villalba, C. (2002): *Abuelas cuidadoras*. València: Tirant lo Blanch.

Vincent, S. (2005): «Etre grands-parents aujourd'hui». *Dossier d'Etude n. 72. Allocations familiales*.

Widmer, E.; Lüscher, K. (2011): «Les Relations Intergénérationelles au Prisme de L'Ambivalence et des Configurations Familiales». *Recherches Familiales* UNAF. <http://www.cairn.info/revue-recherches-familiales-2011-1.htm>.

Autores

MARIA ANTÒNIA GOMILA GRAU

Palma de Mallorca, 1966. Llicenciada en Ciències Polítiques i Sociologia per la Universitat Complutense de Madrid.
Doctora en Història per l'Institut Universitari Europeu (Florència, Itàlia).
Becària postdoctoral a les universitats de Cambridge (Regne Unit) i Provença (França) i becària Marie Curie de la Comissió Europea a la Universitat de Provença, on ha desenvolupat un projecte de recerca sobre les relacions intergeneracionals a la Mediterrània.
Professora ajudant doctora al Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB i membre del grup de recerca GIFES. Les seves actuals línies de recerca se centren en les relacions familiars i les funcions educatives de la família, amb un interès especial en les relacions entre famílies i escola.

BELÉN PASCUAL BARRIO

Palma de Mallorca, 1968. Llicenciada en Sociologia i Ciències Polítiques per la Universitat Complutense de Madrid. Doctora en Ciències de l'Educació per la Universitat de les Illes Balears.
Professora col·laboradora al Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la Universitat de les Illes Balears. Membre de l'equip d'investigació GIFES, desenvolupa la seva tasca de recerca en projectes d'investigació educativa i social relacionats amb la pedagogia social i la sociologia de l'educació, en els àmbits de la intervenció socioeducativa en la família, l'anàlisi del sistema educatiu i la intervenció comunitària. Des de juliol de 2009, és vicedegana de la Facultat d'Educació i cap d'estudis d'Educació Social.

LA INTERNACIONALITZACIÓ DELS PROGRAMES UNIVERSITARIS PER A GENT GRAN. AVALUACIÓ DE L'EXPERIÈNCIA DE LA UNIVERSITAT OBERTA PER A MAJORS (UOM)

La internacionalització dels programes universitaris per a gent gran. Avaluació de l'experiència de la Universitat Oberta per a Majors (UOM)

Carmen Orte Socias
Liberto Macías González
Lluís Ballester Brage

Resum

L'experiència acumulada al llarg d'una dècada amb els programes d'aprenentatge al llarg de tota la vida amb adults grans a través del projecte universitari Universitat Oberta per a Majors (UOM) i, amb això, el coneixement més profund de les característiques i dels interessos de l'alumnat de més de cinquanta anys que ha passat per les aules de la UIB, ha donat com a resultat que en el conjunt de les illes Balears s'engeguin diferents programes educatius per a grans. A més, el fet que aquest programa sorgeixi des de la pròpia Universitat i s'hi gestioni ha permès crear sinergies amb la resta de programes i activitats que es duen a terme a la Universitat. Així, el programa internacional d'estiu per a alumnes grans europeus, la International Summer Senior University de la UOM, va ser inaugurat el mes de setembre del curs 2007-2008 amb la finalitat de contribuir, amb els objectius de la UIB, al procés d'internacionalització. Aquest programa és un espai de trobada per a l'alumnat sènior —el qual cursa un programa de formació en alguna Universitat d'Europa— en una setmana d'activitats educatives i culturals al campus de la UIB, i que té la llengua anglesa com a vehicular. En aquest document presentam els resultats de l'avaluació feta per l'alumnat en diferents moments del programa —en acabar cada edició i també d'una manera retrospectiva. D'acord amb el que recullen els resultats, és un alumnat molt heterogeni, tant per raons sociodemogràfiques, geogràfiques, socioeconòmiques com culturals. No obstant això, els resultats de l'avaluació mostren un alumnat molt semblant pel que fa a la seva satisfacció respecte de les quatre edicions del programa, des del curs 2007-2008 fins al 2010-2011.

Resumen

La experiencia acumulada a lo largo de una década en los programas de aprendizaje a lo largo de toda la vida con adultos mayores a través del proyecto universitario, Universitat Oberta per a Majors (UOM) y con ello, el conocimiento más profundo de las características e intereses del alumnado mayor de 50 años que ha pasado por las aulas de la UIB, ha dado como resultado la puesta en marcha de diferentes programas educativos para mayores en el conjunto de las Islas Baleares. Además, el hecho de que este programa surja y se gestione desde la propia Universidad, ha posibilitado la creación de sinergias con el resto de programas y actividades que se llevan a cabo en la Universidad. Así, el Programa Internacional de Verano para alumnos mayores europeos, la International Summer Senior University de la UOM se inaugura en el mes de septiembre del curso 2007-2008, con la finalidad de contribuir con los objetivos de la UIB en su proceso de internacionalización. Es un espacio de encuentro entre alumnado senior -que está cursando un programa de formación en alguna Universidad de Europa-, a través de una semana de actividades educativo-culturales en el campus de la UIB y mediante el uso de la lengua inglesa como vehicular del programa. En este trabajo presentamos los resultados

de la evaluación realizada por el alumnado en diferentes momentos del programa –al finalizar cada edición y también retrospectiva-. Tal como recogen los resultados, se trata de un alumnado muy heterogéneo, tanto por razones sociodemográficas, geográficas, socioeconómicas y culturales. No obstante los resultados de la evaluación muestran a un alumnado muy parecido en lo que se refiere a su satisfacción con las 4 ediciones del programa desde 2007-2008 hasta 2010-2011.

1. Introducció

L'experiència acumulada al llarg d'una dècada amb els programes d'aprenentatge al llarg de tota la vida amb adults grans a través del projecte universitari Universitat Oberta per a Majors (UOM) i, amb això, el coneixement més profund de les característiques i dels interessos de l'alumnat de més de cinquanta anys que ha passat per les aules de la UIB, ha donat com a resultat que en el conjunt de les illes Balears s'engeguin diferents programes educatius per a grans. A més, el fet que aquest programa sorgeixi des de la pròpia Universitat i s'hi gestioni ha permès crear sinergies amb la resta de programes i activitats que es duen a terme a la Universitat. Així, el programa internacional d'estiu per a alumnes grans europeus, la International Summer Senior University de la UOM, va ser inaugurat el mes de setembre del curs 2007-2008 amb la finalitat de contribuir, amb els objectius de la UIB, al procés d'internacionalització. Aquest programa és un espai de trobada per a l'alumnat sènior —el qual cursa un programa de formació en alguna Universitat d'Europa— en una setmana d'activitats educatives i culturals al campus de la UIB, i que té la llengua anglesa com a vehicular del programa. És també una iniciativa que fomenta el turisme cultural de les persones grans des de la Universitat. Adopta un format que conté elements culturals, educatius i turístics, emmarcat en les activitats universitàries d'estiu al campus de la UIB, a Palma. Així, i a partir d'un tema monogràfic sobre diferents aspectes de les Illes Balears, el programa inclou diverses activitats d'intercanvi de coneixements i experiències, en les quals l'alumnat aporta els coneixements i experiències sobre el tema propis del seu país. Tot això combinat amb conferències, visites culturals, tallers educatius de diversos tipus, comunicació intercultural, sessions monogràfiques teoricopràctiques, activitats esportives, etc.

Catorze anys després que la Universitat de les Illes Balears iniciàs el seu projecte universitari per contribuir a la disseminació del coneixement, l'aprenentatge i la cultura amb les persones grans, vàrem decidir que havia arribat el moment de fer una passa més en aquest compromís educatiu i cultural amb la gent gran des del campus universitari. Calia ampliar l'horitzó d'oportunitats educatives d'aquest col·lectiu, amb objectius nous i metes que donassin resposta a les seves necessitats educatives, culturals i socials. A través d'aquest programa educatiu internacional pioner a Europa, i organitzat en un país amb un percentatge

elevat de persones de més de 65 anys —poc més d'un 17%, vuit milions de persones de la població. Si tenim en compte les projeccions demogràfiques per a l'any 2050, som un dels primers països en els quals l'envelliment influirà sens dubte en tots els àmbits de la societat. Així doncs, és evident la importància de plantejar-se reptes nous en relació amb la població gran, tenint en compte l'experiència acumulada, en aquest cas, en la formació permanent d'aquest col·lectiu, i donar-la a conèixer des de la perspectiva dels protagonistes.

Així mateix, i en un altre nivell, aquest projecte s'emmarca en el context del procés de la convergència europea, ja que un dels elements fonamentals de la construcció de l'Espai Europeu d'Educació Superior és fomentar la mobilitat dels estudiants i la cooperació entre les universitats. És en aquest sentit que aquesta universitat d'estiu pretén contribuir al procés de construcció universitària europea, potenciar-hi la participació dels estudiants universitaris grans des de l'òptica de l'aprenentatge de nous coneixements i de viure noves experiències. El context de referència d'aquest programa internacional d'estiu és el dret a la educació, la institucionalització de l'aprenentatge al llarg de tota la vida com a objectiu fonamental, íntimament relacionat amb la construcció d'una nova realitat i percepció de la vellesa, de la qual l'autonomia, la independència, l'autoestima i la visibilitat han de ser els trets fonamentals.

L'acollida excel·lent dels estudiants que varen fer el primer programa internacional d'estiu ens va reforçar en la idea de la importància de possibilitar la creació de llaços entre l'alumnat que cursa programes per a grans a diferents universitats europees, i el seu manteniment. D'acord amb les dades de les avaluacions fetes amb l'alumnat, tant en el moment d'acabar cada programa com en l'avaluació retrospectiva dels quatre programes duts a terme, a través d'aquesta experiència, els objectius, tant del programa com de l'alumnat que hi participa, són assolits i ampliats amb escreix.

2. El programa internacional d'estiu de la UOM

Tal com s'ha comentat a l'apartat anterior, l'experiència acumulada en la formació de persones adultes grans, la dinàmica pròpia del context universitari en l'oferta formativa i de recerca, el perfils dels alumnes joves i adults grans que comparteixen espais de convivència, el perfil docent i investigador del personal que dirigeix aquest projecte i del professorat que imparteix la docència, entre altres aspectes, influeixen d'una manera molt important en els continguts dels programes de formació permanent que s'ofereixen en un context universitari, i també en les expectatives i en els interessos dels gestors, alumnat i professorat.

D'acord amb això, el programa internacional d'estiu participa en els objectius de la Universitat de les Illes Balears, amb tot el que això significa, i en els de la Universitat Oberta per a Majors, en la qual s'inscriu i de la qual sorgeix. A partir d'aquí,

el programa és dissenyat amb les finalitats de contribuir a la internacionalització de la UIB i potenciar l'intercanvi entre alumnes adults grans de diferents països de la Unió Europea, amb interessos similars respecte de l'aprenentatge al llarg de tota la vida, i amb l'objectiu de potenciar uns altres tipus d'aprenentatges vinculats a l'experiència de viatjar i als continguts de l'oferta educativa, cultural i social del programa. Això a banda, i amb la idea de potenciar el coneixement respecte de les illes Balears entre aquest grup de població, el context territorial és un valor afegit, una oportunitat magnífica d'aquests tipus d'oferta per a persones d'altres països interessades en la cultura de les Illes.

Els objectius, plantejats des de la primera edició del programa de la Universitat Internacional d'Estiu per a Persones Grans, són:

- Potenciar els programes educatius d'aprenentatge permanent per a grans en l'àmbit internacional
- Divulgar la ciència i la cultura de les illes Balears entre l'alumnat dels programes de les universitats per a grans o projectes similars de la Unió Europea
- Reforçar les relacions entre universitats europees amb programes universitaris específics d'aprenentatge permanent per a persones grans
- Apropar el coneixement de la societat, l'educació i la cultura dels diferents països europeus en un entorn universitari comú

La concreció d'aquests objectius, des del punt de vista del disseny del programa internacional, conforma les quatre edicions dutes a terme entre els anys 2008 i 2011, les quals han estat avaluades per l'alumnat i són les següents:

- Primera edició: Formació i promoció de l'autonomia personal en persones grans
- Segona edició: Viu la ciència al campus
- Tercera edició: El patrimoni històric, artístic i cultural de les illes Balears: Mallorca i Eivissa
- Quarta edició: Gastronomia i cultura de les illes Balears

Tots els programes es dissenyen a partir d'una filosofia comuna, que treballa aspectes vinculats al coneixement del territori, docents, de recerca, culturals i socials al voltant d'una temàtica monogràfica. Altres aspectes importants fan referència a la metodologia didàctica dels continguts d'ensenyament i aprenentatge, orientada a possibilitar els llaços afectius, la interculturalitat, la feina amb adults i els espais de vida en comú durant la setmana de durada del programa, i a reforçar-los, i també a afavorir la convivència en un grup ampli i heterogeni de persones. Bona part de les activitats es desenvolupen a partir de conferències, tallers, activitats en petit i gran grup, exposicions, sortides culturals, vetllades en comú, etc.

3. Objectius de l'avaluació

Tot i que disposam de dades de l'avaluació prospectiva de cada programa, qualitativament —perquè el disseny i la implementació els duem a terme directament l'equip de la UOM i, per tant, tenim una retroacció continuada, amb indicadors perceptius i comportamentals de l'activitat que l'alumnat duu a terme en les accions i activitats del programa—, i quantitativament —perquè, al final de cada edició, avaluam tot el programa: el nivell d'aprenentatge, de satisfacció, els punts forts i febles, etc.). Això a banda, a partir de la primera edició, un percentatge majoritari de l'alumnat ha volgut participar en el programa internacional d'estiu del curs següent, la qual cosa és un indicador important de l'interès per l'activitat i de la satisfacció.

El nostre interès per l'avaluació retrospectiva del programa internacional d'estiu en les quatre edicions era justificat per raons diverses. Ens interessava conèixer la dimensió temporal en la valoració del programa: atendre la perspectiva del temps i de la influència que té o deixa de tenir en la valoració del programa aplicat, i també l'avaluació de les diverses edicions del programa fetes des d'una perspectiva de conjunt. Ho férem també amb la intenció d'afegir nous elements de valoració del programa, si n'hi hagués, que poguessin repercutir en els programes futurs.

Atès que una part important de l'alumnat d'aquestes quatre edicions del programa ha participat en més d'una, vàrem pensar que era un bon moment perquè l'avaluàs, a més, des d'una experiència acumulada. Això a banda, i tenint en compte que els programes giren al voltant de les illes Balears, ens interessava conèixer la seva percepció de Mallorca i de les altres illes abans i després d'haver cursat el programa en qualsevol de les edicions, i també els resultats d'aquest coneixement en relació amb visites posteriors a l'arxipèlag. En aquest document, ens ocupam fonamentalment de l'avaluació que fa l'alumnat del programa.

4. Mètode

La informació que és aportada per aquest document procedeix de l'avaluació que va fer l'alumnat respecte del programa internacional d'estiu de la UOM en dos moments temporals diferents i a partir d'un qüestionari anònim elaborat expressament. En l'avaluació final de cada edició del programa (Macías, Orte 2011), l'alumnat deixava a la recepció de la residència universitària el qüestionari emplenat que se li havia lliurat el darrer dia d'activitat del programa. En l'avaluació retrospectiva, el qüestionari li va ser enviat per correu electrònic o postal i se li va donar un termini per reexpedir-lo emplenat. En ambdós casos, la informació que es va sol·licitar era de tipus sociodemogràfic i de valoració dels diferents aspectes del programa: organitzatius, de continguts, d'activitats i de metodologies; en el segon cas, a més d'aquests continguts se n'hi varen incloure

d'altres relatius a la valoració que feien de l'edició del programa o programes als quals havien assistit, així com de la seva relació amb Mallorca i amb les illes Balears abans i després d'haver cursat en el programa (Orte, Macías 2012).

Mostra

En total, 272 alumnes varen participar en les quatre edicions: 75 alumnes, en la primera edició; 71, en la segona; 73, en la tercera, i 53 en la quarta. Les dades que es comenten corresponen a 272 qüestionaris procedents de l'avaluació final de cada edició del programa.

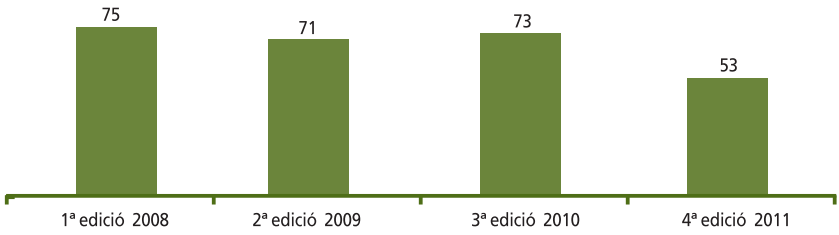
Això a banda, i pel que fa a l'avaluació del conjunt de l'experiència, es varen enviar 184 qüestionaris a tot l'alumnat que va participar en el programa una edició o més, comptats una sola vegada. Així doncs, les dades que es comenten al respecte corresponen a 77 alumnes, que són els que varen retornar el qüestionari emplenat i representen un 41,84% del total.

5. Resultats

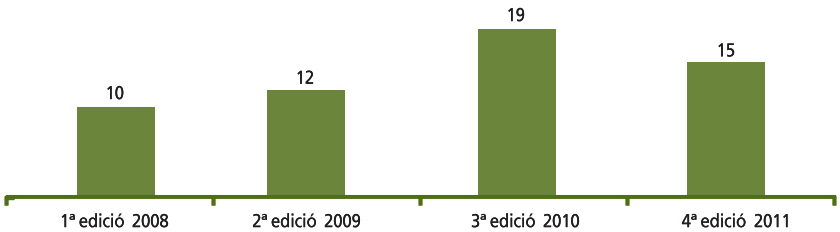
Les dades que es comenten a continuació procedeixen, primerament, de les valoracions dels participants al final de cada edició del programa. Seguidament, les valoracions retrospectives de l'alumnat de totes les edicions que varen participar en els programes passat un període de temps des de l'última edició.

A la primera part, es revisa el perfil dels participants: nombre d'alumnes i d'universitats participants, edat mitjana, sexe, situació civil i nivell d'estudis. A la segona part, es comenten aspectes com la convivència, el tipus de treball exercit durant la vida laboral i la participació en algun programa educatiu per a gent gran. També es recullen dades sobre les àrees que els participants consideren millorables, així com els seus suggeriments i recomanacions respecte de l'experiència en què varen participar.

Gràfic 1 | *Alumnat participant*



Gràfic 2 | *Universitats participants*



Com es pot observar al gràfic 1, la participació en les tres primeres edicions de la Universitat Internacional d'Estiu per a Persones Grans ha estat molt similar, amb una mitjana de 73 alumnes. En la quarta edició, es redueix el nombre de participants a causa de la crisi econòmica i la repercussió que tingué en el suport econòmic de les institucions col·laboradores del programa. La direcció del programa va considerar adequat reduir el nombre de places disponibles a un màxim de 53 per poder dur a terme el programa amb un pressupost més reduït i sense repercutir en la qualitat. Aquest fet ha provocat que el programa tingui llista d'espera per poder-hi participar.

Quant a la participació de les universitats, al gràfic 2 n'observam un augment constant: es passà de deu universitats a dinou en les tres primeres edicions, fins i tot amb dades relatives, tenint en compte la reducció del nombre d'alumnat màxim admès en l'última convocatòria i la consolidació d'algunes universitats participants en cada edició. Hi ha universitats noves (vegeu taula 1); per exemple, a la primera edició, hi va participar alumnat de Polònia; a la segona, alumnat de la Universitat de Porto (Portugal); a la tercera, s'hi va incorporar la de Londres i, a la darrera, hi va participar alumnat de la Universitat d'Uppsala, Suècia, i es va rebre la visita d'alumnes de la Universitat de Masaryk (República Txeca).

Taula 1 | *Universitats de procedència*

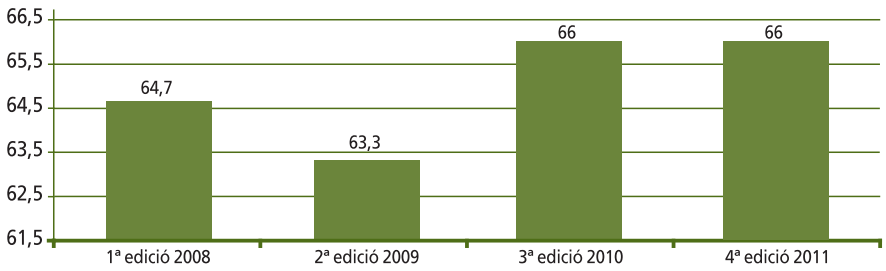
1a edició (2008)	2a edició (2009)	3a edició (2010)	4a edició (2011)
U. Autònoma de Madrid	U. Autònoma Barcelona	U. Alcalá de Henares Madrid	U. Autònoma de Madrid
U. Bremen (Alemanya)	U. Autònoma de Madrid	U. Alacant	U. Bremen (Alemanya)
U. Dortmund (Alemanya)	U. Carlos III, de Madrid	U. Autònoma Barcelona	U. de Berg, Wuppertal (Alemanya)
U. de les Illes Balears	U. Complutense, de Madrid	U. Autònoma de Madrid	U. Carlos III, de Madrid
U. Lancaster-Manchester (Anglaterra)	U. Dortmund (Alemanya)	U. Carlos III, de Madrid	U. Complutense, de Madrid

continua

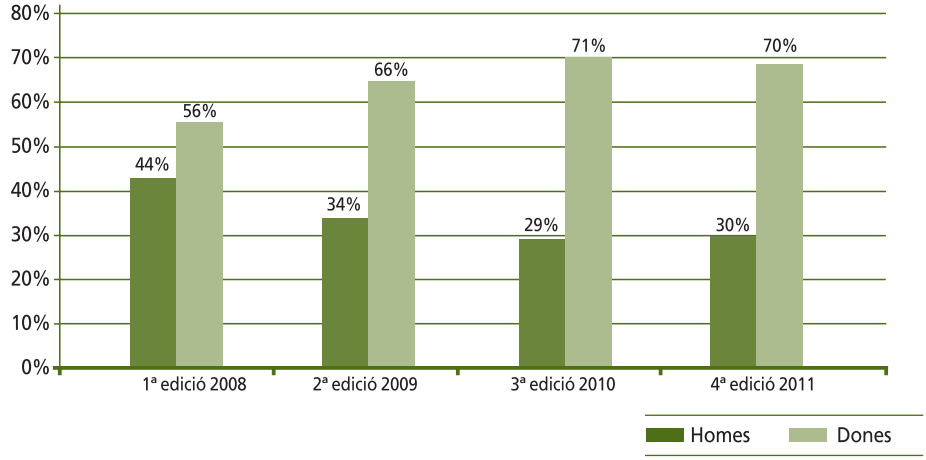
1a edició (2008)	2a edició (2009)	3a edició (2010)	4a edició (2011)
U. Lodz (Polònia)	U. de les Illes Balears	U. Central de Barcelona	U. Dortmund (Alemanya)
U. Màlaga	U. Lancaster-Manchester (Anglaterra)	U. Complutense de Madrid	U. de les Illes Balears
U. Múrcia	U. Porto (Portugal)	U. Dortmund (Alemanya)	U. de la Corunya
U. Sheffield (Anglaterra)	U. Sheffield (Anglaterra)	U. de les Illes Balears	U. Lancaster-Manchester (Anglaterra)
U. Strachclyde (Escòcia)	U. Strachclyde (Escòcia)	U. La Rioja	U. Londres (Anglaterra)
	U. València	U. Lancaster-Manchester (Anglaterra)	U. Masaryk (República Txeca)
	U. Vigo	U. Londres (Anglaterra)	U. País Basc
		U. Màlaga	U. Sheffield (Anglaterra)
		U. País Basc	U. Strachclyde (Escòcia)
		U. Sevilla	U. Uppsala (Suècia)
		U. Sheffield (Anglaterra)	
		U. Strachclyde (Escòcia)	
		U. València	
		U. Vigo	
10	12	19	15

Com es recull al gràfic 3, la mitjana d'edat de l'alumnat ha augmentat: passa de 64,7 anys la primera edició als 66 les dues darreres edicions. De la mateixa manera, també l'edat de l'alumnat més jove s'ha incrementat i ha passat de 45 a 52 anys. L'alumnat més gran té més de 80 anys: passa de 89 la tercera edició a 82 la quarta edició. Quant al sexe, i com podem copsar al gràfic 4, el percentatge de dones és superior en totes les edicions al d'homes, i augmenta i es manté.

Gràfic 3 | *Mitjana edat*

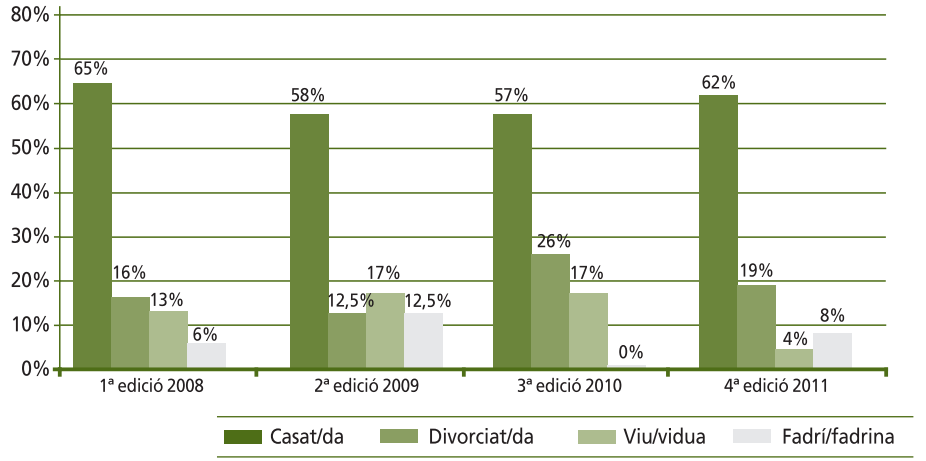


Gràfic 4 | *Sexe*



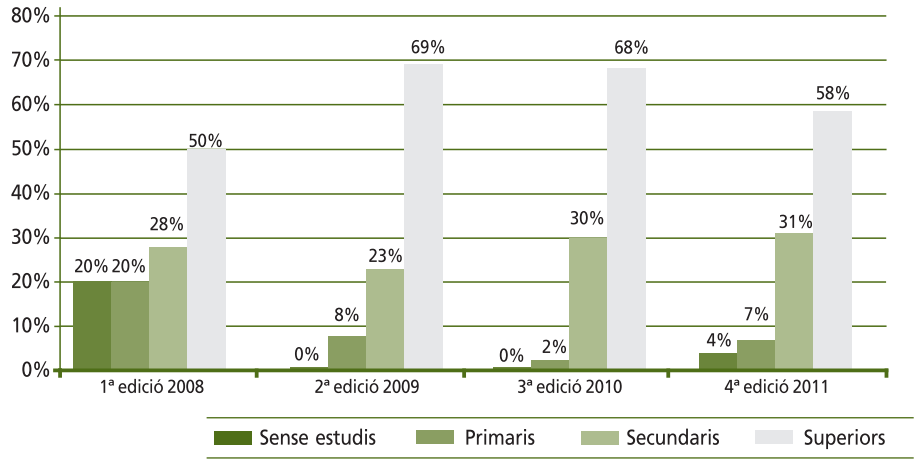
Respecte de l'estat civil, el gràfic 5 recull el percentatge d'alumnat casat com la situació més habitual i no baixa del 57% en totes les edicions. Els percentatges de divorciats o separats i vidus són molt similars en totes les edicions.

Gràfic 5 | *Situació civil*



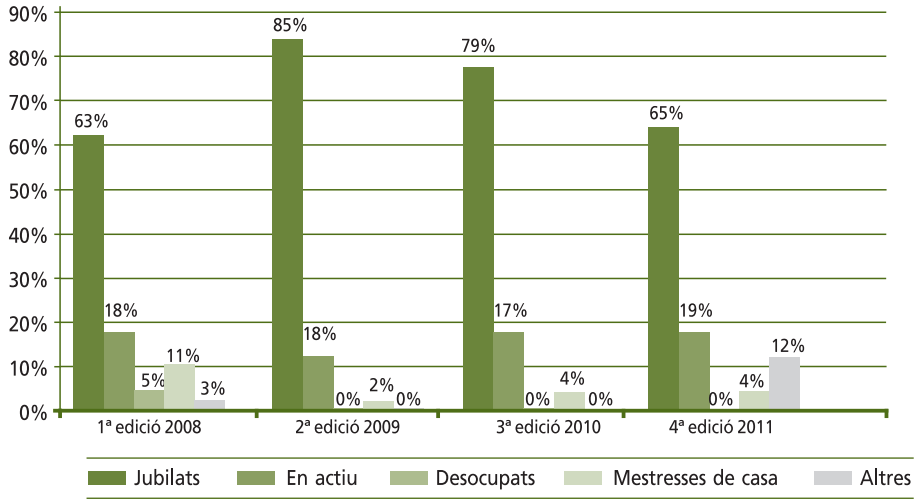
Com podem observar al gràfic 6, referit al nivell d'estudis, el percentatge d'alumnat sense estudis és molt baix i inexistent en algunes edicions. El percentatge de participants amb estudis primaris també és baix, amb percentatges més baixos respecte de la primera edició i de la resta de nivells d'estudis. El percentatge més elevat és el dels alumnes amb estudis superiors, seguit de l'alumnat amb estudis secundaris.

Gràfic 6 | *Nivell d'estudis*



En relació amb la situació laboral i d'acord amb l'edat d'aquesta població, el gràfic 7 recull la jubilació com la situació més comuna. El percentatge més elevat en totes les edicions correspon a persones jubilades, i es manté al llarg de les edicions els percentatges de mestresses de casa. Convé comentar que l'apartat «altres», més elevat a la darrera edició, recull l'alumnat en situació de prejubilació o amb alguna discapacitat.

Gràfic 7 | *Situació laboral*



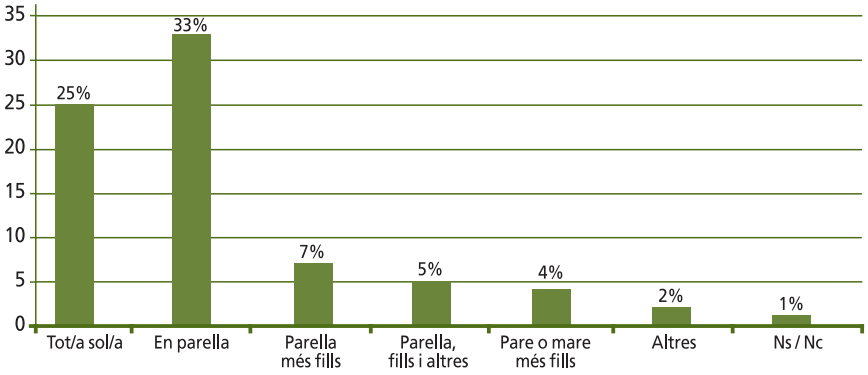
Com podem veure al gràfic 8, els alumnes que més han participat en l'avaluació restrospectiva —contestaren el qüestionari enviat per correu electrònic a tots els participants en alguna de les quatre edicions de la Universitat Internacional d'Estiu—, han estat els de les tres darreres edicions: quarta, tercera i segona, amb un 32%, 30% i 27%, respectivament. El percentatge de qüestionaris emplenats per dones i homes, recollit al gràfic 9, es manté d'acord amb el perfil general per sexe dels participants.

Gràfic 8 | *Qüestionaris rebuts*

Gràfic 9 | *Sexe*

Al gràfic 10, podem observar que la situació de convivència més comuna és el de la parella i tot sol, i la situació civil més comuna, la de casat.

Gràfic 10 | *Convivència dels participants*



Tal com s'ha comentat en referència a la situació laboral d'aquest alumnat, la situació més freqüent és la de jubilat i, l'edat mitjana, 66 anys. De tota manera, i per conèixer més bé el seu perfil sociodemogràfic, els vàrem demanar informació sobre la seva activitat professional principal quan estaven en actiu. Tal com recull la taula 2, la majoria (35%) de participants en el programa provenien de l'àmbit de l'ensenyament, seguits dels qui provenien de l'empresa (17%) i, finalment, els qui pertanyien a la sanitat i a l'Administració pública, amb el mateix percentatge (10%).

Aquesta informació complementa el que s'ha comentat respecte que la majoria d'aquest alumnat tenia estudis superiors en unes generacions en les quals el nivell d'estudis general de la població era molt inferior, i molt especialment en el cas de les dones. Era un col·lectiu que, a més d'estudis superiors, tenia una formació en l'àmbit de l'ensenyament, la qual continuava també després de la jubilació. Era un perfil d'alumnat adult gran més semblant a l'alumnat que segueix programes de formació permanent a la Universitat i menys semblant al de l'alumnat prototípic de la seva generació, almenys a nivell educatiu i cultural.

Taula 2 | *Activitat professional prèvia a la jubilació*

Àrea professional	%
Ensenyament (professors d'educació reglada, mestres, director d'escola, professors de persones amb discapacitats i professors d'idiomes)	35%
Empresa (director comercial, dependents de botiga, executiu, assistents d'executiu de departament de recursos humans, empresaris i supervisors d'una oficina d'assegurances)	17%
Sanitat (infermers, radiòlegs i assistents, cap de laboratori de control de qualitat i consultor de neuroanestesista)	10%
Administració pública (arquitecte paisatgista d'un Ajuntament, director d'una delegació d'Hisenda, funcionari estatal i serveis socials d'un Ajuntament, inspectors d'imposts)	10%
Banca (director de banc, treballadors de banca, agències de crèdits)	8%
Ciències Socials (treballadors socials, periodistes i notaris)	8%
Altres (enginyers, conductors, industrials, gerents editorials, editors de pel·lícules i treballadors d'aerolínia)	12%

Efectivament, aquest alumnat participava en activitats educatives i culturals, tal com queda recollit en la taula 3. La majoria de participants (60%) del programa estaven matriculats a un programa educatiu semblant al que tenim a la Universitat de les Illes Balears (UIB). La segona opció (17%) corresponia a alumnat matriculat a cursos d'idiomes organitzats per diferents institucions (universitats, centres de formació, etc.). Si analitzam els idiomes en els quals estaven matriculats en el moment de participar en el programa, obtenim: un 40%, a cursos de castellà; un 30%, d'italià; un 20%, de català, i, un 10%, d'alemany. Era alumnat que tenia interès també per la informàtica, els idiomes i els programes educatius amb dimensió internacional.

Taula 3 | *Programes educatius en els quals estaven matriculats*

Programa educatiu	%
Programa Universitari per a Grans (PUM)	60%
Cursos d'idiomes (alemany, castellà, català i italià)	17%
Cursos relacionats amb temàtica d'història	7%
Cursos d'informàtica	4%
Projecte Grundtvig	4%
Estudis de grau	2%
Associacions	2%
Altres	4%

Respecte de la valoració de les quatre edicions del programa, vista des de la perspectiva del temps i en conjunt, i recollida a les taules 4 i 5, és molt positiva en totes les edicions i les valoracions de bona i molt bona foren els percentatges més elevats.

Taula 4 | *Valoració dels programes internacionals d'estiu*

Valoració del programa	%
Primera edició	17%
Segona edició	25%
Tercera edició	29%
Quarta edició	25%

El temps introdueix algun matís en la valoració en l'alumnat que ha participat en dues o més edicions del programa. Ho podem observar sobretot (taula 5) en la valoració de la quarta edició (Gastronomia i cultura de les illes Balears), perquè, a pesar de ser la més recent, el percentatge de grat descendeix quan es demana a l'alumnat que compari i seleccioni l'edició que més li ha agradat respecte de les altres. El mateix podríem dir de la segona edició (Viu la ciència al campus), que millora en la valoració dels participants des d'una perspectiva temporal i comparativa.

Taula 5 | *Valoració comparativa dels programes internacionals d'estiu*

Valoració del programa	%
Primera edició	12%
Segona edició	41%
Tercera edició	35%
Quarta edició	12%

El temps passat no ha minvat la percepció positiva de l'experiència. De fet, com es pot observar la taula 6, les valoracions de l'alumnat en acabar cada una de les edicions són molt positives. Encara que tots els aspectes avaluats obtenen una bona valoració, els que tenen més puntuació, amb més del 90% de l'alumnat, són la rebuda de benvinguda i la disponibilitat del personal dedicat al programa d'estiu. Al respecte, cal comentar que els organitzadors del programa reben l'alumnat quan arriba a l'aeroport i l'acompanyen fins que són allotjats al campus universitari, moment a partir del qual comencen les activitats programades. Els dos darrers anys s'ha incorporat alumnat becari de suport al programa, cosa que sembla que ha estat valorada molt positivament. De fet, l'alumnat avaluat assenyala que és important que hi hagi joves en el programa (taula 7) i que això també dóna, segons la seva opinió, bona imatge dels joves de les Balears (taula 9). Són dos aspectes que l'alumnat ha assenyalat en dos moments diferents i a la pregunta sobre propostes de millora, ja que la incorporació de persones joves com a suport del programa es va fer a la darrera edició, perquè el nostre interès de visibilitzar els adults grans també inclou la qüestió de les relacions intergeneracionals a partir d'un projecte compartit entre adults, grans i joves.

Taula 6 | *Valoració dels aspectes organitzatius del programa*

Valoració individual de l'edició	%
Informació rebuda de l'esdeveniment	71,5%
Benvinguda als participants	96,0%
Material lliurat	85,5%
Disponibilitat del personal de la UIB	92,5%
Allotjament	79,5%
Alimentació	66,5%
Instal·lacions esportives	77,5%

Respecte de les propostes de millora del programa, tot i que ja hem comentat la valoració positiva, tant la prospectiva com la retrospectiva, des del punt de vista subjectiu, la pretensió de repetir el programa i la llista d'espera són dos bons indicadors objectius de l'interès d'aquest alumnat per l'oferta educativa d'estiu de la UOM. A la taula 7, observam que la puntuació més elevada correspon a la resposta que tot és correcte, que no s'ha de millorar res, amb un 28%. Les seves propostes de millora es refereixen als aspectes següents: un 19% opina que es poden millorar els continguts, encara que, abans de matricular-se al programa, tots els participants estan al cas de què tractaran tota la setmana que dura la Universitat Internacional d'Estiu. De tota manera, i d'acord amb el percentatge del 71,5% obtingut (taula 6) sobre la valoració de la informació rebuda, més d'un 20% d'alumnat sembla que no va poder accedir a la informació completa del programa, o almenys així ho varen percebre. Com a tercera resposta, amb el mateix percentatge (11%),

podem observar que, segons la seva opinió, s'ha de millorar el nivell d'anglès (dels ponents, de l'alumnat assistent i dels col·laboradors del programa) i l'allotjament. Encara que són percentatges molt baixos, és important explicar aquesta qüestió al detall, perquè, encara que això es fa a principi de curs i, fins i tot, figura en el material introductori que se'ls proporciona, no tots els estudiants, almenys un 11%, comparteixen el tema de la llengua vehicular del curs, i, tenint en compte la importància de millorar el programa cada edició, convé comentar aquesta qüestió un poc més.

Tal com s'ha exposat, la llengua vehicular del programa és l'anglès, perquè l'objectiu és que l'alumnat, procedent de diferents països de la Unió Europea, pugui comunicar-se, compartir experiències, aprenentatges, jocs, cultura, etc. No es tracta d'un curs per aprendre anglès, ni tan sols per practicar l'idioma, perquè aquest no és l'objectiu del programa de la Universitat d'estiu, encara que, lògicament, durant una setmana s'aprengui i es practiqui anglès i també les dues llengües oficials, les quals també parla l'alumnat que no té l'anglès com a llengua materna.

Al respecte, en la preinscripció es demana a l'alumnat quin nivell d'anglès té. Pel que fa als ponents, depenent de la temàtica de la Universitat d'estiu, tenim més o menys professionals amb un nivell d'anglès d'excel·lència, com també la resta de persones que hi col·laboren (seleccionats majoritàriament de llicenciatures en llengua anglesa).

És un tema que se'ls explica d'una manera molt exhaustiva, perquè algunes vegades l'alumnat, fonamentalment el que té l'anglès com a llengua materna o el que hi té un nivell excel·lent és el qui majorment sol comentar aquesta qüestió.

Taula 7 | *Millores del programa proposades*

Àrees que cal millorar	%
Cap (tot està bé així)	28%
Continguts	19%
Nivell d'anglès dels ponents i companys participants	11%
Allotjament	11%
Activitats programades (jocs al campus, àrea lúdica i gimcana)	8%
Menjades	8%
Organització (horaris amb anterioritat, alguns aspectes molt concrets)	6%
Temps de lleure	6%
Tenir gent jove que funciona molt bé	3%

A la pregunta sobre si recomanarien aquest programa o no i les raons per fer-ho, el 95% de l'alumnat diu que sí, que el recomanaria, per les raons recollides al taula 8, tenint en

compte que la pregunta era oberta. La primera resposta, amb un 40%, és que consideren molt importants les relacions que el programa possibilita, fonamentalment, conèixer persones d'altres indrets, tant de comunitats autònomes de l'Estat com provinents de fora, amb les quals comparteixen interessos i motivacions. En segon lloc, amb un 32%, destaca la part educativa i cultural del programa per recomanar-lo a altres persones i, en tercer lloc, amb un 16%, el fet de poder conèixer indrets de Mallorca desconeguts i gaudir de l'illa. Un 12% també recomanaria el programa per raons de satisfacció amb la direcció i organització.

Taula 8 | *Raons per recomanar el programa*

Recomanaria el programa per	%
Les relacions amb altres persones	40%
La part educativa i cultural	32%
Gaudir de la bellesa de Mallorca	16%
Estar ben dirigit i gestionat	12%

Per acabar, es va demanar als participants que fessin suggeriments perquè l'organització els pogués tenir en compte en el futur; són recollits a la taula 9. Com es pot observar, el comentari més expressat destaca la feina feta per l'organització i l'agraïment a la direcció per la possibilitat d'haver pogut participar en l'experiència; resposta donada per un 45% dels alumnes que han contestat el qüestionari. La segona resposta, amb un 23%, es refereix a l'interès per la continuïtat del programa —encara que són conscients de la situació econòmica actual— i demanen que es faci l'oferta, encara que sigui amb menys pressupost. El tema de la llengua sorgeix de nou, si bé ara des d'una altra perspectiva: un 12% de l'alumnat, que té com a primera llengua el castellà, suggereix que també aquesta llengua sigui vehicular del programa. Un 8% de l'alumnat remarca els efectes positius i beneficiosos del programa per als alumnes grans.

Taula 9 | *Suggeriments per millorar*

Comentaris addicionals	%
Destaca la bona feina i els agraïments per haver pogut participar en el programa	45%
Que el programa tingui continuïtat	23%
Que sigui bilingüe	12%
El efectes beneficiosos per als grans	8%
Tenir més conferències	4%
Disposar de més temps lliure	4%
Dóna una bona imatge dels joves de les Balears	4%

6. Discussió

Que s'hagi dut a terme aquest programa internacional d'estiu per a adults grans, una experiència pionera a Europa, és el resultat de l'interès que tenim per promocionar la internacionalització del nostre programa de grans de la UOM i, d'aquesta manera, contribuir a reforçar diversos aspectes de la formació al llarg de tota la vida de la gent gran en un context educatiu, cultural i universitari. L'experiència de viatjar, compartir espais i aprenentatges amb persones d'altres països; poder continuar, en un altre espai i lloc, el projecte de formació permanent que la majoria d'aquest alumnat fa al seu país; millorar la comunicació en una llengua diferent de la materna, amb el que això significa, tant a nivell cognitiu com social; conèixer un país a través d'un recorregut cultural i lúdic en un context de vacances. Creiem que tot això no es pot adquirir d'una altra manera i que aquesta experiència ha de poder formar part de la trajectòria de l'individu en la formació al llarg de tota la vida i també en la formació continuada d'un grup que necessita ser visualitzat des d'una perspectiva activa, positiva i participativa.

En aquest treball, hem pogut observar un perfil d'alumnat concret: majoritàriament són dones, de més de 60 anys, amb estudis superiors, un bagatge professional important en llocs de treball de primer o segon nivell, amb coneixements d'idiomes i de tecnologies, avesades a viatjar i amb experiències de formació permanent. És un alumnat que té un projecte de vida i d'envelliment actiu que duu endavant d'una manera important en un context universitari. Des d'una perspectiva comparativa amb la població de referència d'aquest grup d'edat, sens dubte és un grup atípic per raons d'estudis, activitat professional, activitat a partir de la jubilació i interessos. D'alguna manera, aquest perfil es correspon amb el de l'alumnat gran que fa una dècada va començar a interessar-se per l'oferta universitària des d'un punt de vista educatiu i cultural, i que més tard compartiria espai i interessos amb un perfil més pròxim al de població general de la mateixa edat, que accedeix als programes que ofereixen les universitats a les persones adultes grans.

Així doncs, una vegada que s'ha pogut posar en marxa aquesta experiència, pensam que, com s'ha pogut observar, és valorada d'una manera molt positiva i per a molts alumnes és una experiència inoblidable. Un dels reptes de futur és poder generalitzar-la a un alumnat de perfil sociodemogràfic més semblant a la població de referència del seu grup d'edat. Amb tot, és evident que no és una qüestió que es pugui improvisar. De fet, per poder oferir aquest tipus de programes, cal que l'oferta coincideixi amb les possibilitats de l'alumnat de poder-hi assistir, tant pel que fa a les habilitats com al nivell econòmic.

Des del nostre punt de vista, i tenint en compte la nostra experiència de més d'una dècada a la Universitat Oberta per a Majors i a partir de la valoració que fa dels programes oferts aquesta població al llarg dels anys, consideram que participar en aquests programes és una passa més de l'obertura de les ofertes educatives i culturals a la població adulta gran.

Viatjar, aprendre, comunicar-se en altres idiomes són activitats i experiències que l'alumnat incorpora, quan duu a terme altres experiències educatives i culturals en contextos propicis —com, en aquest cas, l'universitari— i no solament per la possibilitat d'adquirir les habilitats necessàries per poder dur-lo a la pràctica, sinó també pel modelatge que exerceix un context com l'universitari, en què els programes internacionals formen part de l'experiència a la qual pot accedir l'alumnat universitari al llarg del procés formatiu.

Hi ha altres qüestions que ja s'han comentat en aquest document, respecte de l'adaptació de l'alumnat a aquest tipus d'ofertes, que, com s'ha dit, és única en la seva espècie i d'alguna manera també ha format part del procés de l'alumnat per adaptar-s'hi. El tema de la llengua materna n'és un. Així, per exemple, a l'alumnat que parla castellà i/o català no li ha resultat fàcil acceptar que la llengua vehicular del programa hagi estat l'anglès, ja que no és la llengua del país. Respecte de l'alumnat que té l'anglès com a llengua materna, tampoc no li ha resultat fàcil comprendre que el nivell d'anglès del programa no hagi estat el que tenen ells, com a llengua materna. Solament la pràctica quotidiana ha fet la seva funció al llarg d'aquestes edicions i l'alumnat valora el fet comunicatiu —l'objectiu principal d'utilitzar la llengua anglesa— per sobre d'altres qüestions. Altres qüestions importants estan relacionades amb el fet que l'alumnat hagi hagut d'aprendre a diferenciar entre voler ser un turista passiu o formar part d'una experiència universitària i decidir, i que el rol de qui participa en un programa internacional d'estiu d'una Universitat és el d'alumne, universitari i actiu. Aquesta qüestió també ha estat motiu d'aprenentatge per part de l'alumnat: sentir-se alumne és també una actitud i un comportament i, per això, al llarg de les quatre edicions també s'han hagut de treballar aquests aspectes.

De tota manera, és evident que aquestes experiències no s'improvisen, ni per part de l'organització ni per part de l'alumnat que hi participa. És un procés d'aprenentatge d'habilitats abans, durant i després de l'experiència, la qual s'ha d'emmarcar en uns objectius clars i explícits que permetin l'alumnat i l'organització dissenyar un programa propi a cada edició i amb cada grup d'alumnat, aprofitant l'experiència acumulada. Les dades de l'avaluació prospectiva i retrospectiva comentades expressen, des del nostre punt de vista, el que significa aquesta experiència per a l'alumnat adult gran.

Referències bibliogràfiques

Macías, L.; Orte, C. (2011). *La Universidad internacional de verano para mayores: la experiencia de la Universitat de les Illes Balears*. Congreso de la Asociación Estatal de Programas Universitarios para Mayores (AEPUM), juliol de 2011: <http://hdl.handle.net/10045/20188>.

Orte, C.; Macías, L. (2012). *Evaluación retrospectiva del Programa Internacional de Verano para adultos mayores de la UOM (2008-2011).* Palma: Mimeo.

Autors

CARMEN ORTE SOCIAS

Santander (Cantàbria). Llicenciada en Psicologia i doctora en Ciències de l'Educació. Catedràtica d'universitat de Pedagogia de la Inadaptació Social del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. Està especialitzada en temes d'inadaptació social, en els quals desenvolupa la seva tasca docent i d'investigació des de l'any 1987. Ha dirigit i dirigeix projectes de R+D i altres projectes de tipus educatiusocial, sobre els quals ha realitzat diverses publicacions en l'àmbit nacional i internacional. Des de l'any 2003 és investigadora principal en diverses investigacions competitives sobre la prevenció del consum de drogues i l'educació per a la competència familiar del Ministeri de Ciència i Tecnologia. És consellera del Consell Econòmic i Social de les Illes Balears. És la directora de la Universitat Oberta per a Majors de la UIB i de l'Oficina per a Programes Universitaris de la UOM. És la directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal.

LIBERTO MACÍAS GONZÁLEZ

Palma, 1975. Llicenciat en Pedagogia per la Universitat de les Illes Balears. Tècnic de la Universitat Oberta per a Majors des del curs acadèmic 2007-2008. Col·laborador en el projecte d'investigació «Els processos d'ensenyament i aprenentatge en els programes universitaris per a persones grans», en el qual participaven un total de vuit universitats nacionals. Les seves àrees d'estudi i publicacions s'han centrat en l'ús de les noves tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) per part de les persones grans, les relacions intergeneracionals en educació, l'aprenentatge al llarg de tota la vida i la qualitat de vida en les persones grans que participen en un programa educatiu.

LLUÍS BALLESTER BRAGE

Doctor en Filosofia (UIB) i en Sociologia (UAB). Des de 1996 és professor de Mètodes d'Investigació Educativa a la Universitat de les Illes Balears (UIB). La seva experiència professional, com a coordinador d'un centre comarcal de serveis socials (1986-1990) i com a responsable de la Unitat de Planificació i Estudis de l'Àrea de Benestar Social del Consell de Mallorca (1990-96), així com les investigacions realitzades des de 1984, s'ha centrat en l'anàlisi de les necessitats socials i educatives (joves, persones grans i altres sectors), així com en els mètodes d'investigació: panells Delphi, històries de vida, anàlisi de dades qualitatives (amb NVIVO-QSR). El curs 2002-2003 va compatibilitzar la seva tasca com a docent i investigador a la UIB amb la direcció de l'Agència de Qualitat Universitària de les Illes Balears (AQUIB). Entre març de 2007 i juliol de 2011 va ser director de l'Institut de Ciències de l'Educació de la UIB.
El seu darrer llibre, publicat el 2012 amb el professor Antoni J. Colom, duu per títol: *Intervención sistémica en familias y organizaciones socioeducativas*.

LA FIGURA ABSENT EN LES CAMPANYES CONTRA LA VIOLÈNCIA DE GÈNERE: LA DONA GRAN

La figura absent en les campanyes contra la violència de gènere: la dona gran

Lydia Sánchez Prieto
Carmen Orte Socias
Lluís Ballester Brage

Agraïm al catedràtic, Martí X. March Cerdà els seus útils consells i l'ajuda prestada en la redacció de l'article

Porque hay una verdad que no está en la historia y que sólo se puede rescatar escuchando el susurro de las mujeres...

(Rosa Montero, periodista i escriptora)

Resum

L'evolució de les campanyes contra la violència de gènere ha aconseguit convertir-les en una eina eficaç per sensibilitzar la societat i modificar la percepció social, ha aconseguit incrementar la intolerància davant la violència i situar-la en l'esfera pública. No obstant això, actualment aquestes campanyes no aconsegueixen promoure la demanda d'ajuda o la denúncia en les dones grans víctimes de violència de gènere; prova d'aquest fet és el baix nombre de denúncies d'aquest sector. L'objectiu d'aquest article és visibilizar que l'absència de representació iconogràfica del col·lectiu de víctimes grans i l'incorrecte contingut dels missatges, provoquen que no se sentin identificades. Per verificar-ho, es fa una aproximació a les valoracions de la població gran i es reflexiona sobre els elements que componen espots emesos per la Delegació de Govern per a la Violència de Gènere. El canvi actitudinal i l'actuació tant de les víctimes grans com dels professionals que les atenen i de la societat en general, es fomentarien a través d'una modificació d'enfocament que promogués l'eficàcia percebuda de les víctimes, que reflectís un balanç positiu després de la posada en marxa i que emfatitzàs la gravetat de qualsevol tipus d'agressió. Per aconseguir-ho, la incorporació d'elements adaptats a les característiques, creences i necessitats de les víctimes grans resulta essencial.

Resumen

La evolución de las campañas contra la violencia de género ha conseguido convertirlas en una herramienta eficaz para sensibilizar a la sociedad y modificar la percepción social, logrando incrementar la intolerancia ante la violencia y situarla en la esfera pública. No obstante, actualmente estas campañas no consiguen promover la demanda de ayuda o la denuncia en las mujeres mayores víctimas de violencia de género; prueba de este hecho es el bajo número de denuncias de este sector. El objetivo de este artículo es visibilizar que la ausencia de representación iconográfica del colectivo de víctimas mayores y el incorrecto contenido de los mensajes, provocan que no se sientan identificadas. Para verificarlo, se realiza una aproximación a las valoraciones de la población mayor y se reflexiona sobre los elementos que componen spots emitidos por la Delegación de Gobierno para la Violencia de Género. El cambio actitudinal y la actuación tanto de las víctimas mayores como de los profesionales que las atienden y de la sociedad en general, se fomentarían a través de una modificación de enfoque que promoviera la eficacia percibida de las víctimas, que reflejara un balance positivo tras la puesta en marcha y que enfatizara la gravedad de cualquier tipo de agresión. Para lograrlo, la incorporación de elementos adaptados a las características, creencias y necesidades de las víctimas mayores resulta esencial.

1.Introducció

La influència dels mitjans de comunicació és tal en la nostra societat que són capaços de modificar estereotips, valors i actituds. Com explica el *Manual sobre els estereotips de gènere en els mitjans de comunicació* (Comitè Directe per a la Igualtat entre Homes i Dones, Consell d'Europa), els estereotips quotidians marquen idees esbiaixades del que és «normal» i acceptable i, en funció de les idees, s'afavoreixen les accions que són percebudes com a «correctes». Els missatges emesos per la publicitat fan un paper crucial a l'hora d'influir en els esquemes mentals de la societat, motiu pel qual en la lluita contra la violència de gènere les campanyes de sensibilització s'han convertit en una peça clau i essencial. De fet, l'exposició repetida a anuncis que combaten la violència ha aconseguit conscienciar gran part de la població de la necessitat d'establir igualtat entre sexes i ha enfortit la intolerància davant la violència. No obstant això, les campanyes elaborades fins avui no han aconseguit convèncer tots els sectors de la població, especialment les dones grans.[1] De fet, quan s'observa el nombre de denúncies o de demandes, es detecta que solament un grup reduït d'elles han optat per acudir a les autoritats o als serveis d'ajuda.

La qüestió a la qual aquest article pretén llançar llum és que, malgrat l'important avanç en els formats de les campanyes de suport a la dona, encara avui dia els perfils de víctimes de violència s'obvien i es generalitzen, per la qual cosa, en definitiva, s'invisibilitzen altres sectors. Quan es planteja de manera ràpida una visió de la víctima de violència de gènere, s'evoca la imatge d'una dona jove o de mitjana edat, mare en molts casos, que es troba indefensa davant l'agressor. No obstant això, aquesta idealització de la dona agredida no representa la realitat, tan solament es limita a una part d'elles. En contraposició dels estereotips comuns, la violència no respecta edats, ni característiques personals. Per això, hi ha una necessitat emergent d'expressar la realitat oculta als mitjans de comunicació i d'afavorir que les dones grans puguin identificar-se com a víctimes capaces de posar fi als maltractaments.

La invisibilitat del problema radica en diversos punts. Per començar, predomina una tendència a pensar que la violència de gènere cessa o disminueix amb l'edat, a causa que, en revisar el nombre de denúncies, es pot observar que a partir dels 64 anys disminueixen en comparació amb altres edats. A Espanya, durant 2007, les dones més grans de 64 anys van presentar 968 denúncies, dada que equivalia a un 1,53% del total; s'observa que es tracta del grup d'edat que menys denúncies va presentar. No obstant això, tal com s'ha defensat en articles anteriors (Orte, C. i Sánchez, L., 2010; Sánchez, L., 2011), el nombre d'homicidis en aquest grup d'edat revela que la violència es continua produint; el 2011 van morir 61 dones, de les quals 9 eren més grans de 65 anys (xifra que representaria el 14,75% de les víctimes), segons l'Institut de la Dona. Enguany s'han comptabilitzat 19 morts de dones a les mans

[1] S'ha establert com a edat de referència per denominar-les dones grans els 64 anys. Encara que, en el cas de la invisibilitat de la violència de gènere, s'observa que el nombre de denúncies comença a disminuir abans (els 50 anys aproximadament).

de les seves parelles o exparelles, de les quals 4 superaven els 64 anys (el 21%).[2] El mateix indiquen estudis internacionals, com el de Pillemer i Finkelhor (1998), el qual va enquestar 2.020 persones grans que havien sofert maltractament, i de les quals un 32% l'havien rebut de les parelles o exparelles. Lundy i Grossman (2005) van enquestar 1.057 dones més grans de 65 anys que havien demanat ajuda i refugi a causa de maltractaments, i van destacar que en un 96,9% dels casos l'agressor era home (en un 37,6% l'agressor va ser la seva parella o exparella i en un 46,6% foren altres membres de la família). L'estudi *Prevalence Study of Abuse and Violence against Older Women*, emmarcat en els programes DAPHNE, projecte europeu finançat per combatre la violència de gènere, expressa que gairebé tres de cada deu dones més grans de 60 anys entrevistades (un 28,1%) en cinc països europeus (Portugal, Bèlgica, Finlàndia, Àustria i Lituània) declaren haver sofert alguna vegada en la vida abusos i/o negligències. Els resultats indiquen que l'abús més freqüent és l'emocional (23,6%), seguit del financer (8,8%) i de la violació de drets (6,4%), i posteriorment, la negligència (5,4%), l'abús sexual (3,1%) i el físic (2,5%). El fet que predomini el maltractament psicològic reforça que les agressions resulten invisibles per a les autoritats o per als professionals. De la mostra, un 55,3% de dones declara no haver denunciat les agressions, ni tampoc haver-li-ho explicat a ningú anteriorment.

D'altra banda, influeix també la indefinició en la classificació dels conceptes, perquè es produeix una confusió i un error quan es considera la violència de gènere en dones grans com a abusos a persones grans. Si es categoritza com a abusos a persones grans, es determina l'edat com a element desencadenant de la violència, quan en realitat aquesta és deguda a un intent per dominar la parella basat en la percepció de desigualtat entre gènere (Hightower, 2002). Aquest fet provoca que la intervenció sigui la incorrecta, basant-se en un model que intenta reduir l'estrès del cuidador i medicalitza la dona, però no actua en la principal urgència: separar l'agressor de la víctima. Així mateix, es resta gravetat als abusos produïts i deixen de rebre el càstig que es mereixen. És més, en denominar-ho com a «abús a persones grans» es promou l'ús d'un vocabulari neutre que invisibilitza les víctimes davant les institucions de suport a la dona i les separa dels serveis destinats a combatre les conseqüències emocionals que provoca una violència tan devastadora com la infligida pel company íntim.[3]

Les altes taxes d'abusos en les dones més grans de 65 anys, el baix nombre de denúncies i l'elevat nombre d'homicidis obliguen a incorporar estratègies de sensibilització que, per començar, visualitzin la situació d'aquest sector de la població i que abordin l'estigma

[2] Dades actualitzades el dia 7 de juny. Font: Institut de la Dona. http://www.inmujer.gob.es/ss/Satellite?c=Page&cid=1244208413348&language=cas_ES&pagename=InstitutoMujer%2FPage%2FIMUJ_Generico

[3] Aquest article se centra especialment en l'anàlisi de les campanyes de violència de gènere, però es pot aprofundir més sobre la invisibilitat de la violència de gènere en dones grans als articles «Invisibilitat de la violència de gènere en les dones grans a Mallorca» o «Creences de les persones grans sobre la violencia de gènere» dels anuaris de l'envelliment 2010 i 2011, respectivament.

social que existeix (Luoma et al., 2011). Per prosseguir, resulta indispensable per combatre i eradicar el problema transmetre a les víctimes grans un missatge de suport i seguretat que, fins al moment, solament s'ha donat a través de campanyes publicitàries estàndard. Els elements i els missatges que s'utilitzen en les campanyes publicitàries de suport a la dona no aconsegueixen influir en les dones grans, per la qual cosa són estratègies inadequades que actuen com a barreres en la divulgació (McGarry, Simpson i Hinchliff-Smith, 2011). Les víctimes grans presenten creences i característiques associades a l'edat que han de ser tingudes en compte i han de regir la informació dirigida a elles, reconeixent i tractant aquestes diferències individuals des d'un altre enfocament si es pretén posar fi a la seva situació de violència. Aquesta mateixa pauta és recomanada, entre altres modificacions específiques, en els circuits de suport a la dona, en el projecte «Intimate Partner Violence against older Women».

A Espanya, hi ha el dret a la informació per a les víctimes de violència de gènere, ja que apareix recollit a la Llei orgànica 1/2004, de mesures de protecció integral contra la violència de gènere, que integrava mesures preventives, d'intervenció i de protecció. Com en tots els casos, el dret ha de ser expandit i adaptat a les necessitats dels receptors.

Durant els últims anys, no tan sols s'ha incrementat el nombre de campanyes publicitàries, sinó que, a més, han evolucionat mitjançant formats més desenvolupats i enginyosos. Les campanyes es poden dividir en dos períodes: el primer situaria les campanyes que es van elaborar de 2000 a 2005 i el segon comença a partir de 2006, any que es considera un punt d'inflexió. Tal com explica a l'article «Comunicació audiovisual i dona» de Berlanga (2010), la principal diferència entre tots dos períodes és que en el segon no solament es dirigeix la publicitat a les víctimes, com s'havia fet fins al moment, sinó que també es dirigeix als agressors i a la societat, enfortint el rebuig a les agressions. Aquest article se centrarà en analitzar si en el segon període hi ha elements dirigits al col·lectiu de dones grans.

2. L'evolució en les campanyes contra la violència de gènere

A partir de l'aprovació de la Llei integral es comença a canviar l'enfocament de les actuacions; es té en compte que el problema neix de la desigualtat entre gèneres i s'aprova la necessitat de proporcionar un assessorament més personalitzat i adaptat a les necessitats de les víctimes. Però, la majoria de les campanyes no promocionen l'apoderament de les dones, sinó que donen a entendre que per poder ser ateses han d'iniciar el procés de denúncia i demanda d'ajuda (Bustelo, M., López, S. i Platero, R., 2007). Com s'explicava anteriorment, 2006 es considera un any d'inflexió, ja que es canvia l'enfocament de la publicitat, no solament es dirigeix a les víctimes, sinó que a més es llancen missatges directament a la societat i als maltractadors. Al seu torn, s'obté una efectivitat més gran, perquè s'aposta per la creativitat i el disseny en la publicitat. Se suma a aquesta millora la

incorporació de la publicitat a la xarxa, i amb això s'aconsegueix arribar a un públic més ampli i divers, igual que es possibilita la participació i l'opinió de la població. És així com en xarxes socials com Facebook o en blogs es poden trobar diferents fòrums en els quals els internautes s'impliquen amb els eslògans expressats i donen les seves opinions, i fins i tot s'encarreguen de difondre la informació. Per tant, les noves tecnologies fan un paper molt rellevant a partir del segon període, ja que afavoreixen formats més sofisticats, moderns, innovadors, i permeten, com es comentava, que estiguin a l'abast de tota la població (Berlanga, 2010).

La campanya «Contra el maltrato, gana la ley», emesa des del segon semestre de 2006 a març de 2007, proporciona una visió d'una dona forta i valenta, que s'atreveix a denunciar. Es mostra tot el recorregut que fa la víctima des que surt del jutjat amb una sentència contra l'agressor fins que arriba a casa i es reuneix amb el seu fill i la seva família. Hi ha tres perspectives: la de la víctima, la de l'agressor i la dels veïns. El missatge emès posa l'accent a informar sobre la llei, en la necessitat de denunciar i el telèfon d'ajuda, mecanisme que inicia el procés. Els personatges principals (víctima i agressor) són joves i s'assumeix que tenen fills en comú. Es mostra com la víctima té suport social (veïns, en aquest cas, i persones estimades, probablement els pares).

Es pot destacar que, a partir de l'any 2007, les produccions publicitàries tornen a modificar el format, reemplaçant els missatges fins aleshores emesos per uns altres que presenten una menor quantitat d'informació, però més creativa, sublim i enginyosa. Durant aquest any, les imatges passen a un segon pla, centrant l'atenció en els missatges emesos, de manera que s'utilitzen imatges o icones molt senzilles i bàsiques, l'única funció de les quals és complementar la informació aportada. Durant aquest any es va emetre la campanya «A la primera señal de maltrato, llama». Centrada a donar a conèixer el telèfon 016 i la seva funcionalitat a les víctimes específicament i a la societat en general. No apareixen personatges, únicament una veu en off masculina, acompanyada del senyal d'un ritme cardíac i del to del telèfon. En aquest cas, dipositen tot el pes de les actuacions en el telèfon 016, a pesar que apareix una breu llista final dels serveis disponibles.

S'observa com en la campanya «Ante el maltratador, tolerancia cero», que es duu a terme durant el segon semestre de 2008, s'introdueixen nous elements i personatges per representar un altre col·lectiu de dones: la dona immigrant. L'espot va mostrant diferents dones que es van rellevant en el discurs emès i que parlen amb diferents accents (fins i tot, una parla en un idioma diferent). Són dones que parlen amb fermesa i seguretat, expressant els seus drets i oposant-se a les agressions. Al cartell, es destaca el missatge mitjançant un vermell cridaner i apareixen de nou rostres joves que representen: la víctima, el maltractador i el fill de tots dos. Apareixen altres dues versions: una dirigida al maltractador, en la qual altres homes el rebutgen per les agressions, i una altra en què diversos nens demanen a les seves mares que actuïn.

L'últim trimestre de 2009 es presenta la campanya «Ante el maltrato, todos y todas a una», en la qual es tornen a presentar dones joves, però de nou mostrant un sentiment de por, temoroses, espantades, amb les cares desencaixades i manifestant gests de defensa. A més d'incorporar un personatge que representa la dona immigrant, també representen la dona discapacitada (dona de mitjana edat invident). L'objectiu és l'increment de la conscienciació i el rebuig social.

Durant 2010, es va desenvolupar una àmplia campanya denominada «Saca tarjeta roja al maltratador», en la qual un gran nombre de personatges famosos (actors/actrius, presentadors/es i cantants) emeten el missatge «qui no juga net queda fora de la societat» a partir de diversos enfocaments: imitant el maltractador, plantant-li cara i descrivint situacions en les quals es poden haver vist immerses persones del seu entorn proper. Es caracteritza perquè presenta imatges fosques, sense colors, amb la finalitat de destacar el color vermell de la targeta amb la qual s'enfronten a l'agressor. En aquest cas, es combinen els abusos físics amb els psicològics, a partir de la simulació d'aïllament, assetjament, desqualificacions, etc.

L'última campanya, emesa del 15 de setembre al 15 de desembre de 2011, «No te saltes las señales. Elige vivir», torna a intentar combatre tant la violència física com l'emocional, de manera que mentre una veu masculina recrimina, acusa, insulta i menysprea les seves parelles, en els rostres de les víctimes van apareixent blaus. En aquest cas, es mostra, per primera vegada, una dona madura, gran, que té aproximadament entre 50 i 60 anys. La campanya està composta per tres versions: «aïllament», «amenaça» i «autoestima».

Com s'ha anat descrivint, algunes de les campanyes esmentades presten especial atenció a la prevenció de col·lectius que presenten més vulnerabilitat, com la població immigrant, les persones amb discapacitat, etc. Prova d'això és que en totes s'inclouen subtítols per garantir l'accessibilitat de persones amb discapacitat auditiva, i fins i tot, en l'última s'incorpora el llenguatge de signes. D'igual manera, s'han desenvolupat altres versions subtitulades en francès, anglès, romanès, àrab, búlgar, rus i xinès. En tots dos casos, en alguns espots s'incorporen personatges representatius d'aquests col·lectius. No obstant això, no ocorre el mateix amb la dona gran, que és oblidada en totes les campanyes. Perquè les campanyes contra la violència de gènere es transformin en una eina reconeguda per les dones grans s'han d'incorporar aspectes que s'adaptin a les seves creences, necessitats, els seus temors i, en definitiva, a les seves característiques personals. De tots els anuncis emesos per l'Administració nacional, és l'anunci d'aïllament de l'últim any on es representa la figura de la víctima més gran, com s'explicava, encara que, així i tot, està representada per una dona entre 50 i 60 anys que aparentment no té cap limitació física important i que pot recórrer a la seva filla perquè l'ajudi. Per això, en realitat, segueix sense representar el sector de la població més gran, amb limitacions físiques, que no té suport social extern, etc.

Taula 1 | *Característiques de les campanyes contra la violència de gènere de la Delegació de Govern per a la Violència de Gènere*

Any de la campanya	Eslògan	Població a qui es dirigeix	Objectiu	Què ofereix?	Imatge o icona
2006	Contra los malos tratos, gana la Ley	Víctimes, maltractadors i entorn proper.	Conscienciar que la llei guanya i dóna suport a les víctimes.	Telèfon gratuït i confidencial: 016. Suport de la llei.	Personatges joves: víctima i agressor, pares de dos fills.

continua

Any de la campanya	Eslògan	Població a qui es dirigeix	Objectiu	Què ofereix?	Imatge o icona
2007	A la primera señal de malos tratos, llama	Víctimes, en concret, i societat, en general.	Donar a conèixer el telèfon 016. Explicar que serveix per comunicar les agressions.	Serveis d'ajuda a les víctimes i telèfon gratuït i confidencial: 016.	Senyal del ritme cardíac i del to del telèfon. Només apareix la imatge d'uns ulls.
2008	Ante el maltratador, tolerancia cero	Víctimes i agressors.	Reconèixer els drets de la dona.	Telèfon gratuït i confidencial: 016	Dones joves (espanyoles i immigrants), agressors joves i nins.
2009	Ante el maltrato, todos y todas a una	Víctimes i societat.	Conscienciar la societat de l'obligació d'actuar davant la violència de gènere.	Telèfon gratuït i confidencial: 016	Dones: jove mare, dona immigrant, adolescent, dona discapacitada de mitjana edat.
2010	Saca tarjeta roja al maltratador	Agressor i societat.	Enviar un missatge ferm i amenaçador. Demanar a la societat que s'enfronti a l'agressor.	Telèfon gratuït i confidencial: 016	Gran nombre de personatges famosos, tant masculins com femenins.
2011	"No te saltes las señales. Elige vivir"	Víctimes.	Pretén que la víctima actuï davant de les senyals, incloent davant l'abús emocional.	Telèfon gratuït i confidencial: 016	3 tipus de dona: jove, jove amb fills i més gran (entre 50 i 60 anys).

Font: elaboració pròpia

«Denuncia» és el missatge més freqüent dirigit a les víctimes; telefona i engega la maquinària assistencial i de protecció de les administracions. Aquestes dones fa molts d'anys que conviuen amb la parella, compartint no només les agressions, sinó també vivències agradables i úniques. Per tant, el fet de denunciar-los i les conseqüències associades a la possible condemna, provoquen una preocupació, i fins i tot un rebuig, que actua com una barrera en nombroses ocasions (Sánchez, 2011). Les xifres també apunten el mateix fet (amb prou feines hi ha denúncies), però com dèiem al principi, sí que hi ha homicidis de dones més grans de 65 anys. El 2009 es van produir 6 assassinats de dones grans i el 2010 se'n van produir 4, però cap de les víctimes no havia posat cap denúncia. El 2011, de les 9 mortes, només 1 (de 71 anys) havia posat una denúncia.

La realitat és que moltes víctimes grans suporten la situació en silenci perquè no són conscients que són maltractades (Dunlop et al., 2005), com en el cas de les agressions verbals. Aquestes agressions són les més freqüents en aquest grup d'edat (Beaulaurier, Seff, i Newman, 2008), tenen una major repercussió emocional i normalment s'intensifiquen i incrementen amb l'edat (Vinton, 2001). D'altra banda, la creença que les autoritats, l'entorn proper o els familiars no valoraran com a greus les agressions els indueix també a mantenir-les en silenci (Dunlop, Beaulaurier, Seff, Newman, Malik i Fuster, 2005), per això no assumeixen

la gravetat real de les situacions viscudes i ni es replantegen que hi hagi la possibilitat de canviar la situació, i no poden superar l'etapa de precontemplació. El resultat és que normalitzen la situació i/o adopten una postura d'indefensió apresa que les converteix en subjectes passius davant les voluntats de la parella, i perden l'esperança de sortir de la situació de maltractament (Sánchez, 2011). És cert que, en l'espot «No te saltes las señales. Elige vivir», l'últim emès, ja apareixen el maltractament psicològic reflectit: l'aïllament, la humiliació, la intimidació i l'amenaça, posant l'accent en el fet que s'han d'identificar com a senyals de maltractament i no han de ser tolerats. D'igual manera, s'observa que, mentre se sent la veu masculina que ataca la víctima, es va desenvolupant una marca vermella, representativa del maltractament físic. En l'espot «Saca tarjeta roja al maltratador» ocorre el mateix, els personatges narren agressions verbals comunes («No saps fer res», «Em portaràs a la ruïna», etc.) amb la intenció de denunciar-les i crear rebuig social davant les agressions, però en aquest cas no es dirigeixen a les víctimes, sinó als agressors.

3. Aconsegueixen els espots contra la violència de gènere que les persones grans s'hi sentin identificades?

Després de reflexionar sobre les campanyes nacionals, sembla que ni l'enfocament utilitzat es dirigeix a la tercera edat, ni visibilitza la seva situació actual, però les persones grans es poden sentir identificades amb aquestes campanyes?, els hi influeixen? Aquest article defensa que l'absència d'identificació amb els anuncis es converteix en un dels principals motius pels quals les persones grans no prenen mesures per combatre els abusos. La publicitat no resulta efectiva si no aconsegueix influenciar la població a la qual està destinada (Brändle, Cárdaba i Ruiz, 2011). L'objectiu d'aquest estudi era comprovar si la població gran podria sentir-se identificada amb aquest tipus d'anuncis, a més de concretar quins elements els poden influir i en quina manera.

3.1. Metodologia i mostra

Per aconseguir aquest fi, es van seleccionar i es van valorar els sis espots publicitaris emesos únicament per la Delegació de Govern per a la Violència de Gènere, centrant l'atenció en el segon període de la publicitat. La selecció es va limitar als espots de la Delegació de Govern perquè es considera que l'impacte de les campanyes nacionals de violència es reflecteix i influeix sobre les campanyes regionals (Martín, 2009) i, a més, és en el segon període, és a partir de l'aprovació de la Llei integral contra la violència de gènere, quan es comença a ampliar el rang de destinataris.

L'aproximació a les percepcions i valoracions de les persones grans sobre les campanyes de violència de gènere es va obtenir a través d'enquestes personals autoadministrades que es dividien en tres parts diferenciades. Per començar, es perfilava les característiques personals

dels participants. La segona part s'orientava a valorar a quin sector de la població estaven dirigits els espots i de quina manera els podien influir, i per acabar, s'aprofundia sobre la tipologia de campanyes que podien tenir una major influència sobre les persones grans. A priori i abans de començar, es reproduïen els sis espots publicitaris de la Delegació del Govern per a la Violència de Gènere i es demanava que contestassin les qüestions plantejades, a través de diferents tipus de preguntes: majoritàriament el qüestionari està compost per preguntes tancades amb selecció d'opcions basades en estudis anteriors (Orte, C. i Sánchez, L., 2010), però també es van incorporar preguntes obertes (edat, opinions, etc.) i una de tancada dicotòmica. Els oferien que en cada ítem seleccionassin tantes respostes com considerassin oportú. Cal destacar que es van introduir preguntes de control, l'objectiu de les quals era contrastar la qualitat de la informació que s'obté, amb la finalitat d'esbrinar si es compleixen els requisits de veracitat (Ballester, 2001). Per solucionar tots els possibles dubtes dels participants, es van continuar reproduint els espots mentre emplenaven els qüestionaris.

Es va obtenir una mostra de 57 persones grans, a través d'un mostreig no probabilístic, per la qual cosa, i afegit a la limitació del nombre de casos, els resultats no podran ser extrapolats a la població. La mostra estava formada per alumnes de la Universitat Oberta per a Majors de la Universitat de les Illes Balears, de diferents cursos: primer, segon, tercer, diploma d'especialització d'Història de l'Art i diploma d'especialització de Salut i Qualitat de Vida. El perfil dels enquestats presentava edats compreses entre 56 i 86 anys, 67,07 anys era l'edat mitjana. Un 43,9% de la mostra eren homes i un 56,1% eren dones. La majoria d'enquestats estaven casats (61,4%), altres eren vidus (17,5%) i divorciats (10,5%), i eren pares; concretament, com a mitjana tenien dos fills. Fins a un 75,4% de la mostra van declarar que estaven jubilats i presentaven nivells econòmics mitjans. El nivell formatiu variava de manera molt equitativa (primària, secundària, llicenciatures, etc.).

3.2.Resultats

Abans de res i per iniciar el segon apartat de l'enquesta, es va preguntar si després d'haver visualitzat aquest tipus d'anuncis, els participants havien canviat la seva manera de pensar sobre la violència de gènere. Les respostes més seleccionades van ser que «els anuncis no havien canviat la seva manera de pensar» (19,3% de les respostes), o bé, que «no havien influït, perquè ja es pensava que era un problema greu i actual» (66,7% dels casos). De les 53 persones que van respondre la pregunta si ells o algú proper havia sofert violència de gènere, o bé, pensaven que podien ser vulnerables a la possibilitat de convertir-se en víctima, un 42,1% va contestar que sí, dels quals un 35,73% eren dones.

La hipòtesi central de l'article sembla que és reforçada a través de les valoracions dels enquestats, encara que la mostra no és suficientment àmplia com perquè els resultats siguin significatius. És a dir, pel que fa a la valoració sobre els grups d'edat als quals s'adrecen

les campanyes, solament una minoria va assenyalar que als més grans de 64 anys; tan sols 11 persones, és a dir, el 8,2% de les persones enquestades. En la mateixa línia, també es van assenyalar, amb menor freqüència, com a població diana de la publicitat els grups de 55 a 64 anys i els menors de 18 anys, amb un 10,4% i un 9,7%, respectivament. En canvi, es va considerar que les campanyes anaven dirigides sobretot als grups entre 25 i 34 anys i entre 35 i 44 anys, segons les puntuacions dels enquestats, amb un 19,4% en el primer cas, i un 26,1% en el segon. Amb el fi de comprovar la veracitat de la resposta, es va simular la mateixa incògnita a través de la representació de sectors de la població. Els enquestats pensaven que els anuncis es dirigien, especialment, a la societat en general (40,4% de les respostes) i a l'entorn de les víctimes, perquè reconeguessin els senyals de violència (28,3%). Tan sols 5 persones van dir que es dirigien a col·lectius de dones grans.

Taula 2 | *Edat de les víctimes a les quals es dirigeixen els espots*

Edat de les víctimes	Nombre de respostes	Percentatge
Més joves de 18 anys	13	9,7%
De 18 a 24 anys	15	11,2%
De 25 a 34 anys	26	19,4%
De 35 a 44 anys	35	26,1%
De 45 a 54 anys	20	14,9%
De 55 a 64 anys	14	10,4%
Més grans de 64 anys	11	8,2%
Total	134	100,0%

Font: elaboració pròpia

En canvi, i seguint en la mateixa línia, es va qüestionar si pensaven que les víctimes grans se sentirien identificades amb el missatge que transmetien els espots publicitaris. Les opcions més seleccionades apuntaven al fet que podien ajudar, perquè les víctimes es veien reflectides en algunes situacions personals (27 vegades es va triar aquesta resposta), i que podien incitar a buscar ajuda (resposta seleccionada en 22 casos).

Una altra reflexió que es perseguia obtenir era quina classe d'actuacions es pensava que era més probable que generàs aquest tipus d'espots. Amb una gran diferència respecte a la resta d'alternatives i com a primera opció, es va assenyalar que acudirien als professionals per informar-se sobre les seves possibles actuacions si sofrissin una situació de violència, concretament, fins a 35 dels 57 participants es van decantar per aquest tipus d'actuació, és a dir, fins a un 46,1%. La denúncia a l'agressor era la segona opció manifestada com a actuació adequada (25% dels enquestats la van seleccionar), però era triada amb menor freqüència, i hi havia una diferència del 21,1% entre ambdues respostes.

L'opció de «transmissió d'informació per part dels professionals sociosanitaris», però aquesta vegada triada com a mesura eficaç capaç de promoure l'actuació (assessorament, denúncia, separació de l'agressor, etc.), també és valorada per 17 dels participants. Amb gairebé la mateixa intensitat, es troba l'opció que els familiars i/o amics els transmetin informació de les seves alternatives. Encara que acudir a centres especialitzats en suport a la dona és l'opció que més s'ha seleccionat com a fomentador de l'actuació, concretament, en 27 dels casos. La tercera part del qüestionari pretenia perfilar, segons les percepcions de la població gran, quina tipologia de campanya seria la més eficaç i mitjançant quins elements s'aconseguirien uns millors resultats. De les sis campanyes mostrades, es va destacar l'espot «Ante el maltratador, tolerancia cero» com la més impactant, amb una diferència del 43,8% de respostes (28 enquestats), seguit de «Saca tarjeta roja al maltratador», que va ser seleccionada per 13 dels participants (20,3%). En concret i en el primer cas, els enquestats van destacar amb major freqüència com a elements que incrementaven l'eficàcia de l'espot el fet que «l'anunci era més directe» i que «les imatges captaven més l'atenció». En el cas de «Saca tarjeta roja al maltratador», també s'assenyalava com a aspecte determinant de l'eficàcia que «l'anunci era més directe», igual que «el missatge captava més l'atenció» i que «l'eslògan transmetia millor el missatge».

En contraposició, la campanya «Contra el maltrato, gana la ley», la primera emesa per la Delegació, va ser la que menys va impactar la mostra, amb tan sol un 6,3% de les respostes. Cal destacar que del 15,6% de les puntuacions atorgades a la campanya «No te saltes las señales. Elige vivir», tercera considerada com més impactant, un 14,1% van ser indicades per dones. De fet i segons les puntuacions, les dones opinen que aquesta campanya i la de «Ante el maltratador, tolerancia cero» són les més eficaces. Entre els elements triats com a més eficaços a «No te saltes las señales. Elige vivir» es va destacar que «l'anunci era més convincent», «les imatges captaven més l'atenció» i «se sentien més identificades amb el missatge emès». Respecte al sexe masculí, presenten una major identificació amb els espots «Saca tarjeta roja al maltratador» i «Ante el maltratador, tolerancia cero», coincidint amb les dues campanyes que impliquen altres homes i es dirigeixen als agressors.

Finalment, es va intentar esbrinar si les dones grans se sentirien més identificades si els espots presentassin actrius amb característiques similars a elles. Per a això, es van presentar diferents personatges públics i els varen demanar que triassin quin personatge els feia sentir-se més identificades, i entre els resultats van destacar les persones següents: María Galiana (40%), María Teresa Campos (20%) i Susanna Griso (26,7%). D'igual manera i per contrarestar la informació, els varen demanar que s'identificassin amb alguna figura comuna i es van destacar les característiques de mestressa de casa, amb un 54,8%, i les de metge, amb un 16,1%.

4. Sensibilitzant sobre la violència contra les dones grans: la necessitat d'un nou enfocament en les campanyes

Els emissors de les campanyes fins al moment han estat les administracions, principalment les nacionals, encara que els últims anys s'ha fomentat la participació de les regionals i autònomes. Les macrocampanyes publicitàries aconsegueixen impactar en la societat i sensibilitzar-la, mostra d'aquest fenomen és que els últims anys la població cada vegada es manifesta més poc inclinada i intolerant a la violència, hi ha més programes televisius que mostren rebuig a la violència, una major igualtat entre els joves, etc., per la qual cosa és una tècnica adequada (encara que no suficient) per a l'objectiu marcat en aquest estudi. En realitat, el problema radica en el fet que hi hagi una inadequació entre els objectius proposats pels responsables de les polítiques socials (arribar a totes les víctimes) i les accions de comunicació utilitzades (manera/format de les campanyes) (Brändle, Cárdaba i Ruiz, 2011).

Doncs, reprenent les qüestions plantejades (sensibilitzen la població gran?, presenten estereotips rígids sobre les víctimes de violència de gènere?, aconsegueixen influir sobre les víctimes grans, aconseguint que actuïn?) s'intentarà perfilar quins elements millorarien el grau d'influència d'aquestes campanyes sobre les víctimes grans. Per aconseguir-ho, s'establirà la base a partir dels criteris del model integrat de màrqueting social (MIMC) i de les opinions dels enquestats.

El MIMC (Cismaru i Lavack, 2010) explica que perquè les campanyes contra la violència de gènere puguin influir sobre l'actitud i el comportament dels receptors han de considerar les variables següents:

- Vulnerabilitat: es refereix a les conseqüències negatives que el receptor creu que podrien ocórrer si es dugués a terme l'acció proposada.
- Gravetat: és la gravetat i severitat que la persona considera que té el problema plantejat.
- Costs: són els recursos que s'haurien d'invertir (diners, temps, esforç, etc.).
- Autoeficàcia: es refereix a la creença que té el receptor sobre la seva capacitat per desenvolupar la conducta que es promou als anuncis.
- Eficàcia de resposta: es tractaria del grau de convenciment del receptor si l'acció plantejada resoldria el problema, el disminuiria o l'eradicaria.

Per començar, i com un dels aspectes centrals defensats en aquest article, resulta essencial que en els anuncis s'eradiquin els estereotips sobre les víctimes de la violència (McGarry, Simpson i Hinchliff-Smith, 2011), perquè actuen com a elements que dificulten que les dones grans s'identifiquin com a víctimes o que fan que no considerin que els anuncis s'hi adrecen. Fins al dia d'avui, els anuncis actuals no s'adapten a la realitat dels casos de les víctimes grans. S'ha d'atendre detingudament la iconografia, ja que es converteix

en un element decisiu en l'impacte de la publicitat en la societat (Gallego, 2009). De fet, en l'ítem que qüestionava quins dels elements que componien els espots eren els que podien influenciar més, es va seleccionar amb un 13,9% (màxim percentatge) l'opció que «les imatges captaven més l'atenció». Per això, la incorporació d'actrius grans als anuncis es converteix en la clau principal, si es pretén que aquest grup de víctimes s'identifiqui amb el missatge i s'iniciï la conscienciació que les administracions els ofereixen suport. En les dades recollides s'observa com la majoria dels enquestats opinen que els anuncis s'adrecen a una població entre 25 i 44 anys (45,5% de les respostes) i tan sols un 8,2% a més grans de 64 anys, o bé un 5,1% opina que al sector de dones grans. Continuant amb l'anàlisi de les dades, es destaca que fins a un 40% (important diferència en comparació amb la resta de personatges públics) s'identificaria, especialment, amb María Galiana i les seves característiques (dona gran i familiar).

Aquesta mateixa reflexió es va fer amb les dones immigrants, i en les últimes campanyes («Ante el maltrato, todos y todas a una», de 2009, i «Ante el maltratador, tolerancia cero», de 2008) s'ha observat com s'ha introduït la figura de la dona immigrant, acompanyada d'elements representatius com altres idiomes, accents estrangers, subtítols o tons de pell foscs, que simbolitzen diferents dones estrangeres i, fins i tot, en 2010 s'incorpora la figura de la dona discapacitada. Per això, si es vol promoure la defensa de les dones grans, el primer pas seria afavorir que es reconeguin als anuncis. Aquest mateix aspecte es recull a l'estudi *Intimate Partner Violence against older Women*, que destaca que les víctimes grans han de ser representades en tots els mitjans mitjançant fotos i imatges de dones grans i, fins i tot, integrant en la informació experiències de dones agredides i reflectint quadres realistes de les situacions viscudes. Per poder intervenir sobre la gravetat percebuda i sensibilitzar tant les víctimes com la societat, s'ha d'avaluar i mostrar la prevalença actual i atorgar rellevància al motiu pel qual es produeix la violència, dinàmiques de poder que aplica l'agressor sobre les víctimes per assegurar la seva dominació i la desigualtat entre gèneres. A més, d'aquesta manera, s'aconseguirà situar el problema en l'esfera pública, en lloc de visualitzar-lo com un fenomen privat. En l'informe es recomana que els espots es reprodueixin associats a sèries o telenovel·les que aconsegueixin obtenir una major audiència de persones grans.

Un altre aspecte important i referent a la iconografia és que deixi reflectir-se adequadament tots els abusos, especialment, l'emocional. Seff, Beaulaurier i Newman (2008) afirmen que, a pesar que la violència «no física» és la més habitual i implica una repercussió més gran en les víctimes, a més que s'intensifica a mesura que l'agressor es fa gran i presenta més limitacions físiques (Vinton, 2001), sovint és valorada com a poc greu o indigna de castigar, tant per les víctimes com pel seu entorn. A la vegada, a mesura que es conviu amb les agressions, també s'indueix a normalitzar la situació, que deixa de ser valorada com a abusiva. Una mostra composta per víctimes de violència de gènere i universitàries manifestaven que no se sentien identificades amb les campanyes en les quals es mostraven blaus i agressions físiques, i expressaven que sentien que els seus danys eren menors o inexistents

en comparació amb els físics (Bustelo, López i Platero, 2007). Excepte en les campanyes «No te saltes las señales. Elige vivir», en la qual apareix el maltractament psicològic mitjançant la humiliació, la intimidació i l'amenaça, i en «Saca tarjeta roja al maltratador», en què els personatges rebutgen l'agressor també per agressions «no físiques», els anuncis se centren en el maltractament físic. Les dones de la mostra van identificar com la segona campanya més influent «No te saltes las señales. Elige vivir» (va obtenir un 15,6% de les puntuacions, de les quals, el 14,1% van ser atorgades per dones), a causa que se sentien més identificades amb el missatge emès, les imatges captaven més la seva atenció i l'anunci era més convincent. És curiós com les dones perceben el maltractament psicològic amb més freqüència i amb una major gravetat que els homes: en un altre estudi (Sánchez, 2011) els homes valoraven que actes com «llevar la llibertat o l'aïllament» i «danyar els béns personals» eren manifestacions de violència en un 5,88% i en un 2,94% respectivament, a diferència de les dones, que els consideraven violents en un 20,6% i en un 17,6%. Per tant, cal destruir la falsa concepció que els abusos «no físics» tenen menys gravetat o que deixen de perjudicar la salut de les víctimes. La identificació en la publicitat dels senyals de qualsevol tipologia de violència fomentarà la conscienciació sobre la gravetat d'aquests actes, la detecció de casos invisibles i impulsarà moltes víctimes a actuar.

Respecte al missatge emès, com s'ha introduït anteriorment, en la majoria de les campanyes es promou que les víctimes posin fi a les agressions mitjançant la denúncia dels casos a les autoritats o engegant la maquinària de serveis que els poden ajudar. No obstant això, en molts casos es tracta de relacions en les quals les agressions s'han mantingut de manera contínua o esporàdica durant més de deu anys, creant fins i tot codependència, per la qual cosa no resulta fàcil sortir del cercle viciós en el qual estan immerses, no almenys amb un missatge de «sigues valent i posa fi al teu calvari». Les dades apunten al fet que un gran nombre de dones grans, fins a un 51% d'una mostra enquestada, no confien que la denúncia a les autoritats resulti útil (Luoma et al., 2011). A més, el sentiment de culpa associat a les agressions, infós pels maltractadors i incrementat durant anys de relació, afavoreix que es descarti l'alternativa de denunciar-les. Fins i tot, no s'ha d'oblidar que moltes víctimes enquestades descriuen que han desenvolupat una preocupació i un temor pel càstig que les autoritats puguin infligir al seu company, motiu pel qual rebutgen la denúncia, encara que sí que donarien suport a alternatives amb caràcter rehabilitador (Dunlop et al., 2005). En quant a les opinions de les persones grans, l'opció de posar una denúncia la va seleccionar una quarta part de la mostra com a mesura d'actuació davant la violència de gènere. A pesar que va resultar la segona resposta seleccionada amb més freqüència, la veritat és que la preferència d'un 46,1% dels participants va ser informar a través dels professionals.

De fet, la por de la incertesa, de perdre la posició social i els referents que s'han tingut tota la vida (una llar, un barri, unes amistats, etc.) influeixen de manera negativa a l'hora de prendre una decisió (Grunfeld, Larsson, Mackay i Hotch, 2006). Entre els principals temors d'aquest col·lectiu es trobaria «perdre les persones estimades» i «haver d'abandonar la

seva llar», especialment entre persones que presenten una necessitat d'ajuda i/o limitacions físiques (Enquesta de condicions de vida, 2006), temors que fortifiquen la sensació de vulnerabilitat de les víctimes, i fan que assumeixin l'existència d'importants repercussions negatives si actuen.

Per tant, s'ha de posar l'accent a emetre un missatge diferent, un pas previ a denunciar: l'assessorament de les víctimes. Es tracta d'oferir la possibilitat a les víctimes de conèixer, a priori, tots els detalls, de guiar-les des dels aspectes generals als més específics: des de quines serien les conseqüències de la denúncia, què poden esperar si inicien el procés o què ocorrerà amb l'agressor si el denuncien, fins a quina documentació necessiten abans de sortir de casa o quins tràmits convé fer abans. És a dir, es tracta d'eradicar la incertesa mitjançant informació, i que es consciencïïn que informar-se no els obliga a res, simplement a conèixer altres alternatives. Apostar per enunciats com «assessora't» asseguraria una major eficàcia, ja que proporcionaria a les víctimes la possibilitat d'obtenir informació progressivament, afavorint que adquireixin confiança i seguretat, al mateix temps que es combat la incertesa al desconegut. Per a això, s'ha de treballar el concepte de «costs», és a dir, ajudar a visualitzar els beneficis associats a demanar ajuda, i el fet que es temin que mantenir la situació de violència perjudica, que els efectes són greus i que té implicacions emocionals a llarg termini (Cismaru i Lavack, 2010). La dilatació de la presa de decisions dependrà de l'assessorament obtingut i la confiança atorgada a les persones que aconsellen la víctima.

D'altra banda, encara que s'ha progressat entre el primer període de les campanyes, en el qual l'objectiu era pal·liar la violència familiar mitjançant un enfocament assistencial i pal·liatiu, i el segon període, en el qual s'insisteix en la denúncia i es parla dels serveis disponibles, encara no es fomenta l'apoderament de les dones. Els anuncis actuals ofereixen ajuda i protecció, ofereixen quedar a l'empara de les institucions, no obstant això, han de fomentar la transmissió d'autoconfiança i independència (Bustelo, M., López, S. i Platero, R., 2007). L'espot que va ser més valorat amb diferència respecte a la resta, amb un 43,8% de les puntuacions, «Ante el maltratador, tolerancia cero», reflecteix que les protagonistes dels anuncis estan segures de si mateixes, són independents i fortes, i al mateix temps emeten els missatges amb contundència i fermesa. En definitiva, és adequat perquè treballa el concepte d'autoeficàcia, és a dir, no tan sols n'hi ha prou que les víctimes facin un balanç positiu de començar a actuar, sinó que, a més, els transmeten que són capaces de lluitar contra la situació per elles mateixes, els recorden els seus drets i les seves possibilitats (Cismaru i Lavack, 2010).

Pels anteriors motius, la formació específica dels professionals és una peça clau per combatre la violència. Fins avui, es promouen estudis i cursos destinats al personal sociosanitari que tracta les víctimes de la violència de gènere, no obstant això, en aquest tipus de formació és necessari incloure-hi la formació específica sobre les dones grans. La preparació educativa

dels professionals ha d'anar encaminada a dues vies: transmissió d'informació adequada i actuació. És a dir, d'una banda, i amb l'objectiu que la informació sigui percebuda com més propera, incrementant l'eficàcia percebuda, hauria de ser transmesa també pels professionals sanitaris o treballadors socials. La mostra enquestada destacava com a principal mitjà per informar-se acudir als professionals, com s'ha explicat abans, igual que l'assessorament dels professionals (23%), acudir a centres especialitzats en dona (36,5%) o la influència de les amistats o els familiars (21,6%) serien els tres procediments que fomentarien, en major mesura, l'actuació de les víctimes. L'estudi de Luoma et al. (2011) destaca que les dones grans víctimes de violència tendeixen a compartir el seu malestar i a confessar els abusos davant els amics, com a primera opció, i davant els professionals sanitaris, com a segona opció.

D'altra banda, els professionals que atenen les persones grans també han d'estar capacitats per detectar i avaluar signes dels diferents tipus d'abusos i, a més, categoritzar-los com a violència de gènere (Blood, 2004), derivar els casos i comprometre's a intervenir respectant aquestes víctimes i adaptant-se a les seves necessitats. L'entrenament correcte dels professionals és un aspecte en el qual s'ha d'invertir temps i recursos per poder després recollir els fruits de l'esforç. Per aconseguir-ho, s'hauria de dotar de coneixements tots aquells professionals que puguin interaccionar amb les víctimes i millorar la coordinació entre ells: cossos de seguretat, experts d'atenció sanitària, treballadors socials, personal associat a residències i centres de dia i professionals d'atenció a víctimes de la violència de gènere.

Mereix la pena posar l'accent en el fet que un dels obstacles més aversius amb els quals han de bregar les dones grans és que els serveis de suport a les víctimes ni preveuen les seves característiques o limitacions ni s'hi adapten (McGarry, Simpson i Hinchliff-Smith, 2011). L'adequació de les instal·lacions ofertes a les víctimes més grans és essencial si han d'abandonar la seva llar (instal·lacions adaptades a les seves necessitats, eliminació de barreres arquitectòniques, espais on puguin canalitzar les experiències aversives d'anys de durada, etc.) (Blood, 2004). La transmissió que les estructures servicials són sòlides i solvents es converteix en un punt bàsic per fomentar l'eficàcia percebuda. En els anuncis existents fins al moment, s'ha mostrat una llista amb la gamma de serveis disponibles, però per la limitació temporal tampoc no es pot aprofundir molt més en la tipologia d'ajudes prestades. La possibilitat de disposar dels anuncis i de tota la informació restant en llocs que solen freqüentar (mercats, centres de persones grans, ambulatoris, etc.) i que els transmeten confiança seria recomanable (Nägele, Böhm, Görgen i Tóth, 2010).

En referència a la música utilitzada als espots, tal com s'indica a l'estudi «La banda sonora de la publicidad institucional española dirigida a mujeres» (Palencia-Lefler, Aguado, Mussoll i Zafra, 2010), té la intenció d'acompanyar les imatges i els missatges, i presenta una dimensió extradiegètica. És a dir, s'ha triat perquè únicament serveixi

per intensificar l'acció dels personatges, o bé com a contrapunt del discurs. Hi ha un ús unànime de la veu en off (tant masculina com femenina) i les poques vegades que es produeix un silenci és per emfatitzar la veu en off. Els anuncis, que tendeixen a usar música de tall clàssic, no són recordats per la banda sonora, per la qual cosa la música utilitzada no influiria en els destinataris.

Finalment, cal destacar que la publicitat podria també provocar efectes perjudicials, com «l'efecte bumerang», que reforçaria actituds i comportaments que predisposarien a la violència. Igual que també podria produir insensibilització en les víctimes davant la repetició constant del mateix missatge, per això es fa latent la necessitat de canviar l'enfocament dels missatges a mesura que evolucionen els anuncis, o bé que es produís un efecte d'imitació de les conductes agressives; aspecte al qual s'ha de prestar una major atenció quan es narren els detalls dels homicidis o les agressions als mitjans de comunicació (Brändle, Cárdaba i Ruiz, 2011).

Per tant, i per concloure l'article, cal insistir que els mitjans de comunicació influeixen sobre la societat, aconseguint la sensibilització, educant sobre les causes i els efectes de la violència domèstica i afavorint el debat públic i el rebuig social sobre el tema (García, Román i Gayaso, 2010), així que han de ser utilitzats per a una causa tan important com l'eradicació i la lluita contra la violència de gènere en dones grans. Però, per poder aconseguir els canvis actitudinals i promoure l'actuació en les víctimes s'ha d'infondre una major confiança, seguretat, autonomia i representabilitat, sobretot. Per aconseguir-ho, s'han d'incorporar a les campanyes elements que s'adaptin a les necessitats i les característiques de les víctimes més grans, i resulta imprescindible la visualització de personatges amb els quals puguin sentir-se identificades, el reconeixement de tots els signes de violència, la promoció d'apoderament i la capacitació de professionals que complementin la transmissió d'informació.

Referències bibliogràfiques

Ballester, L. (2001). *Bases metodológicas de la investigación educativa.* Col·lecció Materials Didàctics, 86. Palma: Universitat de les Illes Balears.

Bandrés, E. (2001). «Propuesta para el tratamiento eficaz de la violencia de género». *Revista Científica de Información y Comunicación*, 8, 113-138.

Beaulaurier, R. L., Seff, L. R. i Newman, F. L. (2008). «Barriers to Help-Seeking for Older Women Who Experience Intimate Partner Violence: A Descriptive Model». *Journal of Women & Aging*, 20: 3-4, 231-248.

Berlanga, I. (2010). «Comunicación audiovisual y mujer. Evolución y nuevos formatos en las campañas publicitarias de violencia de género». *Revista ICONO 14*, 9, (1), 145-160.

Blanco, E. (2005). «Violencia de género y publicidad sexista». *Revista Latinoamericana de Comunicación Chasqui*. Centro Internacional de Estudios Superiores de Comunicación para América Latina, 50-55.

Blood, I. (2004). *Older women and domestic violence.* London: Help the Aged.

Brändle, I. G., Cárdaba, M. A. i Ruiz, J. A. (2011). «Riesgo de aparición del efecto boomerang en las comunicaciones contra la violencia». Revista *Científica de Educomunicación; Comunicar*, 37 (11), 161-168.

Bustelo, M., López, S. i Platero, R. (2007). «La representación de la violencia contra las mujeres como un asunto de género y un problema público». A M. Bustelo i E. Lombardo (coord.), *Políticas de igualdad en España y en Europa*, 67-96. Madrid: Cátedra.

Cismaru, M. i Lavack, A. M. (2010). «"Don't Suffer in Silence" – Applying the Integrated Model for Social Marketers to Campaigns Targeting Victims of Domestic Violence». *Social Marketing Quarterly*, 16 (1), 97-129.

Dunlop, B. D., Beaulaurier, R., Seff, L., Newman, F. L., Malik, N. i Fuster, M. (2005). *Domestic Violence Against Older Women: Final Technical Report*. The Center on Aging of Florida International University for The National Institute of Justice.

Fernández, D. (2008). «Gramáticas de la publicidad sobre violencia: la ausencia del empoderamiento tras el ojo morado y la sonrisa serena». *Feminismo/s,* 11, 15-39.

Gallego, J. (2009): «La construcción del género a través de la publicidad». A *Actes de Congènere: La representació de gènere a la publicitat de segle XXI*. 25-26 de maig. Girona.
García, A., Román, M. i Gayaso, M. (2010): «Las primeras campañas contra la violencia doméstica (1998-2002)». *Prismasocial,* 4, 1-36.

Grunfeld, Larsson, Mackay i Hotch (1996). «Domestic violence against eldery women». *Canadian Family Physician*, 42: 1485-1494.

Hightower, J., Smith, M. i Hightower, H. (2001). *Silent and invisible – A Report on Abuse and Violence in the Lives of Older Women in British Columbia and Yukon*. B. C. / Yukon Society of Transition Houses, Vancouver, B. C. Executive sumary.

INE (2006). *Encuesta de condiciones de vida 2006*. Madrid: INE.

Luoma, M.-L., Koivusilta, M., Lang, G., Enzenhofer, E., De Donder, L., Verté, D., Reingarde, J., Tamutiene, I., Ferreira-Alves, J., Santos, A. J. i Penhale, B. (2011). *Prevalence Study of Abuse and Violence against Older Women. Results of a Multi-cultural Survey in Austria, Belgium, Finland, Lithuania, and Portugal (European Report of the AVOW Project)*. Finland: National Institute for Health and Welfare (THL).

McGarry, J., Simpson, C. i Hinchliff-Smith, K. (2011). «The impact of domestic abuse for older women: a review of the literature». *Health and Social Care in the Community*, 19 (1), 3-14.

Martín, A. T. (2009). «Las campañas de apoyo a la mujer, ¿realmente la apoyan en el siglo XXI?». A *Actes de Congènere: La representació de gènere a la publicitat de segle XXI*. 25-26 de maig. Girona.

Ministerio de Igualdad (2009). *El consejo de Europa y la Violencia de género. Documentos elaborados en el marco de la campaña paneuropea para combatir la violencia contra las mujeres (2006-2008).* Colección contra la Violencia de Género. Madrid: Gobierno de España.

Nägele, B., Böhm, U., Görgen, T. i Tóth, O. (2010). *Intimate partner violence against older women. Summary of a research project carried out in Austria, Germany, Hungary, Poland, Portugal and United Kingdom (Summary Report of the Intimate Partner Violence against older women*). Germany

Orte, C.; Sánchez, L. (2010). «Invisibilitat de la violència de gènere en les dones grans a Mallorca». A Orte, C. (dir.). *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2010*. Palma: Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal. Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració i Universitat de les Illes Balears.

Sánchez, L. (2011). «Creences de les persones grans sobre la violència de gènere». A Orte, C. (dir.). *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2011*. Palma: Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal. Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració i Universitat de les Illes Balears.

Palencia-Lefler, M., Aguado, S., Mussoll, E. i Zafra, A. (2010). «La banda sonora de la publicidad institucional española dirigida a mujeres». A *II Congreso Internacional Comunicación en la Era Digital*, Málaga, 3-5 de febrer.

Vinton, L. (2001). «Violence against older women». A Renzetti, C. M., Edleson, J. L., Bergen, R. K. (ed.). *Source book on violence against women*, 179-192.

Autors

LYDIA SÁNCHEZ PRIETO

Cadis, 1984. Llicenciada en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears. Psicoterapeuta a l'Institut Clínic Manacor (Juaneda Manacor). Tècnica especialista de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal. Coordinadora i tutora presencial i en línia dels cursos d'actualització professional en aspectes bàsics de la legislació i valoració de la dependència. Coordinadora del Màster en Atenció a la Dependència i Gerontologia.

CARME ORTE SOCIAS

Santander (Cantàbria). Llicenciada en Psicologia i doctora en Ciències de l'Educació. Catedràtica d'universitat de Pedagogia de la Inadaptació Social del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. Està especialitzada en temes d'inadaptació social, en els quals desenvolupa la seva tasca docent i d'investigació des de l'any 1987. Ha dirigit i dirigeix projectes de R+D i altres projectes de tipus educativosocial, sobre els quals ha realitzat diverses publicacions en l'àmbit nacional i internacional. Des de l'any 2003 és investigadora principal en diverses investigacions competitives sobre la prevenció del consum de drogues i l'educació per a la competència familiar del Ministeri de Ciència i Tecnologia. És consellera del Consell Econòmic i Social de les Illes Balears. És la directora de la Universitat Oberta per a Majors de la UIB i de l'Oficina per a Programes Universitaris de la UOM. És la directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal.

LLUÍS BALLESTER BRAGE

Doctor en Filosofia (UIB) i en Sociologia (UAB). Des de 1996 és professor de Mètodes d'Investigació Educativa a la Universitat de les Illes Balears (UIB). La seva experiència professional, com a coordinador d'un centre comarcal de serveis socials (1986-1990) i com a responsable de la Unitat de Planificació i Estudis de l'Àrea de Benestar Social del Consell de Mallorca (1990-96), així com les investigacions realitzades des de 1984, s'ha centrat en l'anàlisi de les necessitats socials i educatives (joves, persones grans i altres sectors), així com en els mètodes d'investigació: panells Delphi, històries de vida, anàlisi de dades qualitatives (amb NVIVO-QSR). El curs 2002-2003 va compatibilitzar la seva tasca com a docent i investigador a la UIB amb la direcció de l'Agència de Qualitat Universitària de les Illes Balears (AQUIB). Entre març de 2007 i juliol de 2011 va ser director de l'Institut de Ciències de l'Educació de la UIB.
El seu darrer llibre, publicat el 2012 amb el professor Antoni J. Colom, duu per títol: *Intervención sistémica en familias y organizaciones socioeducativas*.

UN PROCÉS PARTICIPATIU A L'ASSOCIACIÓ DE GENT GRAN DE SON REAL

Un procés participatiu a l'Associació de Gent Gran de Son Real

Josep Lluís Riera Moll

Resum

La participació en tots els àmbits de la vida és un fenomen cada vegada més sol·licitat per tots els col·lectius de ciutadans i també pel de la gent gran de les nostres illes.

Participació entesa com quelcom més que simplement ser-hi, és a dir, voler ser veritablement partícips de tot el procés, involucrar-se en totes i cada una de les decisions, preocupacions i necessitats de les diferents accions en les quals participen.

L'objectiu d'aquest estudi era precisament fer partícip de les seves pròpies accions un col·lectiu que fins ara semblava anar a remolc dels costums, del que s'ha fet fins ara. Així, es va voler fer una enquesta per saber què volen les persones que formen tot l'entramat de l'Associació de Gent Gran de Son Real.

Tant l'elaboració del qüestionari, fet per la Junta Directiva, com les diferents respostes demostren que, efectivament, les persones grans també volen poder decidir lliurement el que fan i a més volen ser-hi durant tot el procés. A més s'ha aprofundit en algunes qüestions summament interessants, com ara saber quina hauria de ser la llengua vehicular de les accions a desenvolupar, les principals inquietuds dels participants o el fet que les dones són les grans protagonistes de la majoria d'accions a més de ser el col·lectiu més nombrós.

Resumen

La participación en todos los ámbitos de la vida es un fenómeno cada vez más solicitado por parte de todos los colectivos ciudadanos así como por la gente mayor de nuestras islas.

Participación entendida como algo más que simplemente estar allí, es decir, ser verdaderamente partícipes de todo el proceso, poderse involucrar en todas y cada una de las decisiones, preocupaciones y necesidades de las diferentes acciones en que participan.

El objetivo de este estudio es precisamente hacer partícipe de las propias acciones a un colectivo que hasta ahora parecía ir a remolque de sus propias costumbres, de lo realizado hasta ahora. En consecuencia, se realizó una encuesta para saber qué quieren las personas que forman parte de la Associació de Gent Gran de Son Real.

Tanto la elaboración del cuestionario, realizado por la Junta Directiva, como las diferentes respuestas, demuestran que efectivamente las personas mayores también quieren poder decidir libremente qué hacer i cómo participar en todo el proceso. Además se ha profundizado en cuestiones sumamente interesantes como en conocer cual es la lengua vehicular de las diferentes acciones a desarrollar, las principales inquietudes de los

participantes o ver cómo en general las mujeres son las protagonistas de la mayoría de acciones además de ser el colectivo más numeroso.

1. Introducció

L'Associació de Gent Gran de Son Real fou fundada el 5 d'octubre de 1998 per ocupar un espai de socialització que no existia a la barriada del mateix nom, situada entre Can Capes i Els Hostalets. Des del principi la preocupació dels diferents equips directius ha estat la d'oferir als associats una programació extensa i variada, des d'activitats i tallers a l'abast de tothom, fins a projectes de caire cultural i participatiu, com ara el cicle de conferències del programa de la Universitat Oberta per a Majors (UOM) de 2009 que va tenir un elevat nombre d'assistents.

El treball que ara teniu a les mans és precisament fruit d'aquesta inquietud: fer possible una participació activa de les persones grans en tots aquells aspectes que els puguin afectar.

Per això, la Junta Directiva, formada per Gaspar Gregorio, Antoni Martorell, Virginia Roig, Francisco González, Juana Capó, Catalina Mas, Maria Ensenyat, Catalina Coll i Antonio Cruces, l'11 d'abril de 2011 va aprovar l'elaboració d'una enquesta social per conèixer de primera mà què pensen els associats de l'Associació de Gent Gran de Son Real.

La intenció de l'elaboració del qüestionari participatiu pretenia:

- Conèixer com són i què pensen els socis i les sòcies que integren l'associació.
- Obtenir dades generals sobre el grup.
- Conèixer la seva procedència, l'edat i quines preferències tenen.
- Conèixer la raó per la qual s'han fet socis d'aquesta associació i què hi esperen trobar.
- Què els agrada més de la programació de l'Associació.
- Quines idees aplicarien per millorar la programació i quin nou enfocament li donarien.
- I també conèixer si se senten integrats dintre de la massa social.

2. Metodologia de la investigació

Curiosament no es va plantejar cap metodologia concreta. És a dir, mitjançant l'experiència de cada un dels membres de la Junta Directiva i sense cap tipus de coneixement previ en l'elaboració de qüestionaris ni metodologies d'investigació, es varen elaborar tot un seguit de preguntes simplement amb la finalitat de conèixer millor els socis de

l'entitat, plantejar-los una sèrie de preguntes i poder planificar millor les actuacions dels propers anys. Tot i així, val a dir que la feina va excedir amb escreix el que ells consideraven suficient; feren un control exhaustiu del repartiment dels formularis, del retorn d'aquests, per tal que arribés a totes les persones que en són sòcies i explicaren, si calia cada una de les preguntes.

3. Procediment

Una vegada elaborat el qüestionari, el 5 de maig de 2011 fou presentat als 515 socis que en l'actualitat formen l'Associació explicant, com s'ha dit, els objectius, cada una de les preguntes i la data de lliurament, que es va fixar per al dia 19 de maig.

Es va dur a terme un control exhaustiu del lliurament de qüestionaris anotant el nom del soci al qual se li donava el document i també controlant les persones que el retornaven. Això sí, sempre amb la més absoluta discreció i respectant en tot moment l'anonimat dels participants.

Dia 2 de juny es presentaren els resultats de l'estudi a tots els socis.

4. Mostra

La mostra eren els 515 socis actius de l'entitat, homes i dones d'entre 51 i 95 anys, si bé sols es lliuraren 475 qüestionaris.

El formulari constava d'un total de 21 preguntes, que podem distribuir de la manera següent:

a) Tres preguntes d'informació general o identificatives:
   a. 1. Sexe
   b. 2. Lloc de naixement
   c. 3. Edat

b) Dues preguntes dedicades a la Junta Directiva:
   a. 8. Li interessa formar-ne part?
   b. 20. Puntuï la gestió de la Junta Directiva

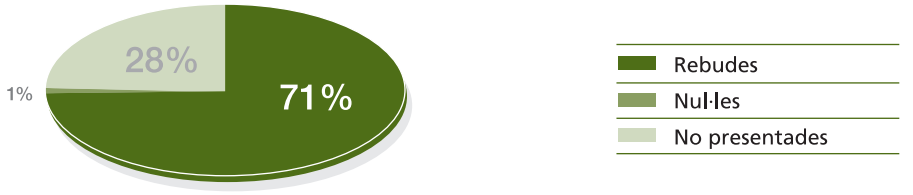
c) Dues preguntes d'informació d'intencions:
   a. 5. De quants clubs és soci?
   b. 7. Per què n'és soci?

d) Tretze preguntes dedicades a les activitats que es fan al centre:
   a. 4. Li agrada llegir?
   b. 6. Col·laboraria en una tómbola benèfica?
   c. 9. Aprovaria una quota mensual per assistir als tallers?
   d. 10. En cas de reducció, amb quins tallers es quedaria?
   e. 11. Organitzaria el bingo en mallorquí?
   f. 12. Modificaria els preus de les targetes de bingo?
   g. 13. Quin és el millor dia per fer les excursions?
   h. 14. Quins tipus d'excursions faria?
   i. 15. Està d'acord a anar de cap de setmana a hotels?
   j. 15. Li agradaria que es fessin projeccions en DVD de les funcions de teatre?
   k. 17. Quins temes escolliria per fer formació i debats?
   l. 18. Li agradaria que es programés cinema clàssic antic?
   m. 19. Quines institucions li agradaria visitar?

e) Una pregunta de resposta oberta en què es demanava què els agradaria que s'organitzés per als socis.

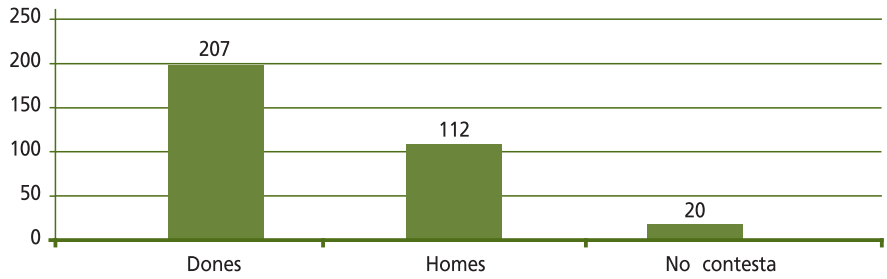
S'han contestat un total de 339 formularis, la qual cosa representa un percentatge de participació del 72%. Prou elevat si tenim en compte que era la primera vegada que es feia tant a la mateixa associació com en el col·lectiu de persones grans. Un total de 130 qüestionaris no foren retornats per motius molt diversos mentre que set varen ser nuls per les seves respostes contradictòries.

Gràfic 1 | *Total enquestes*



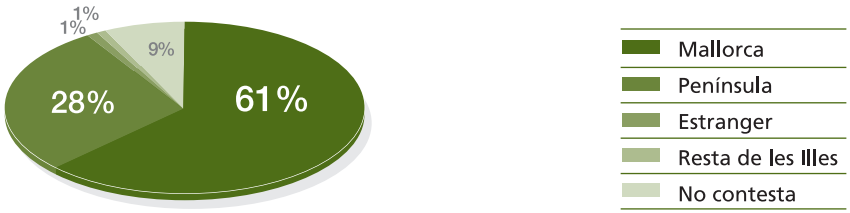
No s'ha fet una distinció per sexes ni s'ha fet un repartiment equitatiu, ja que el que es pretenia era arribar al màxim possible de socis de l'entitat i aconseguir la seva participació. Majoritàriament han contestat les dones amb un total de 207 formularis, el 64,89%, enfront als contestats per homes, un total de 112 formularis, el 35,11%.

Gràfic 2 | *Sexe*



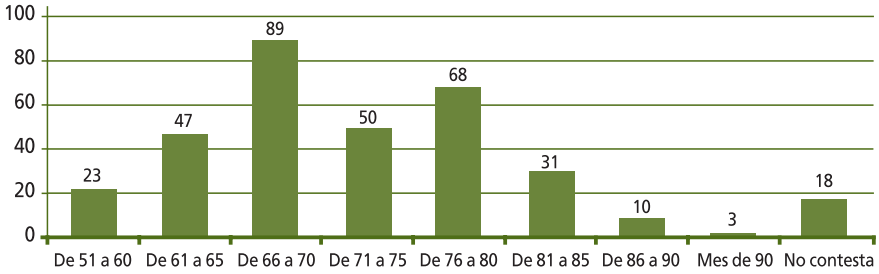
Pels formularis també es pot deduir el lloc de procedència dels participants. El 61% són de Mallorca, l'1% de la resta d'illes, el 28% de la resta de comunitats autònomes i l'1% és de l'estranger.

Gràfic 3 | *Procedència dels socis*



Pel que fa a l'edat dels socis, la participació més alta es dóna entre la franja de 66 a 80 anys, un total de 207 persones. A partir dels 81 anys baixa molt la participació.

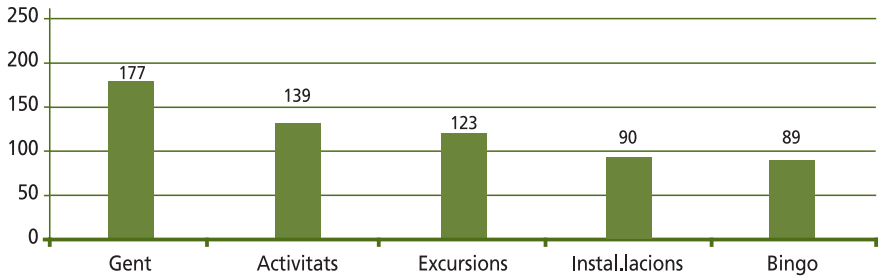
Gràfic 4 | *Edats*



També cal destacar que hi ha un total de 70 persones (el 21%) a l'Associació de Gent Gran de Son Real que, tot i que no estan jubilades, ja participen en la majoria d'activitats que es fan. Algunes es poden considerar prejubilats i altres, un petit grup, són socis col·laboradors, tot i que encara no tenen els 65 anys.

Pel que fa les preguntes per conèixer les intencions de participació com a socis i el nombre de clubs als quals pertanyen, la majoria de persones (177) contestaren que eren socis de Son Real sobretot per la gent; seguidament, 139 persones, pel tipus d'activitats que fan; 123 persones, per les excursions, 90 persones, per les instal·lacions, i per a 89 persones el bingo és un bon motiu per ser socis.

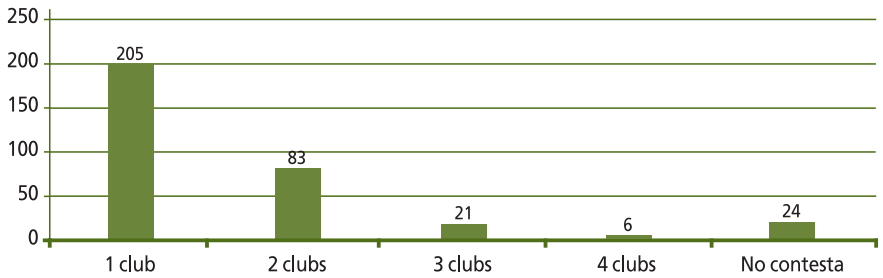
Gràfic 5 | *Perquè és soci de Son Real*



Cal dir que era una pregunta amb de resposta múltiple en què la majoria de persones han marcat més d'una resposta.

Pel que fa al nombre de clubs de què són sòcies, la gran majoria de persones, un total de 205, pertany a una sola associació, 83 persones diuen que pertanyen almenys a dues, 21 persones són sòcies de tres associacions mentre que sols sis persones formen part de quatre associacions.

Gràfic 6 | *Nombre de clubs dels quals és soci*



5. Resultats

El bloc d'activitats és per força el més nombrós en preguntes i, de fet, la part que aporta més informació és la d'activitats que els agraden o que voldrien fer.

A la pregunta «Li agrada llegir?» hi contesta afirmativament un 75% de persones, un total de 254. No els agrada a un total de 58 persones, el 17%, mentre que 27 persones no contesten.

Tres preguntes fan referència al pagament d'activitats, o bé a l'augment del preu de les targetes de bingo i, fins i tot, es planteja la possibilitat de fer tómboles benèfiques.

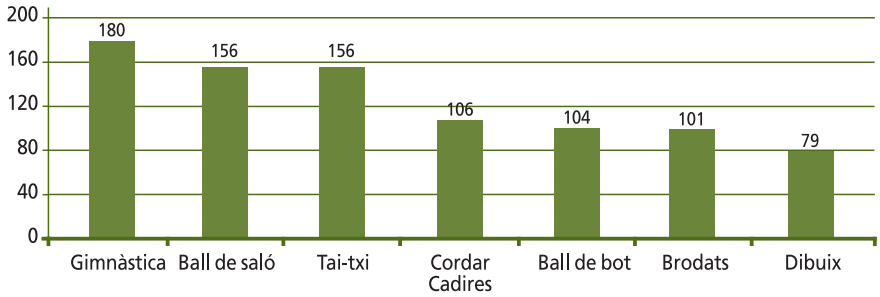
Majoritàriament la gent declara que participaria en alguna tómbola benèfica per afavorir persones sense recursos o col·laborar amb entitats de caire social. Gairebé el 69% es mostra a favor de la mesura enfront d'un 19% que diu que no hi està d'acord.

En relació amb el possible pagament de tallers, l'opinió està més dividida. El 51% està d'acord a pagar algun tipus de quota mensual mentre que el 33% no hi està conforme. 54 persones, el 16%, no contesten.

A pesar que el bingo és una activitat que sols han triat 89 com a motiu per ser socis de l'associació (per tant, hem d'interpretar que no és important perquè és la darrera opció), hi ha un rebuig generalitzat a l'augment del preu, ja que 231 persones, el 68%, es mostren en desacord a apujar els preus. Només 29 persones, un 9%, hi està d'acord. S'ha de dir que el bingo és l'activitat que més gent acull durant tota la setmana.

Quant al bingo, hi ha una pregunta per saber si es podria fer en llengua catalana, al menys un dia a la setmana. Els 65% de les persones hi està d'acord enfront al 20% que no hi estan d'acord.

Gràfic 7 | *Tallers que més agraden*

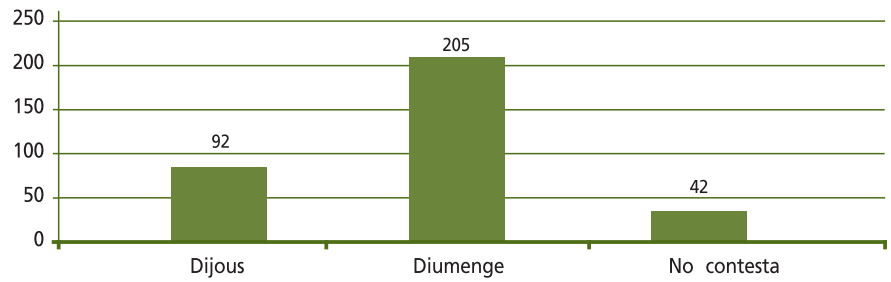


Es planteja la pregunta de la reducció de tallers, la qual ens dóna molta informació sobre el nombre de tallers, les persones que hi estan interessades i alhora facilita a la Junta Directiva una resposta sobre la possibilitat de suprimir alguns d'aquests tallers arran de la crisi o de cercar-hi altres vies de finançament.

La gimnàstica és el taller de què gaudeixen més persones, 180, seguit pel de ball de saló i de tai-txi, amb 156 persones cada un. 106 persones es decanten pel cordat de cadires mentre que 104 ho fan pel ball de bot. A 101 persones els agraden els brodats mentre que el dibuix agrada a 79 persones. Les quatre activitats més sol·licitades són les de gimnàstica, ball de saló, tai-txi i cordat de cadires.

Pel que fa a les excursions, una altra de les ocupacions de la gent gran, les preguntes han tractat del dia adequat per fer-les, el tipus d'excursions que desitgen i si estarien d'acord a anar caps de setmana a hotels.

Gràfic 8 | *Millor dia per fer l'excursió*



Gràfic 9 | *Com li agraden les excursions?*

El diumenge és el dia més triat per la gent gran per fer les excursions, per 205 persones, que diuen que aquest dia els va millor, mentre que 92 persones diuen que les farien el dijous.

Gràfic 10 | *Caps de setmana a hotels*

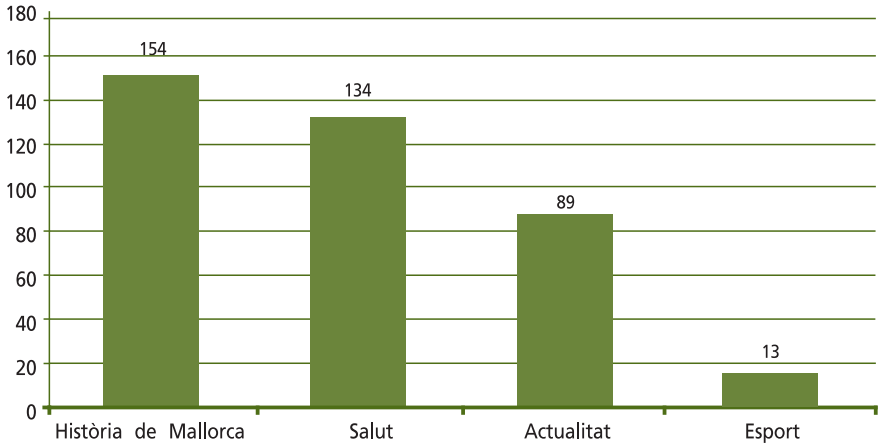
La majoria de persones, el 79%, es decanta per fer excursions normals. Les comercials només tenen un 12% d'adeptes.

També són moltes, 234 persones, el 69%, les persones que voldrien que s'organitzés algun tipus d'estada en hotels.

Pel que fa a les activitats més culturals, es planteja la possibilitat de visionar en DVD les funcions de teatre fetes pel Club Horizonte, en les quals participen alguns dels actuals socis de Son Real. Al 89,04% li agradaria veure les projeccions. També un percentatge semblant, el 89,54%, estaria d'acord a fer programacions de cinema clàssic antic.

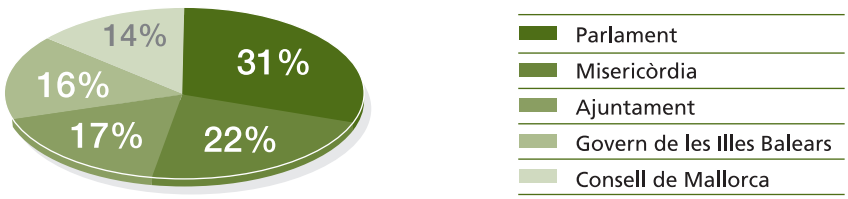
Pel que fa a temes per programar xerrades, taules rodones i debats, a 154 persones els agradaria que hi hagués més temes relacionats amb la història de Mallorca, mentre que 131 s'estimarien més temes de salut. 89 persones es decanten per l'actualitat i sols 13 persones volen parlar d'esports.

Gràfic 11 | *Temes per programar*



Pel que fa a la possibilitat de fer visites guiades a alguna institució, el 31 % voldria anar al Parlament; el 22%, a la Misericòrdia, tot i que és part del Consell de Mallorca que també surt triat amb un 14%. Al 17% li agradaria anar l'Ajuntament i al 16%, al Govern de les Illes Balears.

Gràfic 12 | *Institucions a visitar*



La penúltima pregunta, sobre la Junta Directiva, serveix per fer-ne una valoració. La seva gestió és avaluada molt positivament per part d'una àmplia majoria de socis. Un total de 289 socis li atorga una puntuació per sobre de 6 punts, 9 persones li donen un 5 i sols 7 persones suspenen la Junta Directiva. La mitjana obtinguda de puntuació general és d'un 8,48.

Ara bé, a l'hora de fer relleus i participar a la Junta Directiva, els socis no són gaire participatius. Una majoria aclaparadora, el 85%, un total de 288 persones, no vol formar part de la direcció i sols ho faria el 7%, 23 persones.

Al final del qüestionari ens trobam amb una pregunta oberta que han contestat un total de 68 persones amb unes 30 aportacions, si bé cap no arriba a un percentatge significatiu. Les dues propostes en què més persones han coincidit són temes relacionats amb una festa d'aniversari i el fet de donar més berenar al bingo i només inclouen vuit persones. La resta de temes són proposats per una, dues o màxim quatre persones. De tota manera, veiem que les propostes reflecteixen precisament una gran diversitat de persones, de caràcters, d'inquietuds, algunes de caire cultural i altres més lúdiques, i fins i tot n'hi ha alguna de curiosa, com ara la proposta d'organitzar una protesta contra la Junta, que només ha fet una persona.

La pregunta concreta era:
Indiqui alguna activitat que li agradaria que s'organitzés per als socis.

Les respostes, com dèiem abans, són molt curioses:
Taller de sevillanes, fibromiàlgia, punta al coixí, teatre, danses del món, llevar el ball de les excursions, festa d'aniversari en un restaurant, xerrada sobre Déu, berenars més freqüents al bingo, festa amb ball, informàtica, caps de setmana en hotels, classes de memòria, en lloc de sopar fer dinars, premis fixos als bingos, petanca, viatges culturals, futbolí,

qüestions lingüístiques castellà-català, risoteràpia, potenciar la biblioteca, fer un creuer, protesta en contra de la junta actual, participar a la rua de carnaval, fer excursions a peu, més jocs de saló, obrir el local més hores, fer ball el dijous, Pilates i escola de glosses.

6. Conclusions

D'entrada, podem dir que almenys la Junta, que va decidir engegar aquest procés participatiu, se sent satisfeta amb els objectius complerts i pren nota sobre les possibles millores.

Ara se sap que de manera generalitzada els socis de Son Real participen i aporten les seves opinions sobre la majoria d'actes que es fan, si bé caldrà aprofundir en la realitat de la participació. De fet, segons Hart (1993) «participar és la capacitat per expressar decisions que siguin reconegudes per l'entorn social que envolta i afecta la vida pròpia i/o la vida de la comunitat en la qual vivim».

Aquest mateix autor va generar una figura simbòlica per expressar els diferents esglaons de la participació, anomenada precisament escala de la participació. En una escala de vuit esglaons de la figura, podríem situar el procés participatiu de Son Real en el cinquè esglaó, el segon en una escala de participació real.

En un altre possible procés de participació caldria plantejar cinc propostes, tal com diu Mendia (1993) (pedagog del País Basc):

- Fer,
- fer amb els altres,
- fer amb els altres davant problemes comuns,
- fer amb els altres davant problemes comuns per transformar la societat,
- fer amb els altres davant problemes comuns per transformar la societat gaudint i creixent des del diàleg.

Pel que fa a les dades obtingudes, cal dir que s'hauria pogut aprofundir més en algunes qüestions i alhora s'hauria pogut fer una ordenació general dels temes.

Lògicament amb els coneixements existents s'ha avançat molt i es disposa d'una informació que fins ara no es tenia a l'hora de fer les programacions. De fet, la Junta ja ha posat en marxa els darrers mesos algunes de les propostes fetes, com ara les diferents xerrades i debats, la potenciació dels tallers que tingueren més acceptació, les tómboles benefiques, etc.

Amb aquest tipus de formulari és difícil aprofundir en qüestions de diferenciació de sexe, si bé podria ser important en alguna de les preguntes. D'entrada, sabem que hi ha una participació

important de dones, molt superior a la d'homes però no disposam d'informació per saber amb certesa si és a causa de l'estat civil de les dones, per exemple, que siguin vídues, o si pot ser per manca de participació dels homes. En cas de la participació als tallers o, fins i tot, en la pregunta de la lectura, seria interessant saber qui participa més o qui llegeix més.

Segons dades de l'Observatori Municipal de Palma, Can Capes és de les poques barriades que no arriba a les 100 unitats de famílies unipersonals. Tot i així, no disposam d'aquesta dada pel que fa als socis de Son Real per poder fer l'afirmació abans esmentada.

Una de les qüestions que ha sorprès la Junta Directiva ha estat l'elevat percentatge de gent nascuda a Mallorca. Aquesta és important per a la Junta Directiva perquè majoritàriament fa les intervencions públiques en castellà i, en canvi, ara s'ha adonat que en realitat un percentatge molt elevat de persones, 210 en concret, coneixen el català, el parlen o l'entenen. No s'ha pogut saber si, de les persones nascudes a la Península, alguna ho ha fet en territoris de parla catalana, tenint en compte que hi ha persones que fa moltíssims anys que viuen a les Illes i entenen i parlen català. Però és una dada de què no disposam.

Plantegen formes alternatives de col·laboració al pagament de les activitats però no es demana si poden haver-hi altres formes de col·laboració, com el voluntariat. Precisament el col·lectiu de persones grans, i més actualment, és un dels que més pot aprofitar les capacitats dels seus socis. Disposen de personal i experiència per afrontar els reptes que ens planteja precisament la crisi actual.

De manera velada, observam que la crisi també ha arribat a les persones grans. En les preguntes que fan referència al copagament, es veu clarament que comença a haver-hi reticències perquè en molts casos l'economia familiar no dóna per més. De fet, les activitats com el bingo en molts casos són ben vistes perquè fan passar una estona en companyia d'altres persones i també perquè, tot i que de manera molt residual, poden representar un petit ingrés.

Tot i així, propostes com ara la col·laboració en tómboles benèfiques o aportacions en espècies per a persones sense recursos tenen bona acceptació.

Hi ha preguntes que plantegen altres interrogants que també els afecten per la crisi, com ara el dia de l'excursió. No s'aprofundeix en la resposta però en converses amb ells s'aclareix que han triat els diumenges perquè la resta de dies s'han de fer càrrec dels néts perquè els pares fan feina.

La qüestió de responsabilitat envers els altres assumint tasques de direcció és realment curiosa. Queda palès que la majoria de socis no en vol fer i aquest és un aspecte preocupant. No s'ha educat per a la participació i menys per al servei als altres. És preocupant que tan poca gent vulgui fer-se càrrec de la direcció de l'associació.

Referències bibliogràfiques

Arnstein, S. R. (1969) «A ladder of citizen participation», *American Institute of Planners Journal,* n. 35.

Gramberger, M. (2001) *Citizens as partners: OECD handbook on information, consultation and public participation in policy-making*. París: OECD Publications Service.

Hart, R. A. (1993). «La participación de los niños: de una participación simbólica a una participación auténtica». *Ensayos Innocenti*, n. 4. UNICEF.

Mendia, R. (1993). «Cinco propuestas para un itinerario de progreso personal». Solidaridad Intergeneracional. Fundació La Caixa.
Conferència pronunciada a Bilbao el 8 d'octubre de 1992 amb motiu de la presentació de la Convocatòria d'Iniciatives entre Generacions organitzada per la Fundació La Caixa en el marc de l'Any Europeu de les Persones d'Edat Avançada i de la Solidaritat entre Generacions.

Autor

JOSEP LLUÍS RIERA MOLL

Palma 1958. Diplomat en Educació Social per la Universitat de les Illes Balears. Tècnic de Joventut de l'Institut Balear de la Joventut de la Conselleria d'Educació, Cultura i Universitats. President de la Fundació Maria Ferret (2008-2011). Actualment forma part de l'Observatori de les Organitzacions d'Iniciativa Social d'aquesta fundació. És membre de l'Equip de Codi Ètic de la Plataforma del Voluntariat de les Illes Balears. Participa en la redacció del capítol de les organitzacions associatives de la memòria anual del Consell Econòmic i Social.

L'ACTIVITAT FÍSICA I ALTRES FACTORS DE RESERVA COGNITIVA EN L'ENVELLIMENT

L'activitat física i altres factors de reserva cognitiva en l'envelliment

Laura Pérez García
Concepción Padilla Franco
Pilar Andrés Benito

Resum

Aquest capítol té com a objectiu principal promoure un envelliment cognitiu saludable, reeixit o òptim. Atès que les persones grans presenten canvis a nivell cerebral i un cert declivi dels processos cognitius relacionats amb aquests canvis estructurals, és important identificar els factors que permetin reduir o compensar aquests dèficits. Aquest enfocament s'inscriu dins d'una perspectiva neuropsicològica que pretén potenciar la reserva cognitiva de les persones per millorar la seva qualitat de vida durant l'envelliment. Un factor determinant en la preservació de les principals funcions cognitives pot ser l'estil de vida. En aquest capítol, primer introduirem el concepte de reserva cognitiva i els principals factors que l'afavoreixen a fi de presentar després un resum dels estudis realitzats fins a l'actualitat i que han demostrat els efectes positius de l'activitat física com a factor protector del funcionament neurocognitiu.

Resumen

El presente capítulo tiene como objetivo principal promover un envejecimiento cognitivo saludable, exitoso u óptimo. Dado que las personas mayores presentan cambios a nivel cerebral y cierto declive de los procesos cognitivos relacionados con estos cambios estructurales, es importante identificar los factores que permitirán reducir o compensar estos déficits. Este enfoque se inscribe dentro de una perspectiva neuropsicológica que pretende potenciar la reserva cognitiva de las personas para así mejorar su calidad de vida durante el envejecimiento. Un factor determinante en la preservación de las principales funciones cognitivas puede ser el estilo de vida. En este capítulo primero introduciremos el concepto de reserva cognitiva y los principales factores que la favorecen para después presentar un resumen de los estudios realizados hasta la actualidad y que han demostrado los efectos positivos de la actividad física como factor protector del funcionamiento neurocognitivo.

1. Neuropsicologia de l'envelliment cognitiu

Espanya es troba entre els dotze països més envellits del món (Gómez-Redondo, Génova & Robles, 2007). Malgrat el que té de positiu aquesta dada pel fet de tractar-se d'un assoliment important d'una societat avançada, també suposa un repte que hem d'acatar. La idea que desitgem transmetre en aquest capítol és que no es tracta únicament de viure més anys, sinó que els anys que es visquin tinguin qualitat de vida. Per això és important que puguem identificar els factors que potenciïn aquesta qualitat de vida, i,

dins d'aquesta perspectiva, s'inclouen els factors que afavoreixen l'envelliment cognitiu (de les funcions mentals) saludable.

L'envelliment és un procés complex i polifacètic que afecta profundament la ment i el cervell i en el qual s'observen guanys i pèrdues (Baltes, Freund & Li, 2005). A causa de la importància de l'envelliment com a fenomen demogràfic, la neuropsicologia ha invertit esforços en l'estudi dels correlats neurofisiològics i cognitius i dels mecanismes que podrien ser implementats per compensar-ne els efectes negatius. Dins dels canvis estructurals que s'observen durant l'envelliment, cal destacar-ne dos de principals (Moscovitch & Winocur, 1992). En primer lloc, s'observa una atròfia precoç de l'escorça prefrontal (Raz et al., 1998; Raz et al., 2005; Raz et al., 2010). En segon lloc, existeix una pèrdua de volum de l'hipocamp i les regions temporals (Raz et al., 2010). Al seu torn, l'envelliment també està associat a una pèrdua de connectivitat cerebral (Gratton et al., 2009), un canvi anteroposterior —una tendència a activar més les regions frontals i menys les temporals— (Davis et al., 2008) i una reducció de l'asimetria de l'activitat cerebral —una tendència al fet que tots dos hemisferis s'activin durant la realització d'una tasca cognitiva— (Phillips & Andrés, 2010; Cabeza, 2002).

Aquests canvis neurològics s'acompanyen de canvis en l'esfera cognitiva. En primer lloc, tant l'atròfia de les regions frontals del cervell com la pèrdua de connectivitat neural donen lloc a una reducció de les capacitats atencionals i executives (West, 1996), i es manifesten al seu torn per dificultats a l'hora de centrar-se en una tasca específica (Kramer & Madden, 2008 per a una revisió). Un dels principals factors que explica aquesta disminució en l'envelliment és la nostra capacitat d'inhibir estímuls irrellevants (Andrés, Parmentier & Escera, 2006; Andrés et al., 2008; Andrés & Van der Linden, 2000; Hasher, Lustig & Zacks, 2007). Així mateix, aquests dèficits són desproporcionats en les malalties neurodegeneratives, com en la malaltia d'Alzheimer (Amieva et al., 2004; Perry & Hodges, 1999). En segon lloc, a mesura que avança l'edat, les persones descriuen pèrdues de memòria associades directament a la reducció del volum temporal i de l'hipocamp, però també indirectament a la pèrdua de les capacitats atencionals. La memòria explícita o declarativa es veu clarament més afectada que la memòria implícita. Finalment, cal esmentar que dins de la memòria explícita també existeixen dissociacions importants. Per exemple, en proves de record lliure, en les quals no es proporcionen claus per ajudar a la recuperació de la informació emmagatzemada, les persones grans recorden menys que les joves. No obstant això, en proves de reconeixement, en les quals es presenta la informació com a paraules o dibuixos perquè les persones indiquin quins es van presentar anteriorment i quins no, majors i joves manifesten nivells de record similars.

2. El concepte de reserva cognitiva

Recentment, són nombrosos els estudis que han investigat els factors que podrien afavorir un envelliment cognitiu saludable, és a dir, la forma de reduir l'impacte del pas del temps

tant en el cervell com en les funcions cognitives. El concepte de reserva cognitiva (Katzman et al., 1989) va sorgir a partir de les freqüents observacions, que mostraven una absència de relació entre el grau de patologia cerebral i la manifestació clínica en pacients amb demència. Aquestes troballes van donar lloc a la hipòtesi que no existeix correspondència directa entre estructura i funció cerebral, i van motivar l'estudi de factors com el nivell d'escolaritat en la possible reducció de la deterioració cognitiva que es produeix durant l'envelliment (veure Stern, 2009 per a una revisió).

Els estudis realitzats durant l'última dècada mostren que existeixen diversos factors que poden afavorir aquesta reserva cognitiva. En primer lloc, a través de l'educació i la cultura, les persones aprenen al llarg de la vida una sèrie d'estratègies que els ajuden al fet que els seus cervells siguin cada vegada més eficients a l'hora de realitzar una tasca i optimitzin els recursos disponibles (Park & Reuter Lorenz, 2009). També s'ha demostrat que les persones amb un nivell educatiu alt, un lloc de treball més elevat o que realitzen moltes activitats d'oci tenen més flux sanguini a les àrees temporoparietals (Scarmeas & Stern, 2003). Així mateix, el funcionament cognitiu d'aquestes persones es fa més flexible i pot trobar estratègies alternatives per compensar els dèficits que es van presentant amb l'edat (Stern, 2002; 2009).

Una variable que també ha demostrat jugar un paper important és el grau de coneixement i utilització de diverses llengües. Per exemple, Ljunberg et al. (2012) han mostrat recentment que les persones bilingües tenen un rendiment més bo en tasques de memòria episòdica, un tipus de memòria que es veu precoçment afectada per l'envelliment. Així mateix, en una revisió recent dels estudis realitzats fins al dia d'avui, Bialystok, Craik i Luk (2012) conclouen que els efectes del bilingüisme poden, fins i tot, manifestar-se com un retard en l'edat d'aparició de les pèrdues de memòria en les persones amb demència.

D'altra banda, Balfour et al. (2001) han pogut demostrar que aquelles persones amb més compromís social, és a dir, amb més vincles socials (parents, amics o parella) i que participen amb més freqüència en activitats productives (voluntariat o treball remunerat) tenen menys risc de sofrir demència. Segons Scarmeas et al. (2001), cada activitat d'oci realitzada reduiria en un 12% el risc de deterioració cognitiva. Finalment, Wilson et al. (2002) parlen d'una reducció del 33% del risc de patir Alzheimer en aquelles persones que llegeixen amb freqüència el diari, revistes o llibres, hàbit que impedeix el declivi de les habilitats verbals i les funcions mentals en general.

Existeixen també una sèrie de factors físics relacionats amb l'estat de salut de l'organisme que poden afectar la reserva cognitiva. Diversos estudis (Hughes & Ganguli, 2009; Mortimer et al., 2005; Stern, 2009) han confirmat l'existència de factors de risc de demència relacionats amb estils de vida poc saludables. Entre aquests hi ha les malalties cardiovasculars, i altres afeccions que augmenten el risc de patir-les, com

la hipertensió, la hipercolesterolemia, la diabetis mellitus tipus II i el sobrepès (Hughes & Ganguli, 2010).

Quant a la dieta, el consum d'antioxidants s'ha relacionat amb la prevenció de malalties cerebrovasculars perquè disminueixen l'estrès oxidatiu i la inflamació, que ocasionen danys en el cervell i augmenten el risc de demència (Morris, 2004). En general, la dieta mediterrània s'associa amb menys incidència en la malaltia d'Alzheimer (Scarmeas et al., 2006). Així mateix, un consum moderat de greixos poliinsaturats, com l'oli de peix, té un efecte protector en persones portadores del gen ApoE 4, més propenses a patir la malaltia d'Alzheimer. D'altra banda, s'ha comprovat que el consum de cafeïna té efectes beneficiosos, gràcies al fet que redueix la producció de proteïna Aβ (Arendash et al., 2007) i augmenta la concentració de proteïnes implicades en els processos d'aprenentatge i memòria (Costa et al., 2008).

Finalment, l'exercici físic és un altre dels factors protectors que han demostrat tenir beneficis en les persones grans, tant a nivell fisiològic com a nivell cerebral i cognitiu. L'esport aeròbic (córrer, caminar o nedar) facilita la producció de factors tròfics que estimulen el creixement neuronal i les connexions sinàptiques, remeiant la pèrdua de volum cerebral de les àrees que més es deterioren amb l'edat, com l'hipocamp, els lòbuls prefrontals i els temporals. La major capacitat aeròbica permet que hi hagi més vascularització, per la qual cosa arriben més nutrients i oxigen al cervell i beneficien les funcions mentals (Rodríguez & Sánchez, 2004). La resta d'aquest capítol es concentrarà en el paper protector d'aquest factor en l'envelliment cognitiu.

3. L'activitat física com a factor protector de l'envelliment cognitiu

Se sap de sobres que la pràctica continuada de l'exercici físic beneficia la salut general de l'individu. En particular, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) en recomana la pràctica en persones grans, tant pels seus beneficis immediats (relaxació, reducció d'estrès i ansietat i millora de l'estat d'ànim) com pels seus beneficis a llarg termini (benestar general, millora de la salut mental i cognitiva i control motor i rendiment). Per entendre els beneficis de l'activitat física en l'envelliment cognitiu, és important definir el que entenem per plasticitat cerebral. La plasticitat cerebral pot ser àmpliament definida com la propietat del sistema nerviós d'adaptació als canvis de l'ambient extern amb la finalitat de mantenir, recuperar i optimitzar les seves funcions. Morfològicament, aquest procés és entès com la capacitat o potencialitat que presenten les neurones per modificar les seves connexions sinàptiques, allargar axons, incrementar ramificacions col·laterals, remodelar i establir noves sinapsis i accions cognitives o comportamentals.

En les últimes dècades, diversos factors intrínsecs i epigenètics han estat identificats com a potenciadors de la plasticitat cerebral i la neurogènesi (generació de noves neurones)

adulta, entre els quals es troba l'exercici, que ajuda els circuits neuronals preservats o menys afectats per una malaltia a compensar els circuits deteriorats i millora el rendiment de la xarxa i el funcionament neurològic general (Lafenetre et al., 2011; Palop, Chin & Mucke, 2006). Al seu torn, la plasticitat és regulada per factors neurotròfics, com el BDNF (factor neurotròfic derivat del cervell). El BDNF és una proteïna que es produeix en les cèl·lules del sistema nerviós i en altres àrees de l'organisme, com la retina, els ronyons i la pròstata, i que és potenciada per la pràctica d'exercici físic (Cotman & Berchtold, 2002). Dins del sistema nerviós central està present en l'hipocamp (Reichardt, 2006), l'escorça, el cerebel, l'àrea ventral tegmental i el cervell anterior basal, estructures implicades directament en l'aprenentatge, la memòria, la motivació i el pensament superior. El BDNF actua potenciant a llarg termini les sinapsis. Una vegada alliberat per la neurona presinàptica, s'introdueix en la neurona postsinàptica i realitza una sèrie de canvis que permeten que s'enforteixi la transmissió sinàptica incrementant l'activació dels receptors postsinàptics i enviant missatges a la neurona presinàptica perquè alliberi més neurotransmissors. De la mateixa manera, modifica l'estructura cel·lular, per exemple, creant noves espines dendrítiques, millorant el citosquelet o augmentant el nombre de vesícules amb neurotransmissor en els terminals sinàptics de la neurona, per establir més connexions sinàptiques i, al mateix temps, ser capaç de rebre i enviar cada vegada més estímuls nerviosos. A això se li denomina potenciació a llarg termini (LTP). El record d'informació és possible gràcies al fet que la transmissió sinàptica d'un grup de neurones s'enforteix després d'una determinada activitat, a causa d'aquests canvis a llarg termini en l'eficiència sinàptica. El funcionament correcte de l'hipocamp i de la memòria episòdica depèn de la secreció adequada de BDNF (Gómez-Palacio & Escobar-Rodríguez, 2007). D'altra banda, l'increment de la grandària de la regió hipocampal està associat a un augment dels nivells de sèrum de BDNF, el qual intervé en la neurogènesi del gir dentat (Erickson et al., 2011; Foster & Kuljis, 2011). S'ha demostrat en rosegadors adults que l'exercici voluntari és suficient per augmentar la neurogènesi en el gir dentat (Van Praag, Kempermann & Gage, 1999).

Spirduso i Clifford (1978) van ser dels primers a mostrar que els ancians actius, enfront d'aquells que no practicaven cap esport, manifestaven temps de reacció més curts en una sèrie de tasques de decisió i velocitat psicomotora. Aquestes troballes han estat corroborades per estudis posteriors (Etnier et al., 1997; Hillman et al., 2009). Investigacions actuals en relació a la influència que pot exercir l'activitat física (principalment aeròbica) en la cognició, han examinat els efectes positius en diferents aspectes cognitius i perceptuals de les persones grans que han estat actives físicament. Una sèrie d'estudis s'ha centrat a avaluar persones d'entre 60 i 85 anys, sanes i sedentàries, proposant-los participar en un règim d'activitat física durant alguns dies per setmana en un determinat període de temps. Tant les seves capacitats físiques com les cognitives són avaluades, abans i després de la seva participació en la pràctica esportiva. El principal interès és conèixer si un règim d'entrenament aeròbic continuat aporta guanys en la cognició dels

subjectes que han realitzat esport aeròbic o en els que han realitzat simplement exercicis de tonificació. Tots dos grups són avaluats per una sèrie de tasques de discriminació d'estímuls auditius i visuals, simples o duals, abans i després de participar durant unes setmanes en les sessions aeròbiques o de tonificació. Per exemple, utilitzant aquest tipus de metodologia, Hawkins, Kramer i Capaldi (1992) van mostrar que mentre el grup aeròbic millorava el rendiment en les tasques duals després de deu setmanes, el rendiment en les tasques simples apareixia equivalent en tots dos grups. D'altra banda, és important esmentar els resultats d'una metaanàlisi sobre els efectes de l'entrenament físic en la cognició (Colcombe & Kramer, 2003) en la qual s'analitzaven els resultats dels estudis realitzats fins aquest any i investigaven quatre tipus de tasques cognitives diferents (executives, espacials, de velocitat i de control). Aquesta anàlisi va mostrar que els efectes més marcats es manifestaven en els processos de control executiu, suportats principalment pel còrtex prefrontal. Aquesta troballa ha estat fonamental per orientar la investigació realitzada en els anys següents a la seva publicació cap a l'estudi de les funcions principalment atencionals i executives.

No obstant això, la qüestió de si la memòria també pot millorar amb l'exercici està encara per investigar. En un estudi recent, Erickson et al. (2011) han analitzat el rendiment de dos grups de persones grans sanes seguint la metodologia descrita anteriorment. A un grup se li va assignar un programa d'exercicis aeròbics i a un altre se li va assignar un programa d'exercicis d'estirament. Tots dos grups van ser examinats mitjançant ressonància magnètica estructural abans, després de sis mesos i en finalitzar el programa d'intervenció. En primer lloc, es va observar que el programa d'intervenció aeròbica va ser efectiu, mostrant una millora del 7,78% de la capacitat aeròbica (VO_2 màx.), mentre que el grup d'estiraments només mostrava una millora de l'1,11%. En segon lloc, el programa d'exercicis aeròbics va augmentar la grandària de l'hipocamp (sobretot anterior) després del període d'un any, mentre que el grup d'estiraments mostrava una pèrdua o deterioració d'aquest. Els autors també van avaluar diferents canvis en el volum del nucli caudat i el tàlem, però no van ser significatius. D'altra banda, l'exercici va augmentar els nivells de BDNF en l'hipocamp, mediador parcial de l'efecte de l'activitat física en la millora dels processos d'aprenentatge i memòria. Finalment, es van avaluar els processos de memòria espacial en tots dos grups (abans, després de sis mesos i en finalitzar el programa d'execució física anual) amb la finalitat de valorar si els canvis a nivell hipocampal es podien associar a una millora de la memòria espacial. Els resultats van mostrar una absència de diferència en el rendiment en la memòria entre el grup aeròbic i el grup d'estiraments. Més concretament, tots dos grups van presentar una millora en els processos de memòria (en precisió i en temps de reacció) després d'haver participat en el programa d'intervenció. Finalment, els canvis en nivells de BDNF no es van correspondre amb millores en memòria. Aquests resultats semblen indicar que els efectes de l'exercici es manifesten més fàcilment a nivell neuroanatòmic que a nivell funcional o conductual quan es tracta de les tasques de memòria.

En aquest sentit, els estudis que s'han centrat en la utilització de tècniques de neuroimatgeria, sí que han mostrat consistentment efectes benèfics de la pràctica de l'exercici a nivell cerebral. Per exemple, els estudis que utilitzen la ressonància magnètica estructural han mostrat que l'exercici cardiovascular modera la disminució de la substància blanca i grisa a la regió frontal, parietal i temporal, associades a les funcions executives (Colcombe & Kramer, 2003; Gordon et al., 2008; Marks et al., 2007). La ressonància magnètica funcional també ha estat utilitzada per estudiar els efectes beneficiosos de l'activitat cardiovascular en el funcionament cognitiu. Colcombe et al. (2004) van examinar un grup de persones grans que van participar en un programa d'intervenció física, on la seva tasca consistia a caminar 3 vegades per setmana, sessions de 45 minuts, durant un període de 6 mesos, i un grup de persones que realitzaven estiraments en sessions de la mateixa durada i freqüència. Els subjectes aeròbicament actius van mostrar un augment de l'activació del gir frontal medial i del còrtex parietal superior, així com una disminució de l'activació del còrtex cingulat anterior, en relació als subjectes no aeròbics. Aquests canvis en els patrons d'activació van estar relacionats amb una millora substancial i significativa del rendiment en tasques d'atenció selectiva, alhora que s'observava una reducció de l'efecte distractor, mesurats per la tasca de flancs (Flanker Task). Així mateix, Pereira et al. (2007) van observar diferències entre un grup d'actius i un grup de sedentaris, mostrant que aquells que havien participat durant el període de tres mesos en el programa d'entrenament aeròbic presentaven un augment del flux sanguini cerebral en el gir dentat de l'hipocamp. Aquest increment del flux sanguini cerebral implicava una millora en l'aprenentatge verbal i en els processos de memòria, així com en l'activitat cardiorespiratòria. Més recentment, Voss et al. 2010 (veure també Burdette et al., 2010) han mostrat que les persones grans mostren una connectivitat més bona entre les diferents àrees cerebrals després d'haver realitzat un programa d'intervenció d'exercicis aeròbics, i que aquesta millora en la connectivitat repercuteix directament en el rendiment d'aquestes persones en la realització de tasques executives.

Els beneficis de l'exercici en persones grans també s'han demostrat a través del mètode electrofisiològic de potencials evocats. El patró neuroelèctric dels ancians actius difereix en menor grau del dels joves que el dels ancians sedentaris. L'exercici fa que l'amplitud (indicativa dels recursos atencionals empleats en l'actualització de la memòria de treball) del component P3 augmenti, i la seva latència (descriu la velocitat de processament perceptiu i central) disminueixi, sent aquest component molt semblant al del grup de joves (Hillman et al., 2002; Hillman et al., 2004; Hillman et al., 2006).

4. Conclusió

Resumint, les pèrdues de densitat del lòbul frontal, temporal i parietal, així com la reducció del volum hipocampal i la disminució de la connectivitat cerebral causades per l'envelliment, poden veure's significativament reduïdes en els adults amb alts nivells de

capacitat cardiorespiratòria. Les seves funcions executives i la velocitat de processament milloren, així com l'atenció selectiva i la funció inhibitòria. El possible benefici en tasques de memòria requereix encara investigacions addicionals.

També hem vist que l'activitat física no és l'únic factor protector de l'envelliment cognitiu, sinó que existeixen altres elements afavoridors, com la cultura, el nivell educatiu, la dieta, les activitats d'oci, el compromís social i el coneixement lingüístic. En general, l'estudi de la reserva cognitiva i dels factors que la fan possible es presenta com un camp d'investigació que permetrà dissenyar intervencions per prevenir futures malalties neurocognitives i millorar la qualitat de vida durant l'envelliment. Aquest aspecte afavorirà que l'augment de l'esperança de vida en la població vagi acompanyat d'una major preservació de les facultats mentals en edats avançades.

Referències bibliogràfiques

Andrés, P., & Van der Linden, M. (2000). Age-related differences in supervisory attentional system functions. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences, 55*, 373-380.

Andrés P., Parmentier, F., & Escera, C. (2006). The effect of aging on involuntary capture of attention by irrelevant sounds: a test of the frontal hypothesis of aging. *Neuropsychologia, 44,* 2564-2568.

Andrés, P., Guerrini, C., Phillips, L. H., & Perfect, T. J. (2008). Differential effects of aging on executive and automatic inhibition. *Developmental Neuropsychology, 33*, 101-123.

Amieva, H., Phillips, L. H., Della Sala, S., & Henry, J. D. (2004). Inhibitory functioning in Alzheimer's disease. *Brain, 127*, 949-964.

Arendash, G. W., Schleif, W., Rezai-Zadeh, K., Jackson, E. K., Zacharia, L. C., Cracchiolo, J. R., Shippy, D. & Tan, J. (2007). Caffeine protects Alzheimer's mice against cognitive impairment and reduces brain betaamyloid production. *Neuroscience, 142,* 941-52.

Balfour, J. L., Masaki, K., White, L., & Launer, L. J. (2001). The effect of social engagement and productive activity on incident dementia: The Honolulu Asia Aging Study. *Neurology, 56,* A239.

Baltes, P. B., Freund, A. M., & Li, S. C. (2005). The psychological science of human ageing. A M. L. Johnson (Eds.), *The Cambridge Handbook of Age and Ageing,* 47-71. Cambridge: Cambridge University Press.

Bialystok, E., Craik, F. I. M., & Luk, G. (2012). Bilingualism: Consequences for mind and brain. *Trends in Cognitive Sciences, 16*, 240-250.

Burdette, J. H., Laurienti, P. J., Espeland, M. A., Morgan, A., Telesford, Q., Vechlekar, C. D., Hayasaka, S., Jennings, J. M., Katula, J. A., Kraft, R. A., & Rejeski, W. J. (2010). Using network science to evaluate exercise-associated brain changes in older adults. *Frontiers in Aging Neuroscience, 2,* 23.

Cabeza, R. (2002). Hemispheric asymmetry reduction in old adults: The Harold model. *Psychology and Aging, 17,* 85-100.

Colcombe, S., & Kramer, A. F. (2003). Fitness effects on the cognitive function of older adults: a meta-analytic study. *Psychological Science, 14,* 125-130.

Colcombe, S., Kramer, A. F., Erickson, K. I., Scalf, P., McAuley, E., Cohen, N. J., Webb, A., Jerome, G. J., Marquez, D. X., & Elavsky, S. (2004). Cardiovascular fitness, cortical plasticity, and aging. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 101,* 3316-3321.

Costa, M. S., Botton, P. H., Mioranzza, S., Ardais, A. P., Moreira, J. D., Souza, D. O., & Porciúncula, L. O. (2008). Caffeine improves adult mice performance in the object recognition task and increases BDNF and TrkB independent of phosphor-CREB immunocontent in the hippocampus. *Neurochemistry International*, 53, 89-94.

Cotman, C., & Berchtold, N. (2002). Exercise: a behavioural intervention to enhance brain health and plasticity. *Trends in Neurosciences, 25*, 295-302.

Davis, S. M., Dennis, N. A., Daselaar, S. M., Fleck, M. S., & Cabeza, R. (2008). Qué pasa? The Posterior-Anterior shift in Aging. *Cerebral Cortex, 18,* 1201-1209.

Erickson, K. I., Voss, M. W., Prakash, R. S., Basak, C., Szabo, A., Chaddock, L., Kim, J. S., Heo, S., Alves, H., White, S. M., Wojcicki, T. R., Mailey, E., Vieira, V. J., Martin, S. A., Pencer, B. D., Woods, J. A., McAuley, E., & Kramer, A. F. (2011). Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 108*, 3017-3022.

Etnier, J. L., Salazar, W., Landers, D. M., Petruzzello, S. J., Han, M., & Nowell, P. (1997). The Influence of Physical Fitness and Exercise Upon Cognitive Functioning: A meta-analysis. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 19,* 249-277.

Foster, P., Rosenblatt, K., & Kuljis, R. O. (2011). Exercise induced cognitive plasticity implications for Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease. *Frontiers in Aging Neuroscience, 2,* 28.

Gómez-Palacio Schjetnan, A., & Escobar-Rodríguez, M. L. (2007). Codificación y retención de la memoria: el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) en la plasticidad sináptica. *Revista de Neurología*, *45*, 409-417.

Gómez-Redondo, R., Génova, R., & Robles, E. (2007). Envejecimiento, longevidad y salud. Bases demográficas en España. A S. Ballesteros (ed.). *Envejecimiento saludable: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales* (pp. 41-76). Madrid: UNED.

Gordon, B. A., Rykhlevskaia, E. I., Brumback, C. R., Lee, Y., Elavsky, S., Konopack, J. F., McAuley, E., Kramer, A. F., Colcombe, S., Gratton, G., & Fabiani, M. (2008). Neuroanatomical correlates of aging, cardiopulmonary fitness level, and education. *Psychophysiology, 45*, 825-838.

Gratton, G., Rykhlevskaia, E., Wee, E., Leaver, E., & Fabiani, M. (2009). Does white matter matter? Spatiotemporal dynamics of task switching in aging. *Journal of Cognitive Neuroscience, 21*, 1380-1395.

Hasher , L., Lustig, C., & Zacks, R. T. (2007). Inhibitory mechanisms and the control of attention. A A. R. A. Conway, C. Jarrold, M. J. Kane, A. Miyake, & J. N. Towse (Eds.), *Variation in working memory* (pp. 227-249). New York, NY: Oxford University Press.

Hawkins, H. L., Kramer, A. F., & Capaldi, D. (1992). Aging, exercise and attention. *Psychological Aging, 7*, 643-653.

Hillman, C. H., Weiss, E. P., Hagberg, J. M., & Hatfield, B. D. (2002). The relationship to age and cardiovascular fitness to cognitive and motor processes. *Psychophysiology, 39,* 1-10.

Hillman, C. H., Belopolsky, A. V., Snook, E. M., Kramer, A. F., & McAuley, E. (2004). Physical activity and executive control: implication for increased cognitive health during older adulthood. *Research Quarterly for Exercise and Sport, 75,* 176-185.

Hillman, C. H., Kramer, A. F., Belopolsky, A. V., & Smith, P. (2006). A cross-sectional examination of age and physical activity on performance and event-related brain potentials in a task switching paradigm. *International Journal of Psychophysiology, 59,* 30–39.

Hillman, C. H., Pontifex, M. B., Raine, L. B., Castelli, D. M., Hall, E. E., & Kramer, A. F. (2009). The effect of acute treadmill walking on cognitive control and academic achievement in preadolescent children. *Neuroscience, 159*, 1044-1054.

Hughes, T. F., & Ganguli, M. (2009). Modifiable midlife risk factors for late-life cognitive impairment and dementia. *Current Psychiatry Review, 1,* 73-92.

Hughes, T., & Ganguli, M. (2010). Modifiable midlife risk factors for late-life dementia. *Revista de Neurología, 51,* 259-262.

Katzman, R., Aronson, M., Fuld, P., Kawas, C., Brown, T., & Morgenstern, H. (1989). Development of dementing illnesses in an 80-year-old volunteer cohort. *Annals of Neurology*, *25,* 317-24.

Kramer, A. F., Hahn, S., Cohen, N. J., Banich, M. T., McAuley, E., Harrison, C. R., & Colcombe, A. (1999). Ageing, fitness and neurocognitive function. *Nature, 400*, 418-419.

Kramer, A. F., & Madden, D. (2008). Attention. A Craik, F., & Salthouse, T. A. *The Handbook of Aging and Cognition*, (pp. 189-245). 3rd Edition. New York: Psychology Press.

Lafenetre, P., Leske, O., Whale, P., & Heumann, R. (2011). The beneficial effects of physical activity on impaired adult neurogenesis and cognitive performance. *Frontiers in Neuroscience, 5,* 51.

Ljunberg, J., Hansson, P., Andrés, P., & Nilsson, L. (2012). A longitudinal study of the memory advantages in bilinguals. En preparació.

Marks, B. L., Madden, D. J., Bucur, B., Povenzale, J. M., White, L. E., Cabeza, R., & Huettel, S. A. (2007). Role of aerobic fitness and aging in cerebral white matter integrity. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1097,* 171-174.

Morris, M. C. (2004). Diet and Alzheimer's disease. What the evidence shows. *Medscape General Medicine*, *6,* 48.

Mortimer, J. A., Borenstein, A. R., Gosche, K. A. & Snowdon, D. A. (2005). Very early detection of Alzheimer neuropathology and the role of brain reserve in modifying its clinical expression. *Journal of Geriatric Psychiatry & Neurology, 18,* 218-223.

Moscovitch, M., & Winocur, G. (1992). The neuropsychology of memory and aging. *The handbook of aging and cognition,* 315-372.

Palop, J. J., Chin, J., & Mucke, L. (2006). A network dysfunction perspective on neurodegenerative diseases. *Nature, 443*, 768-773.

Park, D., & Reuter Lorenz, P. (2009). The Adaptive brain: Aging and neurocoginitve scaffolding. *Annual Review of Psychology, 60,* 173-196.

Pereira, A. C., Huddleston, D. E., Brickman, A. M., Sosunov, A. A., Hen, R., McKhann G. M., Sloan, R., Gage, F. H., Brown, T. R., & Small, S. A. (2007). An in vivo correlate of exercise-induced neurogenesis in the adult dentate gyrus. *Proceedings of the National Academy of Science, 104,* 5638-5643.

Perry, R. J., & Hodges, J. R. (1999). Attention and executive deficits in Alzheimer's disease. A critical review. *Brain, 122,* 383-404.

Phillips, L., & Andrés, P. (2010). The cognitive neuroscience of aging: new findings on compensation and connectivity. *Cortex*, *46,* 421-424.

Raz, N., Gunning-Dixon, F. M., Head, D., Dupuis, J. H., Acker, J. D. (1998). Neuroanatomical correlates of cognitive aging: evidence from structural magnetic resonance imaging. *Neuropsychology, 12,* 95-114.

Raz, N., Lindenberger, U., Rodrigue, K. M., Kenedy, K. M., Head, D., Williamson, A., Dahle, C., Gerstorf, D., & Acker, J. D. (2005). Regional brain changes in health aging adults: general trends, individual differences and modifiers. *Cerebral Cortex, 15,* 1676-1689.

Raz, N., Ghisletta, P., Rodrigue, K. M., Kennedy, K. M., & Lindenberger, U. (2010). Trajectories of brain aging in middle-aged and older adults: Regional and individual differences. *NeuroImage, 51,* 501-511.

Reichardt, L. F. (2006). Neurotrophin - regulated signaling pathways. *Philosophical Transactions of the Royal Society B, 361,* 1545-1564.

Rodríguez Álvarez, M., & Sánchez Rodríguez, J. L. (2008). Reserva cognitiva y demencia. *Anales de Psicología, 20,*175-186.

Scarmeas, N., Levy, G., Tang, M. X., Manly, J., & Stern, Y. (2001). Influence of leisure activity on the incidence of Alzheimer's disease. *Neurology, 57,* 2236-2242.

Scarmeas, N., & Stern, Y. (2003). Cognitive reserve and Lifestyle. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *25,* 625-634.

Scarmeas, N., Stern, Y., Tang, M. X., Mayeux, R., & Luchsinger, J. A. (2006), Mediterranean diet and risk for Alzheimer's disease. *Annals of Neurology*, *59,* 912-921.

Spirduso, W. W., & Clifford, P. (1978). Replication of age and physical activity effects on reaction time movement time. *Journal of Gerontology, 33,* 23-30.

Stern, Y. (2002). What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *Journal of the International Neuropsychological Society, 8,* 448-60.

Stern, Y. (2009). Cognitive reserve. *Neuropsychologia, 47*, 2015-2028.

Van Praag, H., Kempermann, G., & Gage, F. (1999). Running increases cell proliferation and neurogenesis in the adult mouse dentate gyrus. *Nature Neuroscience, 2*, 266-270.

Voss, M. V., Prakash, R. S., Erickson, K. I., Basack, C., Chaddock, L., Kim, J. S., Alves, E., Heo., S., Szabo, A. N., White, S. M., Wójcicki, T. R., Mailey, E. L., Gothe, N., Olson, E. A., McAuley, E., & Kramer, A. F. (2010). Plasticity of brain networks in a randomized intervention trial of exercise training in older adults. *Frontiers in Aging Neuroscience, 2*, 1-17.

West, R. L. (1996). An application of prefrontal cortex function theory to cognitive aging. *Psychological Bulletin, 120,* 272-292.

Wilson, R. S., Mendes de Leon, C. F., Barnes, L., Schneider, J. A., Bienias, J. L., Evans, D. A. & Bennett, D. A. (2002). Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease. *The Journal of the American Medical Association, 287*, 742-748.

Autores

LAURA PÉREZ GARCÍA

Tarragona, 1981. Llicenciada en Psicologia per la Universitat Rovira i Virgili. Màster en Neurociències per la Universitat de Barcelona. Personal d'investigació a la Unitat de Neuropsicologia Clínica de la Universitat de les Illes Balears, col·laborant en el projecte del Ministeri d'Economia i Competència: «L'activitat física com a factor protector de l'envelliment cognitiu».

CONCEPCIÓN PADILLA FRANCO

Madrid, 1981. Llicenciada en Psicologia per la Universitat Autònoma de Madrid. Especialitzada en la intervenció de trastorns de l'atenció i del llenguatge. Actualment és becària FPI a la Unitat de Neuropsicologia Clínica de la Universitat de les Illes Balears, col·laborant en el projecte del Ministeri d'Economia i Competència «L'activitat física com a factor protector de l'envelliment cognitiu».

PILAR ANDRÉS BENITO

Barcelona, 1969. Llicenciada en Psicologia per la Universitat de Barcelona. Postgraduada per la Universitat de Plymouth (Regne Unit) i doctorada en Psicologia (Neuropsicologia) per la Universitat de Lieja (Bèlgica). Professora titular de Neuropsicologia a la Universitat de les Illes Balears i investigadora principal del projecte del Ministeri d'Economia i Competència «L'activitat física com a factor protector de l'envelliment cognitiu».

LA SEXUALITAT EN L'ADULT GRAN

La sexualitat en l'adult gran

Joan Ferrer Riera

Cuán triste y fría es la vejez en la que non ha cachondez.
Arcipreste de Hita

Resum

Abordar el tema de la sexualitat, i més en els adults grans, a la nostra cultura i al nostre país, és delicat. La veritat és que en aquest estrat de població, cada vegada més nombrós, aquesta conducta humana no desapareix, encara que la societat no vol mirar cap aquí. Per això es fa necessari donar llum a aquesta expressió de comunicació afectiva entre persones, i per això és indispensable que ens posem d'acord sobre el constructe/concepte de sexualitat sobre el qual edificarem el nostre discurs. Conèixer, per poder entendre i així, si es fa necessari, ajudar a canviar les actituds que desperta aquesta manifestació, és part de la nostra comesa. Ens hi ajudarà el fet de repassar les opinions que sobre aquest tema tenen els mateixos protagonistes i veure de forma molt succinta els factors que poden entorpir o bé poden afavorir l'expressió de la sexualitat en aquest grup d'edat. Si tot això ens condueix a afavorir estratègies per facilitar la comunicació tant verbal com corporal de les emocions i els sentiments d'afecte, tendresa i recerca de plaer compartit entre les persones, haurem aconseguit el nostre objectiu.

Resumen

Abordar el tema de la sexualidad, y más en los adultos mayores, en nuestra cultura y país, es todavía cuando menos delicado. Lo cierto es que en este estrato de población, cada vez más numeroso, esta conducta humana no desaparece, aunque la sociedad no desea mirar hacia ella. Por ello se hace necesario dar luz a esta expresión de comunicación afectiva entre personas; y para ello es indispensable que nos pongamos de acuerdo sobre el constructo/concepto de sexualidad sobe el que edificaremos nuestro discurso. Conocer, para poder entender y así si se hace necesario ayudar a cambiar, las actitudes que despierta esta manifestación es parte de nuestro cometido. Nos ayudará el dar un repaso a las opiniones que sobre este tema tienen los propios protagonistas y conocer de forma muy sucinta aquellos factores que pueden entorpecer o bien pueden favorecer la expresión de la sexualidad en este grupo de edad. Si todo ello nos conduce a favorecer estrategias para facilitar la comunicación tanto verbal como corporal de las emociones y sentimientos de afecto, ternura, y búsqueda de placer compartido entre las personas, habremos logrado nuestro objetivo.

1. Introducció

Amb finalitats estadístiques, la població anomenada anciana es considera que és la que ha traspassat la «barrera» dels 65 anys. A Espanya, segons el cens de l'any 2001, el 17% del total de la població tenia 65 anys o més, cosa que significa que segons les projeccions de

població basades en aquest cens, aquest col·lectiu podria créixer fins als 9 milions i mig el 2020 i els 13 milions el 2035 i superar els 16 milions el 2050, la qual cosa ens conduirà a ser un dels països més envellits del món.

Així, aquest col·lectiu es converteix en un grup cada vegada amb més pes relatiu en l'estructura de la població, al qual haurem de donar respostes, així com haurem de donar solucions a les seves demandes, als seus desitjos i problemes pel que fa a la seva salut, entesa com «el benestar físic, psíquic i social». Considerant que les respostes no han d'anar encaminades a «afegir més anys a la vida, sinó a aconseguir més vida per a aquests anys». Per això és fonamental que no oblidem la seva sexualitat; que és o hauria de ser font de comunicació, salut i benestar, en definitiva, part important de la vida per a aquests anys.

Quan abordem el tema dels adults grans, sempre, o gairebé sempre, solem pensar en la gent gran d'avui, i oblidem un aspecte fonamental, i ineludible..: la gent gran de demà. Hem de tenir en compte que les persones grans del futur segurament no seguiran els models i patrons actuals, no solament pels canvis produïts en si mateixos, sinó també pels que es produeixin a la societat en la qual es trobin. No es tractarà o tracta solament d'un problema de recursos que puguin o no donar resposta a les demandes, en aquest cas es tracta, més aviat, d'un problema d'actituds davant tals demandes, les necessitats i els desitjos.

Els principis generals entorn dels quals giren les tendències en atenció per als ancians, o persones més grans de 65 anys, tenen uns punts fonamentals que val la pena que coneguem:

a) Mantenir l'autonomia de l'ancià i la possibilitat de decidir sobre la seva vida.

b) Potenciar les capacitats d'utilització dels recursos propis.

c) Mantenir la persona en el seu entorn, sempre que això sigui possible.

Això per intentar, entre altres objectius, que la persona gran se senti integrada en la comunitat i pugui desenvolupar un nivell d'interrelació i contacte amb l'entorn immediat, tenint, cercant i acceptant totes aquelles possibilitats que la condueixin a gaudir de la vida i del seu desenvolupament personal. Per aconseguir-ho haurem de tractar tant els aspectes físics com els psicològics, emocionals i socials, els quals conflueixen en el concepte de qualitat de vida. És indubtable que la sexualitat, ja sigui de forma tangencial per a uns o directament per a uns altres, incidirà en tots aquests aspectes. La sexualitat és una de les necessitats bàsiques que tenen els humans, i ens permet créixer i desenvolupar-nos, i tota persona té dret a expressar i viure la seva sexualitat de la manera més saludable possible.

2. Què entenem per sexualitat

No és fàcil respondre a la pregunta «què és la sexualitat». Segurament és més fàcil exposar el que no és. Sí bé el terme sexualitat ve del concepte sexe, aquest no és el protagonista del treball. El sexe és allò a què no podem renunciar les persones, ja que tots som éssers sexuats. El que realment ens interessa i ens fa humans és l'expressió d'aquesta càrrega sexual, que hem de procurar que sigui al més saludable i exempta de riscos possible; així ens endinsem en el concepte de sexualitat saludable.

La sexualitat és un concepte que sempre ha despertat gran interès, present en totes les cultures i èpoques, però no per això aclarit, més aviat tot el contrari, perquè tot i derivar del de sexe, és més ampli que aquest, més ric i més interessant, ja que sexe és el resultat d'una sèrie d'elements genètics, hormonals, somàtics, per tant, un concepte que es configura en l'orgànic, mentre que la sexualitat és part important, fonamental, de la personalitat, és una dimensió bàsica de la persona que com a tal hem de conrear. La sexualitat no equival a genitalitat i encara menys a reproducció, i no està exclusivament encadenada a l'actitud de l'individu per generar una resposta eròtica. La sexualitat és una dimensió de la personalitat, és la forma de viure com a persones sexuades que som, la forma de sentir, d'emocionar-nos, d'estimar, amb els matisos, peculiaritats i formes particulars de cadascun de nosaltres. La sexualitat és bàsicament comunicació, tant al nivell verbal com al nivell corporal, la comunicació global de la persona amb les persones, en la qual homes i dones poden expressar els seus sentiments, emocions i afectes obtenint i donant plaer a través del sexe.

Tots els individus, de qualsevol edat i capacitat, tenen sentiments, actituds i conviccions en matèria sexual, però cada persona experimenta la sexualitat de forma diferent, perquè és determinada per una perspectiva summament individualitzada. És el que es diu «viu la seva pròpia sexualitat i l'expressa com a tal».

La sexualitat és més que la genitalitat, més que la reproducció, o l'orgasme, és una conducta que va més enllà de la fal·locràcia imperant i fins i tot del matrimoni; és una funció de tots que ens afecta a tots en qualsevol edat i època. La sexualitat és una part de la necessitat d'establir relacions que tenim tots els éssers humans, de sentir-nos vinculats als altres. És un component de la necessitat de donar i rebre plaer, amor i afecte. Uns la viuen d'una manera i uns altres d'una altra, cadascú amb els seus matisos i peculiaritats. La variabilitat personal en aquest camp és extraordinària. La sexualitat té bàsicament tres dimensions: la relacional, en la qual incloem bàsicament l'expressió d'afectes i emocions; la plaent, que abasta principalment la vivència gratificant de la comunicació corporal; i finalment la dimensió reproductiva, que ens ajuda a mantenir l'espècie. La sexualitat com l'entenem té a veure amb la capacitat de sentir, de viure, expressar i compartir sensacions de plaer, afecte i tendresa, tant corporal com verbal, i això té poc a veure amb l'edat.

Estem més prop de la sensualitat que dels components funcionals imperants en la nostra societat mal informada i pitjor educada en aquest aspecte.

Si entenem per sexualitat el que anteriorment hem esmentat, no ens resultarà difícil comprendre i defensar que en l'ancià la seva sexualitat està tan present com en qualsevol altre individu, i més si tenim clar que són coses diferents sexualitat i relació sexual o, més concretament, conducta coital. La sexualitat és un procés dinàmic, canviant i intervingut per un contorn sociocultural. No obstant això, exercir-la o no és responsabilitat de cada persona i, per tant, cal estar ben informat respecte al tema en cadascuna de les etapes de la vida.

Durant el curs escolar 2011-12 he tingut l'oportunitat i la satisfacció de ser docent al programa de la Universitat Oberta de Majors (UOM) de la Universitat dels Illes Balears en el curs Viure la sexualitat, i els mateixos alumnes han definir la sexualitat així:

«La sexualitat és la conducta humana que ens condueix a poder estimar i ser estimats, per compartir el plaer, passant-ho tan bé com sigui possible, respectant els altres i permetent-nos abandonar-nos a sensacions plaents, la qual cosa ens porta a trobar-nos bé amb un mateix i la gent.»

L'envelliment no elimina la sexualitat, els comportaments sexuals, la resposta sexual humana, però sí que la modifica anatòmicament, funcionalment i psicològicament. Molts d'aquests canvis són condicionats més per les actituds que referent a aquest tema té la societat o fins i tot el mateix individu, que per esdeveniments d'una altra índole.

3. Les actituds

La societat ha tingut i encara té una visió i una actitud molt reduccionista de la sexualitat, cosa que es fa més patent en la gent gran. Hi ha una reducció topològica, que la situa pràcticament en exclusiva als genitals; una reducció de la finalitat: la reproducció; una reducció d'edat i orientació, la qual cosa la circumscriu als adults joves i heterosexuals; i finalment una reducció legal, ja que tota expressió hauria d'estar emmarcada dins el matrimoni.

En els ancians la sexualitat ha estat marginada i estigmatitzada, igual que en la infància o en altres col·lectius, com els discapacitats intel·lectuals. Pel que fa als ancians, no solament s'ha cregut que no tenien necessitats ni desitjos d'aquesta naturalesa, sinó que s'ha arribat a pensar que expressar-los era inadequat. Les actituds culturals que denigren la vellesa i reserven la sexualitat, i concretament l'atracció física, per a la joventut, són les que fan més mal als individus grans. Molts d'ells, davant aquestes postures, pensen que no han de mostrar les seves necessitats sexuals, i fins i tot se senten culpables per això.

Com deia el professor Aranguren, «de la vida sexual dels ancians només se'n parla quan és motiu d'escàndol». «Escàndols» (?) propiciats sobretot per l'actitud social que nega l'expressió de la sexualitat en aquestes persones, que els obliga a amagar els seus desitjos i manifestacions.

En general i fent cas dels estudis existents, es pot afirmar que l'interès sexual persisteix aproximadament en un 72% en els homes i en un 65% en les dones durant la sisena dècada de la vida; no obstant això, l'activitat sexual es troba restringida a un 42% en els homes i a un 36% en les dones. Aquestes xifres podrien ser més altes si aconseguíssim dominar els prejudicis i els comentaris socials. En definitiva, les actituds que provoca aquest tema.

Envers la sexualitat de la tercera edat comunament es donen i persisteixen actituds retrògrades que són similars a les existents des de segles anteriors, i que consisteixen a rebutjar, i en el millor dels casos ignorar, l'existència de necessitats i desitjos sexuals en l'adult gran, o burlar-se'n.

Els professionals de la salut no estem exempts d'aquests prejudicis socioculturals respecte a la sexualitat de l'adult gran, i hem fet poc per esclarir i/o resoldre els problemes que sorgeixen quant a la sexualitat d'aquest grup d'edat. La incorrecta actitud que nega la sexualitat en l'adult gran pot tenir primordialment l'explicació derivada de la nostra cultura judeocristiana, en la qual s'associa indefectiblement sexualitat a reproducció, i per tant, a coit heterosexual. La incorrecta associació que s'ha establert entre sexualitat i reproducció, mitjançant la qual es considera solament normal l'activitat sexual en època reproductiva, fa pensar, per tant, que en els ancians no té sentit la seva pràctica.

A més, existeix, tal com hem apuntat, una inquietant tendència a equiparar l'activitat sexual amb la coital, fins i tot en els estudis que aborden els comportaments sexuals. Mentre que les necessitats emocionals, afectives i de plaer de molts individus poden cobrir-se suficientment mitjançant una activitat sexual que no sempre porta al coit, en les persones de la tercera edat això pot fer-se més palès.

L'existència del prejudici «vell», terme amb el qual sol denominar-se l'adult gran i que sovint s'equipara a «estar malalt», és tan fort que s'allotja en els destinataris com a idea fortament arrelada, que indubtablement influirà en el seu comportament. Fins i tot el personal que cuida i atén la gent gran adopta aquest tipus d'actituds, que van en directe perjudici de la salut integral de les persones que atenen, actituds que es veuen clarament expressades en diverses manifestacions que es fan referent a les expressions sexuals d'aquestes persones, com per exemple mostrar sorpresa i vergonya en veure les ostensibles manifestacions d'afecte de la gent gran, amb comentaris agressius i irònics com ara: «Cal que es comportin d'acord amb la seva edat», «Vostès ja no estan per això», «Això és de vell verd», etc.

Qui manegi un concepte de sexualitat entesa com a «conducta la finalitat de la qual és la reproducció i per tant es dóna entre adults heterosexuals i primordialment dins el matrimoni» difícilment podrà tenir una actitud positiva, oberta, cap al fet que els ancians o altres col·lectius com els discapacitats puguin exercir el seu dret d'expressar els seus afectes, les seves emocions, de compartir-los i cercar en això el plaer exempt de risc que els apropi a una comunicació interpersonal saludable.

Les falses creences sobre la sexualitat en general i en la vellesa en concret que s'han difós al llarg de la història han condicionat negativament les possibilitats que les persones grans visquin adequadament i lliurement la seva sexualitat. Entre aquestes podríem destacar idees com:

- La satisfacció sexual decreix després de la menopausa.
- La gent gran no tenen interessos sexuals.
- És indecent i de mal gust que la gent gran tinguin interès per la sexualitat.
- L'activitat sexual afebleix.
- La gent gran que s'interessen per la sexualitat són persones immadures (vells verds).
- La gent gran no tenen capacitat fisiològica que els permeti tenir conductes sexuals.
- Les persones grans no són atractives sexualment.

Tot això facilita que la societat consideri els ancians com a éssers asexuats. Un factor a considerar és l'actitud del mateix ancià o adult gran envers els canvis fisiològics que li esdevenen, i que són normals i desconeix. La sexualitat no té per què desaparèixer en aquesta edat, sinó que la seva expressió varia al nivell quantitatiu i qualitatiu, i si això el mateix subjecte no ho té clar, inicia fins i tot conductes d'«autodefensa» i d'evitació, reforçades per l'actitud derivada de la seva falta de coneixement sobre la qüestió.

Així doncs, podem afirmar que la informació o més aviat l'educació que l'adult gran tingui respecte a la sexualitat en general i concretament a la seva sexualitat, afecta les seves actituds i, per tant, les seves conductes.

4. Estudis/dades sobre aquest tema

Hi ha poques dades i estudis al nivell mundial pel que fa a la sexualitat de l'adult gran. A més, en molts dels d'estudis que coneixem utilitzen com a definició d'activitat sexual exclusivament el coit. I cal considerar que en edats avançades, com sabem, es produeix en la població un desequilibri numèric a favor de les dones, per la qual cosa en molts casos l'absència d'activitat sexual (tal com l'entenen aquests informes) podria tenir a veure amb la falta de parella. El procés normal d'envelliment produeix una lògica alteració de les estructures psicofísiques de forma gradual i per tant l'activitat sexual disminueix, canvia, s'adapta, però no desapareix.

Alfred Kinsey el 1948 publicà el primer estudi sobre les conductes sexuals dels adults americans, i constatà que a mesura que avançava l'edat, la freqüència i funció sexual disminuïen, però no desapareixien.

En la comunicació de C. Corominas et al. (1994) es presenten els resultats de la seva enquesta (població més gran de 65 anys de centres socials d'Albacete), en els quals destaca que el 78% dels enquestats pensen que no és indecent que les persones de més de 65 anys mostrin interès sexual. De les 278 persones que han contestat a la pregunta «Manté relacions sexuals en l'actualitat?», el 66,5% de les dones contesten afirmativament.

J. A. Nieto (1995) va fer un estudi en el qual es va enquestar 1.110 subjectes espanyols més grans de 65 anys, 658 dones i 452 homes, i en els resultats apareix l'estreta relació entre l'activitat sexual en la vellesa i l'exercida durant la joventut.

Kaiser el 1996 fa una revisió dels diferents treballs realitzats i publicats fins al moment sobre aquest tema. Destaca l'estudi dut a terme per Pfeiffer, que afirma que el 95% d'homes amb edats compreses entre els 45 i 50 anys mantenien relacions sexuals setmanalment, percentatge que cau a 28% en els homes de 66 a 71 anys. Un altre treball realitzat per Bretschneider i recollit per Kaiser indicava que el 63% dels homes i el 30% de les dones entre 80 i 100 anys eren actius sexualment. Aquest estudi indicava que l'activitat sexual més freqüent eren les carícies, seguides del coit.

L'Enquesta Nacional de Salut Sexual a Espanya (SNSHS), dissenyada per examinar l'activitat sexual, el comportament sexual i la salut sexual entre la població espanyola, es va realitzar amb 1.939 subjectes (1.118 dones i 821 homes). Els subjectes que van reportar haver tingut alguna pràctica sexual, inclòs donar o rebre petons i abraçades, practicar el coit vaginal, el sexe oral o la masturbació amb almenys una parella durant els últims 12 mesos es van considerar com a sexualment actius. Resultats destacables: En total, el 62,3% dels homes i el 37,4% de les dones d'edat superior a 65 anys eren sexualment actius. La prevalença de la inactivitat sexual augmentava significativament amb l'edat. No tenir una parella és un predictor d'inactivitat sexual en dones. Les pràctiques sexuals més comunes són: petons, abraçades i coit vaginal. Les raons més comunes per a la inactivitat sexual són: la parella estava malament físicament (23%), falta d'interès (21%), i l'home era vidu (23%). Conclusions: Aquest estudi proporciona dades sobre l'activitat sexual en els adults grans d'Espanya i identifica els possibles factors que sembla que influeixen en la sexualitat en l'ancià, amb algunes diferències de gènere.

Un estudi realitzat per Lorenzo (2003) en una mostra de nivell socioeconòmic mitjà-baix demostra que l'activitat sexual de l'ancià està influïda per un grup de factors que poden, fins i tot, fer-la desaparèixer. Principalment hi ha els factors de parella, que trobem com la causa que més provoca abstinència sexual, sobretot en la dona. No oblidem que existeix una més alta tendència a la viduïtat en la dona. La salut és un altre factor que influeix en

la desaparició de les relacions sexuals: innombrables malalties mentals i físiques poden influir negativament en la sexualitat a la tercera edat. Factors que també afecten són les condicions domèstiques, d'habitabilitat, i fins i tot econòmiques i de nivell educacional.

HI ha estudis que reporten que la sexualitat en els ancians és més present entre els que tenen un nivell socioeducatiu mitjà o mitjà-alt (Muñoz 2003). Bruno Moioli el 2005 va publicar un estudi fet a Sevilla el 2002 sobre aspectes conductuals, actitudinals i experiencials de la sexualitat en la vellesa. La mostra era composta per 275 subjectes d'edats compreses entre els 54 i els 89 anys, amb una mitjana d'edat de 70 anys i 6 mesos. Com a dades a destacar, conclou que la sexualitat dura tota la vida i que és beneficiosa per a la salut, encara que existeix disminució en la freqüència dels actes sexuals, sobretot en les dones. A les seves dades apareix que el 39% de les dones i el 81,45% dels homes mantenen activitat sexual, i que la majoria la consideren com a plaent.

El 2005 Ginsberg, Pomerantz i Kramer-Feeley, en avaluar una mostra de 179 persones més grans de 60 anys o més per descriure'n les preferències sexuals, incloses conductes sexuals des de tocar a mantenir relacions sexuals, i identificar el grau en el qual estaven satisfetes amb la seva activitat sexual, van trobar que els participants, d'una banda, assenyalaven que preferien que les seves activitats sexuals incloguessin tocaments i petons i, d'altra banda, comentaven que els agradaria tenir més activitat sexual de la qual tenien en aquell moment. A més, es va trobar que les barreres més importants que tenien per mantenir activitats sexuals eren la falta de company, l'edat i la falta d'interès.

I. Cutipa i I. Schneider el 2005 ens presenten un treball realitzat amb 45 adults grans de classe mitjana-baixa del Perú en el qual es va poder apreciar que la sexualitat és un tema al qual l'adult gran dóna poca importància i que genera, en molts casos, veritables sentiments oposats i de renúncia. Això és degut al fet que, principalment, s'identifica la sexualitat amb la procreació, i quan es depassen els anys de reproducció, aquest aspecte ja manca de sentit per a ells, que tenen aquesta actitud tan interioritzada. Així i tot cal dir que el 32% dels enquestats van manifestar seguir mantenint relacions sexuals, les quals sobretot són coitals.

El 2007 es publica al *Journal of Aging and Health* «Sexual behavior in later life» ('Conducta sexual en la vellesa') (DeLamater i Moorman), estudi que analitza la influència de l'edat i els factors biològics i psicosocials sobre l'expressió sexual en la vellesa. Es va avaluar 1.384 persones de 65 i més anys. I es va trobar que les malalties i els tractaments generalment no es relacionaven amb la freqüència de l'activitat sexual. Les actituds sexuals estaven relacionades amb la conducta de la parella.

S. Cabrero el 2009 a la seva enquesta realitzada a 85 subjectes entre 65 i 90 anys remarca que el 70% dels subjectes enquestats mantenen relacions sexuals en l'actualitat, la major part dels quals amb freqüència mensual, i aquestes relacions sexuals se centren bàsicament

en el coit, sobretot entre els ancians més joves, el qual es va substituint per carícies a mesura que s'avança en edat. Però l'autora també observa que davant la incapacitat per realitzar la penetració, és molt freqüent abandonar tota expressió sexual.

Rosa M. Guadarrama et al., a l'article «Características de la actividad sexual de los adultos mayores y su relación con su calidad de vida», publicat el 2010, basat en l'enquesta realitzada a 100 adults que acudiren a una clínica medicoquirúrgica per altres motius, ens indiquen que més del 50% dels enquestats diuen que mantenen l'interès sexual, encara que solament el 15% es consideren sexualment actius.

De les investigacions més recents sobre el tema que ens ocupa es desprèn que ni l'interès ni l'activitat sexual desapareixen en les persones grans. Fins i tot un grup d'investigadors de la sexualitat en els ancians va trobar que en un 15% dels subjectes estudiats augmentava l'activitat sexual conforme envellien, en funció, sobretot, de l'experiència prèvia, les actituds presents i les aspiracions per al futur. Generalitzant podem afirmar que entre els 50 i 60 anys, el 85% de les persones són actives sexualment; entre els 60 i 70 anys, el percentatge baixa a un 70%; i en les persones més grans de 70 anys, es calcula que un 60% són actius sexualment, o bé en parella o bé en solitari.

Un resum del que hem exposat fins ara en aquest apartat es reflecteix a la taula següent:

Taula 1

Autors	Any	Mostra / metodologia	Principals resultats
Kinsey	1948	enquesta nacional EUA	Amb l'edat disminueix l'activitat sexual, però no desapareix
Corominas	1994	enquesta > 65 anys Albacete	66,5% de dones mantenen realcions sexuals
Nieto	1995	enquesta > 65 anys 1.110 pers.	L'activitat sexual de l'ancià depèn de la que tingué de jove
Kaiser	1996	metaanàlisi	Entre el 28 i el 63% d'homes de més de 70 anys mantenen relacions sexuals
INE (SNSHS)	2004	enquesta nacional 1.939	62% d'homes i 37% de dones són actius. La freqüència sexual disminueix amb l'edat
Lorenzo	2003	enquesta Cuba > 65 anys	Tenir parella és factor primordial per mantenir les relacions
Moioli	2005	enquesta Sevilla. 275 entre 54 i 89 anys	39% de dones i 81% d'homes mantenen relac. sexuals satisfactòries
Ginsberg et al.	2005	179 pers > 60 anys	Falta de parella i d'interès: causes principals d'abstinència
Cutipa	2005	45 adults grans classe mitjana baixa. Perú	Poca importància a la sexualitat, consid. bàsicament procreativa; 32% mantenen relac. sex.
DeLamater	2007	> 45 anys 1.384 pers.	Malalties i medicaments influeixen menys del que s'esperaria en la freqüència sexual

continua

Autors	Any	Mostra / metodologia	Principals resultats
Cabrero	2009	entre 65 i 90 anys. Barna	70% relacions sexuals una vegada per mes o més
Guadarrama et al.	2010	100 adults grans. Enquesta	50% tenen interès i tan sols 15% són actius

5. L'expressió de la sexualitat en l'adult gran

No és infreqüent que les primeres queixes sobre el compliment sexual dels adults grans tinguin a veure amb canvis que experimenten i que, d'altra banda, es poden i s'han de considerar com a normals (vegeu taula següent). Però si hom no sap que això ha de passar i no cal donar-hi més importància i que no resta sinó adaptar-s'hi, pot implicar la denominada ansietat en l'execució, o altres circumstàncies que sovint conduiran a evitar la relació sexual.

Taula 2 | *Canvis fisiològics més rellevants en l'adult gran en la seva resposta sexual*

Dones	Homes
Excitació més lenta Necessitat de nous estímuls Disminució de lubricació vaginal Resposta orgàsmica Menys rigidesa en clítoris a causa d'una menor vasocongestió Canvis de mida i elasticitat de la vagina Menys turgència en pits Menys nivell d'estrògens	Excitació més lenta Necessitat de nous estímuls Menor erecció i més lenta Menor elevació testicular Més durada del temps refractari posterior Pèrdua d'erecció més ràpida després de l'ejaculació Menys ejaculació Intensitat més baixa en les contraccions orgàrmisques

5.1. Aspectes que afavoreixen l'expressió de la sexualitat en els adults grans

Hi ha molts factors que influeixen en l'activitat sexual de les persones entre els 70 i 80 anys, però els dos factors més importants són: una raonable bona salut i l'interès sexual, la qual cosa inclou el company o companya. Si bé aquests són els factors bàsics, hem de considerar altres factors també importants, com són l'estat emocional i l'estat afectiu de la parella, els quals tenen més importància per a la dona pel context social que té, especialment pel seu paper social. El nivell d'activitat sexual mantingut en èpoques anteriors és d'especial importància, incloses la joventut i l'adolescència. Sembla que en l'home, aquest factor és de més transcendència. Quan l'activitat és important des de la joventut i l'adolescència, poder continuar amb un ritme semblant a la maduresa i la vellesa és menys problemàtic. El sexe no s'estalvia: s'exercita o desapareix.

Un altre factor que s'ha de considerar és l'estatus socioeconòmic de l'individu, ja que sembla que com més gran sigui aquest, més fàcilment es pot mantenir la relació sexual, segurament perquè afavoreix el nivell d'autonomia i la possibilitat d'habitar en espais on quedi preservada la intimitat. A més, hem de convenir que tenen una enorme importància la informació i l'educació sexual.

5.2. Aspectes que entorpeixen l'expressió de la sexualitat en els adults grans

Entre els factors que poden entorpir la sexualitat en l'adult gran trobaríem els contraris als que l'afavoreixen. Així, la falta de parella, o bé una parella amb diferent grau d'erotofília i actitud davant la sexualitat. El que alguns autors han descrit com la solitud afectiva i emocional.

Els problemes de comunicació, que igual que en qualsevol parella es poden donar i fins i tot més acusats en la vellesa, a causa de factors com la monotonia, la rutina, el desinterès, l'egoisme, l'abandó personal i de la pròpia imatge corporal.

La possible percepció negativa de l'estat de salut o bé l'existència de problemes de salut, com veurem posteriorment, també influiran de manera negativa en la conducta sexual.

La falta d'intimitat en l'habitatge de l'ancià, o bé la falta d'oportunitats perquè es doni la interrelació personal entre ells, evidentment no afavorirà l'expressió de la seva sexualitat.

Durant la vellesa es conserva la capacitat de resposta sexual en les seves tres facetes principals, que són: desig, excitació i orgasme, no obstant això, hi ha modificacions. Si bé repetim que la sexualitat no és equivalent a genitalitat, els canvis que s'han estudiat incideixen fonamentalment en aquest camp.

En l'envelliment comença a manifestar-se una disminució del desig sexual, que pot començar a declinar, en determinades persones, de manera gradual i suau, mentre que en unes altres es presentarà de manera brusca. Aquesta forma de presentació de la baixada del desig sexual pot produir-se tant per problemes físics, de salut, com per l'ambient i les influències que envolten l'ancià. Però no és infreqüent trobar casos en els quals el desig no solament no desapareix, sinó que es manté i fa que aflori una nova manera de relacionar-se. És el cas de dones en què després de la menopausa i haver desaparegut el «temor» de l'embaràs s'incrementa el desig sexual, o més aviat deixen de reprimir-lo. El cas contrari el trobaríem quan apareix la circumstància de la viduïtat, que pot ocasionar una inhibició del desig.

Hi ha determinades patologies i medicaments que poden influir en la fase de desig. Si bé no pretenem ser exhaustius en l'explicació d'això, sí que almenys ens hi referirem succintament.

Els canvis que es produeixen en l'excitació i l'orgasme estan relacionats, en gran mesura, amb els canvis hormonals i funcionals de l'organisme, per la qual cosa els comentarem breument segons el sexe.

La lubricació en la dona és un dels fenòmens que afecta més la qualitat de les relacions sexuals, ja que la vagina abans de la menopausa es manté elàstica, tensa i humida si el desig apareix, i deixa pas a l'excitació: aquesta humitat facilita el coit i permet una relació satisfactòria. Aquest fenomen es produeix gràcies a l'acció de les hormones que provenen de l'ovari (estrògens). En la dona postmenopàusica la manifestació de la disminució o la pèrdua de la funció de l'ovari és la disminució i la desaparició d'aquestes hormones, la qual cosa provoca un debilitament en la capacitat de lubricació i humitejament vaginal; de vegades, s'arriba a tenir una vagina molt seca, sense elasticitat, molt rígida, la qual cosa determina que les relacions sexuals es tornin doloroses i, segons com, impossibles. En un bon grup de dones que mantenen una vida sexual activa aquest fenomen no es produeix i fins i tot en edats molt avançades poden mantenir una lubricació vaginal acceptable, que els permet tenir una vida sexual agradable: això es produeix gràcies al fet que les glàndules suprarenals poden substituir la funció de l'ovari. Moltes dones no poden aconseguir aquest fenomen de substituir les hormones i presenten una vagina molt seca: la solució és simple i dóna excel·lents resultats i ha de consultar-se amb el ginecòleg.

Podem assegurar sense por d'equivocar-nos que les dones conserven la capacitat de tenir orgasmes fins a edats molt avançades, àdhuc més enllà dels setanta anys. Masters i Johnson, Kaplan, entre molts altres sexòlegs, han estudiat aquest fenomen i certifiquen aquesta qualitat de la dona per mantenir la capacitat d'orgasme.

Moltes dones perden aquesta capacitat per factors psicològics, els quals sobretot provenen de la societat i, moltes vegades, de la seva parella masculina, que sol ser qui delimita la freqüència a l'hora de mantenir relacions.

L'erecció és considerada la manifestació més important de virilitat i de salut sexual en l'home. És el fet que més afecta l'home durant la fi de la seva edat madura i el començament de l'envelliment, perquè de manera general tots els homes comencen a presentar lentitud en l'erecció. Si a aquest problema hi afegim una erecció que ja no és tan rígida i dura com abans, l'home entra en un període d'angoixa, la qual cosa pot desembocar en un problema d'impotència psicològica. Un altre problema que pot aparèixer en l'erecció durant la fi de la maduresa i l'envelliment és la caiguda de l'erecció durant un coit o acte sexual: si el problema és esporàdic, no hi donarem més importància, però si ocorre molt sovint pot requerir l'ajuda o el suport d'un especialista.

El paper de la dona en aquesta època és fonamental, ja que, en primer lloc, igual que l'home, ha d'estar informada adequadament d'aquests canvis, i adoptar un

paper d'ajuda que no generi ansietat d'execució en l'home. La capacitat de percebre l'orgasme no es modifica en els vells, per tal com arriben a sentir i percebre l'orgasme amb la mateixa intensitat que a la joventut; fins i tot hi ha homes que gràcies al seu aprenentatge sexual aconsegueixen prolongar i modificar l'orgasme. Ocasionalment l'home gran pot no percebre l'orgasme, o sentir-lo d'una forma ràpida o fugaç, diferent de la manera com estava acostumat a sentir-lo, la qual cosa és fisiològica, està dins els canvis normals de l'edat i no cal donar-hi més importància, però sí que cal que n'estigui informat. El fet d'adonar-se que la quantitat de semen durant l'ejaculació disminueix, pot desorientar i angoixar l'home, perquè encara s'associa la quantitat de semen ejaculat a la qualitat de l'orgasme, quan està demostrat que el volum o quantitat de líquid seminal que s'expulsa durant una ejaculació no té relació amb la qualitat de l'orgasme, i de fet hi ha subjectes que descriuen orgasmes secs, és a dir, sense ejacular. En l'home el període refractari, que és el temps transcorregut entre una erecció i la següent després d'haver ejaculat, a mesura que es van complint anys, cada vegada s'allarga més. En pocs joves es dóna el fenomen que poden ejacular dues vegades sense acabar l'erecció; entre els quinze i setze anys, això ocorre solament al 6% al 8% dels joves, i aquesta capacitat s'acaba en un parell d'anys. Així, la capacitat de tenir una ejaculació i tornar a tenir-ne una altra de manera immediata dura molt poc temps. En la vellesa això pot variar per dies, setmanes i àdhuc mesos.

Són moltes les malalties tant en els homes com en les dones que poden interferir en la resposta sexual. Entre les més freqüents podem esmentar la diabetis, la hipertensió, malalties del sistema nerviós, depressió, malalties metabòliques i endocrines. També hi ha medicaments (antidepressius, tricíclics, fenotiazines, agents blocadors colinèrgics, benzodiazepines, narcòtics...) que poden afectar la resposta sexual, i d'altra banda hi ha tècniques quirúrgiques que d'alguna manera tenen repercussió sobre la resposta sexual: la més coneguda és la cirurgia radical per a la hipertròfia de pròstata en l'home, que pot afectar tant l'erecció com l'ejaculació. Determinats hàbits tòxics també afecten la resposta sexual, i l'alcoholisme és el més estudiat, però no l'únic, ja que també s'han fet estudis que assenyalen la importància del tabaquisme en la disfunció erèctil.

En la dona la histerectomia o extracció de l'úter no té cap relació amb l'orgasme, l'excitació, el plaer sexual o el desig sexual. Moltes dones per mala informació consideren l'úter com a part de la seva vida sexual, però no hi ha motius certs perquè aquesta es vegi afectada si no es produeixen efectes col·laterals, com la necessitat de quimioteràpia o un estat depressiu que pugui afectar principalment la fase de desig.

A la taula podem observar la principals causes que afecten la resposta sexual humana:

FASE DE RSH	Principals motius d'alteració en la resposta sexual
DESIG	Estils de vida Por davant l'execució Malalties hormonals Depressió/ansietat Fàrmacs Baixa autoestima Conflictes de parella Ablació mamària - actitud Viduïtat-dol
EXITACIÓ	Determinats càncers Radioteràpia//quimioteràpia Alteracions de parella Disparèunia
ORGASME	Determinats càncers Radioteràpia/quimioteràpia Determinades malaltíes: Neurològiques Endocrines Cròniques Vasculars Fàrmacs I drogues Incapacitat per abandonar-se al plaer

6. Dos serrells

6.1. Adults grans i Internet

Un total de 16.000 persones dels 3,5 milions d'usuaris espanyols de la web de contactes <match.com> supera els 65 anys. Els representants d'aquesta pàgina afirmen que «el de la gent gran és un segment al qual cal prestar molta atenció, atès que va en augment».

És freqüent trobar cada vegada més adults grans que coneixen i saben usar les eines informàtiques que la societat posa a la seva disposició. Indubtablement, com qualsevol altra persona poden accedir o bé a pàgines de contacte o bé de sexe explícit (no de sexualitat), però la finalitat última és fugir de la solitud afectiva que hem esmentat.

La relació entre Internet i sexualitat és evident: basta teclejar en un cercador qualsevol la paraula sexe i ens pot sorprendre la quantitat de continguts diversos que apareixeran. Alguns ancians, amb les seves maneres, matisos i peculiaritats, poden convertir-se en usuaris d'aquesta eina amb el que això comporta, que seria motiu d'un altre treball.

6.2. Homosexualitat i adults grans

Tot el que hem exposat fins ara indubtablement serveix per a l'ancià homosexual, però potser mereix la pena apuntar que en aquest cas la marginació a la nostra societat és doble, una pel fet de ser vell i l'altra per la seva orientació sexual, per la qual cosa la pressió social a la qual es veu sotmès és més gran. No obstant això, hi ha estudis sobre aquest tema que apunten que en aquests casos el temor a sortir de l'armari s'atenua, i això potser s'explica perquè s'ha perdut la por de les repercussions que fer-ho podia ocasionar-los en una altra època en l'àmbit laboral, familiar, etc.

En aquest aspecte, encara que no hi podem aprofundir, hem de fer referència als aspectes legals de reconeixement quan un membre de la parella mor, la qual cosa pot fer minvar situacions difícils ja de per si.

7. Reflexions finals

Una vegada arribats fins aquí, havent fet l'esforç d'intentar explicar la sexualitat de l'adult gran, cal seguir avançant, intentar canviar actituds, millorar la informació que hi ha sobre aquest tema, procurar estratègies educatives encaminades a afavorir la comunicació interpersonal mitjançant l'expressió dels afectes, els sentiments i la tendresa en aquest col·lectiu. És a dir, no podem quedar en el fet d'acceptar i reconèixer, ni tampoc d'educar: cal facilitar-los les seves expressions sexuals, fins i tot les corporals.

En general al nostre país hi ha molta informació sexual, però considero que bastant poca educació de la sexualitat. Ens ho demostra el fet del coitocentrisme de la societat, l'abandó de la sensualitat, el fet de preferir funcionar que gaudir. Tot això ens fa pensar que són necessaris canvis en el model sexual regnant. Alguns autors (Sandra Bem 1974) han proposat apropar-se més a un model que valori la Andrógina referent a la sexualitat.

Avui, majoritàriament, els adults grans valoren l'educació sexual rebuda com a negativa. Quan indaguem en el model rebut, ens trobem que es troba prop del que I. Amezua denomina educastració. Però els que en van rebre i la valoren com a positiva tendeixen a sentir-se més satisfets amb la seva sexualitat en la joventut i actualment mantenen més activitat.

L'educació sexual entre aquestes persones podria emmarcar-se dins plans més ambiciosos, com els estils de vida saludable, amb diversos projectes com els d'alimentació, exercici físic, etc.

El projecte de sexualitat saludable en l'adult gran ha de tenir programes per al mateix ancià i per al que per fortuna arribi a ser-ho. Però també i indubtablement per als seus

cuidadors, inclosa la família, els fills, també per als mitjans de comunicació com a potencials transmissors del canvi d'actitud, tan necessari, envers aquest tema i per als professionals, sobretot de la salut, que tan sovint visiten aquestes persones. Tal com demostra l'últim estudi realitzat per López, R. et al. (2006), la sexualitat en la vellesa segueix sent un tema tabú per als professionals de la salut. Només un 8,8% dels metges pregunten per aquest tema als seus pacients ancians.

Entre els objectius que hauríem d'abordar, López Sánchez i Olazábal (1998) al seu llibre *Sexualidad en la vejez* ens en proposen alguns que haurien d'aconseguir-se mitjançant els programes d'educació sexual. Són:

1. Fomentar l'expressió dels problemes sexuals per part dels ancians tenint en compte els seus interessos i les seves creences.
2. Donar a conèixer els canvis normals lligats al procés d'envelliment normal perquè siguin capaços d'interioritzar-los i adaptar-s'hi sense dificultats i perquè tinguin expectatives reals.
3. Aportar una nova visió de la sexualitat no limitada al coit, a la procreació, al matrimoni, a les manifestacions heterosexuals i als homes.
4. Eradicar les falses creences dels ancians, dels seus familiars, dels professionals i de la societat en general.
5. Remoure les dificultats psicosocials que limiten la sexualitat en la vellesa (resistències dels fills, barreres institucionals, etc.).
6. Afavorir que les persones grans tinguin uns vincles estables i una xarxa de relacions socials àmplia.

A més, no ens hem de descuidar d'avaluar correctament cadascuna de les situacions per si fos necessari, a més, corregir problemes de salut. Aspectes clínics, de teràpia i fins i tot entorn.

Per acabar, val la pena plasmar l'aportació d'Alonso Acuña, un sexòleg xilè, que va publicar el 1984 (fa més de vint anys) al seu llibre *Sexo y edad: de la madurez a la vejez*, el decàleg següent:

1. L'exercici de la sexualitat és una lliure opció que estic amb capacitat de prendre.
2. La meva expressió sexual és permanent i no depèn de l'edat. És una faceta vital que varia amb cada persona.
3. Tinc el mateix desig i dret de rebre i fer carícies que tenia en la meva infantesa i joventut.
4. Estic amb capacitat d'expressar sanament l'afecte envers les persones que m'atreuen.
5. Puc constituir parella i compartir els meus sentiments sense límit d'edat.
6. Sóc capaç de treballar, produir, fer esport i divertir-me. La meva situació de retir o pensió no m'ho impedeix, al contrari, ho facilita.

7. Com a persona gran, puc tenir el do de gaudir de l'elemental, com succeeix en la infantesa. Sóc capaç de gaudir de la transparència de l'aire, l'aroma de la flor, el color de les papallones, el frec d'una mà amiga, la tendresa d'una carícia, el murmuri d'una deu. Cada vegada més, en virtut de la meva experiència.
8. M'aferro a la vida perquè en sé el valor i percebo el plaer de viure-la, encara que de vegades gaudeixi en la solitud dels meus records i sembli una persona esquerpa.
9. Tinc dret a cuidar i millorar la meva imatge exterior, a transmetre als altres la bellesa interior que brolla del meu cos i a gaudir de tota classe de sensacions que en provinguin.
10. Arribar a la vellesa significa que he sobreviscut i triomfat sobre la malaltia i la mort. Puc transmetre amb orgull aquestes idees als meus fills, néts i amics, perquè al seu torn, si ells aconsegueixen aconseguir la vellesa, aleshores també tinguin el privilegi de transmetre-les als seus néts, fills i amics.

Referències bibliogràfiques

Boletín informativo del Instituto Nacional de Estadística (2004).

Butler, R. N. (1988). *Amor y sexualidad después de los 40*. Barcelona: Martínez Roca.

Cabrero, S. (2009). «Valoración de los factores psicosociales que afectan a la sexualidad en la vejez e influencia percibida en la actividad sexual». Treball de fi de màster en Psicogeriatria UAB.

Cayo, G. L. (2003). «La sexualidad en la tercera edad y su relación con el bienestar subjetivo». Ponencia de Viejos y Viejas. Participación, ciudadanía e inclusión social. Santiago de Chile, juliol 2003.

Corominas, C. et al. (1994). «Sexualidad y tercera edad». Comunicació X Jornadas del Día Internacional de la Enfermería.

Cutipa, F. E. (2005). «Tipo, calidad y frecuencia de las relaciones sexuales en el adulto mayor». *Revista Psicología Cientifica.com,* 7(24).

DeLamater J.; Moorman, C. (2007). «Conducta sexual en la vejez» (Sexual behavior in later life). *Journal of Aging and Health.*

Federación Española de Sociedades de Sexología. «Estudio sobre las actitudes y los hábitos sexuales en España». VIII Congreso Español de Sexología (Santander, 2004).

Ferrer, J. (1996). «Dos temas marginados: sexualidad y tercera edad; sexualidad y deficiencia mental». *Revista Española de Sexología*. Madrid 1996.

García, J. L. (1990). «Sexualidad en la tercera edad». A García, J. L. *Guía práctica de información sexual para el educador*. Pamplona: Medusex.

García, J. L. (2005). «La sexualidad y la afectividad en la vejez». Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, núm. 41.

Ginsberg; Pomerantz; Kramer-Feeley (2005). «La sexualidad en las personas mayores: Conductas y preferencias». *Age and Aging*.

Guadarrama, R.M. et al. (2010). «Características de la actividad sexual de los adultos mayores y su relación con su calidad de vida». *Revista de especialidades medicoquirúrgicas,* 15(2), 72-99.

Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad y Consumo. «Salud y hábitos sexuales. Las conductas sexuales desde la perspectiva del sida».

Kaiser, F. (1996). «Sexuality in the elderly». *E. U. Urology Clinical*. North America.

Kaplan, R. «La sexualidad y los ancianos» (I) i (II). *Gerpress*, 33: 3-14.

Kolodny, R. C.; Masters, W. H.; Johnson, V. E.; Biggs, M. A. (1982). *Manual de sexualidad humana*. Madrid: Pirámide.

Kolodny, R.; Masters, W.; Johnson V. (1983). «Sexualidad geriàtrica». A Kolodny, R.; Masters, W.; Johnson V. *Tratado de medicina sexual: 77-86*. Barcelona: Masson.

López, F. (1998). «Afecto y sexualidad. II parte». *Revista Sexología y Sociedad*, núm. 4, Cuba.

López, F.; Olazábal, J. C. (1998). *Sexualidad en la vejez*. Madrid: Pirámide.

Lorenzo, C. (2003). «La sexualidad en la tercera edad». Centro Universitario José Martí Pérez. Sancti-Spiritus. Cuba.

Malo de Molina (1992). *Los españoles y la sexualidad*. Madrid: Temas de Hoy.

Moioli, B. (2005). «Aspectos conductuales, actitudinales y experienciales de la sexualidad en la vejez». *Sexología Integral* 2(1): 26-27.

Muñoz, A. (1999). «Sexualidad en la vejez». *Geriátrika. Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología*, 15(8), 369-371.

Nieto, J. A. (1995). «Los ancianos españoles y su sexualidad». Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid.

Prieto, S. (2006). «La sexualidad de las personas mayores». Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, núm. 57.

Autor

JOAN FERRER RIERA

Palma, 20 de març de 1954. Metge especialista en Salut Comunitària i en Educació per a la Salut. Màster en sexologia i màster en sexualitat humana. Metge del servei de promoció de la salut de l'Ajuntament de Palma des de l'octubre de 1984 a l'octubre de 1992. Coordinador de la subcomissió de salut integrada en la comissió per a la prevenció de la petita infància (octubre de 1987 a octubre de 1991). Responsable de l'àrea d'educació sexual als programes d'educació per a la salut a l'escola (octubre de 1987 a octubre de 1992). Professor associat del Departament de Ciències de l'Educació - Pedagogia i Didàctiques Especifiques, Universitat de les Illes Balears. Responsable de l'assignatura Pedagogia de la Salut (setembre de 1997 fins a l'actualitat). Docent en diferents cursos i àmbits, en les àrees d'Educació per a la Salut i Educació Sexual. Nombroses publicacions relacionades amb el tema.

FÀRMACS I GENT GRAN

Fàrmacs i gent gran

Àngela Aguiló Llobera
Maria Asunción Boronat Moreiro
Marta Fernández Tous
Maria Teresa López Sánchez
Maria Zaforteza Dezcallar

Resum

Els pacients més grans de 65 anys constitueixen un grup important en la terapèutica actual, ja que un 95% d'aquesta població consumeix algun tipus de prestació farmacèutica, essent la mitjana per persona en aquest grup de població de 66,2 envasos anuals.

Des del punt de vista econòmic, aquest perfil de consum posa de manifest la importància de la despesa farmacèutica en els pacients més grans de 65 anys, ja que representa més del 60% de la despesa total.

Per altra banda, hem de destacar les característiques especials del pacient ancià, com ara els canvis fisiològics que s'hi produeixen, en relació a la resta de la població, per la qual cosa, en aquest tipus de pacients la farmacocinètica i la farmacodinàmica dels fàrmacs pot veure's alterada. Si a això hi afegim el fet que, entre els pacients més grans de 65 anys el 68,37% consumeixen de 6 a 9 tipus de medicaments (són pacients polimedicats), no és estrany que siguin més susceptibles de presentar reaccions adverses a la medicació. D'aquestes apreciacions deriva la importància de fer una correcta avaluació del tractament farmacològic en aquest grup de pacients.

Resumen

Los pacientes mayores de 65 años constituyen un grupo importante en la terapéutica actual, ya que un 95% de esta población consume algún tipo de prestación farmacéutica, siendo el número medio de envases consumidos por persona en este grupo de población, de 66,2 envases anuales.

Desde el punto de vista económico, este perfil de consumo pone de manifiesto la importancia del gasto farmacéutico en los pacientes mayores de 65 años, al representar más del 60% del gasto total.

Por otro lado, hay que destacar las características especiales del paciente anciano, como son los cambios fisiológicos que se producen en relación al resto de la población, por lo que en este tipo de pacientes la farmacocinética y la farmacodinamia de los fármacos puede verse alterada. Si a esto añadimos que entre los pacientes mayores de 65 años el 68,37% consumen de 6 a 9 tipos de medicamentos (son pacientes polimedicados), no es de extrañar que sean más susceptibles a presentar reacciones adversas relacionadas con la medicación. De estas apreciaciones deriva la importancia de hacer una correcta evaluación del tratamiento farmacológico en este grupo de pacientes.

1. Introducció

L'envelliment és el conjunt de modificacions morfològiques i fisiològiques que apareixen com a conseqüència de l'acció del temps sobre els éssers vius. Aquest fet suposa una disminució de la capacitat d'adaptació a cada un dels òrgans, aparells i sistemes, així com de la capacitat de resposta als agents lesius que incideixen en l'individu.

Internacionalment, el 1984 es va admetre, per conveni, que ancià és tota persona més gran de 65 anys.

A causa de l'augment de l'esperança de vida i la disminució de la taxa de fecunditat, la proporció de persones més grans de 65 anys està augmentant més ràpidament que qualsevol altre grup d'edat en quasi tots els països. L'envelliment de la població es pot considerar un èxit de les polítiques de salut pública i el desenvolupament socioeconòmic, però també constitueix un repte per a la societat, que s'ha d'adaptar a aquesta situació mitjançant la creació de polítiques sanitàries dirigides a aquest sector creixent de la població, que permetin optimitzar els recursos disponibles.

L'any 1900 hi havia a Espanya 967.754 persones més grans de 65 anys; aquesta xifra es va incrementar fins a 6.740.000 l'any 1999, i s'estima que arribarà als 12 milions de persones el 2050, xifra que suposarà aproximadament el 30% de la població total.

L'interès ancestral dels humans per viure el major nombre d'anys possible, unit al creixent desenvolupament de la ciència i la tècnica, sustenten la idea actual que considera que, si bé és important viure més anys, també és essencial que es visquin amb la millor qualitat de vida possible. El fet que la problemàtica de l'ancià adquireixi una importància primordial ha portat a la Unió Europea a declarar l'any 2012 com a Any Europeu de l'Envelliment Actiu.

El concepte d'envelliment actiu va ser definit el 1999 per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) com «el procés d'optimització de les oportunitats de salut, participació i seguretat amb la finalitat de millorar la qualitat de vida a mesura que les persones envelleixen».

Un dels factors clau per aconseguir una millora en la qualitat de vida dels ancians és el tractament de malalties cròniques, la prevalença de les quals augmenta amb l'edat. Aquest article pretén analitzar el tractament farmacoterapèutic d'aquest sector de la població a la Comunitat Autònoma de les Illes Balears, no només per l'impacte econòmic que suposa, sinó per les necessitats terapèutiques específiques derivades dels canvis fisiològics produïts en envellir (i que afecta la farmacocinètica i la farmacodinàmica dels fàrmacs), l'elevat consum de fàrmacs (polimedicació) i l'increment de susceptibilitat de patir reaccions adverses en aquesta població.

2. Canvis fisiològics i reaccions adverses relacionades amb la farmacoteràpia

2.1 Farmacocinètica i farmacodinàmica

A l'organisme dels ancians es produeixen canvis que poden modificar la resposta als fàrmacs. Aquests canvis es deuen a l'augment de la comorbilidad (presència de malalties cardíaques, renals i hepàtiques), la deterioració funcional i cognitiva i, principalment, a canvis fisiològics que alteren el comportament farmacocinètic i farmacodinàmic dels medicaments.

Farmacocinètica:

- **Absorció**
  Després de l'administració per via oral, l'absorció dels medicaments es pot veure afectada per una sèrie de canvis en el tracte gastrointestinal associats a l'envelliment:

- **Disminució de l'acidesa** (increment del pH) del contingut gàstric.

- **Disminució del reg sanguini** i de la **motilitat del tracte gastrointestinal.**

- **Disminució de l'activitat d'alguns dels sistemes de transport actiu** per a fàrmacs o nutrients (calci, ferro, vitamines B1 i B12).

Encara que, en teoria, aquests canvis podrien condicionar l'absorció dels medicaments, la majoria dels estudis de biodisponibilitat no han posat de manifest que, en general, tinguin significació clínica.

- **Distribució**
  La distribució d'un medicament en l'organisme depèn de diferents factors que es modifiquen en el procés d'envelliment, entre els quals els més importants són:

- **Canvis en la composició corporal:** Les persones grans presenten menys massa corporal i menys contingut d'aigua, per tant, amb la mateixa dosi, hem d'esperar que s'assoleixin concentracions plasmàtiques i tissulars més elevades per als fàrmacs hidrosolubles (digoxina, aminoglicòsids, etc.) en veure-se'n disminuït el volum de distribució. També s'observa un augment del greix corporal, en detriment de la massa muscular, que pot facilitar l'acumulació i, per tant, la prolongació de l'efecte de fàrmacs liposolubles, com passa amb algunes benzodiazepines i antipsicòtics.

- **Unió a proteïnes plasmàtiques:** En el procés d'envelliment es produeix una tendència a la disminució de les concentracions plasmàtiques d'albúmina. Per aquest

motiu, fàrmacs com fenitoïna, anticoagulants orals, antidiabètics orals, etc., poden assolir nivells tòxics en ancians a dosis que són terapèutiques en pacients joves.

- **Metabolisme:**
  El metabolisme hepàtic dels medicaments es produeix com a conseqüència de l'acció de dos sistemes enzimàtics:

- La **fase I o oxidació:** El sistema enzimàtic que participa en aquestes reaccions químiques freqüentment presenta disminuïda la seva activitat en els ancians.

- La **fase II o conjugació**: Aquesta fase del metabolisme quasi bé no es modifica com a conseqüència de l'envelliment. Per tant, els medicaments que es metabolitzen per aquesta via poden ser considerats d'elecció.

El procés d'envelliment pot provocar diversos canvis en el metabolisme dels medicaments, com a conseqüència de la **disminució de la massa hepàtica i del reg sanguini**, que, en edats superiors als 65 anys es pot reduir fins al 45%. Degut a aquesta reducció de **la capacitat metabòlica del fetge**, si s'administren dosis estàndard de fàrmacs que es metabolitzen principalment per aquesta via, es poden veure incrementades les concentracions plasmàtiques que s'acumulen en l'organisme. Malgrat això, els processos metabòlics pateixen una considerable variació interindividual, ja que es veuen afectats substancialment per diversos factors: sexe, factors genètics i ambientals, tabac, estat nutricional, malalties, etc.

- **Excreció renal**
  Associat al procés d'envelliment, encara que amb una considerable variació interindividual, es produeix un declivi en el funcionament renal, disminuint l'índex de filtrat glomerular, la capacitat de concentrar l'orina i retenir sodi, l'aclariment de creatinina i el reg sanguini renal. Tal vegada aquest sigui el canvi en la farmacocinètica que resulta més documentat, predictible i fàcil de vigilar. Per això, si es fan servir en els ancians dosis estàndard de medicaments d'eliminació preferentment renal (cimetidina, digoxina, liti, quinidina i la majoria dels antimicrobians), es poden assolir nivells plasmàtics més elevats; i, en funció del medicament de què es tracti, manifestacions de toxicitat.

Farmacodinàmica:

Les diferències en la resposta als medicaments observades entre els joves i els ancians no depenen només dels nivells plasmàtics que assoleixi un determinat fàrmac, del seu lloc d'acció o de la peculiar sensibilitat als mateixos, sinó també del progressiu deteriorament dels sistemes homeostàtics associats a l'envelliment i a certes malalties.

Els ancians presenten una resposta més baixa al bloqueig o a l'estimulació adrenèrgica dels receptors beta, sense que aparentment el nombre de receptors canviï com a conseqüència de l'edat. La depleció de dopamina en els centres extrapiramidals del cervell incrementa el risc de patir alteracions del moviment (tremolors, rigidesa, acatísia i reaccions distòniques agudes) secundàries al tractament amb antipsicòtics. Aquestes variacions en la farmacodinàmica d'alguns medicaments (antihipertensius, ansiolítics i hipnòtics, agents anticolinèrgics, analgèsics narcòtics, etc.) (veg. taula 1) poden tenir com a conseqüència que, per als mateixos nivells plasmàtics, aparegui un efecte farmacològic diferent en ancians que en persones més joves.

Taula 1 | *Alteracions en l'efecte dels medicaments associades a l'envelliment*

Medicament	Efecte
Benzodiazepines	Sensibilitat augmentada
Anticoagulants (warfarina)	Sensibilitat augmentada
Antidiabètics (sulfonilurees)	Increment de les reaccions d'hipoglucèmia
Analgèsics narcòtics	Sensibilitat augmentada
Bloquejants beta-adrenèrgics (propranolol)	Sensibilitat disminuïda

2.2 Interaccions i reaccions adverses

Les **reaccions adverses a la medicació** (RAM) són una causa important de morbiditat, especialment entre les persones grans, en les quals hi coincideixen diversos factors causants d'aquestes RAM. Per una banda, la polimedicació, que tendeix a augmentar amb l'edat, i fa que les persones grans estiguin més exposades a les RAM.[10] Per altra banda, en aquests tipus de pacients, la farmacocinètica i la farmacodinàmica dels fàrmacs és diferent que en la resta de pacients, per la qual cosa alguns fàrmacs tenen més tendència a acumular-se. A més a més, s'ha de tenir en compte que, els pacients més grans tenen problemes d'adherència als tractaments, per manca de comprensió i per la possible complexitat de la pauta posològica. Aquests problemes d'adherència poden ser tant per excés com per defecte. La manca d'adherència és més freqüent en els problemes de salut crònics, mentre que en els aguts, és més freqüent «l'excés d'adherència».

A la taula següent es descriuen alguns exemples dels efectes adversos més comuns en persones grans:

Taula 2 | *Reaccions adverses a medicaments*

Fàrmacs	RAM	Efectes clínics
AINE	Irritació gàstrica, úlcera, nefrotoxicitat	Hemorràgia, anèmia, fallada renal. Poden disminuir l'efectivitat dels antihipertensius
Aminoglicòsids	Fallada renal	Increment de les concentracions d'altres fàrmacs
Anticolinèrgics	Sequedat de boca, disminució de la motilitat, confusió, sedació	Estrenyiment, retenció urinària, confusió, caigudes
Antipsicòtics	Sedació, discinèsia, distonia, hipotensió	Caigudes, fractures de maluc, confusió
Digoxina	Disminució de la conducció cardíaca, alteració gastrointestinal	Arítmies, nàusees, anorèxia
Insulina, Sulfonilurees	Hipoglucèmia	Caigudes, confusió
Opiacis	Sedació, disminució de la motilitat	Confusió, estrenyiment

Font: Boletín farmacoterapéutico de Castilla-La Mancha. Vol.IX, núm. 3, 2008

Per intentar prevenir aquestes RAM, és necessari en primer lloc conèixer quins fàrmacs en són els responsables. La primera mesura a adoptar és evitar la prescripció de fàrmacs inadequats en persones grans. L'any 1991 un grup d'experts va definir els **criteris de Beers**, que han estat revisats recentment i actualitzats per la Societat Americana de Geriatria en el 2012. Aquests criteris inclouen una sèrie de fàrmacs que es consideren inadequats en persones grans, fàrmacs que no s'haurien d'utilitzar en ancians amb determinades patologies, així com els que s'han d'usar amb precaució en aquest tipus de població.

També existeixen els **criteris STOPP** (*Screening Tool of Older Person's Prescriptions*)**/ START** (*Screening Tool to Alert doctors to Right i.e. appropriate, indicated Treatment*), d'origen europeu, que aporten el valor afegit de detectar no només la prescripció inadequada de determinats fàrmacs (criteris STOPP), sinó també la falta de prescripció de medicaments sí indicats (criteris START). Això es considera important ja que un altre dels problemes associats a les persones més grans és la infrautilització de medicació apropiada. Aquesta situació es dóna quan un pacient té una patologia per a la qual existeix un tractament farmacològic que no està contraindicat per al pacient i, malgrat tot, aquest tractament no s'instaura. La infrautilització pot generar un augment de morbiditat i mortaldat en el pacient ancià.

En qualsevol cas, tant els criteris de Beers, com els criteris STOPP/START, constitueixen una eina d'ajuda per millorar la prescripció i evitar les potencials reaccions adverses que puguin aparèixer; no obstant això, han de ser tractats amb precaució, ja que, per una banda presenten limitacions en l'ús (alguns fàrmacs inclosos en les llistes de Beers sí que

poden estar indicats en pacients concrets en els quals els beneficis superen els riscos) i per altra banda, segons un estudi que va analitzar el nombre de visites a urgències degudes a RAM, es va detectar que només el 3,6% d'aquestes visites eren atribuïbles a un dels medicaments inclosos a les llistes de Beers.

En definitiva, s'ha de destacar la importància de revisar periòdicament els fàrmacs prescrits als pacients, ajustant les dosis recomanades, així com valorar la retirada de medicaments innecessaris i considerar la possibilitat de substituir-los per mesures no farmacològiques, garantint així una cura efectiva i segura del pacient.

3. Anàlisi del consum de fàrmacs

Les xifres de població registrades per l'INE mostren que a Balears, l'any 2011, la població més gran de 65 anys va augmentar a 158.671 persones, la qual cosa representa un 14,3% de la població total; percentatge inferior a la mitjana nacional que es va situar en 17,2%.

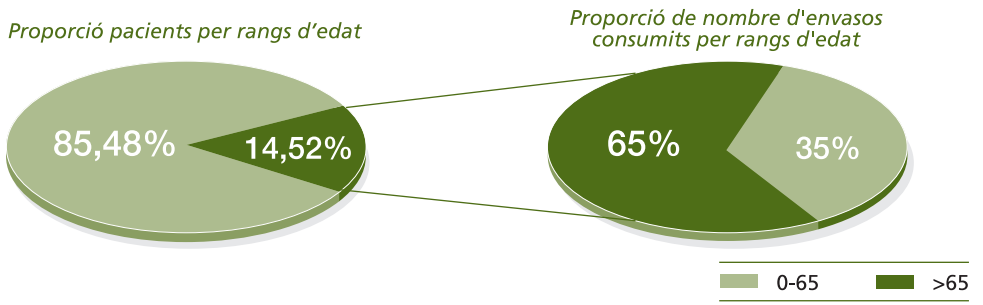
El Servei de Salut de les Illes Balears dóna assistència sanitària a més del 93% de la població més gran de 65 anys; entenent per assistència sanitària els serveis propis d'atenció primària, d'atenció especialitzada, d'atenció d'urgències, i les prestacions farmacèutiques, ortoprotèsiques, de productes dietètics i de transport sanitari.

La prestació farmacèutica comprèn els medicaments i productes sanitaris i el conjunt d'actuacions encaminades al fet que els pacients els rebin de forma adequada a les seves necessitats clíniques, en les dosis precises, segons els seus requeriments individuals, durant el període de temps adequat i al més baix cost possible per a ells i per a la comunitat.

La creixent medicalització de la vida i l'envelliment progressiu de la població influeixen en el constant increment del consum de medicaments, especialment en la població més gran de 65 anys. Un 95% d'aquesta població consumeix algun tipus de prestació farmacèutica, mentre que aquest percentatge es redueix a un 56% per a la resta de grups de població.

En el gràfic que es detalla a continuació s'observa que els pacients entre 0 i 64 anys (que constitueixen el 85,48% del total d'usuaris), consumeixen el 35% dels envasos dispensats amb càrrec al Servei de Salut, mentre que els pacients més grans de 65 anys (constitueixen el 14,52%), en consumeixen un 65%.

Gràfic 1 | *Proporció de medicaments cosumits per rang d'edat*

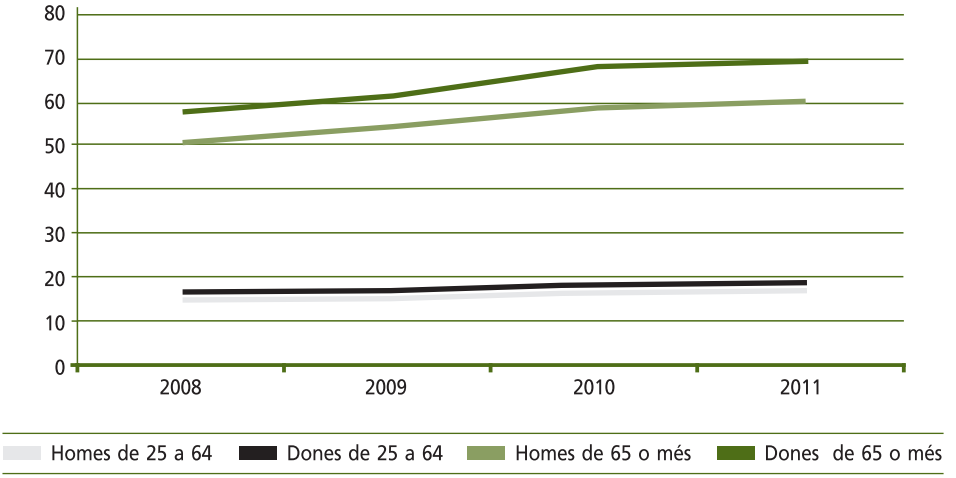


Un altre aspecte diferencial en les persones més grans de 65 anys és el nombre d'envasos consumits per persona, amb una mitjana de 66,2 envasos anuals, molt allunyada dels 18,3 envasos anuals que consumeixen les persones entre 25 i 65 anys.

Si analitzem l'evolució dels envasos consumits anualment per aquests dos trams de població observem que la mitjana de consum s'ha anat incrementant en els darrers quatre anys tal com queda reflectit en el següent gràfic, on es desglossa el consum de medicaments segons el sexe del pacient. En particular, en el tram de més grans de 65 anys l'increment ha estat d'un 20%, passant d'una mitjana de 55,3 envasos anuals a 66,2 envasos.

Evolució de la mitjana de consum anual d'envasos de medicaments per persona:

Gràfic 2 | *Nombre d'envasos consumits per usuari*



Les dones són més demandants d'assistència sanitària que els homes, concretament la mitjana de visites per home és 0,82 vegades la d'una dona i, com mostra el gràfic, també són més consumidores de medicaments que els homes. En el 2011 la mitjana d'envasos consumits per les dones va ser de 69,85, mentre que els homes en van consumir 61,24; en qualsevol cas, se supera la mitjana de més de cinc envasos mensuals per persona. La despesa farmacèutica per al Servei de Salut en aquest període va representar quasi un 14% més en les dones més grans de 65 anys que en els homes. Aquest fet es pot explicar, en part, perquè les dones tenen taxes més baixes de mortaldat i més esperança de vida, la qual cosa dóna lloc a un índex més baix de masculinitat en edats avançades i, per tant, una incidència més gran de morbiditat i un manteniment dels tractaments crònics durant períodes de temps més llargs.

Analitzant el consum dels deu principis actius més consumits, en nombre d'envasos, obtenim la següent informació:

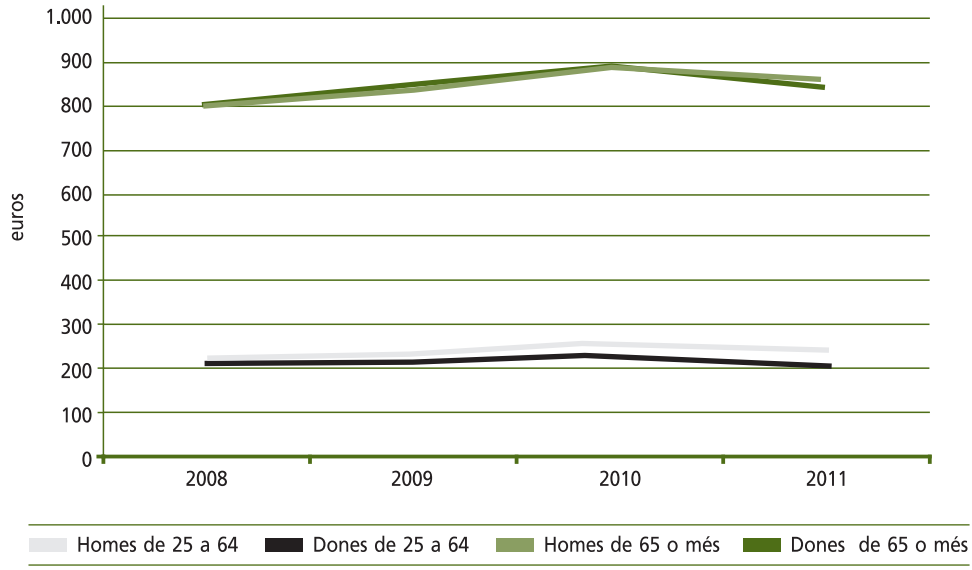
Taula 3 | *Rànquin de consum de medicaments per envasos*

ATC	Principi actiu	Consum 2011 (Núm. Envasos)
A02BC01	OMEPRAZOL	532.128
N02BE01	PARACETAMOL	433.884
B01AC06	ACETILSALICILICO ACIDO	325.890
C10AA01	SIMVASTATINA	276.716
A10BA02	METFORMINA	201.745
C09AA02	ENALAPRIL	179.666
N05BA06	LORAZEPAM	165.220
C10AA05	ATORVASTATINA	163.430
N02BB02	METAMIZOL	154.492

Font: GAIAIB-Gestor de la prestació farmacèutica

En el gràfic següent s'observa que, a partir de l'any 2010, l'import de la prestació farmacèutica per persona disminueix. Aquest fet que, aparentment, podria resultar contradictori amb el progressiu consum de medicaments, és degut a la successió de normatives que s'han anat aplicant amb la finalitat d'abaratir el preu dels medicaments i promoure la prescripció per principi actiu. Si no fóra per això, l'import aniria augmentant, tant per l'increment del nombre d'envasos consumits com per la comercialització de nous medicaments cada cop més cars.

Gràfic 3 | *Despesa farmacèutica per usuari*



A la taula següent s'especifiquen els deu principis actius amb major consum per despesa:

Taula 4 | *Rànquin de consum de medicaments per despesa*

ATC	PRINCIPI ACTIU	CONSUM 2011
R03AK06	SALMETEROL ASOC. A ALTRES ANTIASMATICS	4.587.922
C10AA05	ATORVASTATINA	2.562.453
R03BB04	TIOTROPIO BROMURO	2.533.663
23C0601	ABSORBENT INC ORINA SUP-NOC ANAT	2.435.854
A02BC04	RABEPRAZOL	1.710.331
N06DX01	MEMANTINA	1.662.743
N06DA03	RIVASTIGMINA	1.618.696
R03AK07	FORMOTEROL ASOC. A ALTRES ANTIASMATICS	1.609.863
C09DA03	VALSARTAN/DIURETICO	1.523.310

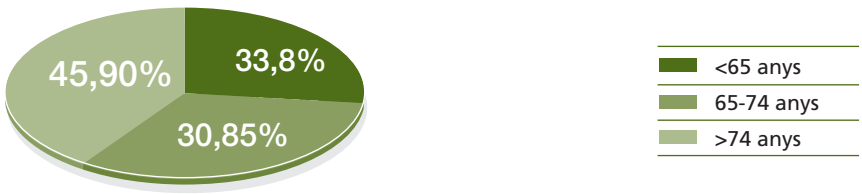
Font: GAIAIB-Gestor de la prestació farmacèutica

4. Polimedicació

El terme **polimedicació** ha evolucionat amb el temps i sovint s'utilitza amb significats diversos en situacions diferents. Encara que, a dia d'avui, no hi ha una definició totalment acceptada, entenem per polimedicació la utilització de múltiples medicaments (sota prescripció o no) per un mateix pacient.

A les Illes Balears, a 31 de desembre de 2011, tenint en compte només els medicaments inclosos a la prestació farmacèutica, trobem la següent distribució de pacients polimedicats per edat, considerant polimedicats els pacients amb més de cinc principis actius prescrits crònics, número de medicaments que es va proposar per la Conselleria de Salut i Consum del Govern de las Illes Balears en el programa iniciat el 2009 d'atenció al pacient polimedicat, seguint les directrius proposades per la Comissió Permanent de Farmàcia del Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut *(CISNS).*

Gràfic 4 | *Distribució de pacients polimedicats per edats*



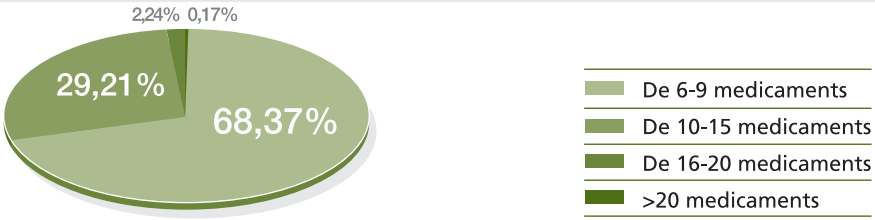
Segons això, a finals de 2011 el 76,75% dels pacients polimedicats de Balears tindrien més de 65 anys. Vistes les dades, no és estrany que la polimedicació s'inclogui entre les síndromes geriàtriques.

És coneguda la relació entre un nombre més gran de fàrmacs i un risc més alt d'aparició de problemes relacionats amb la medicació; quant al sistema sanitari i a la societat en general, la polimedicació i les seves conseqüències suposen un gran cost en termes econòmics.

Estudis recents estimen que la quantitat mitjana de medicaments que els ancians consumeixen diàriament es situa entre 4,5 i 8,8; encara que, en alguns casos, s'arriba a un consum màxim de 17.

A Balears, a 31 de desembre de 2011, la distribució de pacients més grans de 65 anys per nombre de medicaments en tractament crònic és la següent:

Gràfic 5 | *Distribució de pacients majors de 65 anys per nombre de medicaments en tractament crònic*



La polimedicació suposa més risc d'ús de medicacions inadequades, de manca d'adherència al tractament, d'aparició de reaccions adverses, de duplicitats i interaccions entre principis actius i, en conseqüència, més risc de fracassos terapèutics, d'intoxicacions i d'augment d'ingressos hospitalaris, entre d'altres.

Segons dades de l'Organització Mundial de la Salut, un 20% de les persones grans que ingressen en un hospital presenten símptomes que s'associen a efectes dels medicaments.

Les actuacions encaminades a millorar l'atenció als pacients polimedicats s'han de planificar des d'un abordatge interdisciplinari i multifactorial.

La majoria dels autors coincideixen a ressaltar com estratègies efectives la revisió periòdica dels medicaments, la formació dels professionals de la salut, l'educació per la salut dirigida als pacients, la simplificació de la pauta posològica, les targetes calendari, els sistemes personals de dosificació, la millora de la interacció entre cuidador i pacient, el seguiment, la intervenció sobre les barreres que dificulten el compliment, etc.

5. Conclusions

Tal com s'ha comentat, el consum de medicaments en les persones més grans de 65 anys s'incrementa substancialment en relació a les persones més joves.

Tenint en compte que aquests pacients pateixen canvis fisiològics que poden afectar la farmacocinètica i la farmacodinàmica dels medicaments, i que més d'un 75% dels pacients polimedicats a Balears pertanyen a aquest grup de població, es posa de manifest un risc més alt de patir reaccions adverses no desitjades en el pacient.

Tot això ens ha de dur a reflexionar sobre la importància d'avaluar el tractament farmacològic d'aquests pacients, fent un balanç adequat del benefici-risc basat en l'evidència científica, realitzant ajustos posològics, si és necessari, i vigilant estretament tant la incidència de reaccions adverses com l'adherència terapèutica, amb la finalitat d'adequar-lo a les seves necessitats específiques.

Referències bibliogràfiques

Ageing in Spain. Second World Assembly on Ageing. (2002, abril). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO)

Agirrezabala, J. R., Aizpurua, I., Albizuri M., Alfonso, I., Armendáriz, M., Barrondo, S., & Valverde, E. (2009). Medicación en el anciano. *Infac - Información Farmacoterapéutica de la Comarca*. *Vol. 17. Nº 6*. País Vasco: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkfarm02/es/contenidos/informacion/cevime/es_cevime/r01hRedirectCont/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/infac_v17_n6.pdf

American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel (2012, abril). American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society, 60*(4), 616-631. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.03923.x

Baena, J. M., Gorroñogoitia, A., Martín, I., De Hoyos, M. C., Luque, A., & Litago, C. (2007). Recomendaciones PAPPS: actividades preventivas en los mayores. *Atención Primaria, 39*(3), 109-122.

Budnitz, D. S., Shehab, N., Kegler, S. R., & Richards, C. L. (2007). Medication Use Leading to Emergency Department Visits for Adverse Drug Events in Older Adults. *Annals of Internal Medicine, 147*, 755-765.

Clavero, A., & González, M. L. (2005, febrer). Una revisión de modelos econométricos aplicados al anàlisis de demanda y utilización de servicios sanitarios. *Hacienda Pública Española, 173*, 129-162.

Delgado, E., Muñoz, M., Montero, B., Sánchez, C., Gallagher, P.F., & Cruz-Jentoft, A. J. (2009). Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 44*(5), 273-279.

Envejecimiento humano. *Wikipedia, la enciclopedia libre.* (s/d). Consultat el 10 de maig de 2012. A *http://es.wikipedia.org/wiki/Envejecimiento_humano*

Fulton, M. M., & Riley, E. (2005). Polypharmacy in the elderly: a literature review. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 17*(4), 123-132.

García-Jiménez, E., Amariles, P., Machuca, M., Parras-Martín, A., Espejo-Guerrero, J., & Faus, M. J. (2008). Incumplimiento, problemas relacionados con los medicamentos y resultados negativos asociados a la medicación: causas y resultados en el seguimiento farmacoterapéutico. *Ars Pharmaceutica, 49* (2), 145-157.

Hobson, M. (1992). Medications in older patients. *West Journal of Medicine, 157*, 539-543.

Hohl, C. M., Dankoff, J., Colacone, A., & Afilalo, M. (2001). Polypharmacy, adverse drug-related events, and potential adverse drug interactions in elderly patients presenting to an emergency department*. Annals of Emergency Medicine, 38*(6), 666-671.

Hunter, K. A. (1994, maig). Strategies drug use in the elderly. *US Pharm, 19*(5), 30-46.

Jara, A., Miralles, J., & Carandell, E. (2010). *Guía de recomendaciones para la atención de los pacientes polimedicados.* Palma: Servei de Salut de les Illes Balears.

Mussoll, J. (2002). Resultados de la aplicación en atención primaria de un protocolo de valoración geriátrica integral en ancianos de riesgo. *Revista Española de Geriatría y Gerontología. 37*(5), 249-253.

Pucino, F. (1985). Pharmacogeriatrics. *Pharmacotherapy, 5*(6), 314-326.

Report of the council on scientific affairs: American Medical Association white paper on elderly health*. Archives of Internal Medicine.* 1990. *150*, 2459-2472.

Rey, M. E., & Tamarit, L. (2008, març). La polimedicació: un repte compartit. *e-farma, 2.* Barcelona: Servei Català de la salut. Regió Sanitària Barcelona. Consultat el 15 de maig de 2012. A: http://www10.gencat.cat/catsalut/rsb/farmacia/efarma/*articles/ editorial_ polimedicacio.pdf*

Organización Mundial de la Salud. (2012). Temas de salud. Envejecimiento. Consultat el 15 de maig de 2012. A: *http://www.who.int/topics/ageing/es/*

Zaleon, C., & Guthrie, S. (1994) Antipsychotic drug use in older adults. *American Journal of Hospital Pharmacy, 51*, 2917-2943.

Autores

ÀNGELA AGUILÓ LLOBERA

Palma, 1979. Llicenciada en Farmàcia per la Universitat de Barcelona. Farmacèutica al Departament de Farmacocinètica i Farmacodinàmica dels laboratoris Almirall des del mes de juliol de 2002 fins al mes de gener de 2003. Des de març del 2003 fins a l'actualitat, tècnica en el Servei de Farmàcia del Servei de Salut de les Illes Balears.

MARÍA ASUNCIÓN BORONAT MOREIRO

Barcelona, 1972. Doctora en Farmàcia per la Universitat de Barcelona. Diplomada en Òptica Oftàlmica i Acústica Audiomètrica per la Universitat de Barcelona i la de Granada. Responsable de la Unitat de Pacients Externs del Servei de Farmàcia de l'Hospital Universitari Son Dureta durant els anys 2000 i 2001. Adjunta en oficina de farmàcia comunitària durant l'any 2004. Farmacèutica adscrita al Laboratori de Salut Pública de la Conselleria de Salut i Consum de les Illes Balears durant l'any 2005. Des de llavors fins a l'actualitat, tècnica en el Servei de Farmàcia del Servei de Salut de les Illes Balears.

MARTA FERNÁNDEZ TOUS

Palma, 1978. Llicenciada en Farmàcia per la Universitat de Granada. Màster en Investigació Clínica Farmacèutica (EPHOS, Madrid). Farmacèutica en oficina de farmàcia (2003-2004). Monitora en assaigs clínics a dues CRO (2005-2007). Data manager en assaigs clínics a Son Dureta (2007-2008). Des de llavors fins a l'actualitat, tècnica en el Servei de Salut de les Illes Balears.

MARÍA TERESA LÓPEZ SÁNCHEZ

Madrid, 1973. Llicenciada en Farmàcia per la Universitat Complutense de Madrid. Adjunta en oficina de farmàcia comunitària a Madrid des de l'any 1996 fins a 2001. Farmacèutica experta en classificació anatòmica, terapèutica i química de medicaments (ATC) en el departament internacional de la consultora IMS Health, des de l'any 2001 fins a 2006. Des de llavors fins a l'actualitat, tècnica en el Servei de Farmàcia del Servei de Salut de les Illes Balears.

MARIA ZAFORTEZA DEZCALLAR

Palma, 1965. Llicenciada en Farmàcia per la Universitat de Barcelona. Farmacèutica Inspectora de la Direcció Provincial d'INSALUD de Balears des de gener de 1989 fins a gener de 2000. Subdirectora provincial d'Assistència Sanitària de la Direcció Territorial d'INSALUD des de febrer de 2000 fins a desembre de 2001. Cap del Servei de Farmàcia dels Serveis Centrals del Servei de Salut de les Illes Balears des de juliol de 2006 fins a l'actualitat.

PÈRDUA I DOL A LA TERCERA EDAT

Pèrdua i dol a la tercera edat

Maria Isabel Vidal Pérez
Laura Espinàs Olvera

Resum

La **mort** forma part del cicle natural que experimenta tot ésser viu. És una realitat universal i forma part de la vida. Conseqüentment, tots en algun moment ens hi enfrontem. El **dol** és la reacció emocional pròpia davant la pèrdua d'un ésser estimat.

La **vellesa** és una de les etapes de la vida en què l'ésser humà s'enfronta amb més freqüència a **pèrdues** de tot tipus, materials, simbòliques, físiques... i entre aquestes les dels éssers estimats. No hi ha diferències significatives entre el dol d'una persona gran i el d'un adult. El risc principal és no donar-li la importància que requereix, infravalorar els recursos i les necessitats de la persona gran o sobreprotegir-la. Dins el camp de les **demències,** segons els primers estudis duts a terme, la persona amb demència sent la pèrdua, però atès el seu deteriorament cognitiu, té dificultats per entendre i expressar la mort.

El present treball està format per dos apartats. En el primer, introduirem conceptes bàsics sobre **la pèrdua i el dol** en el camp de la salut, revisarem les complicacions psíquiques a les quals pot donar lloc, les diferents tipologies i factors de risc, i acabarem amb un breu recorregut per les aproximacions teòriques al dol. En el segon apartat, ens centrarem en **el dol i la vellesa**. Revisarem les pèrdues en la vellesa, el dol en persones amb deteriorament cognitiu moderat i greu, el procés de dol en familiars i cuidadors de persones amb demència, i acabarem amb l'acompanyament psicosocial en el procés de pèrdua i dol.

Resumen

La **muerte** forma parte del ciclo natural de todo ser vivo. Es una realidad universal y forma parte de la vida. Consecuentemente, todos en algún momento nos enfrentamos a ella. El **duelo** es la reacción emocional propia ante la pérdida de un ser querido.

La **vejez** es una de las etapas de la vida en que el ser humano se enfrenta con más frecuencia a **pérdidas** de todo tipo, materiales, simbólicas, físicas... y entre ellas las de los seres queridos. No hay diferencias significativas entre el duelo de una persona mayor y el de un adulto. El mayor riesgo es no darle la importancia que requiere, infravalorar los recursos y las necesidades de la persona mayor o sobreprotegerla. Dentro del campo de las **demencias**, según los primeros estudios realizados, la persona con demencia siente la pérdida, pero, dado su deterioro cognitivo, tiene dificultades para entender y expresar la muerte.

El presente trabajo está formado por dos apartados. En el primero, introduciremos conceptos básicos en torno a **la pérdida y el duelo** en el campo de la salud, revisaremos las complicaciones psíquicas a las que puede dar lugar, las diferentes tipologías y factores de riesgo, para finalizar con un breve recorrido por las aproximaciones teóricas al duelo.

En el segundo apartado, nos centraremos en **el duelo y la vejez**. Revisaremos las pérdidas en la vejez, el duelo en personas con deterioro cognitivo moderado y grave, el proceso de duelo en familiares y cuidadores de personas con demencia, para finalizar con el acompañamiento psicosocial en el proceso de pérdida y duelo.

1. Pèrdua i dol

1.1. Importància sociosanitària del dol: necessitats, coneixement/formació i recursos

El dol i l'envelliment presenten múltiples aspectes per a l'anàlisi i la reflexió en el context social i sanitari.
Per plantejar-nos el paper de la tasca assistencial en aquest procés, cal analitzar actualment quines són les necessitats que presenta aquesta població així com les línies que cal revisar per millorar-ne l'assistència.

En l'actualitat, és àmpliament coneguda la freqüència del dol en les tasques assistencials, sia com a motiu de consulta, desencadenant o factor relacionat amb la psicopatologia que emergeix en la història biogràfica o en les intervencions psicoterapèutiques (Gamo Medina et al. 2000, 209).

En línies generals, si analitzem la incidència del dol en el camp de l'atenció primària, trobem que prop d'un terç dels pacients que arriben a les consultes presenten problemes d'origen psicològic que requeririen algun tipus de tractament, i aproximadament una quarta part d'aquests presenta problemes que es podrien considerar relacionats amb algun tipus de pèrdua, com ara separacions, dols, jubilacions o incapacitacions (Parkes 1998). En una revisió d'estudis duts a terme en l'atenció primària (García-García, Landa 2001), la taxa mitjana anual de consultes al centre de salut va resultar ser d'un 80% més gran entre les persones en dol que en la resta de la població, un 63% eren vídues en els sis primers mesos, quatre vegades el percentatge de vidus en els vint primers mesos.

Actualment, si tenim en compte que el període en què es produeixen les manifestacions més severes del dol és de tres anys, que la mida mitjana de la família és de 2,76 persones i que la taxa bruta de mortalitat és del 9%, es pot estimar que la prevalença de persones amb dol actiu en la població general és de prop del 5% (García-García, Landa 2001, 1).

Si ens centrem en la població envellida i en l'àmbit geogràfic de les Illes Balears, hem de tenir en compte que el 2010 hi hagueren 6.209 defuncions de persones més grans de 65 anys, 3.254 de les quals eren dones i 2.955 homes (Institut d'Estadística de les Illes Balears).

Si agafem com a referència aquesta dada (partint d'una mitjana d'una persona envellida en dol per mort, majoritàriament el marit o la muller) podem estimar que hi ha una població envellida de 6.209 persones en dol actiu. I si, com veurem al llarg de l'article, es calcula que entre un 10% i un 20% de les persones en dol presenta complicacions en l'elaboració del dol, de 620 a 1.240 persones l'any en aquesta franja de població necessitarien intervenció especialitzada.

Així, veiem que la població en dol demana un gran suport social i sanitari, i que s'incrementa el consum de recursos. Això pot ser a causa de diversos factors, com ara la pèrdua de les xarxes socials (familiars, religioses, de veïns, amics, companys de feina...) o dels recursos naturals de la persona. Cal apuntar a més, la manca i la necessitat de coneixement/formació i la distribució adequada dels recursos sanitaris en relació amb aquesta problemàtica.

El coneixement del procés i les característiques del dol, tant genèricament com pel que fa a les particularitats de la gent gran, així com dels mitjans d'ajuda que poden rebre les persones que l'afronten, són importants per als professionals de la salut que tracten d'ajudar les persones amb una pèrdua o les persones en risc de complicació. El coneixement de les característiques atribuïdes al dol normal i de les possibles complicacions possibilita que el professional, d'una banda, dugui a terme actuacions per facilitar-ne la correcta elaboració i actuacions preventives, i de l'altra, eviti intervencions innecessàries —com ara l'ús excessiu de psicofàrmacs.

A més, com apunten Landa i García-García (2004), l'entorn sanitari —i més concretament el camp de la vellesa— està vinculat a pèrdues específiques, com la de la salut, la capacitat cognitiva o l'autonomia, que han de ser manejades i anticipades per evitar que es tradueixin en problemes addicionals.

Per tant, cal emfatitzar les repercussions que una atenció preventiva adequada a les persones en dol pot suposar, no només en l'àmbit relacional, social i psicopatològic, sinó fins i tot en l'àmbit biològic: ajudar les persones en dol significa també professionalment dur a terme una tasca de prevenció secundària en l'àmbit dels components psicològics de la salut (mental) i de prevenció primària i secundària en el cas dels components biològics i socials (Tizón 2004, 137).

Un model d'atenció psicosocial: el Servei d'Acompanyament en el Dol

El Servei d'Acompanyament en el Dol nasqué l'any 2006 dins el marc de l'Associació ARA, Acompanyament al Final de la Vida, amb l'objectiu de donar resposta a una demanda d'atenció als processos de dol i pèrdua de la societat Mallorquina percebuda fins aleshores. A partir de l'any 2009 el Servei d'Acompanyament en el Dol funciona com una entitat independent centrada en l'atenció psicològica especialitzada en processos de pèrdua i dol.

La seva tasca no es limita tan sols a l'atenció psicològica, sinó que també contribueix a la difusió social del procés de dol mitjançant, d'una banda, la formació constant de personal sociosanitari, i de l'altra, la realització de xerrades de sensibilització i educació social en la població general. Així mateix, participa en els mitjans de comunicació i fa activitats d'investigació, publicació i difusió científica relacionades amb el tema.

1.2. Conceptes generals

El dol i la pèrdua són experiències de caràcter universal que tard o d'hora tots experimentem. Gómez Sancho (2003, 447) defineix el **dol** (del llatí *dolus,* «dolor») com «la reacció natural davant la pèrdua d'una persona, objecte o esdeveniment significatiu». O també com «la reacció emocional i de comportament en forma de sofriment i aflicció quan un vincle afectiu es trenca».

Si hi fem una aproximació basant-nos en el significat, Poch i Herrero (2003, 58) exposen una concepció molt interessant, atès que consideren el procés de dol com l'intent de restablir la continuïtat de les nostres vides que ha estat trencada per la mort i tota pèrdua significativa. Com a introducció, seguint aquests autors, parlaríem del procés de dol «com una reacció normal a qualsevol tipus de pèrdua que comporta la reconstrucció de tots aquells aspectes que la pèrdua ha posat en qüestió».

Quan parlem de **pèrdua** (García Hernández 2007, 2) fem referència a una situació real o potencial (possible o condicional) en la qual un objecte o una persona valuosa es fa inaccessible o es deixa de percebre com a tal. En paraules de Neymeyer (2002, 15): «És evident que la pèrdua pot tenir molts significats, que van des dels acordats a partir de les definicions generalitzades que hem assenyalat, que fan referència la privació, el fracàs, la disminució i la destrucció, i als significats més personals i difícilment expressables associats amb pèrdues passades i presents en les nostres pròpies vides».

El dol és, doncs, una resposta **natural** d'adaptació que segueix qualsevol tipus de pèrdua, la més dolorosa de les quals és la mort d'un ésser **estimat**. No és una situació o un estat, sinó un procés: hi ha **moviment** (no és estàtic), amb canvis i diferents possibilitats d'expressió en què la persona està **activament implicada.**

Inclou components físics, psicològics i socials, amb una intensitat i durada proporcionals a la dimensió i significat de la pèrdua. Es tracta d'un procés normal (no és una malaltia!), per la qual cosa, en principi, no es requereix l'ús de psicofàrmacs ni d'intervencions psicològiques per a la seva elaboració o resolució. Encara que el treball de dol és, doncs, quelcom inherent en qualsevol tipus de pèrdua, no sempre requereix una actuació terapèutica i la majoria de vegades es resol amb els recursos propis de la persona i el seu entorn social i familiar.

Amb el terme **elaboració del dol** es fa referència al fet que tot dol és una situació diacrònica, que segueix un procés. El final d'aquest procés no ha de conduir necessàriament a un estat negatiu de la persona, és a dir, una elaboració adequada del dol pot donar lloc a un enriquiment personal, a un creixement individual i psicosocial, mentre que una elaboració inadequada del dol donarà lloc a problemes per al desenvolupament personal de tipus psicològic, biològic o psicosocial (Tizón 2004). El treball normal de resolució d'un dol pot complicar-se o aturar-se per circumstàncies diverses, causant un sensible efecte/defecte en el recorregut vital de la persona que el pateix.

En paraules de Gómez Sancho (2003, 451): «El dol és necessari per poder continuar vivint, per separar-se de la persona perduda conservant llaços diferents amb ella i per retrobar la llibertat de funcionament psíquic. Intentar inconscientment escapar-ne, significa introduir-se en la via de complicacions greus. El treball del dol sempre és necessari i el seu bloqueig i les seves pertorbacions poden conduir a serioses dificultats.»

Per tant, l'elaboració inadequada del dol psicològicament dóna lloc a alguna forma del que anomenarem **dol complicat o patològic**. Encara que, com veurem, els estudis difereixen en els rangs. S'estima que només entre un 10% i un 20% de les persones en dol presenta complicacions en l'elaboració d'aquest (Middleton et al. 1996; Jacobs et al. 1993, citat per Shear et al. 2005).

1.3. Respostes a la pèrdua

Les reaccions davant la pèrdua d'un ésser estimat inclouen elements **físics, psicològics i socials***,* amb intensitat i durada en relació amb la dimensió i el significat de la pèrdua. En la literatura s'ha descrit un repertori d'aquests símptomes que poden estar presents en el procés de dol. És important assenyalar que tots són **naturals i passatgers***,* dins de certs límits de temps i intensitat.

Com hem dit en altres treballs (Espinàs 2007), el coneixement de tals reaccions és necessari en la mesura que permet emmarcar dins del considerat dol normal, evitant així intervencions professionals innecessàries (com l'ús de psicofàrmacs*),* la patologització del procés («m'estic tornant boja doctora?») i els efectes psicosocials evitables i innecessaris de tals consideracions («m'ingressaran en un centre de salut mental i em separaran de la meva família?»). Alguns d'aquests símptomes, com ara el sentit de presència i al·lucinacions sobre la persona difunta, són percebuts com a patològics pel sofrent, la qual cosa maximitza el sentiment de descontrol sobre la situació i la reacció personal.

A continuació presentem un recull de les diferents reaccions posteriors a la pèrdua. Aquest no representa una seqüència fixa ni inalterable, sinó que està dins d'un marc de variabilitat personal i contextual, que respecta el procés idiosincràtic de cada sofrent.

Sentiments/emocions
Tristesa, culpa, ràbia, odi i irritabilitat, temor o por, anestèsia emocional, ansietat, soledat, impotència, anhel, alleugeriment...

Símptomes en el cos
Buit a l'estómac, opressió al pit, falta d'aire, opressió a la gola, dificultat per empassar/parlar, hipersensibilitat al soroll o expressions externes, despersonalització («vaig carrer avall i res sembla real, ni tan sols jo»), debilitat, fatiga muscular, cansament, falta d'energia, sequedat de boca, molèsties gàstriques...

Pensaments i cognicions
Incredulitat, confusió, preocupació, sentit de presència, al·lucinacions...

Conductes i relacions
Trastorns del son, trastorns alimentaris, conducta distreta, aïllament social, somiar amb el mort, evitar recordatoris del mort, buscar i cridar el difunt en veu alta, sospirar, hiperactivitat desassossegada, plor...

1.4. Tipologia de dols

Com dèiem al començament, el dol és una resposta natural d'adaptació que segueix qualsevol tipus de pèrdua. Si bé la seva correcta elaboració permet a la persona tornar als nivells previs de funcionament, aquest treball de resolució pot complicar-se o aturar-se per circumstàncies diverses, causant un sensible efecte/defecte en el recorregut vital de la persona que el pateix. Aquestes situacions s'han anomenat *dol anormal*, *complicat*, *traumàtic* o *patològic*. És a dir, el procés de dol evolucionarà naturalment, sia cap a la superació o cap a l'aparició de complicacions psiquiàtriques i físiques que requeriran la intervenció professional. Així, psicològicament l'elaboració inadequada del dol dóna lloc a alguna forma del que anomenarem **dol complicat** (DC) **o patològic**. Com dèiem anteriorment, s'estima que només entre un 10% i un 20% de les persones en dol presenta complicacions en l'elaboració d'aquest (Middleton et al. 1996; Jacobs et al.1993, citats per Shear et al. 2005). Tanmateix, no hi ha un consens establert en la literatura ni en la comunitat científica respecte dels anomenats dols complicats i patològics.

Definir el que és el DC és una tasca difícil i, quan es fa, es duu a terme de manera genèrica, sense claredat respecte al procés normal. A més, la resposta de cada individu a la pèrdua serà diferent, a causa d'una àmplia sèrie de factors (característiques de l'aferrament a la persona, de la mort; variables de personalitat, història prèvia de la persona en dol, disponibilitat de suport social i familiar, crisis concurrents...). Conseqüentment, pot ser adaptativa per algunes persones però per altres, no. Això dificulta el reconeixement del DC.

El DC no es pot definir simplement com una entitat, sinó que també es poden determinar altres canvis clínics amb què pot compartir trets i amb els quals de vegades se solapa o coexisteix, com ara el trastorn per estrès posttraumàtic, la depressió, el trastorn d'ansietat generalitzada... Per exemple, com dèiem al començament, Jacobs i Kim (1990) van trobar que el 94% de les persones amb DC complien criteris de depressió, mentre que el 82%, d'ansietat generalitzada.

Així doncs, les propostes terminològiques són molt variades.

Destaquem la proposta feta per Prigerson (1995) i Prigerson i Jacobs (2001). Aquests autors, a través de l'anàlisi del treball de camp, avaluen la necessitat d'elaborar criteris estandarditzats per al diagnòstic de dol complicat. Per això van comparar les característiques del DC (entès com una única síndrome amb característiques diferenciades d'ansietat i depressió en dol) amb les definitòries d'un trastorn mental del DSM-IV-TR. Van concloure que es complien la majoria de criteris inclosos en una entitat diferencial reconeguda. Aquests autors, com veurem posteriorment, van elaborar una entrevista clínica i un instrument d'avaluació i diagnòstic. A continuació es presenten aquests **criteris refinats de dol complicat** (Prigerson, Jacobs 2001).

Criteri A. Estrès per la separació afectiva que comporta la mort: presentar, cada dia o en grau acusat tres dels quatre símptomes següents: 1. pensaments intrusos sobre el mort (que entren en la ment sense control); 2. enyorança del difunt (recordar-ne l'absència amb enorme i profunda tristesa); 3. cerca del mort sabent que és mort; 4. sentiments de soledat com a resultat de la mort.

Criteri B. Estrès pel trauma psíquic que suposa la mort: presentar, cada dia o en grau acusat, i com a conseqüència de la mort, quatre dels vuit símptomes següents: 1. falta de metes o tenir la sensació que tot és inútil respecte al futur; 2. sensació subjectiva de fredor, indiferència o absència de resposta emocional; 3. dificultat d'acceptar la realitat de la mort (no acabar de creure-s'ho...); 4. sentir que la vida és buida o que no té sentit; 5. sentir que s'ha mort una part de si mateix; 6. assumir símptomes o conductes perjudicials del mort o relacionades amb ell; 7. excessiva irritabilitat, amargor o enuig en relació amb el mort; 8. tenir alterada la manera de veure i interpretar el món (per exemple, haver perdut la sensació de seguretat, control, confiança...).

Criteri C. Cronologia: la durada del trastorn és almenys de sis mesos.

Criteri D. Deteriorament: el trastorn causa un important deteriorament de la vida social, laboral o altres activitats significatives de la persona en dol.

Des del nostre punt de vista, les manifestacions individuals i col·lectives de pèrdua i dol es troben altament representades en la vida social i cultural, en les nostres relacions socials

i en el nostre llenguatge. L'expressió d'aquestes experiències es contextualitza en cada cultura d'una manera determinada. Hi trobarem la resposta normativa respecte d'allò que es considera dol, com s'ha de viure i expressar. En el treball de Rojas (2005) podem trobar molts exemples de diferències culturals en rituals fúnebres, segons el lloc geogràfic del planeta i el moment històric.

1.5. Factors de risc

S'han identificat diferents variables que ens poden ajudar a predir la possibilitat que el procés de recuperació sigui més difícil del que seria sense la presència d'aquests factors (Montedeoya 2007), per la qual cosa poden donar lloc a un dol complicat. Alguns d'aquests factors fan referència a:

a) **Característiques de la mort:** sobtada i no anticipada, per malaltia extremadament llarga; circumstàncies traumàtiques (violència, desfiguració...), no sincronitzada amb el cicle vital (nen, persona jove); dols desautoritzats; morts simultànies/múltiples.

b) **Factors relacionats amb la persona:** estratègies no adaptatives d'afrontament (alcohol, ansiolítics); perill de mort de la persona sota la pròpia responsabilitat; relació prèvia amb el difunt molt ambivalent; crisis concurrents; pèrdues no resoltes.

c) **Característiques contextuals:** falta de suport percebut en la resposta de la xarxa social o familiar.

1.6. Contextualització històrica i teòrica

El dol és un procés dolorós d'adaptació a una situació de pèrdua i una reconstrucció d'aquells aspectes que la pèrdua ha posat en qüestió. És un conjunt de manifestacions externes, culturals i socials i antropològiques que contribueixen a la reacomodació social i psicosocial després de la pèrdua o la reglamenten (Tizón 2004).

Des de les cultures més antigues com l'egípcia fins a l'actualitat, s'ha anat estudiant la mort i el seu afrontament. En una breu revisió històrica, els primers estudis sobre el dol parteixen de les aportacions psicoanalítiques, que posteriorment han estat influïdes per l'antropologia, l'etnologia i la psicologia evolutiva i cognitiva en diverses orientacions. En l'aproximació contemporània al procés de dol, un dels principals pilars és la teoria de l'aferrament de Bowlby. Per aquest autor (Bowlby 1993), l'estat de seguretat, ansietat o angoixa d'un nen o adult està determinat en gran mesura per l'accessibilitat i capacitat de resposta de la seva principal figura d'afecte, per la qual cosa durant el treball de dol s'intenta recuperar la persona perduda. Una altra figura destacada en aquest camp és Elisabeth Kübler-Ross (1989), la qual, a partir del seu treball amb malalts terminals,

va establir cinc fases en el dol per la pròpia mort: negació, depressió, còlera, reajustament i acceptació. Posteriorment, Worden (1997) desenvolupa el seu model dinàmic del procés de dol des d'una perspectiva més cognitivista, basada en la idea de dol com a treball. Per Worden, l'elaboració del dol suposa la realització de quatre tasques específiques: a) acceptar la realitat de la pèrdua, b) treballar les emocions i el dolor de la pèrdua, c) adaptar-se a un medi en el qual el mort està absent, i d) recol·locar emocionalment el mort i seguir vivint. Des d'un model psicosocial, Neymeyer (2002) va plantejar una crítica del biaix individualista de les teories tradicionals, les quals entenien l'elaboració del dol com un procés privat, aïllat de tot context relacional. Aquest autor va partir del fet que «diem adéu» en un context cultural, personal i interpersonal i espiritual concret, i cada un d'aquests contextos influeix en el procés de dol d'una manera determinada.

Com diu Neymeyer (2002), la gran majoria d'investigacions respecte del procés de dol basades en etapes o fases no ha aconseguit aportar evidències de validesa i fiabilitat. Cal esmentar les aportacions recents de Maciejewski et al. (2007), els quals han elaborat un examen empíric de la teoria de les fases del dol aportant una demostració en què, en circumstàncies de mort per causes naturals: a) es produeix una seqüència de fases corresponents a la incredulitat, l'anhel, l'enyorança, la depressió i l'acceptació, i b) les principals manifestacions d'indicadors de dol són l'acceptació i l'enyorança.

Partim, però, de la consideració que, en el procés, aquestes fases no són patrons universals o fixos de resposta, sinó que es caracteritzen per una variabilitat personal i contextual, amb una resposta, seqüència o durada diferenciada d'una persona a una altra. En paraules de Neymeyer (2002, 28): «s'han d'entendre com l'esbós d'una sèrie de patrons generals (no universals) de resposta, que constitueixen un teló de fons per a la presentació d'una sèrie de comentaris més detallats centrats en els significats que cada individu aporta al seu procés d'elaboració del dol.»

Com a resum, tot seguit reproduïm la breu revisió feta per García Hernández (2007, 10) respecte de les principals crítiques de les teories tradicionals:

a) Consideren la mort i la pèrdua com una realitat objectiva.
b) Suposen que hi ha etapes o tasques universals en la recuperació.
c) Atorguen als desvalguts un paper passiu.
d) Són prescriptives; patologitzen la pena «anormal».
e) Es concentren en les reaccions emocionals excloent els significats i les accions.
f) Emfatitzen la tornada eficaç al funcionament normal.
g) Veuen l'aflicció com una experiència privada de l'individu aïllat.

Altres propostes interessants es poden trobar als treballs de Botella i Herrero (2001), Botella et al. (1997), Espinàs (2007), Espinàs et al. (2007) els quals, a partir de les crítiques

de les teories tradicionals desenvolupen una proposta constructivista-narrativa amb noves aportacions que intenten suplir les deficiències/limitacions esmentades en aquest document, basant les aportacions en el procés de reconstrucció de significat davant la pèrdua.

2. Dol i tercera edat

2.1. Les pèrdues a la tercera edat

En cada etapa del cicle vital ens enfrontem a diferents pèrdues i guanys. Alguns són part dels canvis propis de cada etapa del cicle vital, per exemple, la pèrdua de la joventut o l'emancipació; altres són obvis, com ara la separació o la mort. Unes pèrdues són físiques, com la incapacitat, la malaltia o la pèrdua de la llar a causa d'un incendi; altres són psicològiques, com la pèrdua de l'esperança o els somnis.

Les persones grans s'enfronten a múltiples pèrdues. Per molts la primera pèrdua significativa a l'edat adulta arriba amb la jubilació, que pot significar deixar de ser productiu per a aquesta societat i passar a ser una persona mantinguda. Deixar de treballar, especialment pels homes, suposa sovint la pèrdua d'una part de la seva identitat; «són el que fan», la qual cosa pot anar acompanyada d'una disminució de l'autoestima i les competències. Però la gent gran no sofreix sols la pèrdua de la feina o dels éssers estimats (germans, veïns, amics, parella...), sinó que el deteriorament constant de la salut física (vista, oïda, gust, tacte, equilibri...), la pèrdua de memòria o agilitat mental, solen dur associades també la pèrdua d'habilitats, autonomia, independència, seguretat... Si l'individu ha de deixar casa seva per ingressar en una residència també perd llibertat i intimitat. Totes les activitats que fa es concentren en un lloc i viu condicionat per uns horaris que imposen els altres per a la majoria.

Així doncs, trobem que a partir de la jubilació, en molts casos, la persona adulta ha d'enfrontar-se a múltiples dols que ha d'anar elaborant per poder adaptant-se a la nova situació. El principal problema és que moltes d'aquestes pèrdues no tenen un reconeixement social o no causen en la persona una consciència pròpia de pèrdua (Poch, Herrero. 2003). Per tant, no reben el suport sociofamiliar o els recursos necessaris, i molts cops aquesta persona fa el comentari: «és cosa de l'edat», resignant-se a viure millor, almenys emocionalment.

Entre totes les pèrdues destacarem la mort dels éssers estimats i especialment de la parella, ja que és un dels esdeveniments més estressants al qual s'enfronta una persona. La mort del marit o muller a la tercera edat no rep la consideració social que realment es mereix. La persona gran, quan s'enfronta a la mort de la parella, també s'enfronta

a tota una sèrie de canvis en l'estil de vida. A la tercera edat la rutina diària és més rígida i sol ser útil per l'adaptació dels canvis propis de l'edat. Sol ser un element que dóna seguretat. Però quan mor la parella, el que sobreviu es veu obligat a refer la seva vida, les rutines, el temps lliure, tot el que compartia amb el seu company o companya. A més de l'impacte emocional, d'una banda, el vidu o la vídua gran s'enfronta a canvis d'estatus social, independència econòmica, mobilitat i oportunitats d'interacció social, i de l'altra, no oblida els problemes cr ònics de salut, com l'artritis, les malalties cardíaques, la hipertensió, etc. (Handsson et. al 1993).

Les principals dificultats amb què es troben aquestes persones són (Lund et. al. 1993):

1. Aprendre a fer totes aquelles tasques que acostumava a fer el difunt; en el cas dels homes, les feines de la casa (cuinar, planxar, fer net...) i en el cas de les dones, tasques de reparació de les coses de la casa o el maneig de temes economicoadministratius. Una vegada aconsegueixen desenvolupar aquestes tasques, es produeix un augment de l'autoestima i la satisfacció amb si mateixos.

2. Atendre les seves necessitats per damunt de la pressió sociofamiliar, especialment quan és tracta de la presa de determinades decisions. Adaptar-se a viure sense l'ésser estimat i alhora fer-ho d'acord amb les expectatives dels fills, germans, veïns, amics o fins i tot el mateix difunt.

3. De totes les situacions a les quals s'ha d'enfrontar, la més significativa i la que més costa és el sentiment de soledat fruit de la pèrdua, sentiment que perdura fins i tot passats els dos primers anys del succés. Moltes persones refereixen aquest sentiment malgrat no estar sols i ser capaços d'omplir el dia amb activitats que els agraden, la cura dels altres, etc.

4. La mort de la persona amb la qual han compartit la vida en la vellesa també els enfronta a la proximitat de la seva pròpia mort. Els problemes de salut propis de l'edat accentuen la consciencia de la mort propera i incrementen l'ansietat que hi està associada. La persona gran es troba atrapada en el temps; el passat està ple de records, incloent-hi el de la mort, que activen sentiments durs, el futur ja no existeix i en el present, el dia a dia, hi ha massa hores que omplir (Chi Ho Chan, Chan 2011). Aquells que són capaços de connectar el passat amb el present també seran capaços de donar significat a la mort de la parella i créixer a través d'aquesta experiència.

El dol a la tercera edat no es diferencia gaire del dol en altres edats. Per tant, té el mateix impacte. Igualment, el procés de recuperació no és específic de l'edat. L'ancià respon bé al suport i la cura de les persones properes. Els estudis fets per Gallagher-Thompson et al.(1993) mostraren que, si bé dins els dos primers mesos després de la mort el 30% de les persones

en dol experimentaven una depressió moderada o greu respecte del grup control (no-dol), aquesta diferència disminuïa fins al 18% al cap de 30 mesos de la mort. En aquests dos primers mesos també s'observà un empitjorament de l'estat de salut, en què augmentava l'aparició de noves malalties i l'ús de medicaments. Si bé aquestes diferències en l'estat de salut, depressió i distrès milloraren amb el pas del temps, no succeí el mateix amb la simptomatologia del dol. La persona gran, al cap de 30 mesos de la mort, puntuava més alt que una persona jove en dol; no plorava més però sí que allargava el dol en el temps.

En diferents estudis sobre els factors associats als resultats del dol, s'assenyalen els següents (Gallagher-Thompson et al. 1993):

1. Nivell inicial de depressió (avaluat mitjançant l'inventari de depressió de Beck): aquells subjectes que els dos primers mesos després de la pèrdua presentaven uns nivells moderats en l'inventari de depressió de Beck, també manifestaven puntuacions elevades en altres indicadors de distrès. El més destacat i significatiu és el fet que aquests subjectes tenien més dificultats per adaptar-se a la pèrdua. A més a més, hi havia una correlació entre aquestes dades i la manera com es produí la mort. Així, enfront d'una mort valorada com a no natural les puntuacions en depressió eren més elevades.

2. Estratègies d'afrontament i adaptació al dol: com esperàvem, l'expressió de la tristesa, la recerca de significat de la mort o reflexionar sobre els records del passat són estratègies que, si bé al principi del dol són un element facilitador, a mesura passa el temps perden utilitat.

3. Suport social: la influència és moderada. A vegades els familiars i amics no estan a l'alçada de les circumstàncies per la persona gran i això els genera més frustració i ràbia que alleujament.

Els índex de recuperació són molts elevats malgrat que ells mateixos valorin la mort de la parella com el succés que els ha provocat més estrès, que l'estudi fet per Newson et al. (2011) determini que prop del 4,8% de les persones grans en dol desenvoluparan un dol complicat i que aquest percentatge augmenti fins al 7% entre els individus d'edats compreses entre els 75 i 85 anys. Sembla que en aquesta resolució exitosa del dol hi tenen un paper important l'autoestima positiva, el suport social i la capacitat d'iniciativa. Els dos primers mesos són els pitjors i semblen marcar l'evolució que farà el dol. Després les pujades i baixades són normals. Algunes persones expressen que el dol mai acaba i que simplement hi aprenen a viure. Altres, més actives, troben la manera d'anar tirant amb els alts i baixos (Lund et al. 1993).

Seguint amb els estudis fets per Lund et al. (1993) quant als predictors d'adaptació al dol, les característiques sociodemogràfiques, com ara l'edat, el gènere, el nivell educatiu o el

fet de ser religiós o no, no semblen tenir una influència determinant en la resolució del dol. Pel que fa a l'edat, que és el factor que més ens interessa, no sembla predir una millor adaptació a la mort.

Els millors predictors en la realització del dol són:

1. El pas del temps, sempre que aquest s'utilitzi de manera activa. La pèrdua de la parella en l'edat adulta requereix una àmplia gamma d'adaptacions a un entorn social radicalment diferent i a un estil de vida també diferent. El dol implica afrontar situacions difícils i requereix temps, temps per identificar el que està succeint en les emocions i el pensament, identificar les necessitats del moment, desenvolupar les estratègies per fer-hi front i anar aconseguint èxits en l'adaptació.

2. Quant al temps, un altre factor és el moment en què s'inicia el dol. Demorar l'inici del procés de dol, així com presentar dificultats durant el primer mes són indicadors d'un mal ajustament, d'emocions negatives intenses i d'afrontament pobre. En definitiva, els primers èxits o fracassos en les tasques del dol en marcaran el desenvolupament.

3. Tenir una bona comunicació amb els altres; ser una persona expressiva i que a més a més compta amb una bona xarxa sociofamiliar amb la qual té llibertat per expressar el que sent.

4. Autoestima positiva i competència personal. Aquelles persones que tenen una bona autoestima estan més motivades per anar assolint les diferents tasques del dol i desenvolupar noves habilitats per anar-se adaptant a la nova vida. Se senten insatisfetes amb un afrontament pobre de la situació. Al contrari, aquelles persones que tenen una baixa autoestima i una mala percepció de les seves capacitats es deprimiran amb més facilitat i freqüència i desistiran en l'adaptació al dol. Tenir un bon desenvolupament social, interpersonal, instrumental i ser capaços d'identificar les habilitats que els manquen afavorirà un dol sa.

Aquests dos punts són els principals predictors del resultat en l'elaboració del dol en les persones grans. L'autoestima positiva i la competència personal estan altament relacionades entre si. Així, les persones amb una autoestima positiva també tenen un bon nivell de competència social, interpersonal i instrumental, els principals predictors del resultat en l'elaboració del dol en les persones grans. De cara a l'acompanyament, el fet de potenciar l'aprenentatge de noves habilitats tindrà un efecte directe sobre l'autoestima i afectarà la pròpia imatge, l'èxit en la resolució de les diferents situacions que aniran trobant i la motivació per continuar endavant.

2.2. Dol en persones amb deteriorament cognitiu moderat i greu

Sovint es presenta la situació en la qual la persona amb demència és la que sofreix la pèrdua significativa (cuidador o cuidadora, parella, fill o filla...). En aquests casos es produeix l'anomenat *dol desautoritzat* (Payàs 2010) atès que es considera que les persones amb demència (també es dóna amb discapacitats) no disposen de recursos per afrontar la pèrdua i, per tant, informar-los-en es considera innecessari o inclús perjudicial per la seva situació, ja inicialment complicada. En aquest context esdevé habitual no comunicar la pèrdua al malalt. Contràriament a aquesta concepció sobreprotectora, considerem que la persona amb deteriorament cognitiu té igualment la necessitat de ser acompanyada i de rebre suport en el seu dolor. La desautorització de la vivència del dol pot comportar dols emmascarats amb efectes físics i psicològics, molts cops finalment atribuïts al mateix procés de demència o d'institucionalització.

Davant d'aquest fet, l'equip sanitari té una doble funció (Pascual, Santamaría 2009): acollir i donar suport a la família i ajudar-la a acompanyar el malalt en el procés de dol de manera adaptativa i facilitadora.

La persona amb demència sol presentar símptomes depressius, com a fruit del detriment de la seva qualitat de vida, augment de les necessitats d'ajuda dels altres i disminució de les habilitats funcionals. La pèrdua de memòria és un dels símptomes clau. Les dificultats per reconèixer objectes i les persones estimades i les dificultats en el llenguatge (tant d'expressió com de comprensió) són algunes de les característiques pròpies de la persona gran amb demència.

El dol és un procés complex que requereix un ajustament psicològic i és un factor de risc per la depressió i l'ansietat. Com hem vist abans, la mort de la parella és un desafiament per les persones grans atesos els canvis que hi estan associats, canvis d'estatus social, dels hàbits del dia a dia, de la seguretat econòmica, etc. S'han fet molt pocs treballs sobre dol i demència.

La persona amb demència sembla experimentar el mateix procés de dol que la persona sense demència. La diferencia és la manca d'habilitats cognitives o del llenguatge per expressar de manera comprensible els sentiments. En tot cas, dependrà de l'estadi en el qual es trobi la persona, de l'acompanyament de la persona cuidadora, així com de la facilitació de recursos institucionals o assistencials. Pot ser que la persona es trobi en una fase inicial de la malaltia, en què tingui dificultats per recordar successos importants a curt termini, o bé que revisqui l'impacte de la notícia de la mort de l'ésser estimat cada cop que se li doni la notícia i, fins i tot, pot ser que no tingui una resposta emocional significativa. En les etapes avançades és difícil que entengui la mort en si mateixa; constructes com la permanència de la mort es consideren part de les funcions cognitives superiors que estan

afectades, però, tot i aquest fet, la persona gran pot tenir la necessitat de plorar la pèrdua del difunt, especialment si aquest era el cuidador principal.

El 2006 Lewis i Trzinski proposen dos tipus d'intervenció destinades a persones amb demència. D'una banda, l'*spaced retrieval* (SR) (espai de recuperació) té com a objectiu ajudar la persona amb demència a recordar que la persona estimada ha mort. De l'altra, el *group buddies* (joc terapèutic) els pot ajudar a enfrontar-se als sentiments associats amb la mort i a comprendre el procés de la mort.

La tècnica SR, que fou desenvolupada per Landauer i Bjork als anys setanta, i posteriorment modificada per Camp als anys vuitanta, estava destinada a persones amb nivells lleus i moderats de la demència de tipus Alzheimer. L'objectiu de l'SR és facilitar l'aprenentatge i el record de nova informació. Es tracta de presentar al malalt la informació que ha de retenir. A continuació se li demana la informació donada. Si respon correctament se li dóna un reforç positiu, normalment en forma verbal. Si no, se li torna a presentar la informació i se li repeteix el test. El procediment es repetirà tants cops com sigui necessari. Quan dóna la resposta correcta, aquesta va seguida d'un petit espai de temps ocupat amb altres activitats o converses que no inclouen informació relacionada amb el difunt (en aquest cas). Després de cada resposta correcta, els espais entre exercicis és van ampliant. En l'SR es treballa emprant la memòria implícita, que és la que més perdura; la persona no pot recordar realment allò après, però sí com fer-ho. Tot aquest procediment es fa més fàcil per la persona gran amb demència si es presenta dins un context social quotidià (per exemple, el dinar). Recordar el fet que una persona estimada és morta ajudarà a no experimentar el dolor com si fos la primera vegada que se li dóna la notícia.

El *group buddies* és una tècnica fonamentada en el joc. En diferents estudis s'ha demostrat l'efectivitat i la utilitat dels jocs terapèutics dissenyats originàriament per a nins i aplicats als adults. La persona gran, de la mateixa manera que el nen, mitjançant el joc, pot expressar de manera creativa sentiments, emocions, pensaments… El joc li dóna llibertat d'expressió i alhora l'enfronta a si mateix. Basada en els treballs desenvolupats per Frey l'any 1993, la teràpia de joc té beneficis socials, millora la comunicació i afavoreix el creixement emocional i intel·lectual.

Trzinski i Higgins, l'any 2001, desenvoluparen un projecte pilot amb el joc terapèutic i es va fer necessari un *group buddies* (es donava a cada participant un peluix o nina) per al desenvolupament de les activitats. La tècnica del company de grup és fonamenta en el principi d'autonomia definit per Erikson com un sentit d'independència o voluntat. La persona gran amb demència i dol pot sentir més d'un cop que perd el control. El company de grup proporcionarà a la persona gran diferents opcions individualitzades per manejar aquests sentiments, consolant-lo i tranquil·litzant-lo en els moments difícils.

Trzinski i Higgins aplicaren la tècnica del company de joc en una llar d'avis amb deteriorament cognitiu. La tècnica, com ja hem explicat, fomenta la socialització dels residents, facilita la discussió i l'exploració de sentiments. En el treball es demostra que aquesta és una bona tècnica per ajudar aquelles persones amb una demència moderada a processar el dolor i facilitar l'expressió. A cada participant se li entrega un animal de peluix o nines en forma de nadons. Cada un es fa responsable del seu company, al qual li posa un nom, el presenta al seu grup d'amics i el pot portar per tot. El company de joc, facilita l'expressió mitjançant l'expressió no verbal, de manera que li augmenta el sentit de control, i promou l'acció, calmant-lo a través de carícies i el tacte.

Com els mateixos autors suggereixen, el tractament del dol en persones amb demència encara no s'ha estudiat. Els resultats presentats per aquestes dues tècniques són positius en la canalització d'emocions i el reconeixement del succés, però són resultats limitats a dos grups pilot, amb una mostra petita de participants.

2.3. El procés de dol en familiars i cuidadors de persones amb demència

Quan la persona gran presenta deteriorament cognitiu o malaltia crònica, sovint els familiars desenvolupen l'anomenat **dol anticipat**. Aquest procés fa referència al dol que s'expressa per avançat quan una pèrdua (mort) es percep com a inevitable i acaba quan es produeix la pèrdua, amb independència de les reaccions posteriors (Associació de Familiars de Malalts d'Alzheimer i Altres Demències Senils —AFATE—).

Durant el dol anticipat, els familiars experimenten progressivament la pèrdua de la persona estimada, connectant amb les experiències emocionals, cognitives i socials que comporta, les quals, fins i tot, a vegades són més intenses que en el dol posterior.

Durant la fase inicial o lleu, el familiar ha d'adaptar-se a un nova situació i adoptar un nou rol (cuidador) i una nova relació amb la persona malalta. En estadis moderats, la percepció de la pèrdua es caracteritza per un deteriorament de les capacitats de la persona malalta, la qual cosa provoca una manca de reciprocitat en la relació a causa del deteriorament cognitiu i funcional i d'altres factors disruptius de la relació, com ara els símptomes cognitius i conductuals (alteracions de l'humor, de la personalitat...). En la demència avançada (fase greu de la malaltia) s'aguditzen els efectes psicològics de la pèrdua relacional. Durant aquesta fase apareix la consciència de pèrdua, consciència que suposarà la part més dolorosa del procés de dol (Pascual, Santamaría 2009).

Davant el dol anticipat descrit, podem establir diferents factors de risc que ens ajudaran a prevenir possibles complicacions (Pascual, Santamaría 2009):

a) Sobrecàrrega per les característiques i continuïtat de les cures requerides per la persona malalta.
b) Ambivalència afectiva entre el vincle de lleialtat a la persona malalta i la percepció de les pròpies necessitats vitals i relacionals.
c) La culpa generada pels processos, com ara el del punt *b*.
d) Falta de recursos i suport social o familiar.
e) Situacions de negació de la pèrdua.

Com a professionals de la salut, hem de considerar que el dol és un procés que cal **cuidar i facilitar** amb la finalitat d'evitar situacions de risc que dificultin l'adaptació a la pèrdua. També cal tenir en compte que el dol continuarà posteriorment a la mort del familiar.

2.4. Acompanyament psicosocial en el procés de pèrdua i dol

Com podem acompanyar, cuidar i orientar la persona en dol? Partint del model de tasques de Worden (1997) introduït inicialment, podem definir algunes línies d'intervenció en estats previs i posteriors a la mort (Arranz et al. 2003, 113-116):

a) Prèviament a la mort de la persona

- promoure la conservació d'altres rols diferents al de persona cuidadora,
- promoure el paper actiu en l'atenció i el control de símptomes,
- facilitar que els diferents membres familiars se sentin partícips i útils mitjançant la repartició de tasques de cura,
- afavorir la ruptura de la conspiració de silenci,
- afavorir la ruptura de la incomunicació emocional,
- explorar pors i preveure l'organització d'aspectes pràctics,
- facilitar la resolució de qüestions pràctiques pendents (herències...),
- facilitar la resolució de qüestions emocionals pendents (demanar perdó, perdonar, expressar gratitud...),
- facilitar aquells rituals que ajudin els familiars a acomiadar-se.

b) Posteriorment a la mort de la persona

– Ajudar en la primera tasca: acceptar la realitat de la pèrdua

- Detectar si hi ha una conducta de recerca i normalitzar els símptomes, incloent-hi les al·lucinacions.
- Detectar els primers símptomes de dol emmascarat, p. ex. presència dels mateixos símptomes del mort, fent-ne una interpretació normalitzadora i respectuosa.
- Correlacionar la tristesa amb la consciència de la pèrdua.
- Parlar sobre quan es va produir la mort, qui en va informar, explorar si va veure el mort després de la mort o al tanatori, si va assistir a l'enterrament, la incineració, el funeral i el que li va suposar. Parlar ajuda a acceptar la realitat.

- Demanar que expliqui la seva història de relació, de la figura del mort, el que va fer, el que va suposar per als altres. Facilita la introspecció i la consciència de la ruptura final.
- Parlar en passat quan fem referència al mort.
- Explorar què s'ha fet amb les pertinences del mort (fotos, records, elements de l'habitació) ens permet avançar resistències i pors.
- Preguntar si visita el cementiri o el lloc en què es van escampar les cendres i el significat de les visites o la fantasia de fer-les en cas que no s'hagin produït.
- Ajudar en la segona tasca: treballar les emocions i el dolor de la pèrdua
- Permetre l'expressió de les emocions, donar-hi suport i validar-la.
- Tenir en compte tant el llenguatge verbal com el no verbal, sobretot si hi ha dissonància.
- Davant dels fets que relata, suggerir que expressi els sentiments que els acompanyen.
- Ajudar a posar nom als sentiments i que es doni permís per sentir.
- Convidar a l'expressió d'emocions en el medi habitual del sofrent.
- Explorar la xarxa de suport informal (familiar-social) capaç d'acollir emocions intenses.
- Suggerir alternatives a l'expressió oral de les emocions: cartes, diaris, etc.

– Ajudar en la tercera tasca: ajudar a adaptar-se al medi sense la persona estimada
- Diferenciar si les dificultats estan relacionades amb els rols instrumentals o amb vincles socials.
- Explicitar accions de controlabilitat que ja exerceix en la seva vida.
- En el cas d'haver d'exercir rols que abans feia el mort, suggerir entrenament previ per prevenir la sensació de fracàs.
- Confrontar des de l'empatia.
- Reforçar la presa de decisions independent i el valor de fer-ho.
- Suggerir evitar accions que suposin canvis molt radicals al cap de poc temps de la mort.
- Utilitzar estratègies de solució de problemes.

– Ajudar en la quarta tasca: facilitar la descol·locació emocional de la persona morta i continuar vivint
- Insistir que l'objectiu no és oblidar la persona. Es tracta de reestructurar el tipus de vincle i la manera de relacionar-s'hi.
- Afrontar el pensament de deshonra de la memòria del difunt, si s'hi vincula afectivament.
- Invitar la persona a reconèixer el dret a donar-se permís per gaudir i per estimar. Recordar el dret de ser feliç.
- Aclarir que l'objectiu no és reemplaçar l'irreemplaçable. De vegades, serà útil evitar la decisió d'iniciar ràpidament una nova relació, ja que entorpeix una resolució adequada del dol.
- Ajudar a explicitar nous fins, significats, perspectives de futur.

3. Conclusions

Al llarg d'aquest capítol, hem estat revisant nocions conceptuals i diferents aportacions fetes des de diferents perspectives teòriques. En l'atenció assistencial al pacient en dol, ens trobem amb reptes encara per assolir. D'una banda, la manca de criteris i instruments adequats, adaptats a la població espanyola, que ens permetin determinar quan una persona està tenint un dol considerat dins dels límits establerts com a normal, o un dol complicat i patològic. De l'altra, la manca de recursos clínics i psicosocials necessaris per cobrir les necessitats d'aquesta població.

La població de gent gran, l'anomenada tercera edat, és un dels grups oblidats en gran part dels treballs elaborats sobre el dol. Una persona gran, com hem vist, s'enfronta al dol igual que una persona jove, però amb una sèrie de dificultats afegides que són fruit del moment vital en què es troba. A partir de certa edat les pèrdues són cada cop més freqüents, no només les dels éssers estimats, sinó també d'altres tipus, com ara la pèrdua de la llar quan es traslladen a una residència, la pèrdua de la salut, d'agilitat mental, etc. Així, en la vellesa, quan és produeix la pèrdua de la parella, a més a més d'enfrontar-se al dolor per la mort també s'enfronta a tota una sèrie de canvis en l'estil de vida, que en alguns casos poden donar lloc a dols complicats o de risc. Si bé, com hem vist, el dol en la vellesa no està gaire estudiat, encara calen més investigacions sobre el dol de les persones que tenen demència. Segons els primers estudis esmentats al llarg del capítol, la persona amb demència sent la mort de l'ésser estimat, especialment quan es tracta del cuidador principal, però a causa de la pèrdua de les funcions cognitives té dificultats per expressar els sentiments que li provoca i recordar el fet. Són interessants els resultats obtinguts en el tractament del dol en persones amb demència de l'estudi pilot de Lewis i Trzinski (2006). Aquests adaptaren dues tècniques que ja existien, el *group buddies* i l'*spaced retrieval*, que ajudaren persones amb demència a superar les dificultats abans esmentades.

Partint de la introducció conceptual i contextual presentada, convidem a l'ampliació de la informació i a l'elaboració d'estudis que permetin valorar tant factors de pronòstic com estratègies d'intervenció que permetin millorar l'atenció al dol en la vellesa.

4. Referències bibliogràfiques

American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals. DSM-IV-TR.* Barcelona: Masson.

Botella, L.; Herrero, O.; Pacheco, M. (1997). *Una aproximación constructivista al análisis narrativo del duelo*. FPCEE Blanquerna.

Botella, L.; Herrero, O. (2001). *La pérdida y el duelo desde una visión constructivista narrativa.* FPCEE Blanquerna. Universitat Ramon Llull.

Bowlby, J. (1993). *La pèrdua afectiva. Tristesa i depressió.* Barcelona: Paidós Ibérica.

Chi Ho Chan, W.; Chan, C. L. C. (2001). «Acceptance of spousal death: the factor of time in bereaved older adult's search for meaning». *Death Studies*, 35: 147-162.

Espinàs, L. (2007). «Como elaborar pérdidas y duelos». A: Lázaro, M.; Torres, I. *La salud mental i la dona*. Palma de Mallorca: CIMEBAL.

Espinàs, L.; Vidal, M.; Carrió, M.; Truyols, M.; Rosselló, J. (2007). «Atención psicológica en el contexto de la pérdida: la experiencia de un grupo de duelo». VIII Jornadas de Apego y Salud Mental. *Actualizaciones en pérdidas y duelos*. Salt, Girona.

García-García, J. A.; Landa, V.; Trigueros, M. C.; Gaminde, I. (2001). «Inventario de experiencias en duelo (IED): adaptación al castellano, fiabilidad y validez». *Atención Primaria.* Vol. 27 (12): 86-93.

García-García, J. A.; Landa, V. (2001). «¿Es posible medir el duelo?: adaptación al castellano y validación del inventario de experiencias en duelo (IED) y del inventario Texas revisado del duelo (ITRD)». *Psiquiatria.com.* Vol. 5 (1).

García, A. M. (2007). «El duelo: una breve revisión». Apunts docents.

Gallagher-Thompson, D.: Futterman, A.; Farberow, N.; Thompson, L. W.; Peterson, J. (1993). «The impact of spousal bereavement on older widows and widowers». A: Stroebe, M. S.; Stroebe, W.; Hansson, R. O. (ed.). *Handbook of bereavement. Theory, research and intervention*. Cambridge University Press, 227-240.

Gamo, E. [et al.] (2000). «Problemática clínica del duelo en salud mental». A: *Psiquiatria Pública*. Vol. 12(3), 209-218.

Handsson, R. O.; Remondet, J. H.; Galusha, M. (1993). «Old age and widowhood: issues of personal control and independence». A: Stroebe, M. S.; Stroebe, W.; Hansson, R. O. (ed.). *Handbook of bereavement. Theory, research and intervention*. Cambridge University Press, 367-381.

Institut d'Estadística de les Illes Balears. <http://ibestat.caib.es/ibestat/page>.

Jacobs, S.; Kim, K. (1990). «Psychiatric complications of bereavement». *Psychiatric Annals*, 20 (6): 314-317.

Landa, V.; García-García, J. A. (2004). «Dol». *Guies Clíniques,* 4 (40). <http://fisterra.com/guias2/dolo.asp> [Consulta: 10 d'octubre de 2007].

Lewis, M. M.; Trzinski, A. L. (2006). «Counselling older adults with dementia who are dealing with death: innovative interventions for practitioners». *Death Studies*, 30: 777-787.

Lund, D. A.; Caserta, M. S.; Dimond, M. F. (1993). «The course of spousal bereavement in later life». A: Stroebe, M. S.; Stroebe, W.; Hansson, R. O. (ed.). *Handbook of bereavement. Theory, research and intervention*. Cambridge University Press, 240-255.

Maciejewski, P.; Zhang, M. S.; Block, S.; Prigerson, H. (2007). «An empirical examination of the stage theory of grief». *The Journal of the American Medical Association*, vol. 297 (7): 716-723.

Middleton, W.; Burnett, P.; Rapale, B.; Martinek, N. (1996). «The bereavement response: a cluster analysis». *British Journal of Psychiatry,* 169: 167-171.

Montedeoya, X. (2007). «Factors de risc de dol complicat». <http://www.montedeoya.homestead.com/riesgos.html> [Consulta: 10 d'octubre de 2007].

Newson, R. S.; Boelen, P. A.; Hek, K.; Hofman, A. I.; Tiemeier, H. (2011). «The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults». *Journal of Affective Disorders,* 132: 231-238.

Neymeyer, R. A. (2002). *Aprendre de la pèrdua. Una guia per afrontar el dol.* Barcelona: Paidós Ibérica.

Neymeyer, R. A; Hogan, N. S. (2001). «Quantitative or qualitative? Measurement issues in the study of grief». A: Stroebe, M. S. [et al.] (ed.) *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care.* American Psychological Association. Washington, 89-118.
Pascual, A. M.; Santamaría, J. L. (2009). «Proceso de duelo en familiares y cuidadores». *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 44 (S2): 48-54.

Payás, A. (2005). «Intervenció terapèutica en processos de pèrdua». Apunts docents.

Payàs, A. (2010). *Las tareas del duelo*. Barcelona: Planeta.

Parkes, C. M. (1998). «Coping with loss: bereavement in adult life». *BMJ*. 316: 856-9.

Prigerson, H. G. (1995). «Inventory of complicated grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss». *Psychiatry Research,* 59: 65-79.

Prigerson, H. G.; Jacobs, S. (2001). «Traumatic grief as a distinct disorder: a rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test». A: Stroebe, M. S. [et al.] (ed.) *Handbook of bereavement research: consequences, coping and care*. American Psychological Association. Washington, 613-645.

Poch, C.; Herrero, O. (2003). *La muerte y el duelo en el contexto educativo. Reflexiones, testimonios y actividades*. Barcelona: Paidós.

Rojas, S. (2005). *El maneig del dol. Una proposta per a un nou començament.* Barcelona: Granica.

Shear, K.; Frank, E.; Houck, P.; Reynolds, C. (2005). «Treatment of complicated grief. A randomized controlled trial». *The Journal of the American Medical Association,* 1 de juny. Vol. 293 (21).

Tizón, J. L. (2004). *Pèrdua, pena, dol. Vivències, investigació i assistència.* Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer.

Worden, J. W. (1997). *El tractament del dol: assessorament psicològic i teràpia.* Barcelona: Paidós Ibérica.

Autores

MARIA ISABEL VIDAL PÉREZ

Llicenciada en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears. Experta professional en Gerontologia per la Universitat Espanyola a Distància (UNED) i especialista en processos de pèrdua i dol.
Ha treballat en el camp de la gerontologia desenvolupant tasques tant d'atenció a la gent gran com de formació de professionals d'aquesta àrea.
Actualment treballa al Servei d'Acompanyament en el Dol (Palma de Mallorca). Exerceix fent tasques de docència en diferents centres (Universitat de les Illes Balears, IMFOF, etc.) en el camp del dol i les pèrdues. A més a més, participa en els mitjans de comunicació autonòmics contribuint a la difusió social del dol. Col·labora en treballs d'investigació i publicacions vinculats amb el tema de dol i les pèrdues.

LAURA ESPINÀS OLVERA

Doctora en Psicologia per la Universitat de Girona. Ha fet un Màster en Psicooncologia a la Universitat Complutense de Madrid i és especialista en processos de pèrdua i dol.
Actualment treballa en l'Equip d'Atenció Psicosocial de l'Hospital Sant Joan de Déu (Palma) desenvolupant el programa Atenció integral a persones amb malalties avançades i familiars.
Ha treballat en el camp de la psicooncologia i ha coordinat el Servei d'Acompanyament en el Dol (Palma). Ha fet tasques de docència universitària i professional en el camp de la psicooncologia, cures pal·liatives i dol. Ha participat en treballs d'investigació i publicacions en l'àrea de la psicologia social i de la salut en l'àmbit nacional i internacional.

EL TEMPS DEDICAT A LA CURA I ELS SEUS EFECTES EN LA VIDA QUOTIDIANA DELS QUI CONVIUEN AMB PERSONES GRANS DEPENDENTS

El temps dedicat a la cura i els seus efectes en la vida quotidiana dels qui conviuen amb persones grans dependents

Lluís Ballester Brage
Carmen Orte Socias
Lydia Sánchez Prieto

Resum

Aquest article tracta sobre el temps de cura i els seus efectes en la vida quotidiana dels qui conviuen amb persones grans dependents a la seva llar. Mitjançant informació procedent de l'Enquesta INE d'Ocupació del Temps 2010-2011, així com d'altres fonts, es comprova que es mantenen encara intenses desigualtats en el repartiment de les responsabilitats de cura. Els resultats demostren que les cuidadores dediquen significativament més temps a tasques domèstiques i tenen menys temps lliure que la resta de persones de la seva llar, amb tot el que a ixò representa per a elles.

Resumen

Este artículo trata sobre el tiempo de cuidado y sus efectos en la vida cotidiana de quienes conviven con personas mayores dependientes en su hogar. A través de información procedente de la Encuesta INE de Empleo del Tiempo 2010-2011, así como de otras fuentes, se comprueba cómo aún se mantienen intensas desigualdades en el reparto de las responsabilidades de cuidado. Los resultados demuestran que las cuidadoras dedican significativamente más tiempo a tareas domésticas y tienen menos tiempo libre que el resto de personas de su hogar, con lo que ello representa para ellas.

1. Introducció

L'atenció no remunerada a persones dependents s'ha reconegut els darrers vint anys com una activitat fonamental des del punt de vista econòmic i social (Durán 2002) i ha generat investigacions dins l'àmbit estatal i internacional. Des que va començar el procés de revalorització de l'atenció, de la cura d'altres persones (Bazo 1998; Hunter, McPerson 1993), des dels anys vuitanta del segle passat, en aquesta àrea d'investigació han coincidit diverses disciplines (psicologia, economia, pedagogia, sociologia) i perspectives (assistencialistes, de política).

Pel que fa a Espanya, i d'acord amb l'*Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia* (INE 2008), la cura, l'atenció familiar cobreix al 93% de les persones dependents més grans de seixanta-quatre anys que viuen en llars, mentre que l'atenció dels professionals privats arriba al 14% i els serveis públics, només al 7% (Rogero-García 2010).[1] Atesa la gran intensitat que sol requerir la cura, la majoria dels estudis en aquest camp han abordat els seus efectes negatius sobre els cuidadors familiars.

[1] Els percentatges no sumen 100% per la concurrència de diversos sistemes de provisió d'ajuda per cobrir les 24 hores d'atenció, necessàries en bastants casos.

No obstant això, recentment ha emergit amb força un corrent que posa en valor el procés de cura i reflexiona sobre els seus aspectes positius (IMSERSO 2005; Lorenzo 2007).

A pesar dels avenços en aquest camp, encara queda molt per conèixer sobre la dimensió quantitativa de la cura i, especialment, sobre els seus efectes en la vida quotidiana dels cuidadors (Crespo, López 2007).[2] Generalment, la cura s'ha mesurat mitjançant el temps dedicat pels cuidadors i el temps requerit o rebut per les persones dependents. Ambdós indicadors són complementaris. En l'ús del temps, es reflecteixen els llaços socials, les desigualtats socioeconòmiques, les interdependències personals i els recursos amb els quals es fa front a les necessitats i preferències. El temps dedicat a l'àmbit domèstic sempre s'ha tractat com a secundari o, quan no és així, s'ha considerat de difícil mesurament (Pedrero 2008; Red2Red 2008).

El temps és tan variat com les activitats que realitzen els individus. L'estudi de l'ús del temps d'individus i grups constitueix un acostament precís a les seves limitacions i opcions vitals. En aquest sentit, l'ús del temps no ha estat suficientment estudiat en relació amb la qualitat de vida i el benestar, qüestions que avui constitueixen una interessant àrea d'estudi (Prieto-Flores [et al.] 2008).

L'objectiu d'aquest article és respondre les preguntes següents: quines són les dimensions del suport informal? Com són aquestes persones que porten la seva atenció? Com es distribueix el temps d'atenció en les llars amb persones dependents? En què consisteix aquest temps d'atenció, què fan els cuidadors informals? El plantejament és similar al desenvolupat per altres investigadors de l'Estat (Rogero-García 2010).

2. Mètode

La majoria de la informació procedeix de l'Enquesta d'Ocupació del Temps 2010 de l'Institut Nacional d'Estadística (INE 2012).[3] La informació disponible a l'EET-2010 s'ha complementat amb la informació de l'IMSERSO del *Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia* (dades de juliol de 2012) (IMSERSO 2012).

Mostra. La mostra estatal és de 9.541 llars. Al nostre estudi, només treballarem amb la mostra per a les Illes Balears, la qual consta de 394 llars, 1.020 persones i 146.880 registres d'activitat. En el cas de les Balears, es tracta d'una mostra de llars amb un nivell de confiança de 95,45% i un marge d'error d'un 5%.

[2] La investigació internacional sobre el temps de cura (i sobre ús del temps, en general) es caracteritza per una gran varietat metodològica i per la dificultat de comparar diferents països i regions. Captar l'ús del temps és una empresa difícil i, si es pretén fer-ho de manera precisa, requereix una gran quantitat de recursos.
[3] Des d'ara: EET-2010.

El tipus de mostratge és el mostratge en dues etapes estratificat. Les unitats de primera etapa són les seccions i les de segona, els habitatges familiars principals. S'enquesten les llars que tenen la residència habitual en aquests habitatges per mitjà del qüestionari de la llar. El marc utilitzat per a la selecció de la mostra és el Registre de població a 31 de desembre del 2009. Per a les unitats de segona etapa s'ha utilitzat un marc de llista compost dels habitatges familiars principals inclosos en cada una de les seccions seleccionades en la primera etapa.

La població objecte d'investigació és la del conjunt de llars privades que resideixen en habitatges familiars principals i el conjunt de persones, membres de la llar, d'aquestes llars.[4] Encara que les persones de totes les edats formen part de la mostra inicial, se n'exclouen els menors d'edat. Totes les 1.020 persones majors d'edat enquestades a les Illes Balears han emplenat el diari d'activitats i el qüestionari individual.

Per a l'anàlisi de les activitats dels cuidadors informals, s'han considerat els presents a l'EET-2010, a la qual s'identifiquen 89 cuidadors presents a les enquestes de les Illes Balears que detallen les seves activitats, dels quals 21 (23,6%) són homes i 68 (76,4%), dones. El criteri per a la selecció de cuidadors és la realització d'almenys trenta minuts diaris d'atenció a una persona dependent a la seva llar. Pel que fa als 89 identificats, tots i totes superen aquesta dedicació amb mitjanes de 4,15 hores diàries a diverses tasques d'atenció i altres tasques complementàries.

El registre d'activitat cobreix tots els dies d'una setmana estàndard, de dilluns a diumenge. Tots els participants omplien els seus registres diaris amb la mateixa pauta de registre, de tal manera que hi ha unes 144 activitats per persona, de les quals nosaltres hem seleccionat les més relacionades amb l'activitat de cura dels altres i de la llar, unes 113,4 de mitjana per persona. La codificació de les activitats segueix l'acord europeu d'harmonització, a partir de les llistes proporcionades, en el nostre cas, per l'INE. Les dimensions dels arxius diferenciats i la seva complexitat ha retardat la disponibilitat dels bancs de dades de l'enquesta fins al mes de març de 2012.[5]

Instrument de recollida de dades. L'EET-2010 consta de qüestionari de llar, de qüestionari per a individus i utilitza el diari d'activitats, considerat com la metodologia amb més validesa i fiabilitat per a l'estudi de l'ús del temps (Eurostat 2008). La seva metodologia es basa en la de l'anterior Enquesta d'Ocupació del Temps, realitzada entre els anys 2002 i 2003, i en les noves directrius d'Enquestes Harmonitzades Europees d'Ocupació del Temps, de l'Oficina Estadística de la Unió Europea (Eurostat), elaborades per un grup de treball al llarg de 2007 i 2008 amb la finalitat de simplificar les directrius de l'any 2000 i millorar la comparabilitat entre els diversos països.

[4] S'exclouen les persones residents en llars col·lectives.
[5] Es pot consultar lliurement a: <http://www.ine.es/prodyser/micro_emptiem.htm>.

Procediment. Una vegada constituïts els arxius de l'ETT-2010 i l'arxiu de dades de cuidadors d'IMSERSO, es va realitzar el tractament de dades. El plantejament de l'estudi és transversal, descriptiu, basat en arxiu d'enquesta i en fitxers de gestió (IMSERSO). El tractament de les dades s'ha realitzat amb el programa d'anàlisi estadística SPSS 20.

3. Resultats

L'estudi de les dimensions de l'atenció personal, de la cura a persones dependents de manera temporal (malalts) o crònica, és molt difícil de realitzar. Per una part, no hi ha registres obligatoris sobre aquest tipus de relació; per altra part, no es poden considerar com a cuidadors totes les persones que podrien ser actives i apareixen com a inactives dedicades a la llar.

Una aproximació, limitada i molt circumscrita, a les persones que han entrat en el sistema d'atenció a la dependència, és la que ofereix l'IMSERSO (2012) a partir de les estadístiques del *Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*. Pel que fa a les Illes Balears, reconeix, al *Conveni especial de cuidadors no professionals de persones en situació de dependència*, amb dades a 1 de juliol de 2012, que hi ha 1.245 persones dedicades a aquestes tasques. El 92,47% són dones i el 7,53%, homes, de manera que es confirma la feminització d'aquesta tasca social. El 44,07% són més joves de cinquanta anys, el 33,47% tenen entre cinquanta i seixanta anys i el 22,45% són persones de seixanta o més anys.

Si es considera que el nombre de beneficiaris, que reben concretament prestacions per «cuidadors familiars» de dependència, és de 7.077 persones (IMSERSO 2012: quadre 2.7); es pot observar que hi ha un reconeixement limitat de les atencions informals que ofereixen els cuidadors. Altres estimacions es poden fer a partir de l'EET-2010, ampliant bastant les dades de l'IMSERSO. A l'EET-2010 per a les Illes Balears s'estima que a un 7,6% de les llars hi ha adults dependents, sense considerar les persones institucionalitzades. L'estimació, segons el nombre net de llars de les Illes Balears,[6] és de 28.986 llars amb dependents. Si un 28,05% d'aquestes llars és probable que tinguin una persona dependent en grau III (nivell I o II),[7] això significa que, en una hipòtesi molt restrictiva, en 6.412 llars hi ha o una persona contractada o altres persones (familiars o no) que realitzen tasques de suport.

Al tractament realitzat sobre l'EET-2010 es varen considerar cuidadores les persones de la mateixa llar que varen dedicar almenys trenta minuts al dia a ajudes a adults membres de la llar; també s'inclouen relacions de suport amb altres familiars amb els quals no hi ha

[6] No es consideren les llars que no són familiars (grups de coneguts) i es depuren les persones institucionalitzades (residències i altres serveis).
[7] Aplicant els resultats de la sèrie de dades del *Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia* (IMSERSO 2012).

convivència a la mateixa llar. Segons les dades EET-2010, s'estima que hi ha 8.009 persones dedicades a realitzar aquestes atencions de manera regular.[8] És a dir, la forquilla de les estimacions permet afirmar que entre 6.400 i 8.000 persones es dediquen regularment a aportar atencions a altres persones dependents.

L'estructura per edat i sexe s'ha identificat abans, però l'IMSERSO no aporta dades sobre l'estructura de les llars amb persones dependents, a les quals hi ha cuidadors no professionals. Pel que fa a l'EET, l'estructura identificada, considerant 89 cuidadors presents a les enquestes de les Illes Balears enquestats directament, és la següent (taula 1):

Taula 1 | *Tipus de llars*

	Llars sense dependents	Llars amb dependents i cuidadors informals
Llar unipersonal	19,00%	10,00%
Parella sola	26,40%	36,70%
Parella amb fills	42,60%	26,70%
Altres tipus de llars[9]	12,10%	26,70%
TOTAL	100,10%	100,10%

Com es pot observar al quadre 1, l'estructura de les llars amb persones dependents i cuidadors és diferent de les altres llars. Dominen les parelles soles, sense altres persones convivint a la llar. En aquests casos, el suport el dóna un membre de la parella a l'altre, freqüentment amb el suport de terceres persones que no hi conviuen, siguin familiars o no. Per a l'estudi de les activitats que realitzen els cuidadors, aquí només s'han considerat els que mantenen vincles familiars.

En la mostra considerada,[10] l'anàlisi específica dels cònjuges permet observar que el 26,6% dels cònjuges homes (4 de 15) no cuiden les seves dones dependents, percentatge que es redueix al 10,7% entre les dones cònjuges (3 de 28). Aquests cuidadors no professionals ja s'ha dit que són majoritàriament dones i més grans de cinquanta anys. Pel que fa a la seva relació amb l'activitat, les dades també mostren un perfil característic (taula 2):

[8] La mateixa enquesta ofereix els coeficients per fer les estimacions dels paràmetres poblacionals a partir dels resultats de l'enquesta aplicats a les mostres de llars, individus i activitats.

[9] S'inclouen llars com una persona gran i un fill, dues persones grans i altres persones sense relació familiar, una part dels membres amb vincles familiars i altres persones sense vincle, etc. Probablement s'inclouen aquí les situacions en les quals hi ha convivència amb una persona que dóna suport no professional a canvi d'altres beneficis (llar, alimentació, etc.).

[10] És cert que es tracta d'una mostra una mica reduïda per a aquest tipus d'anàlisi. Només ho aportam com a indicador d'una tendència que es manté entre els cuidadors informals.

Taula 2 | *Relació amb l'activitat dels cuidadors informals*

Ocupat/ada	5,97%
Aturat/ada	8,96%
Estudiant	6,72%
Jubilat/ada, prejubilat/ada	17,16%
Cobrant una pensió d'incapacitat o invalidesa	7,84%
Cobrant una pensió de viduïtat	13,81%
Tasques de la llar	33,96%
Altres situacions d'inactivitat	5,60%
TOTAL	100,00%

La irregularitat de la seva situació domina sobre les altres relacions amb l'activitat; encara hi ha una molt elevada presència de persones que exclusivament es dediquen a les tasques de la llar (33,96% del total de cuidadors), sense cap altra identificació de la seva situació, ni com a pensionistes ni com a aturats. També és molt important el percentatge de cuidadors grans que ja estan jubilats o cobren pensions de viduïtat (30,97%). La presencia, com a cuidadors, de persones vinculades al mercat de treball (ocupats o aturats) és relativament baixa (un 14,93%).

Pel que fa a les activitats que realitzen els cuidadors informals, s'ha identificat un ampli conjunt d'activitats, a partir del repertori d'activitats que ocupen el dia. El criteri essencial per definir l'activitat principal és l'acció pròpiament dominant, el que fa la persona en un moment donat. Aquest criteri necessita ser matisat. Per a una anàlisi sense confusions d'aquesta variable, interessa recollir només una acció en un moment donat, però en determinats moments es realitzen de manera simultània diverses accions (per exemple, escoltar la ràdio i estar pendent d'una persona gran dependent). A causa d'aquests matisos s'ha convingut a definir l'activitat principal com l'acció principal realitzada per cada una de les 1.020 persones que aporten informació. Pel que fa a les dades d'activitats d'aquest article, es consideren 89 cuidadors presents a les enquestes de les Illes Balears, dels quals 21 (23,6%) són homes i 68 (76,4%) són dones (taula 3). En quasi tots els casos podem parlar en femení, perquè dominen les dones amb una proporció superior a tres dones per cada home.

Com es pot observar, els resultats per sexe són clarament diferents, però en cada bloc d'activitats els resultats són diferents. Pel que fa a l'atenció a dependents membres de la llar i altres llars (cures físiques i altres ajudes), representa un 8,91% de totes les activitats registrades i hi ha una representació més gran dels homes de la que s'esperaria. Els homes representen un 23,6% de la mostra de cuidadors, però en aquest bloc realitzen el 37,15% de les 899 activitats identificades.

Taula 3 | *Activitat principal dels cuidadors per a altres persones segons sexe del cuidador*

	Home	Dona	Total	%	%
Cures físiques d'adults dependents membres de la llar[11]	42	75	117	1,16%	8,91%
Altres ajudes a adults dependents membres de la llar[12]	26	27	53	0,53%	
Ajuda a adults d'altres llars	191	268	459	4,55%	
Altres ajudes informals	75	195	270	2,67%	
Preparació de menjars i conservació d'aliments	775	2.261	3.036	30,07%	66,32%
Fregar la vaixella	197	940	1.137	11,26%	
Neteja de l'habitatge	411	1.527	1.938	19,20%	
Tasques diverses d'organització	200	250	450	4,46%	
Altres manteniments de la llar	36	98	134	1,33%	
Bugada	58	408	466	4,62%	9,51%
Planxa	19	218	237	2,35%	
Confecció de roba	0	244	244	2,42%	
Altres activitats de confecció i cura de roba	0	13	13	0,13%	
Serveis personals	61	205	266	2,63%	3,37%
Compres i serveis	0	6	6	0,06%	
Gestions de la llar	23	45	68	0,67%	
Trajectes deguts a altres activitats de llar i família	87	39	126	1,25%	11,90%
Trajectes deguts a compres i serveis	317	665	982	9,73%	
Trajectes deguts a ajudes a adults membres de la llar	70	23	93	0,92%	
TOTAL	2.588	7.507	10.095	100,00%	

El segon bloc, centrat en el manteniment de la llar, està relativament equilibrat. El conjunt de les activitats representa el 66,32% de totes les activitats. Les dones representen un 76,4% de la mostra de cuidadors i en aquest bloc realitzen el 75,82% de les 6.695 activitats identificades.

El tercer bloc, centrat en el manteniment de la roba, està clarament feminitzat. El conjunt de les activitats, amb 980, representa el 9,51% de totes les activitats. Si les dones representen un 76,4% de la mostra, en aquest bloc realitzen el 91,98% de les activitats identificades.

[11] L'INE (2012, «Metodología»: 95) defineix aquestes activitats com a: «Cuidados físicos administrados a una persona adulta dependiente: darles de comer, lavarlos, vestirlos y prepararlos para la cama».
[12] «Ayudas a personas adultas del hogar, no incluidas en las dos categorías anteriores. Ayudas a un adulto enfermo temporalmente (accidente menor, operación menor, enfermedades comunes...). Corte de pelo, masajes; ayuda psíquica, información y asesoramiento; acompañarlos al médico, visitarlos en un hospital». (INE 2012, «Metodología»: 95).

En el bloc sobre serveis, compres i gestions, també s'observa un cert equilibri (75,29% fetes per dones) però, en el darrer bloc d'activitat, sobre trajectes fora de la llar, hi ha una representativitat més gran dels homes (38,47% fetes per homes i 60,53% fetes per dones).

Taula 4 | *Activitat principal dels cuidadors per a altres persones segons edat del cuidador*

Valors absoluts	Fins a 44 anys	45 a 59	60 a 74	75 a 99	Total
Atenció a dependents membres de la llar i altres llars	144	221	420	114	**9**
Manteniment de la llar	2.312	2.077	1.524	782	**6.695**
Confecció i cura de la roba	235	318	220	187	**960**
Serveis personals, compres i gestions	122	83	85	50	**340**
Trajectes diversos	475	350	299	77	**1.201**
TOTAL	3.288	3.049	2.548	1.210	**10.095**

Percentatges per fila	Fins a 44 anys	45 a 59	60 a 74	75 a 99	Total
Atenció a dependents membres de la llar i altres llars	16,02%	24,58%	46,72%	12,68%	**100,00%**
Manteniment de la llar	34,53%	31,02%	22,76%	11,68%	**100,00%**
Confecció i cura de la roba	24,48%	33,13%	22,92%	19,48%	**100,00%**
Serveis personals, compres i gestions	35,88%	24,41%	25,00%	14,71%	**100,00%**
Trajectes diversos	39,55%	29,14%	24,90%	6,41%	**100,00%**
TOTAL	32,57%	30,20%	25,24%	11,99%	**100,00%**

Els cuidadors identificats a l'EET-2010 no mantenen la distribució per edats que identifica l'IMSERSO als seus registres sobre dependència. La mostra considera llars amb configuracions diverses, a les quals es troben cuidadors informals de diverses edats. El 32,58% són més joves de quaranta-cinc anys; el 30,34% es troben entre els quaranta-cinc i els cinquanta-nou anys; el 24,72% tenen entre seixanta i setanta-quatre anys i, sorprenentment, hi ha un 12,36% de setanta-cinc o més anys que fan de cuidadors informals. Com es pot observar, uns percentatges molt similars conformen la distribució del nombre d'activitats per grups d'edat; cal recordar que tots seguien la mateixa pauta de registre d'activitats.

Les activitats pròpies dels més joves són les relacionades amb els trajectes exteriors a la llar, amb un 39,55% del total d'aquestes activitats. També estan sobrerepresentades per a aquest grup d'edat, per activitats de compra i gestió. Pel que fa a les activitats que es realitzen cara a cara amb la persona dependent, les d'atenció directa, el grup d'edat que les realitza de manera proporcionalment més rellevant és el de les persones entre seixanta i setanta-quatre anys. La disponibilitat de temps, la relació personal i altres factors poden influir en aquesta situació.

Tota acció es pot entendre dintre d'un context o es pot dir que es completa amb les circumstàncies que l'envolten, és a dir, una mateixa acció pot realitzar-se en llocs distints (fer una cura a la pròpia casa o anar al centre de salut; donar el menjar a casa de la persona dependent o a casa d'un familiar); de tal manera que l'acció, en si mateixa, no expressa tota la informació que l'explica. Per aquest motiu, s'ha analitzat el context en el qual es realitza l'activitat (taula 5).

Taula 5 | *Activitat principal dels cuidadors per a altres persones segons el lloc on es realitza l'activitat*

Valors absoluts	Casa	Segon habitatge	Altres llocs	Total
Atenció a dependents membres de la llar i altres llars	269	0	630	899
Manteniment de la llar	6.362	184	149	6.695
Confecció i cura de la roba	947	4	9	960
Serveis personals, compres i gestions	43	0	297	340
Trajectes diversos	0	0	1.201	1.201
TOTAL	7.621	188	2.286	10.095

Percentatges per fila	Casa	Segon habitatge	Altres llocs	Total
Atenció a dependents membres de la llar i altres llars	29,92%	0,00%	70,08%	100,00%
Manteniment de la llar	95,03%	2,75%	2,23%	100,00%
Confecció i cura de la roba	98,65%	0,42%	0,94%	100,00%
Serveis personals, compres i gestions	12,65%	0,00%	87,35%	100,00%
Trajectes diversos	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
TOTAL	75,49%	1,86%	22,64%	100,00%

Dels diversos contexts en els quals es desenvolupen les tasques dels cuidadors informals, s'han considerat els principals àmbits: la casa de la persona dependent (75,49% de totes les activitats); els segons habitatges, que inclouen els habitatges de vacances i les cases de foravila (1,86% de totes les activitats) i, finalment, tot un conjunt d'altres contexts que inclouen cases d'altres familiars i altres persones, centres de salut, centres comercials, etc. (22,6% de totes les activitats).

Hi ha activitats que lògicament es realitzen fora dels domicilis, com són els trajectes i tot tipus de desplaçaments exteriors. Les compres i altres gestions (pagaments, gestions bancàries, gestió de receptes, etc.) també es realitzen majoritàriament fora del domicili. Els dos blocs d'activitats, realitzats majoritàriament per les dones, el manteniment de la llar i la cura de la roba, es realitzen en el propi domicili, dins la llar de la persona dependent.

Els percentatges són pràcticament inversos que els dels altres dos blocs d'activitats considerats abans i que realitzen de manera important els homes.

4. Discussió

La distribució de l'atenció personal informal en les llars no és, ni de bon tros, equitativa: com és sabut, cuiden més les dones que no tenen ocupació (o la tenen reduïda) i a partir, majoritàriament, de cinquanta anys (IMSERSO 2005), encara que amb la crisi iniciada el 2008 ja s'observen alguns canvis en aquest sentit, amb més presència dels homes i persones una mica més joves entre els cuidadors informals.

Sembla que les dones tenen més probabilitats de cuidar una altra persona com a conseqüència d'una decisió familiar (distribució de rols) o per manca d'alternatives (cost no assumible de residències o de l'ajuda a domicili necessària), mentre que els homes solen fer de cuidadors més perquè no hi ha altres familiars en el seu entorn que puguin ocupar-se'n (Torns 2008). En els dos casos, homes i dones, veiem que, a més proximitat en la relació de parentiu i menys severitat de la dependència, més probabilitat d'assumir la cura per iniciativa pròpia.

Les dades sobre la presència d'homes cuidadors de les seves dones dependents i de dones cuidadores dels seus homes dependents confirmen aquestes apreciacions. Aquests resultats confirmen que els homes ocupen, en molts casos, papers secundaris en la cura de les seves dones (Jiménez-Martín, Vilaplana 2008), a causa de la seva més avançada edat; es pot dir que també té una gran importància la seva preparació més baixa per afrontar el rol de cuidador (per atribucions de gènere durant la seva experiència vital) i que reben més suport d'altres familiars i de cuidadores pagades que les dones en la mateixa situació.

En aquest aspecte, habitualment la cura informal no s'assumeix en un context de llibertat, perquè, freqüentment, existeix algun tipus de coerció o el cuidador es troba amb la necessitat d'aportar ajuda sense poder comptar amb suport extern. Com és evident, en els casos en què la cura no és lliurement elegida, la frustració i l'estrès dels cuidadors són més grans i la satisfacció amb l'activitat és sensiblement més baixa.

La cura informal en el context familiar es desenvolupa majoritàriament a diari, com es pot comprovar per l'important nombre d'hores i de tipus d'activitats realitzades. D'acord amb l'EET-2010, els cuidadors que conviuen en la llar de la persona depenent dediquen una mitjana de 4,15 hores diàries a diverses tasques d'atenció i a altres tasques complementàries: ajudes físiques directes, activitats instrumentals, com la neteja de la llar i la preparació d'aliments, activitats avançades de la vida diària, com el suport per a activitats de manteniment de la llar, acompanyament i les relacions familiars.

Ocupar-se d'una persona dependent implica, més enllà de les cures físiques directes, un considerable augment del treball no remunerat en la llar, el repartiment del qual entre les persones que poden realitzar-lo és fonamental per molts motius. El nombre de membres de la llar és, evidentment, clau en aquest repartiment de tasques: com més persones, més possibilitats de repartir-lo, però també més feina a realitzar. Malgrat que la proporció del treball no remunerat realitzat pel cuidador singular es redueix en llars amb més membres, el seu temps de dedicació és més gran amb cada membre afegit. En qualsevol cas, les llars amb dependents són de dimensions reduïdes, amb pocs membres i amb una presència molt destacada de les parelles que viuen soles (més de 3,6 de cada 10 llars).

En el cas que els homes facin de cuidadors, es curiós que la distribució de les activitats també afavoreix una diferenciació per sexe, que mostra que les marques de gènere encara són molt presents. Els homes cuidadors realitzen més tasques fora de la llar (compres, desplaçaments exteriors) i molt poques activitats de manteniment de la roba. Sembla que hi ha un procés de millora amb repartiments més equilibrats de les tasques de manteniment de la llar i de cures directes. L'elevada presència de parelles soles també ha forçat els homes a incorporar aquest repertori d'activitats a la seva pràctica quotidiana.

La divisió de responsabilitats en l'interior de les llars sembla clara: qui assumeix la cura també s'ocupa de la resta de les activitats domèstiques. Així, en moltes llars es produeix una especialització en activitats de mercat o de la llar. No obstant això, la teoria de l'especialització productiva no arriba a explicar per què, en les llars en què homes i dones no estan vinculats al mercat de treball (jubilats i pensionistes, per exemple), els primers dediquen molt menys temps a activitats domèstiques que les dones. Darrere d'aquestes diferències semblen amagar-se qüestions socials i culturals que poc o gens tenen a veure amb l'eficiència econòmica (Red2Red 2008). En qualsevol cas, s'ha començat a moderar aquesta diferència per sexe, sigui per les dimensions de les llars, per la crisi econòmica i la dificultat de comprar ajuda en el mercat, com hem dit, o sigui per una moderació de les marques de gènere.

Enfront d'aquesta situació, que només es podrà comprovar en els propers anys, s'observa una especialització productiva per edats, amb una presència reduïda de persones més joves de quaranta-cinc anys, clarament centrades en el mercat de treball.[10] A les llars en les quals hi ha persones d'aquestes edats, la seva presència, comparativament amb els de més edat, és significativament més baixa (χ^2=29,752 p=0,000). La justificació de l'orientació al mercat de treball és innecessària, sense cap dubte, en un context de manca d'ajuda als cuidadors informals i la pèrdua d'oportunitats que representen els retrocessos de la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència i a les famílies de 2006.

[10] Aquest resultat és coherent amb altres estudis que mostren que la mitjana d'edat, a Espanya, dels cuidadors informals se situa entre els 53 i els 59 anys, segons les mostres utilitzades (Crespo, López 2007: 19).

El repertori d'activitats, quan hi ha un dependent i una persona cuidadora a la llar, mostra una clara continuïtat entre les activitats directes de cura i les activitats de manteniment de la llar. La quantitat de temps dedicat a la cura i a activitats complementàries ofereix una visió parcial d'aquesta activitat, ja que no revela quan es desenvolupa ni si la prestació és continuada o es dóna en diferents moments del dia. L'atenció al dependent exigeix als cuidadors sincronitzar el seu propi temps amb les necessitats de la persona dependent, mitjançant una planificació temporal que harmonitzi els temps familiars i els de la resta d'ocupacions. Durant el dia, és més freqüent proveir cura entre les 8.30 i les 11.00 hores (una mica més tard els dissabtes i diumenges) i en les hores centrals de la tarda. Les primeres hores del matí constitueixen el moment en què les persones grans poden requerir suport per aixecar-se, vestir-se o arreglar-se i, probablement, les hores de la tarda estan més disponibles per als cuidadors, en veure's lliures de les seves obligacions laborals.

El fet d'estar a càrrec d'una persona en situació de dependència no incideix únicament en el temps dels cuidadors, sinó també en la configuració del seu espai quotidià. Els estudis en aquest camp han revelat que, freqüentment, la dependència obliga a transformar l'espai físic i les maneres de convivència en la llar, amb la finalitat de preparar-los per a l'ús intensiu que implica la cura (Durán 2005). Així mateix, és habitual que els cuidadors romanguin a la llar no solament per proporcionar cures físiques, sinó també per supervisar la persona dependent i actuar en cas necessari. A pesar dels avenços en monitoratge a distància mitjançant les noves tecnologies (teleassistència), moltes vegades les necessitats de les persones dependents són urgents i requereixen respostes immediates, atenció que difícilment es pot abordar sense una presència constant a la llar.

Els cuidadors, a les Balears, passen una mitjana de vint hores i vint-i-cinc minuts diaris a les seves llars, de manera que estan tres hores i trenta-cinc minuts fora de la llar, més de quatre hores menys que la resta de la població adulta (8,2 hores) (EET-2010). El temps a la llar dels qui cuiden persones amb dependència es relaciona amb la gravetat de l'afectació, com és evident, però la mostra no permet analitzar aquesta diferenciació.

La permanència a la llar també expressa la diferència en les condicions de cura de dones i homes: les primeres passen gairebé dues hores diàries més a la llar que els homes cuidadors. L'alta permanència a la llar és conseqüència de la realització d'una sèrie de les activitats que s'han descrit anteriorment (Quadre 3) i que varen ser definides per Montgomery [et al.] (1985) com a «tasques que confinen», que mantenen els qui les realitzen a les llars.

Moltes vegades, quan els cuidadors surten de la llar, ho fan per realitzar activitats associades amb l'atenció (gestions, compra d'aliments) i han de cercar algú que supervisi la persona dependent. Els cuidadors experimenten, d'aquesta manera, restriccions en la seva llibertat tant pel que fa a l'ús del temps com en l'espai quotidià que habiten. Aquesta situació té conseqüències psicològiques i socials que no hem pogut explorar i que, tal vegada, per la

importància de la cura informal i de la tasca realitzada per aquests cuidadors, haurien de ser analitzades en un estudi monogràfic (Rogero-García 2010).

Aquest treball només vol representar una primera anàlisi descriptiva, així com un recull dels principals resultats de l'EET-2010, pel que fa als cuidadors informals. És un primer pas que es fa des del grup GIFES per tal de mostrar les potencialitats analítiques de les noves fonts de dades estadístiques, però també les seves limitacions, per intentar fer conscients els responsables de les estadístiques oficials que cal comptar amb els investigadors per tal de millorar els instruments i de permetre que donin respostes cada vegada més centrades en les necessitats d'anàlisi.

Referències bibliogràfiques

Bazo, M. T. (1998): «Vejez dependiente, políticas y calidad de vida». *Papers*, 56, 143-161.

Crespo, M.; López, J. (2007): *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa «Cómo mantener su bienestar»*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

Durán, M. A. (dir.) (2005): *Informe sobre el impacto social de los enfermos dependientes por ictus. Informe ISEDIC, 2004*. Madrid: Merck Sharp; Dohme España.

Durán, M. A. (2002): *Los costes invisibles de la enfermedad*, 2a ed. Bilbao: Fundació BBVA.

Eurostat (2008): *Encuestas Armonizadas Europeas de Ocupación del Tiempo*. Accés informàtic: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/publications/collections/methodologies_working_papers>.

Hunter, D.; Macpherson, I. (1993): «Influencia de los cuidadores informales sobre la provisión de servicios y las decisiones de asignación». A: Jamieson, A.; Illsley, R. (ed.): *Comparación de políticas europeas de atención a las personas ancianas*. Barcelona: SG; Fundación de Caja de Madrid.

IMSERSO (2005): *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

IMSERSO (2012): *Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Es pot consultar a: <http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/estadisticas/index.htm>.

INE (2008): *Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.

INE (2012): *Encuesta de Empleo del Tiempo 2010*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Es pot consultar a: <http://www.ine.es/prodyser/micro_emptiem.htm>.

Jiménez-Martín, S.; Vilaplana, C. (2008): «Trade-off between formal and informal care in Spain». *Documentos de Trabajo FEDEA*, 22.

Lorenzo, L. (2007): «Envejecimiento de la población y apoyo familiar en la Unión Europea».

VIII Congreso de la Asociación de Demografía Histórica. Menorca, 31 maig-2 juny 2007.

Montgomery, R. J. V.; Gonyea, J. G.; Hooyman, N. R. (1985): «Caregiving and the experience of subjective and objective burden». *Family Relations*, 34, 19-26.

Pedrero, M. (2008): «Propuesta metodológica para medir y valorar el cuidado de la salud doméstico no remunerado». A: *AA. VV.*: *La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado*. Mèxic: Organización Panamericana de la Salud.

Prieto-Flores, M. E. [et al.] (2008): «Factores sociodemográficos y de salud en el bienestar emocional como dominio de calidad de vida de las personas mayores en la Comunidad de Madrid 2005». *Revista Española de Salud Pública*, 82, 3, 301-313.

Red2Red Consultores (2008): *Cuidados a personas dependientes prestados por mujeres: valoración económica*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Rogero-García, J. (2010): *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

Torns, T. (2008): «El trabajo y el cuidado: cuestiones teórico-metodológicas desde la perspectiva de género». *EMPIRIA: Revista de Metodología de Ciencias sociales*, 15, 53-73.

Autors

LLUÍS BALLESTER BRAGE

Doctor en Filosofia (UIB) i en Sociologia (UAB). Des de 1996 és professor de Mètodes d'Investigació Educativa a la Universitat de les Illes Balears (UIB). La seva experiència professional, com a coordinador d'un centre comarcal de serveis socials (1986-1990) i com a responsable de la Unitat de Planificació i Estudis de l'Àrea de Benestar Social del Consell de Mallorca (1990-96), així com les investigacions realitzades des de 1984, s'ha centrat en l'anàlisi de les necessitats socials i educatives (joves, persones grans i altres sectors), així com en els mètodes d'investigació: panells Delphi, històries de vida, anàlisi de dades qualitatives (amb NVIVO-QSR). El curs 2002-2003 va compatibilitzar la seva tasca com a docent i investigador a la UIB amb la direcció de l'Agència de Qualitat Universitària de les Illes Balears (AQUIB). Entre març de 2007 i juliol de 2011 va ser director de l'Institut de Ciències de l'Educació de la UIB.
El seu darrer llibre, publicat el 2012 amb el professor Antoni J. Colom, duu per títol: *Intervención sistémica en familias y organizaciones socioeducativas*.

CARMEN ORTE SOCIAS

Santander (Cantàbria). Llicenciada en Psicologia i doctora en Ciències de l'Educació.
Catedràtica d'universitat de Pedagogia de la Inadaptació Social del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. Està especialitzada en temes d'inadaptació social, en els quals desenvolupa la seva tasca docent i d'investigació des de l'any 1987.
Ha dirigit i dirigeix projectes de R+D i altres projectes de tipus educativosocial, sobre els quals ha realitzat diverses publicacions en l'àmbit nacional i internacional. Des de l'any 2003 és investigadora principal en diverses investigacions competitives sobre la prevenció del consum de drogues i l'educació per a la competència familiar del Ministeri de Ciència i Tecnologia. És consellera del Consell Econòmic i Social de les Illes Balears. És la directora de la Universitat Oberta per a Majors de la UIB i de l'Oficina per a Programes Universitaris de la UOM. És la directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal.

LYDIA SÁNCHEZ PRIETO

Cadis, 1984. Llicenciada en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears. Psicoterapeuta a l'Institut Clínic Manacor (Juaneda Manacor).Tècnica especialista de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal. Coordinadora i tutora presencial i en línia dels cursos d'actualització professional en aspectes bàsics de la legislació i valoració de la dependència. Coordinadora del Màster en Atenció a la Dependència i Gerontologia.

L'EVIF, 18 ANYS DONANT SUPORT A L'ENVELLIMENT

L'EVIF, 18 anys donant suport a l'envelliment

María Isabel Cuart Sintes
Roger Farré i Secall
Joana Ferragut Fiol
Joana Maria Fiol i Amengual
Catalina Garcia Garí
Maria de les Neus Homar Santaner
Margalida Pocoví Fernández

Resum

L'evidència que l'envelliment de la població s'incrementa és un fet que els darrers anys ha generat una quantitat de demandes i necessitats per part de la població de gent gran cada vegada més plural.

L'Equip de Vellesa i Família de la Secció de Foment de l'Autonomia per a Persones Majors del Consell de Mallorca fa divuit anys que ofereix, dins la comunitat, uns programes d'atenció psicosocial, de caire preventiu i de promoció personal al col·lectiu de persones grans i a les famílies que en tenen cura de gairebé tots els municipis de Mallorca.

El desplegament de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència consolida el treball preventiu que es duu a terme amb les persones grans i les seves famílies. En aquest sentit i tenint en compte les necessitats actuals d'aquest sector de la població, es genera un repte en la tasca preventiva i pel foment de la seva autonomia. S'obre un nou ventall de projectes d'intervenció i es prioritzen els diferents programes, equips professionals i recursos de prevenció i de suport psicosocial a la comunitat per respondre a les demandes i necessitats i evitar algunes situacions de risc que poden viure les persones grans.

En cadascuna d'aquestes intervencions la persona usuària és considerada de manera integral amb l'objectiu final d'aconseguir una millor qualitat de vida de la persona gran dignificant-ne la vellesa en tots els vessants (personal, familiar, funcional, social...).

Resumen

La evidencia de que el envejecimiento de la población se está incrementando es un hecho que en los últimos años ha generado una cantidad de demandas y necesidades por parte de la población mayor cada vez más plural.

El Equip de Vellesa i Família de la Secció de Foment de l'Autonomia per a Persones Majors del Consell de Mallorca hace dieciocho años que ha ofrecido, en la comunidad, unos programas de atención psicosocial, de tipo preventivo y de promoción personal al colectivo de personas mayores y a las familias que cuidan de ellas de casi todos los municipios de Mallorca.

El despliegue de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia consolida el trabajo preventivo que se realiza con las personas mayores y sus familias. En este sentido y

teniendo en cuenta las necesidades actuales de este sector de población, se genera un reto en la tarea preventiva y por el fomento de su autonomía. Se abre un nuevo abanico de proyectos de intervención y se priorizan los diferentes programas, equipos profesionales y recursos de prevención y de apoyo psicosocial a la comunidad para responder a las demandas y necesidades y evitar algunas situaciones de riesgo que pueden vivir las personas mayores.

En cada una de estas intervenciones la persona usuaria se considera de manera integral con el objetivo final de conseguir una mejor calidad de vida de la persona mayor dignificando en todas sus vertientes (personal, familiar, funcional, social...) su vejez.

1. Introducció

Començam aquest article descrivint breument les principals característiques sociodemogràfiques de la població que atenem. Seguidament comentarem els programes que ha dut a terme l'Equip de Vellesa i Família de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials del Consell de Mallorca, per donar suport a la població més gran de 60 anys.

Conèixer la realitat sociodemogràfica és important perquè ens permet fer una anàlisi de com envelleix la població de persones grans a la nostra illa i, així, podem adequar millor els nostres recursos i les nostres intervencions a aquesta realitat.

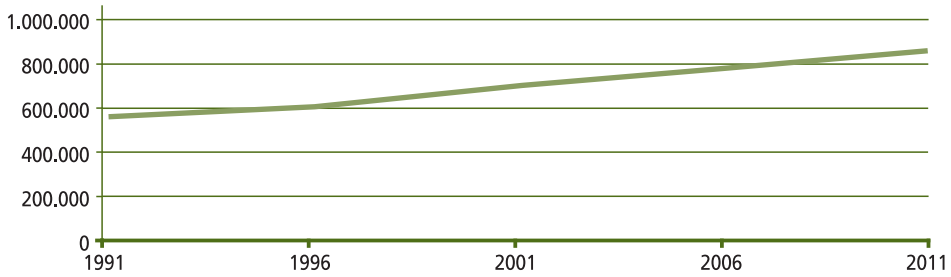
La població total de Mallorca ha experimentat un creixement important els darrers vint anys. L'increment ha estat del 53,72% a causa de l'efecte migratori però també i, de manera considerable, a causa de l'augment de l'esperança de vida i al consegüent creixement de la població més gran de 65 i 75 anys.

Taula 1 | *Evolució de la població de Mallorca, 1991-2011*

1991	1996	2001	2006	2011
568.187	609.150	702.122	790.763	873.414

La immigració —comunitària i sobretot extracomunitària— ha fet reduir tots els indicadors que tenen relació amb el total de la població o amb les franges d'edat anteriors a la jubilació. Ens adonam, però, que l'increment de la taxa de sobreenvelliment continua reflectint el nombre de gent gran de l'anomenada quarta edat. És a dir, el nombre de persones més grans de 75 anys també augmenta.

Gràfic 1 | *Evolució població de Mallorca 1991-2011*



Taula 2 | *Evolució de la població més gran de 75 anys a Mallorca, 1991-2011*

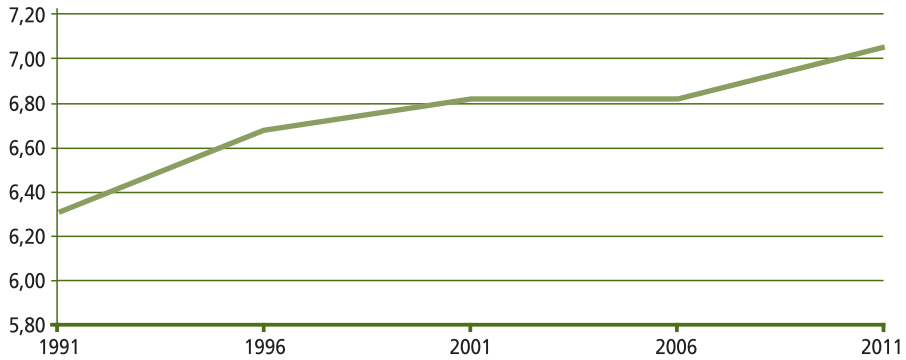
1991	1996	2001	2006	2011
35.775	40.657	47.904	53.865	61.592

De fet, la taxa de sobreenvelliment també presenta una evolució creixent però més reduïda del que podríem esperar per l'efecte immigratori de població jove.

Taula 3 | *Evolució de la taxa de sobreenvelliment a Mallorca, 1991-2011*

1991	1996	2001	2006	2011
6,30	6,67	6,82	6,81	7,05

Gràfic 2 | *Evolució taxa de sobreenvelliment. Mallorca 1991-2011*



Si observam els indicadors relatius, que no es calculen sobre el total de la població, observam que en els darrers sis anys, també experimenten una tendència creixent.

Taula 4 | *Índex d'envelliment, sobreenvelliment i dependència senil*

ANY 2011	2005	2011
Índex d'envelliment [(població de 65 anys i més / població de menys de 15 anys)*100]	93,88	95,57
Índex de sobreenvelliment [(població de 75 anys i més / població de 65 anys i més)*100]	47,45	48,06
Índex de dependència senil [(població 65 i més anys)/població 15-64 anys)*100] "	20	20,96

2. Trajectòria de l'Equip de Vellesa i Família

L'any 1994 el Consell Insular de Mallorca, a través del Servei d'Acció Social i Sanitat (SASS), va acordar dur a terme una reorganització dels serveis que fes possible incorporar al criteri d'intervenció territorial que ja estava establert (i que aplicava el programa Pobles que es desenvolupava d'ençà de 1988 a través dels centres comarcals d'acció social) un segon criteri que facilitàs una millor adaptació a la nova realitat, el criteri d'intervenció sectorial (infància, toxicomanies, gent gran...).

Així, es va crear l'Equip de Gent Gran amb la doble finalitat de millorar la qualitat de vida de les persones grans i els seus familiars als pobles de Mallorca i d'iniciar amb els professionals dels serveis socials d'atenció primària municipals una cooperació en el terreny de la intervenció psicosocial amb persones grans, la qual cosa no s'havia desenvolupat atès l'hegemonia de la intervenció assistencial (treball familiar o residencial) o sociocultural (associacions de tercera edat).

Nous reptes, com ara l'augment de l'esperança de vida, la professionalització de la intervenció amb persones grans, els nous jaciments d'ocupació, les intervencions en el sistema familiar, l'aparició de necessitats de suport psicosocial per atendre la dependència, les necessitats de formació i suport dels familiars cuidadors, etc., feren necessari reorganitzar l'Equip de Gent Gran que l'any 1996 passà a anomenar-se Equip de Vellesa i Família, no tant per un caprici a la moda sinó, com s'ha demostrat al llarg de tots aquests anys, com un canvi de la concepció teòrica i del model d'intervenció per a les persones grans a Mallorca.

D'aquesta manera, aconseguírem un espai tècnic que permetia incorporar-hi els principis centrals de la Declaració d'Alma-Ata de 1978 i de la Carta d'Ottawa per a la promoció de la salut de 1988 i, a més, procurava garantir diversos nivells d'intervenció en el territori,

tant de tipus familiar, com de grup i comunitària, compaginant-ho tot amb una especialització d'aquesta intervenció, fet molt necessari per mor de la diversificació progressiva de les necessitats socials i l'augment de la seva complexitat.

Es tractava, doncs, de posar en marxa un equip que, des de la prevenció comunitària, intervingués en el suport psicosocial de les persones grans i les seves famílies, tant abans com després de l'aparició de les disfuncions derivades del procés d'envelliment o de les causades pel fet de tenir cura de les persones grans dependents. Cal dir que tot es posava en marxa deu anys abans de la promulgació de la llei de la promoció de l'autonomia personal i d'atenció a la dependència.

2.1. Període 1994-1999

A continuació us assenyalam els diversos **estudis** de persones grans que l'Equip va elaborar durant aquest període juntament amb la col·laboració dels serveis socials municipals (Barceló, Santiago 2000) (Barceló 2009):

- Intervenció psicosocial a la Mancomunitat del Pla de Mallorca (1996)
- Estudi de les persones més grans de 85 anys a Campos (1997)
- Estudi de població de les persones de més de 65 anys a Capdepera (1997)
- Altres estudis:
  Estudi de la població de gent gran de Consell (1993)
  Estudi sobre les necessitats de la gent gran d'Alcúdia (1994)
  El Servei d'Ajuda a Domicili: alternativa a l'ingrés en una institució a Llucmajor (1994)
  Estudi de població de les persones de més de 65 anys a Sóller (1994)
  Necessitats formatives del personal de residències de tercera edat (1994)

Els **programes** que ha dut a terme l'Equip durant aquest període han estat cinc:

- **Programa d'atenció psicosocial per a persones grans en risc**. Estava format per dues línies, la primera dirigida a persones grans soles o amb dificultats d'inserció comunitària i la segona adreçada a persones grans amb pèrdues de memòria i que treballava especialment l'*estimulació cognitiva.* El total de participants del Programa van ser 472 persones i 29 municipis. Les dades són de l'any 1997.

- **Programa de suport als familiars de persones grans.** Durant l'any 1997 es va dur a terme en dotze pobles i hi varen participar un total de 683 persones, entre grups i tallers. Se'ls donava suport, mitjançant informació, formació i ajuda mútua, per tal de disminuir els efectes negatius de la síndrome del cuidador.

- **Programa de sensibilització comunitària de la gent gran.** Agrupava un seguit d'activitats (per exemple, programes radiofònics, espais en la premsa forana...)

destinades a afavorir la integració de les persones grans en la comunitat i a garantir el respecte dels drets de la gent gran.
Vint municipis van participar en aquestes activitats comunitàries l'any 1997.

- **Programa de suport i formació dels professionals dels serveis d'atenció primària municipal que treballaven amb persones grans**. Bàsicament estava adreçat als treballadors socials i les treballadores familiars del Servei d'Atenció Domiciliària (SAD). Durant l'any 1997, quinze municipis van participar en aquest programa.

- **Suport als recursos específics municipals per a la gent gran.** Es donava suport econòmic i tècnic als habitatges tutelats municipals, les associacions de gent gran, el grup de voluntaris i altres recursos.

2.2. De l'any 1999 fins a l'actualitat

Durant aquests anys l'Equip sempre s'ha mantingut en una línia de creació de programes d'intervenció comunitària i de grup dirigida a persones grans. En una primera etapa va formar part de la Secció de Prevenció i Atenció Comunitària (1999-2004) la qual se centrava en la prevenció, l'assessorament i la formació en el sector de la vellesa.

2.2.1. De 1999 a 2004

A continuació us anomenam els programes creats en aquesta primera etapa:

- **Programa d'ajuda psicosocial a l'envelliment «Viu els anys»**. Algunes de les iniciatives del Programa eren adquirir un compromís amb la vellesa, l'autonomia, la independència per ajudar a cercar aspectes positius i superar els negatius.

  Els destinataris eren pensionistes o jubilats més grans de 60 anys en una situació de risc psicosocial i població més gran de 60 anys interessada a millorar o aconseguir viure la vellesa satisfactòriament.

- **Programa d'estimulació mental i normalització social de persones grans afectades per pèrdues cognitives «Pensa en la memòria».** Els objectius centrals d'aquest programa eren introduir a la comunitat un instrument afavoridor de la qualitat de vida de les persones grans i els seus familiars i dotar-la d'un servei de referència proper i qualificat, i també promoure iniciatives coordinades i estables d'atenció comunitària.

  La població destinatària eren jubilats i pensionistes més grans de 60 anys amb pèrdues de memòria associades a l'edat i població més gran de 60 anys amb deteriorament cognitiu diferencial de les pèrdues de memòria.

- **Programa d'atenció psicosocial als familiars cuidadors de persones grans «Alena».** Estava dirigit a familiars cuidadors de persones grans i cuidadors informals. Entre els objectius generals cal destacar la sensibilització de la comunitat sobre la situació dels familiars i la promoció d'iniciatives coordinades amb un caràcter preventiu.

- **Programa de suport als serveis municipals per a la vellesa «A prop».** Els destinataris d'aquest programa eren professionals i col·laboradors dels serveis socials d'atenció primària municipal, altres col·laboradors informals i els responsables polítics.

- **Seminari de Treball Familiar en Vellesa.** Va ser una iniciativa que es va dur a terme entre els anys 1997 i 2003. Concretament, era una formació dirigida a les treballadores familiars municipals.

  Els objectius centrals eren facilitar als tècnics del serveis socials d'atenció primària el suport necessari per a l'organització de programes de vellesa, proporcionar un referent als professionals dels municipis i promoure iniciatives conjuntes.

2.2.2. De 2004 a 2007

A partir de l'any 2004 l'Equip passa a pertànyer a l'Àrea de Recursos Assistencials. Cal destacar un bon grapat d'iniciatives d'aquest període. Per una banda, es presenta el primer llibre del Programa d'estimulació cognitiva. A partir d'aquest moment *El llibre d'exercicis* és un instrument més de treball del qual disposa el Programa de suport psicosocial i educatiu a l'envelliment i que s'ha anat consolidant fins a l'actualitat.

El **Taller de Sentiments** va començar com experiència el curs 2004-2005, i posteriorment s'ha consolidat amb el taller d'habilitats socials emmarcat dins el Programa de suport psicosocial i educatiu a l'envelliment. A partir d'aquesta primera experiència pilot, l'Equip de Vellesa i Família ha seguit treballant en dinàmiques i activitats relacionades amb habilitats socials amb les persones grans de manera continuada als diferents municipis de Mallorca per tal que aquestes persones grans que hi participen puguin adaptar-se millor a la nova situació social que està vivint (habilitats socials de comunicació, resolució de conflictes, d'autocontrol emocional...). Actualment, constitueix un dels pocs recursos que, any rere any i amb un calendari ja establert, treballa amb els grups de persones grans en aquesta matèria.

Una altra iniciativa a destacar és l'experiència del **Programa d'atenció als familiars cuidadors** (2004), adreçat als familiars cuidadors de persones més grans de 60 anys, que té com a objectiu dotar els familiars de les eines necessàries perquè puguin desenvolupar la seva tasca de la millor manera possible.

En aquests anys, als pobles on s'ha dut a terme el Programa, l'experiència ha estat molt positiva i actualment se segueix fent.

Entre els anys 2004-2006 es va posar en marxa un projecte intergeneracional anomenat **Grup de conversa** en què l'objectiu general era promoure un intercanvi intergeneracional, social, educatiu i lingüístic entre persones de diferents nacionalitats. Les destinatàries eren persones grans que participaven en el Programa psicosocial i educatiu i joves i adolescents immigrants no catalanoparlants escolaritzats a l'IES Port de Pollença.

2.2.3. De 2007 fins a dia d'avui

L'any 2008 l'Equip va dur a terme el **Programa de formació per als professionals dels centres de dia**, en el qual participaren quinze centres de dia. L'avaluació per part dels professionals participants i per part de l'Equip va ser satisfactòria, però malauradament el Programa no ha tingut continuïtat.

Des de l'any 2009 el material elaborat per l'Equip està disponible a la pàgina la web de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS) <www.imasmallorca.com>.

Actualment, després de 18 anys de trajectòria, l'Equip pertany a l'Àrea de Gent Gran de l'IMAS del Consell de Mallorca i compta amb nou tècnics (una pedagoga amb funcions de coordinadora, tres psicòlegs, dues treballadores socials, una psicopedagoga i dues educadores socials) territorialitzats als tres centres comarcals.

A continuació es detallen els programes que l'Equip duu a terme.

3. Programa de suport psicosocial i educatiu a l'envelliment

El Taller d'Estimulació Cognitiva representa un dels pilars del Programa de suport psicosocial i educatiu a l'envelliment des de l'inici, l'any 1994. Aquest taller actualment consta de 20 sessions i inclou en un sol curs l'antic taller de memòria i el taller d'habilitats socials, ja que s'havia observat una gran convergència en les necessitats i els perfils dels usuaris dels dos tallers.

El Programa es duu a terme mitjançant una sessió setmanal d'una hora de durada en la qual el professional de l'Equip es desplaça al municipi a fi de fomentar la participació i l'apropament a la comunitat. Es tracta d'una feina d'àmbit comunitari en la qual s'empra el material didàctic elaborat pels membres de l'Equip. Aquest material és elaborat i avaluat cada any en funció de les necessitats dels usuaris per tal d'aconseguir que els sigui engrescador, interessant i d'utilitat. El Taller va adreçat principalment

a persones més grans de 60 anys amb pèrdues de memòria o sense, associades a l'edat (expressades com a queixes sobre la memòria), i a persones més grans de 60 anys amb deteriorament cognitiu lleu (absència de demència), així com a altres persones que, malgrat que no tenen 60 anys, hi són derivades pels serveis socials municipals i per altres serveis.

La necessitat del taller de memòria es fonamenta en el fet que el cervell humà, amb l'edat, experimenta diverses modificacions que afecten l'estructura i el procés de la neurotransmissió, que, tot i que no comporten indefectiblement una pèrdua de la capacitat cognitiva de la persona, fan que la prevalença de les queixes sobre la memòria sigui molt alta entre la població de gent gran.

La incorporació de línies d'intervenció preventives de les pèrdues de memòria es fonamenta en l'impacte que tenen aquestes pèrdues en les activitats de la vida diària de les persones grans (oblits de noms d'amics i familiars, d'objectes, d'apagar el gas...) i en els components afectius de les persones grans (vivència de l'envelliment com a procés de deteriorament sense esperança).

A més, hi ha un factor d'impacte social del qual no se sol parlar; les activitats preventives de les pèrdues de memòria, dutes a terme amb criteris de rigor científic i tècnic, comporten un mecanisme eficaç per a la detecció i la millora dels trastorns psicosocials característics de l'envelliment, per (re)activar les relacions socials i familiars de les persones grans des d'una perspectiva d'optimització selectiva per compensació.

La nostra experiència dels darrers anys ens permet observar un altre benefici psicosocial: la possibilitat de detectar i d'atendre, en distints nivells de prevenció i promoció, les persones grans amb deteriorament cognitiu no causat per l'edat (demències de tipus Alzheimer o altres, que tenen un fort impacte psicosocial). A partir d'aquesta detecció, es pot intentar ajudar les persones grans en qüestió i els seus familiars, creant espais d'intervenció psicosocial.

Pel que fa al taller d'habilitats socials, respon a la necessitat d'intentar compensar les mancances que, en general, han patit els membres d'aquest col·lectiu en aquesta àrea, atès que han estat receptors d'un model educatiu tradicional (amb poca o nul·la possibilitat de triar allò que volien fer; la majoria de coses els han estat imposades; amb falta d'informació en molts aspectes, falta de comunicació i d'expressió dels seus sentiments i emocions, etc.).

Parlar de qualitat de vida en la tercera edat vol dir, a més d'assistència, salut, pensions suficients, tenir accés a la informació, poder decidir per ser responsable del propi futur, poder mobilitzar-se dins la xarxa social i tenir capacitat per participar activament i comprometre's en la resolució de problemes, poder organitzar-se per defensar els interessos col·lectius i poder accedir a la cultura, com un dret i autorealització personal.

La vellesa és una etapa de la vida que suposa un procés d'adaptació en l'àmbit personal, social i familiar. Alguns d'aquests canvis que haurà de superar la persona gran seran l'adaptació a nous rols en el nucli familiar i social, la necessitat d'omplir de contingut gran part del temps, aprendre a demanar ajuda quan la necessiti, empatitzar amb els que l'envolten i acceptar i comprendre nous canvis que no hauria imaginat mai.

Actualment, com s'ha dit, l'esperança de vida s'allarga més anys, massa anys per tractar-los només des de la medicina o per enclaustrar les persones a casa o en residències.

La soledat en les persones grans pot ser triada en un moment determinat. Això no hauria de suposar un problema, però no és així si aquesta soledat és trobada però no volguda i pot generar en la persona gran un sentiment o una emoció negativa. Aquest sentiment es pot estendre a la sensació de sentir-se sol fins i tot estant acompanyat, com diu López (2005). Aquesta soledat pot arribar a produir un efecte negatiu en la salut de la persona gran. L'argument és senzill: la persona allunyada de la vida social i cultural té totes les possibilitats per acabar en el món sanitari amb trastorns psicològics o socials, com ara depressió, aïllament social, ansietat o hipocondria.

L'estratègia compensadora consisteix a aprendre a conviure amb un conjunt de pèrdues sensorials i assumir-ne les limitacions, i a assumir pèrdues familiars i socials molt properes. Cal aprendre-ho des de l'educació emocional, per tal que la persona gran expressi emocions de manera positiva i potenciï l'expressió d'aquestes emocions per millorar la relació amb el seu entorn.

L'educació emocional té com a objectiu donar a la persona recursos i estratègies conductuals, cognitives, emocionals i d'interacció social que li permetin tenir més control de la pressió, tant interna com externa i, d'aquesta manera, evitar que es tradueixi en estrès, prevenint possibles trastorns i millorant la salut psicològica.

Amb d'aquesta finalitat i per tal de facilitar a la gent gran una òptima adaptació a l'entorn, es fa necessari treballar diferents habilitats socials, com ara: comunicar-se (autenticitat en la comunicació, expressar sentiments i emocions, escolta activa, empatia), demanar ajuda, aprendre a dir no (assertivitat), resoldre conflictes, acceptar i rebre elogis i crítiques (reforçament positiu), l'autocontrol emocional i la relaxació (reduir el nivell d'ansietat i estrès). Per això, el component psicosocial i educatiu del taller promourà el fet que aquestes persones grans mantinguin un bon nivell de satisfacció, autoestima i benestar personal.

En el procés d'envelliment, la manca d'habilitats socials d'una persona afecta les seves relacions i el seu desenvolupament social. En aquest sentit, la persona gran té dificultats a l'hora d'establir contacte amb el seu entorn directe (família, amistats, veïnat), i això, a la

vegada, afecta la seva autoestima. Així, el taller d'habilitats socials té una funció preventiva i enriquidora dels estats emocionals mitjançant l'aprenentatge, l'entrenament i la pràctica de dinàmiques i estratègies per amortir i minimitzar les emocions excessives o excessivament negatives i per promoure i augmentar la presència de les positives. La intenció de l'entrenament en aquests tipus d'habilitats socials és mantenir la persona gran activa en la seva vida diària, així com pal·liar i prevenir situacions de soledat i aïllament social.

Actualment l'Equip treballa amb 63 grups repartits en 45 municipis. D'aquests grups, 60 són duts pels nou professionals de l'Equip i tres grups (sa Pobla, Manacor i Cala Rajada) per professionals col·laboradors.

Els municipis i nuclis on duem a terme els tallers, per comarques, són els següents:

- **A la comarca de Tramuntana**: Banyalbufar, Bunyola, Esporles, Pollença, Port de Pollença, Puigpunyent, Sóller i Valldemossa.

- **A la comarca del Pla**: Algaida, Ariany, Biniali, Can Picafort, Costitx, Lloret de Vistalegre, Llubí, Maria de la Salut, Montuïri, Muro, Porreres, Sant Joan, Santa Eugènia, Sencelles, Sineu i Vilafranca de Bonany.

- **A la comarca de Llevant:** Artà, Cala Millor, Capdepera, Manacor, Porto Cristo, Sant Llorenç des Cardassar, Son Carrió, Son Servera.

- **A la comarca de Migjorn:** Campos, Colònia de Sant Jordi, Felanitx, Portocolom, Santanyí, ses Salines.

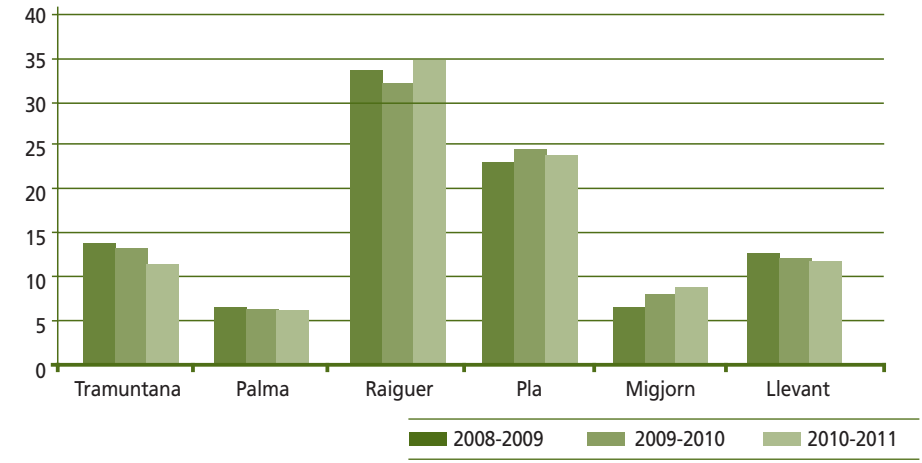
- **A la comarca del Raiguer:** Alaró, Alcúdia, Biniamar, Binissalem, Búger, Caimari, Campanet, Consell, Inca, Lloseta, Mancor de la Vall, Marratxí, Port d'Alcúdia, sa Pobla, Santa Maria del Camí, Selva.

Taula 5 | *Percentatge d'usuaris per comarques*

Resum per comarques	2008-2009	2009-2010	2010-2011
COMARCA DE TRAMUNTANA	14,4	13,8	11,8
COMARCA DE PALMA	6,7	6,6	6,4
COMARCA DEL RAIGUER	34,5	33,5	36
COMARCA DEL PLA	24,1	25,5	24,7
COMARCA DE MIGJORN	7	8,2	8,9
COMARCA DE LLEVANT	13,2	12,5	12,2

Font: elaboració pròpia, dades dels grups d'estimulació cognitiva, 2008-2011

Gràfic 3 | *Percentatge d'usuaris per comarques*



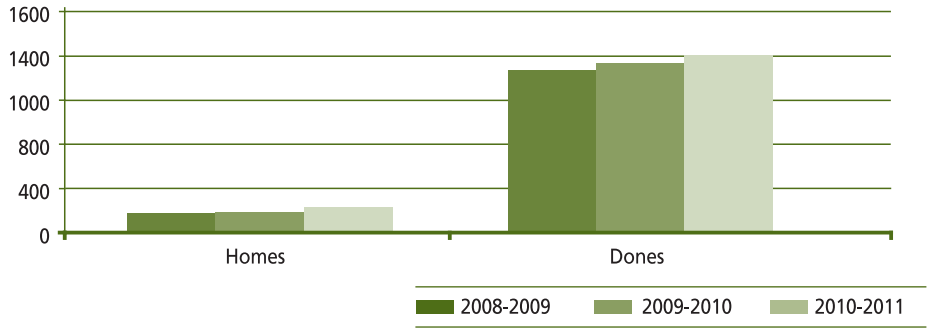
Font: elaboració pròpia, dades dels grups d'estimulació cognitiva, 2008-2011

Taula 6 | *Usuaris del taller per sexe*

Usuaris per sexe	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Homes	169	177	208
Dones	1.248	1.311	1.382

Font: elaboració pròpia, dades dels grups d'estimulació cognitiva, 2008-2011

Gràfic 4 | *Usuaris al taller per sexe*



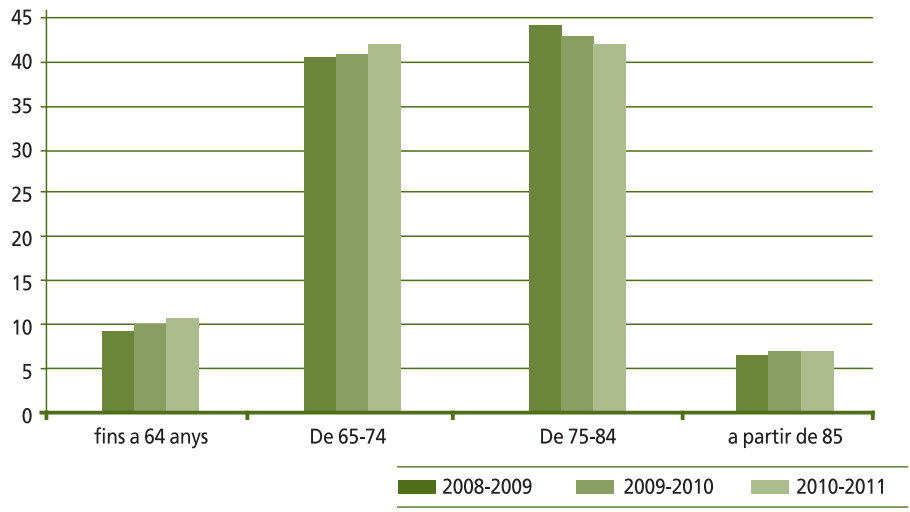
La majoria dels participants dels tallers són dones, encara que, darrerament, augmenta la participació dels homes, gràcies a la tasca de sensibilització i captació d'aquest col·lectiu masculí que, en principi, sembla més refractari a reconèixer les seves necessitats en aquest àmbit.

Taula 7 | *Edat dels participants*

Edat dels participants	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Fins a 64 anys	9,03	9,66	10,31
De 65 a 74 anys	40,37	40,61	41,57
De 75 a 84 anys	44,18	43,11	41,57
A partir de 85 anys	6,42	6,62	6,54
Dones	1.248	1.311	1.382

Font: elaboració pròpia, dades dels grups d'estimulació cognitiva, 2008-2011

Gràfic 5 | *Edat dels principiants*



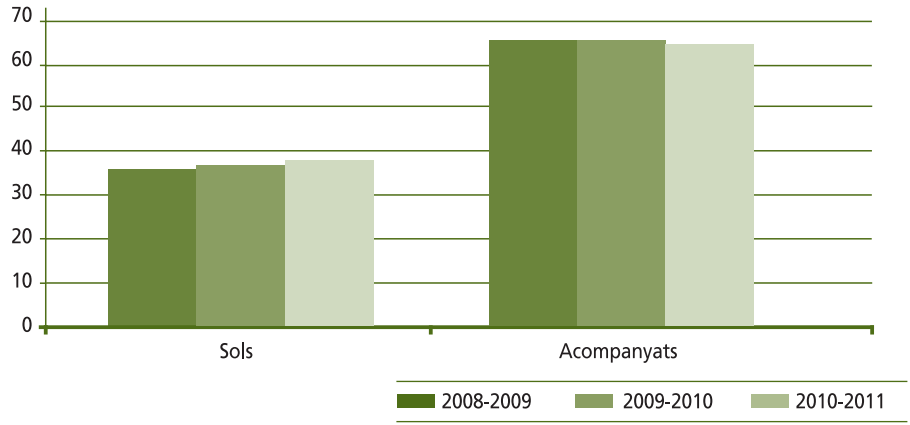
Pel que fa a l'edat dels participants dels tallers, observam que el gruix dels assistents té entre 65 i 84 anys. Malgrat això, hi ha un 6,56% de persones amb més de 85 anys, la qual cosa porta a constatar l'existència d'un grup nombrós de persones d'edat avançada que encara disposa d'una certa autonomia per participar en la iniciativa comunitària. També cal destacar que prop d'un 10% té menys de 64 anys.

Taula 8 | *Nucli de convivència dels participants*

Nucli de convivència	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Sols	35,43	35,54	36,48
Acompanyats	64,57	64,46	63,52

Font: elaboració pròpia, dades dels grups d'estimulació cognitiva, 2008-2011

Gràfic 6 | *Nucli de convivència participants*



Font: elaboració pròpia, dades dels grups d'estimulació cognitiva, 2008-2011

Dels participants dels grups, més d'un 60% viuen acompanyats, ja sigui en parella o en altres fórmules de convivència amb ascendents o, especialment, descendents. La resta, pràcticament un 40%, viuen sols, la qual cosa pot suposar un risc més gran d'aïllament social.

4. Programa per a familiars cuidadors

Per tal d'atendre les necessitats de caire psicosocial que presentava el col·lectiu de familiars cuidadors, l'any 1994 s'obrí una línia de suport per a aquest col·lectiu que es va mantenir activa fins a l'any 1999. Posteriorment, l'any 2004 es va tornar reprendre aquesta línia, oferint als municipis un programa que s'ha anat formant a partir de tres eixos: la informació i formació, l'activació de dinàmiques de grup i el suport psicosocial en l'àmbit individual i familiar. Es tracta d'iniciatives comunitàries adreçades als familiars de persones grans amb diversos graus de dependència.

Cal dir que aquestes iniciatives, tot i que són anteriors a l'entrada en vigor el desembre de 2006 de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, hi encaixen perfectament, ja que se centren en un dels col·lectius que la llei esmenta: el dels familiars cuidadors. I suposa, a més, un compromís proper, actiu i personalitzat de l'Administració pública.

Al llarg de tots aquests anys, el Programa sempre ha procurat la participació de col·laboradors externs a l'Equip, professionals dels serveis sanitaris i socials d'atenció primària, tècnics de recursos d'atenció especialitzada, fisioterapeutes, familiars i membres de les associacions de cuidadors, bàsicament de malalts d'Alzheimer.

D'ençà de l'inici, s'hi han incorporat noves institucions, entitats i recursos de suport comunitari dels familiars cuidadors. Malgrat que aquest programa és un dels diversos que hi ha, té tres característiques importants que el fan diferent. En primer lloc, es duu a terme per tota Mallorca i cerca la màxima proximitat amb els participants. En segon lloc, procura la valoració de la càrrega psicosocial dels familiars cuidadors, aspecte que encara no inclou la Llei i, finalment, treballa el vessant preventiu i comunitari.

Tot i els recursos existents, els familiars cuidadors necessiten suport ja que la tasca que duen a terme és prou complexa, viuen situacions de manca de temps i de preparació, de desestabilització dels sistemes familiar, social i laboral, de risc de veure's afectats per la síndrome del familiar cuidador (fatiga, estrès, insomni, entre altres símptomes).

En aquests anys l'anàlisi fonamental dels fets continua sent vàlida i l'experiència als pobles on s'ha dut a terme el Programa ha estat molt positiva.

Aquesta realitat no és nova, però evidentment es presenta avui en dia amb nous reptes i les dificultats següents:

- els nous tipus de famílies,
- les nombroses càrregues familiars i laborals de les persones que tenen cura de familiars,
- les dificultats per fer compatible l'assistència a les persones grans i les responsabilitats laborals,
- l'augment de l'esperança de vida de les persones grans, que comporta un augment del pes demogràfic d'aquest col·lectiu,
- el paper de la dona, que pateix una discriminació doble perquè gairebé sempre és la cuidadora principal,
- les despeses econòmiques que acompanyen l'accés als recursos existents,
- l'impacte emocional i el desgast físic que pateix la persona cuidadora,
- la reorganització familiar,
- i totes les conseqüències sociosanitàries que aquestes situacions comporten.

El fet que les tasques dels familiars cuidadors els suposin un gran impacte físic, psíquic i sociofamiliar, fa que el Programa s'implementi amb la intenció de *proporcionar eines i suport tècnic per ajudar-los i capacitar-los per millorar la seva qualitat de vida* (cobrint les necessitats psicosocials per tal de compensar-los la càrrega) *i l'assistència que dispensen als seus familiars*. Així, les sessions s'estructuren per tal de tractar de totes aquelles qüestions que afecten la tasca de cuidar una persona gran. Pel que fa a l'aspecte sociosanitari, com hem dit, es compta amb la col·laboració de professionals sanitaris especialitzats i coneixedors de les qüestions relacionades amb aquest àmbit concret:

- higiene, cura de la pell i nutrició (infermeria),
- tècniques de mobilització i canvis posturals (fisioterapeutes).

Pel que fa a l'aspecte psicosocial, es compta amb la col·laboració de professionals del treball social d'atenció primària, i també, des que va aparèixer la Llei 39/2006 i es van crear els equips d'atenció a la dependència, dels professionals d'aquests equips per tractar de les qüestions següents:

- recursos i ajudes econòmiques i de suport social, Llei de dependència,
- envelliment patològic: Alzheimer i Parkinson,
- família, dependència i conflictes,
- síndrome del cuidador,
- conflictes relacionals i tracte diari,
- drets i deures dels cuidadors i relaxació,
- procés de dol.

Després d'aquests quasi deu anys de suport als familiars cuidadors i d'acord amb les dades de què disposam, podem dir que prop d'un 88% de les persones que han acudit al Programa per a familiars cuidadors són dones i només un 12% són homes, fet que ens permet afirmar, sense descobrir res de nou, que les persones que cuiden persones dependents són majoritàriament dones. Vegem el gràfic.

Gràfic 7 | *Cuidadors/es per sexe*

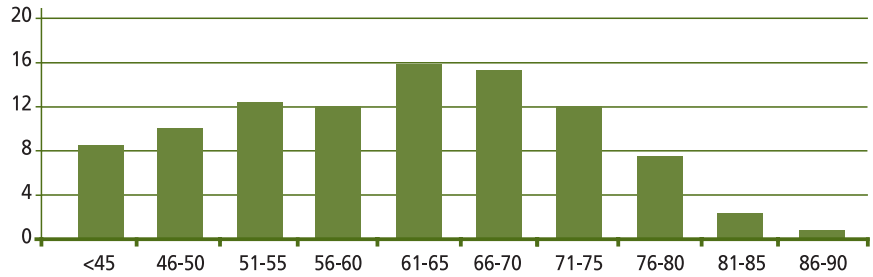
Font: elaboració pròpia, dades dels grups familiars cuidadors, 2006-2011

Pel que fa a l'edat de les persones cuidadores, observam que el gruix de persones cuidadores tenen entre 46 i 75 anys. Malgrat això, hi ha un 8,56% de persones de menys de 45 anys (és probable que estiguin en edat de tenir càrregues familiars amb infants petits, etc., per la qual cosa, es troben en la situació d'haver de tenir cura dels seus ascendents i dels seus descendents alhora). També cal destacar que prop d'un 10% té més de 76 anys, una edat avançada.

Taula 9 | *Percentatge de cuidadors/es per grups d'edat*

EDAT									
<45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	>86
8,56	9,95	12,14	11,74	15,42	14,93	11,94	7,36	2,49	0,30

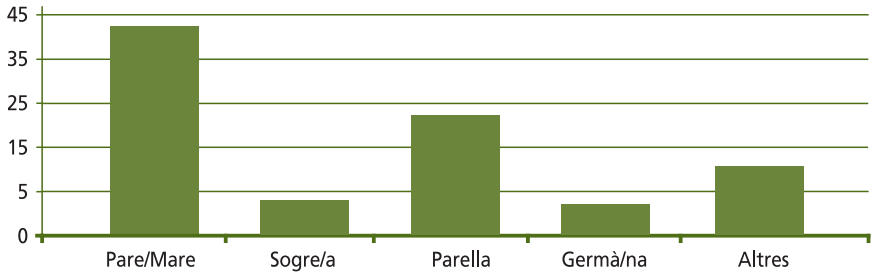
Gràfic 8 | *Cuidadors/es per grups d'edat*



Font: elaboració pròpia, dades dels grups familiars cuidadors, 2009-2011

Si analitzam les dades sobre el parentiu de la persona cuidadora, observam les dades següents:

Gràfic 9 | *Cuidadors/es segons parentiu amb la persona cuidada*



Font: elaboració pròpia, dades dels grups familiars cuidadors, 2009-2011

Taula 10 | *Estat civil dels cuidadors/es*

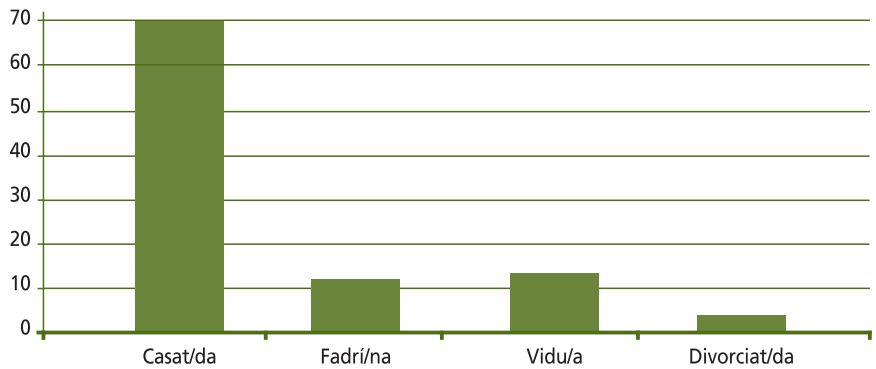
Pare/Mare	Sogre/a	Parella	Germà/ana	Altres
42,39	7,46	24,58	6,47	13,93

I si observam l'estat civil, la majoria de cuidadors i cuidadores són casats.

Taula 11 | *Estat civil dels cuidadors/es*

Casat/ada	Fadrí/ina	Vidu/Vídua	Divorciat/ada
68,56	10,25	11,54	2,29

Gràfic 10 | *Cuidadors/es per estat civil*



Font: elaboració pròpia, dades dels grups familiars cuidadors, 2009-2011

Com ja s'ha dit, una de les característiques d'aquest programa és que es duu a terme per tot Mallorca, ja que se cerca la màxima proximitat amb els participants.

5. Intervenció psicosocial

Un objectiu fonamental de la política social és el manteniment i la promoció de la qualitat de vida de les persones grans, com a ciutadans amb necessitats compartides amb altres grups de població i, al mateix temps, amb necessitats específiques.

L'any 1948 l'OMS (Organització Mundial de la Salut) defineix la qualitat de vida com l'absència de malaltia i la presència de benestar físic, mental i social. La incorporació dels components adaptatius i ecològics a la intervenció psicològica ha fet necessari disposar de models d'anàlisi i praxis que considerin la capacitat d'ajust de la persona

al seu medi tenint en compte tant les pròpies expectatives (autoconcepte, autoestima, estratègies disponibles) com la capacitat de recuperar-se ràpidament de la malaltia, dels canvis o de l'infortuni.

El desplegament de la nova Llei de dependència (des del 2007) i la progressiva presa de consciència social i institucional respecte de les situacions de fragilitat i incapacitat de les persones grans han comportat una primera fase d'anàlisi de la situació (*Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud*, 1999; *Plan de acción para las personas mayores 2003-2007*; *Libro blanco de la dependència*, 2004). També ha estat decisiva la necessitat de poder comptar amb recursos de suport psicosocial per poder donar resposta a les diverses situacions de risc emergents en la població de gent gran.

Les dades demogràfiques i de dependència configuren progressivament una realitat social en què el seguiment del procés d'envelliment per part dels serveis socials municipals i dels programes de l'Equip de Vellesa i Família detecten situacions de risc tant de les persones grans com dels seus familiars.

El fet que els serveis socials municipals treballin en aquest sector als diferents municipis de l'illa fa que demanin l'assessorament dels tècnics de l'Equip tant de tipus individual com familiar, així com la intervenció en situacions de risc per aïllament i desestructuració familiar que impedeixen l'atenció adequada a les persones grans.

Els objectius generals del Programa són oferir un suport tècnic als serveis socials municipals per part d'un equip multidisciplinari, assessorar i donar un suport psicosocial dins l'àmbit comunitari i millorar la qualitat de vida de les persones gran a la comunitat. D'aquesta manera, ha esdevingut un grup de referència de tota Mallorca quant a la vellesa i la família.

L'experiència directa de l'Equip amb persones grans i familiars cuidadors ha permès detectar un nombre considerable de situacions personals i familiars que necessitaven una intervenció específica motivada per demandes de diferents tipus. En primer lloc, es tracta d'unes demandes d'assessorament en la intervenció amb persones grans i familiars per part dels treballadors socials municipals. En segon lloc, d'un tipus de demanda de valoració, de disseny i d'intervenció en situacions personals i familiars que, per les seves característiques, ho requerien. I, finalment, de demandes de procediments de protecció i garantia de drets civils de persones grans en situació de risc per aïllament, desestructuració familiar o de bloquejos en les relacions familiars que impedien l'atenció necessària a les persones grans.

Els desenvolupament del Programa de suport psicosocial es regeix per la interprofessionalitat, la protecció de les persones grans i garantia dels drets civils i la transversalitat, és a dir, la intervenció comunitària i la qualificació. Tots aquests principis estan entesos com a valors de referència que han d'orientar qualsevol intervenció que dugui a terme l'Equip.

Per tot això, totes les intervencions tècniques han de tenir la màxima qualitat d'atenció possible. La formació contínua, el coneixement de les novetats en la intervenció comunitària i els debats i intercanvis d'experiències entre els tècnics són factors que fan més probable la qualificació correcta.

Alguns exemples de tipologies de casos de persones grans que fan referència a disfuncions psicosocials susceptibles d'intervenció que tractem en el Programa de suport psicosocial són els següents: processos de dol en les diferents fases, trastorns de l'estat d'ànim i trastorns d'ansietat en persones grans, trastorns adaptatius de tipus depressiu i ansiós en familiars cuidadors (síndrome del familiar cuidador), maltractament i negligència en la cura de les persones grans, processos de deteriorament cognitiu i alguns tipus de demència.

Les línies d'actuació, una vegada estudiada la demanda i feta la valoració psicosocial per part del professional de l'Equip, són: derivar la persona gran o família a altres programes en què l'Equip de Vellesa i Família treballa i que s'expliquen en aquest mateix article, derivar-la a altres serveis, fer consultes amb altres professionals que treballen en el sector, la intervenció del tècnic de referència de l'Equip de Vellesa i Família.

El desplegament de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència deixa entreveure i dóna prioritat a intervencions de tipus preventiu i de suport psicosocial o basades en serveis comunitaris i domiciliaris per a les persones grans i les seves famílies. En aquest sentit i amb un afany d'optimitzar recursos i poder donar una atenció més individualitzada i eficient a les diverses necessitats de les persones grans, que cada dia són més diverses, seria convenient que les corresponents administracions promoguessin, enfortissin i garantissin programes de prevenció i suport psicosocial a la comunitat.

6. 2012 i perspectives

L'any 2012 ha estat declarat l'Any Europeu de l'Envelliment Actiu i de la Solidaritat Intergeneracional. L'OMS defineix l'envelliment actiu com el «procés d'optimitzar les oportunitats de salut, participació i seguretat amb la finalitat de millorar la qualitat de vida a mesura que les persones envelleixen» (2002).

La Secció de Foment de l'Autonomia per a Persones Majors de l'IMAS, amb el Programa de suport psicosocial i educatiu a l'envelliment, ofereix eines per millorar aquestes oportunitats de salut, participació i seguretat de la gent gran.

Tant el Programa d'estimulació cognitiva i d'habilitats socials, com el programa dirigit als familiars cuidadors, i el Programa d'intervenció psicosocial, tenen, entre altres objectius, la

finalitat de millorar la salut cognitiva i mental dels participants. Molts estudis epidemiològics han mostrat que l'estimulació cognitiva del col·lectiu de persones grans retarda el deteriorament cognitiu associat a l'edat i redueix el risc de demència (Croisile 2006). La Secció de Foment de l'Autonomia, si bé no ha quantificat la reducció del risc de demència, cada any fa una avaluació en què els participants dels tallers indiquen majoritàriament que la participació a les sessions els ha estat útil per millorar la memòria i reduir el nombre de descuits.

Quant a la salut mental, si ens centram en els trastorns d'ansietat i els trastorns depressius, que són els de més prevalença en la població de gent gran —el primer amb una prevalença del 15,13% (Franco-Fernández i Antequera-Jurado 2009) i el segon, del 19,7% (Urbina et al. 2007)—, la percepció subjectiva dels participants en aquests programes és de disminució de la sensació d'ansietat i dels sentiments depressius.

En relació amb les oportunitats de participació, aquest programa és una plataforma per a les persones grans per tal que puguin formar part d'un grup diferent de l'entorn familiar i perquè coneguin i participin en els serveis comunitaris que tenen a l'abast, que moltes vegades desconeixen. Així, s'evita la sensació de soledat i la persona sent que és necessària per als altres, sent que encara té un valor dins la societat i, d'altra banda, és conscient que com a ciutadà té dret a uns serveis i a uns recursos.

Veiem, doncs, que les línies de treball de l'IMAS estan en consonància amb els objectius marcats per aquest any europeu. Però no ens podem aturar en el 2012, hem de mirar cap al futur. I no podem oblidar que aquest futur, segons apunten les projeccions demogràfiques, estarà caracteritzat per la inversió demogràfica (IMSERSO 2011), i per l'augment del sobreenvelliment. A més, en aquest futur s'haurà de desplegar ja completament la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, l'article 21 de la qual parla de la prevenció de les situacions de dependència. En concret, hauran d'arribar les prestacions també al grau I nivell 1, entre les quals cal destacar els serveis de promoció de l'autonomia personal, que inclouen, entre altres coses, l'estimulació cognitiva.

Quant als familiars cuidadors, cal tenir present que la ràtio de suport familiar (nombre de persones de 85 i més anys per cada 100 de 45 a 65 anys) continuarà creixent i els recursos familiars per atendre les persones grans seran cada vegada més reduïts (Abellán 2012). L'envelliment de l'envelliment fa que aquestes persones grans cuidades siguin cada vegada més velles i amb més risc, per aquest motiu, de patir una situació de dependència.

Si els darrers anys ja s'ha incrementat notòriament la població atesa pels nostres programes, el futur d'aquesta secció estarà marcat, tenint en compte les projeccions demogràfiques, per l'atenció d'un nombre cada vegada més nombrós d'usuaris en un moment socioeconòmic especialment vulnerable. Per fer front a aquesta realitat propera cal optimitzar els recursos sense rebaixar la qualitat del suport i aquest és el nostre gran repte.

Referències bibliogràfiques

Abellán, A. (2012). *Un perfil de las personas mayores en España, 2012. Indicadores estadísticos básicos.* Madrid: IMSERSO.

Barceló B. J. (2009). «Programes d'intervenció comunitària en vellesa i família». *Anuari de l'Envelliment Illes Balears 2009.* Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració, Universitat de les Illes Balears, 330-332.

Barceló, B. J.; Santiago, J. (2000): «Necessitats i serveis de les persones grans». A: *AA. VV. Informe sobre els serveis socials de les Illes Balears*. Palma: Estudis Solidaris i Econòmics «Sa Nostra», 52-89.

Croisile, B. (2006). «Memory stimulation. Which scientific benefits? Which exercices?». *Revue de Gériatrie,* 31, 421-133.

Franco-Fernández, M. D.; Antequera-Jurado, R. (2009). «Trastornos de ansiedad en el anciano». *Psicogeriatría,* 1, 37-47.

Instituto Nacional de Estadística (2000). *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud, 1999. Avance de resultados. Datos básicos.* Madrid: INE.

Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència. BOE, núm. 299, de 15-12-2006.

López, J. (2005). *Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor en alza*. Madrid: IMSERSO.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (2003). *Plan de acción para las personas mayores 2003-2007*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2005). *Libro blanco de la dependencia, 2004*. Madrid: IMSERSO.

OMS (2002). *Active ageing: a policy framework*. Ginebra: World Health Organization.

Urbina, J. R.; Flores, J. M.; García, M. P.; Torres, L.; Torrubias, R. M. (2007). «Síntomas depresivos en personas mayores: prevalencia y factores asociados». *Gaceta Sanitaria.* 21(1), 37-42.

Autors

MARÍA ISABEL CUART SINTES

Palma, 1974. Llicenciada en Psicopedagogia per la Universitat de les Illes Balears. Amb un Postgrau en Demències i Malaltia d'Alzheimer (Institut Superior d'Estudis Psicològics). Actualment treballa com a tècnica a la Secció de Foment de l'Autonomia per a Persones Majors, a l'Institut Mallorquí d'Afers Socials del Consell de Mallorca, i com a professora associada a la Universitat de les Illes Balears, al Departament de Pedagogia Aplicada i Psicologia de l'Educació, de l'àrea de Psicologia Evolutiva i de l'Educació.

ROGER FARRÉ I SECALL

Barcelona, 1973. Llicenciat en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears, amb un Postgrau en Neuropsicologia Clínica (ISEP). Actualment treballa com a tècnic a la Secció de Foment de l'Autonomia per a Persones Majors, a l'Institut Mallorquí d'Afers Socials del Consell de Mallorca.

JOANA FERRAGUT FIOL

Sencelles, 1968. Diplomada en Treball Social per la Universitat de les Illes Balears. Actualment treballa a la Secció de Foment de l'Autonomia per a Persones Majors, a l'Institut Mallorquí d'Afers Socials del Consell de Mallorca.

JOANA MARIA FIOL I AMENGUAL

Palma, 1976. Llicenciada en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears, amb un Postgrau en Tècnic de Qualitat (UOC) i un Postgrau en Neuropsicologia Clínica (ISEP). Actualment treballa com a tècnica a la Secció de Foment de l'Autonomia per a Persones Majors, a l'Institut Mallorquí d'Afers Socials del Consell de Mallorca.

CATALINA GARCIA GARÍ

Porreres, 1973. Llicenciada en Antropologia Social i Cultural per la Universitat Autònoma de Barcelona, Diplomada en Treball Social per la Universitat de les Illes Balears. Actualment treballa a la Secció de Foment de l'Autonomia per a Persones Majors, a l'Institut Mallorquí d'Afers Socials del Consell de Mallorca.

MARIA DE LES NEUS HOMAR SANTANER

Palma, 1977. Diplomada en Educació Social per la Universitat de les Illes Balears. Actualment treballa com a tècnica a la Secció de Foment de l'Autonomia per a Persones Majors, a l'Institut Mallorquí d'Afers Socials del Consell de Mallorca. Anteriorment, del 1999 al 2003, treballà com a educadora social a la residència Llar dels Ancians del Consell de Mallorca. Assumí la coordinació del 1r i 2n cicle de la Universitat Oberta de Majors a la Universitat de les Illes Balears el 1999 i el 2000.

MARGALIDA POCOVÍ FERNÁNDEZ

Montuïri, 1974. Diplomada en Educació Social per la Universitat de les Illes Balears. Actualment treballa com a tècnica a la Secció de Foment de l'Autonomia per a Persones Majors, a l'Institut Mallorquí d'Afers Socials del Consell de Mallorca.

DEPENDÈNCIA I RECURSOS A L'ILLA D'EIVISSA

Dependència i recursos a l'illa d'Eivissa

Josefa Marí Marí
Elisa Pérez Ramon
Catalina Ribas Guasch
Bartolomé Roig Roselló

Resum

En aquest treball volem descriure d'una manera tan esquemàtica com sigui possible els recursos assistencials (residències, places sociosanitàries i centres de dia) a Eivissa, així com plasmar els treballs que realitzam des de l'any 2007, any de posada en marxa de la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.

L'illa d'Eivissa té una població total de 134.460 habitants i comptam amb un total de 469 places residencials-dependència i 80 de centre de dia tant públiques com privades. Descriurem la seua ubicació, titularitat i via d'accés. Detallarem així mateix el nombre de sol·licituds de reconeixement de la situació de dependència registrades. Donarem una visió descriptiva de la situació de la dependència a Eivissa: percentatges de dependents, ubicació geogràfica, nombre de places destinades a dependència i altres recursos.

Presentarem dades comparatives del que hem anat treballant en aquests darrers anys i plasmarem finalment unes idees sobre la manera d'adaptar-nos a les noves situacions i maneres d'actuar.

Resumen

En este trabajo queremos describir de una manera tan esquematizada como sea posible los recursos asistenciales (residencias, plazas sociosanitarias y centros de día) en Ibiza, así como plasmar los trabajos que venimos realizando desde el año 2007, año de puesta en marcha de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

La isla de Ibiza tiene una población total de 134.460 habitantes y contamos con un total de 469 plazas residenciales-dependencia y 80 de centro de día tanto públicas como privadas. Describiremos su ubicación, titularidad y vía de acceso. Detallaremos así mismo el número de solicitudes de reconocimiento de la situación de dependencia registradas. Daremos una visión descriptiva de la situación de la dependencia en Ibiza: porcentajes de dependientes, ubicación geográfica, número de plazas destinadas a dependencia y otros recursos.

Presentaremos datos comparativos de lo que hemos ido trabajando en estos últimos años y plasmaremos finalmente unas ideas de cómo adaptarnos a las nuevas situaciones y maneras de actuar.

1. Introducció

Hem actualitzat aquest treball després d'estudiar detalladament cinc pòsters presentats en els diferents congressos de geriatria des de l'any 2007. L'hem realitzat professionals de les diferents administracions que treballam en l'àmbit gerontològic des de fa molts anys.

L'obertura de nous centres a l'illa d'Eivissa, així com la promulgació estatal de la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, la utilització dels nous barems per valorar les persones en situació de dependència i els desplegaments que haurien de produir-se varen ser la part fonamental d'aquests treballs.

Ja l'any 2007, al pòster presentat en el Congrés de Palma de Mallorca, plantejàvem com a objectiu principal, d'una banda, l'obertura dels nous centres, així com l'actuació de la Llei de dependència. D'altra banda, es tractava de regular el procediment per accedir als diferents recursos assistencials.

Cinc anys després, veiem que hem fet molta feina en aquest sentit, però encara en falta molta més i per això vàrem creure interessant fer un recull de tot aquest esforç per part de professionals com nosaltres (membres del Consell Insular d'Eivissa, la Fundació Balear per al Suport de les Persones amb Dependència, IB-Salut...), que actuen de manera informal com un equip multidisciplinari en l'àmbit sanitari i social de l'illa d'Eivissa.

En el total de les Illes Balears, trobam que hi ha un 13,7% de persones més grans de seixanta-cinc anys (141.154 persones), de les quals un 6,54% són persones sobreenvellides (>75 anys) i gairebé la meitat (48%) són més grans de vuitanta anys.

A l'illa d'Eivissa trobam una població aproximada, segons l'Institut Balear d'Estadística (IBESTAT), de 15.338 persones més grans de seixanta-cinc anys (aproximadament un 12%). El sobreenvelliment de la població fa que trobem un augment significatiu de persones amb problemes de salut crònics. Parlam últimament de pacients fràgils i dependents, terminologia que no usàvem fins ara.

La valoració de la situació de dependència és una eina fonamental, si bé hem comprovat que és important dissenyar un recorregut més àgil entre els diferents nivells: sanitaris i socials. Un grup de pacients de vegades passa d'un nivell a l'altre a causa de la complexitat de la malaltia i aquesta situació no queda reflectida en la valoració de dependència. Comprovam a diari que «la ubicació correcta de cada usuari en el seu nivell és el que ens proporcionaria una bona qualitat assistencial». És una tasca difícil, ja que comptam amb recursos limitats. Intentarem que això no sigui un impediment a l'hora de seguir en la nostra feina.

2. Recursos sanitaris i socials de les illes Pitiüses

L'illa d'Eivissa té un total de 134.460 habitants i Formentera, 10.365; detallarem breument els recursos sanitaris, sociosanitaris i socials de què disposam.

Illa d'Eivissa:
- Hospital de Can Misses (Hospital comarcal de referència) (sanitari)
- Policlínica Nuestra Señora del Rosario (sanitari) (privat)
- HRA de Cas Serres (sociosanitari): 12 llits conveni IB-Salut
- Residència de Can Blai (residència de dependència)
- Residència Reina Sofia (privada-concertada, 20 llits de dependència)
- Sant Jordi: Can Raspalls (dependència/discapacitat psíquica i malalts mentals), també centre de dia (pendent obertura definitiva)
- Residència de Sant Antoni de Portmany (dependència) (en construcció)
- Sa Residència (abans Centre de Majors Santa Eulària) (privat)
- Centres de Dia: CATM (públic), Can Blai (públic), Reina Sofia (privat), Sant Joan de Labritja (públic)

Formentera:
- Hospital d'aguts
- Centre de dia

2.1. Relació de residències

Descrivim en els quadres següents les entitats residencials o sociosanitàries autoritzades a l'illa d'Eivissa i les seues adreces:

Taula 1 | *Relació de centres i les adreces*

Entitat	Municipi	Adreça
HRA Cas Serres	Eivissa	c/ de Cosme Vidal Llàser, 27
Residència Can Blai	Santa Eulària des Riu	ctra. des Canar, s/n
Residència Reina Sofia	Eivissa	c/ d'Antoni M. Alcover, 3
Sa Residència	Santa Eulària des Riu	Finca s'Hort Gros, Jesús

Font: Unitat de Valoració. Elaboració pròpia

2.1.1. Titularitat dels centres residencials per municipis

Descrivim mitjançant taules els municipis i la titularitat dels diferents recursos:

Taula 2 | *Titularitat dels centres residencials per municipis*

Municipi	Públic	Privat	Total
Eivissa	1	1	2
Sant Antoni de Portmany	En construcció		
Sant Joan de Labritja	0	0	0
Sant Josep de sa Talaia	Pendent obertura definitiva		
Santa Eulària des Riu	1	1	2
Total Eivissa	2	2	4

Font: Unitat de Valoració. Elaboració pròpia

Taula 3 | *Titularitat dels centres residencials*

	Públic	Govern	Consell	Consorci	Privat	Total
Eivissa	1		1		1	2
Santa Eulària des Riu	1	1		Gestionat	1	2

Font: Unitat de Valoració. Elaboració pròpia

Taula 4 | *Titularitat de les places residencials*

	Públic		Privat		Total	
	Núm. absoluts	%	Núm. absoluts	%	Núm. absoluts	%
Eivissa	180	64,7	105	54	285	60
Resta de municipis	98	35,3	90	46	188	40
Total	278	100	195	100	473	100

Font: Unitat de Valoració. Elaboració pròpia

La titularitat dels centres residencials públics a l'illa d'Eivissa són un del Consell (HRA de Cas serres) i l'altre del Govern de les Illes Balears (Can Blai, gestionat pel Consorci Sociosanitari, Govern-Consell).

El municipi de Santa Eulària des Riu compta amb 98 places residencials públiques i el d'Eivissa, amb 180 places. En relació amb la localització de places privades, veiem que un 46% correspon a Santa Eulària des Riu i un 54% a Eivissa. També existeix l'oferta d'apartaments tutelats de caràcter privat.

2.1.2. Distribució municipal de les places residencials

Veurem la distribució pels diferents municipis de l'illa:

Eivissa, Santa Eulària des Riu, Sant Josep de sa Talaia, Sant Antoni de Portmany, Sant Joan de Labritja.

Taula 5 | *Distribució municipal de places residencials*

Municipi	Públic	Privat	Total
Eivissa	160	125	285
Santa Eulària des Riu	94	90	184
Total	254	215	469

Font: Unitat de Valoració. Elaboració pròpia

Taula 6 | *Distribució municipal de places residencials %*

Municipi	Públic	Privat	Total
Eivissa	62%	58%	60%
Santa Eulària des Riu	38%	42%	40%
Total	100%	100	100%

Font: Unitat de Valoració. Elaboració pròpia

Taula 7 | *Titularitat per municipis de les places residencials*

Municipi	Públic	Govern	Consell	Consorci	Privat	Total
Eivissa	180	60	120		105	285
Santa Eulària des Riu	94			98	90	184
Total	274	60	120	98	195	469

Font: Unitat de Valoració. Elaboració pròpia

2.2. Els centres de dia

Descrivim titularitat i nombre de places de centre de dia.

Taula 8 | *Titularitat dels centres de dia per municipis*

Municipi	Públic	Privat	Total
Eivissa	1	1	2
Santa Eulària des Riu	1	1	2
Sant Joan de Labritja	1		1
Total	3	1	5

Font: Unitat de Valoració. Elaboració pròpia

Taula 9 | *Titularitat de places de centres de dia*

Municipi	Públic	Privat	Total
Eivissa	20	20	40
Santa Eulària des Riu	20	20	40
Sant Joan de Labritja (pendent obertura definitiva)	20		20
Total	60	40	100

Taula 9. Font: Unitat de Valoració. Elaboració pròpia

2.3. Població més gran de seixanta-cinc anys

Tenim una població més gran de seixanta-cinc anys de 15.338 persones a la nostra illa, segons dades de l'IBESTAT; d'aquesta població, un 46% és més gran de setanta-cinc anys.

Taula 10 | *Majors de 65 anys*

	65-69 anys	70-74 anys	75-79 anys	80-84 anys	>85anys
Eivissa	4.774	3.550	3.053	2.189	1.772

Font: IBESTAT. Elaboració pròpia

2.4. Índex de cobertura actual

L'índex de cobertura actual de places residencials per a gent gran a Eivissa és de 3,5%, semblant a la mitjana balear, que és de 3,29%, però inferior a la de Mallorca, que és de 4,1%, i a la mitjana nacional, que és de 4,4%.

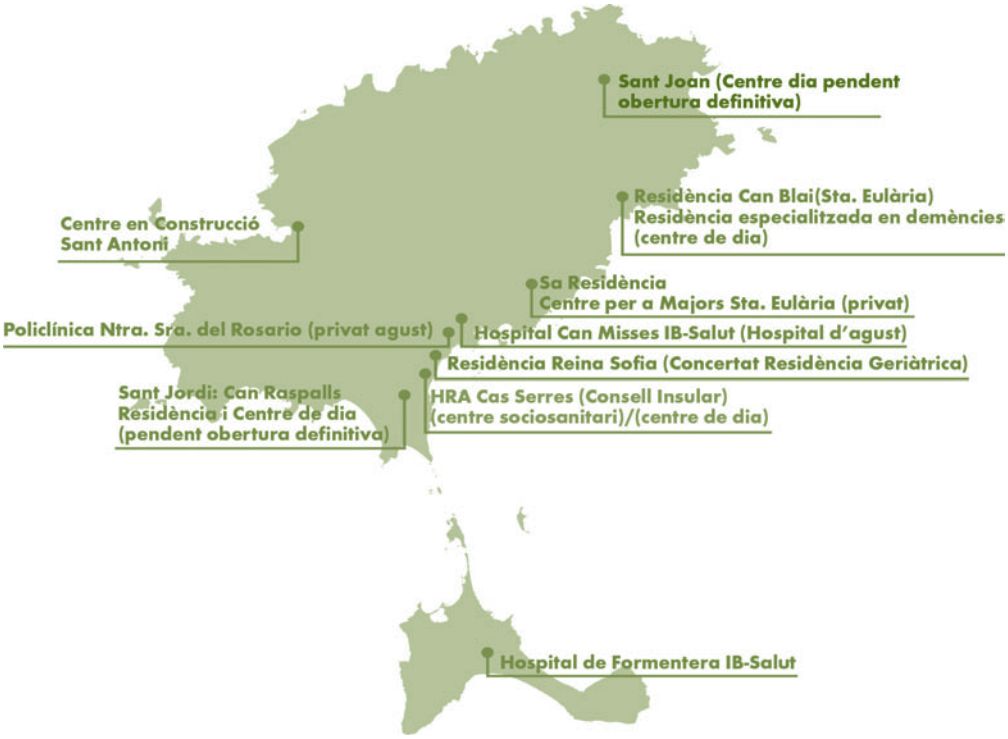
Veiem que l'índex de cobertura de places residencials a l'illa d'Eivissa és quasi un punt per davall de la mitjana nacional. L'índex de cobertura dels centres de dia a Eivissa és de 0,4%; a les Balears, la mitjana de cobertura és de 0,68% i a l'àmbit nacional, de 0,83%.

2.5. Mapa de recursos i nombre total de places residencials i centres de dia (públics i privats)

De manera gràfica exposam els recursos de les Pitiüses, en diferents colors.

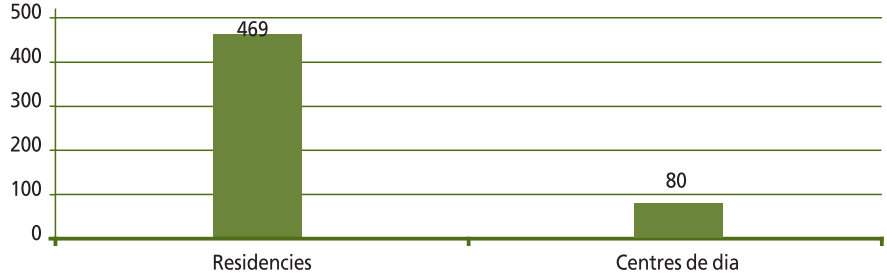
- Residències para dependència
- Residències privades (places concertades)
- Centre sociosanitari. Consell d'Eivissa
- Centres hospitalaris
- Residències per a dependència

Gràfic 1 | *Mapa de les Pitiüses. Elaboració pròpia*



Expressam gràficament el nombre total de places públiques i privades:

Gràfic 2 | *Nombre de places residencials i sociosanitàries*



Elaboració pròpia

2.6. Esquema conceptual. Regulació

Descrivim tres grans mòduls: dependents, dependents + sanitat i sanitat.

Veiem que els diferents recursos depenen de diferents administracions. Expressam mitjançant aquest esquema:

1. A qui va adreçat?
2. De quines residències o centres disposam a les Pitiüses?
3. Com està regulat?

Veiem que el requadre més ampli és el de dependència més problemes sanitaris: els problemes de salut són els que generen més dependència.

Dependència 100%	Dependència%	Sanitat 100%
	Sanitat%	

1) Persones dependents — Persones dependents (Suport sanitari) — Problemes de salut

Problemes de salut generen més dependència

2) Can Blai ←→
Sant Jordi ← → ← HRA Cas Serres ←→ HRA
Sant Antoni ←→ (sociosanitari + dependència) (12 llits conveni IB-Salut)
Reina Sofia (concertada) ←→

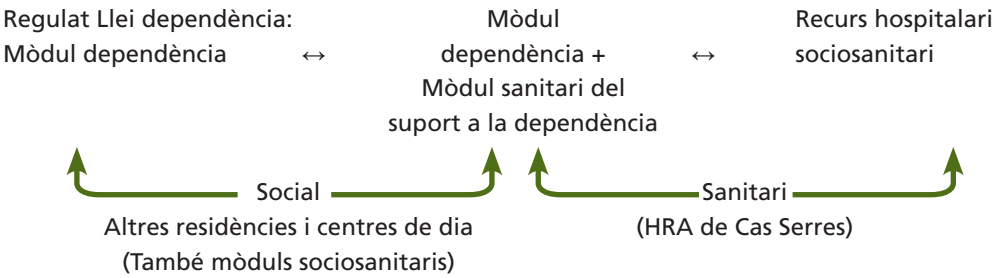
3) Regulat: Llei de serveis socials + Llei dependència — Regulat: Llei de serveis socials + Llei dependència — Regulat: Llei dependència + Llei sanitària

Hem detallat les residències que existeixen a la nostra illa, així com la normativa que les regula: lleis de serveis socials, lleis sanitàries.

Com podem comprovar, els diferents recursos depenen de diferents administracions i, per tant, també hi ha diferents vies d'accés. Parlàvem en tots els nostres treballs de la necessitat d'una porta única i una única central de reserva. Si bé ens guiam amb el mateix barem i treballam en conjunt, necessitam unificar criteris d'actuació.

Sabem que hi ha diversos circuits i fluxos d'ingrés, ja que els centres depenen de diferents dependències administratives i també tenen diferents finançaments.

L'HRA de Cas Serres és el centre sociosanitari de referència a Eivissa i també és el que compleix amb els requisits, tant tècnics com humans, per dur a terme aquestes tasques.



L'estructura sociosanitària (HRA de Cas Serres, metge/metgessa, infermer/a 24 hores, oxigen, tractaments parentals, sondatges, nutrició, analítiques, cures etc.) també dóna la possibilitat d'atendre determinades persones amb necessitats de salut (subaguts i aguditzacions) que, en estructures residencials, generalment no es poden atendre per manca de disponibilitat d'estructura i/o recursos. Persones amb descompensacions freqüents de malalties cròniques o en la fase avançada d'una malaltia crònica evolutiva i/o en estat de final de vida són els casos que majoritàriament són remesos a Cas Serres des de l'hospital d'aguts (dotze llits en conveni amb l'IB-Salut), la qual cosa ha permès reduir al màxim l'anada a serveis d'urgència o fins i tot l'ingrés a l'hospital (HCM). L'objectiu principal seria la rendibilització dels recursos amb la disminució de l'estada a l'hospital d'aguts (HCM). Les estades a l'hospital d'aguts són per malaltia aguda i no per cronificació dels processos.

També és important comptar amb unitats individualitzades per tram d'atenció: psicogeriatria, convalescència, pal·liatives, complexitat clínica... Necessitaríem mòduls sociosanitaris també dins de residències, com marcam amb l'esquema conceptual.

3. Situació de la dependència a Eivissa

Detallarem les dades estadístiques, així com el flux de sol·licituds i la utilització del barem.

3.1. Dades estadístiques

Segons les dades de maig de 2012 (vegeu la taula 12), tenim:
1.953 sol·licituds actives,
1.755 dictàmens,
1.610 dependents amb dret a prestació,
1.181 PIA,
627 expedients en tràmit, que corresponen a un 32,10%.

Durant tots aquests anys hem vist un augment creixent de les sol·licituds de reconeixement de la situació de dependència. La dependència és un estat de caràcter permanent en què es troben les persones que, per raons derivades de l'edat, malaltia o discapacitat, i lligades a la falta o pèrdua d'autonomia física, mental, intel·lectual o sensorial, necessiten l'atenció d'una altra o unes altres persones o ajuts importants per realitzar activitats bàsiques de la vida diària o, en el cas de persones amb discapacitat intel·lectual o malaltia mental, d'altres suports per a la seua autonomia personal.

Es pretenia fomentar recursos assistencials i es consideraven excepcionals els ajuts econòmics i s'ha comprovat que, a dia d'avui, la majoria de persones que demanen el reconeixement de la seua condició de dependents vénen amb la idea d'obtenir ajut econòmic.

Trobam que el perfil de persona beneficiària, segons dades de l'IMSERSO (a 1 de gener de 2011), és una dona més gran de vuitanta anys, amb un grau III de dependència, resident en una localitat de més de 50.000 habitants, propietària de l'habitatge on viu i que té una renda mitjana entre 1 i 2 IPREM.

Taula 12

Municipi	Sol·licituds	Dictàmens	Persones beneficiàries amb dret a prestació (*)	PIA	En tràmit
Eivissa illa	1.953	1.755	1.610	1.181	627
Eivissa	880	788	708	531	269
Sant Antoni de Portmany	321	297	278	213	89
Sant Joan de Labritja	112	104	99	88	19
Sant Josep de sa Talaia	249	229	208	164	64
Santa Eulària des Riu	391	337	317	185	186
Formentera	108	104	98	89	13

Font: CAIB maig 2012. Elaboració pròpia
** (GIII, GII i GIN2)*

Graus i nivells especificats:
Veiem que a l'illa d'Eivissa hi ha un total de 1.468 persones amb dret a prestació. Aquest nombre és la suma dels graus III i II. Les persones amb grau I no se sap quan rebran ajuda. A més, un 40% de les persones amb dret són grans dependents.

Taula 13

	Grau III		Grau II		Grau I		Sense Grau	Total persones beneficiàries amb dret a prestació
Municipi	N2	N1	N2	N1	N2	N1		GIII + GII)
Illes Balears	2.022	4.378	3.105	4.483	2.578	3.170	196	13.988
Eivissa illa	177	413	381	497	178	157	13	1.468

continua

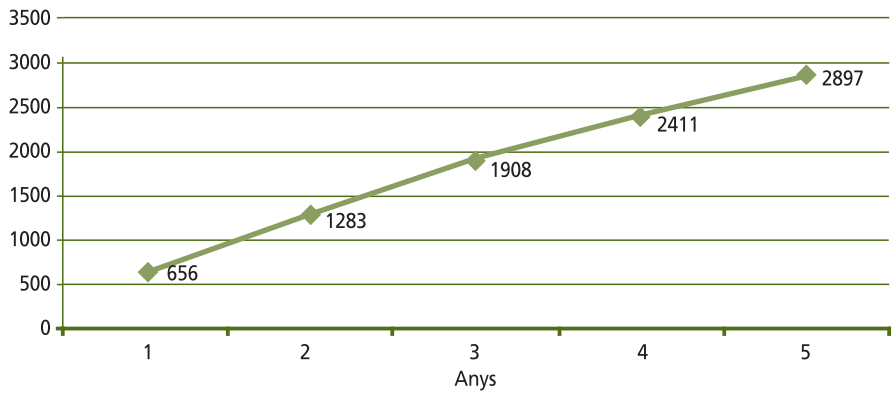
Municipi	N2	N1	N2	N1	N2	N1		GIII + GII)
Eivissa	78	181	200	195	85	87	9	654
Sant Antoni de Portmany	29	69	48	92	41	19	2	238
Sant Joan de Labritja	12	28	22	28	10	8	0	90
Sant Josep de sa Talaia	19	42	46	80	25	22	0	187
Santa Eulària des Riu	39	93	65	102	17	21	2	299
Formentera	15	26	22	22	13	5	1	85

Font: CAIB juny 2012. Elaboració pròpia

3.2. Flux de sol·licituds

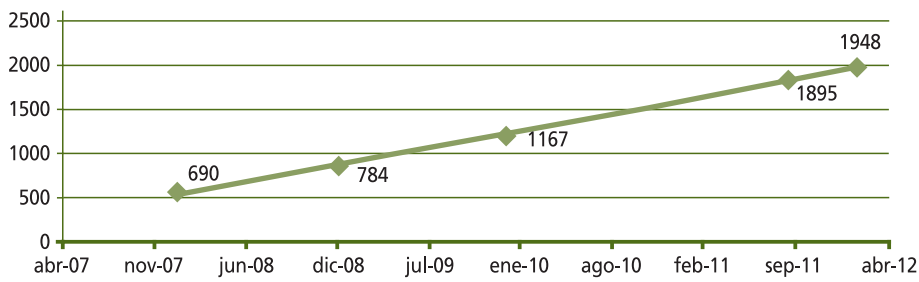
L'any 2007, a l'inici de la posada en marxa del sistema, va haver-hi una allau de sol·licituds. El 2008 va repuntar una altra vegada el volum de sol·licituds per voler normalitzar, mitjançant la Llei de dependència, les persones usuàries de les residències. Des d'aleshores s'ha mantingut més o menys estable.

Gràfic 3 | *Evolució de les sol·licituds registrades a Eivissa*



Font: CAIB. Elaboració pròpia

Gràfic 4 | *Evolució de les sol·licituds actives a Eivissa*



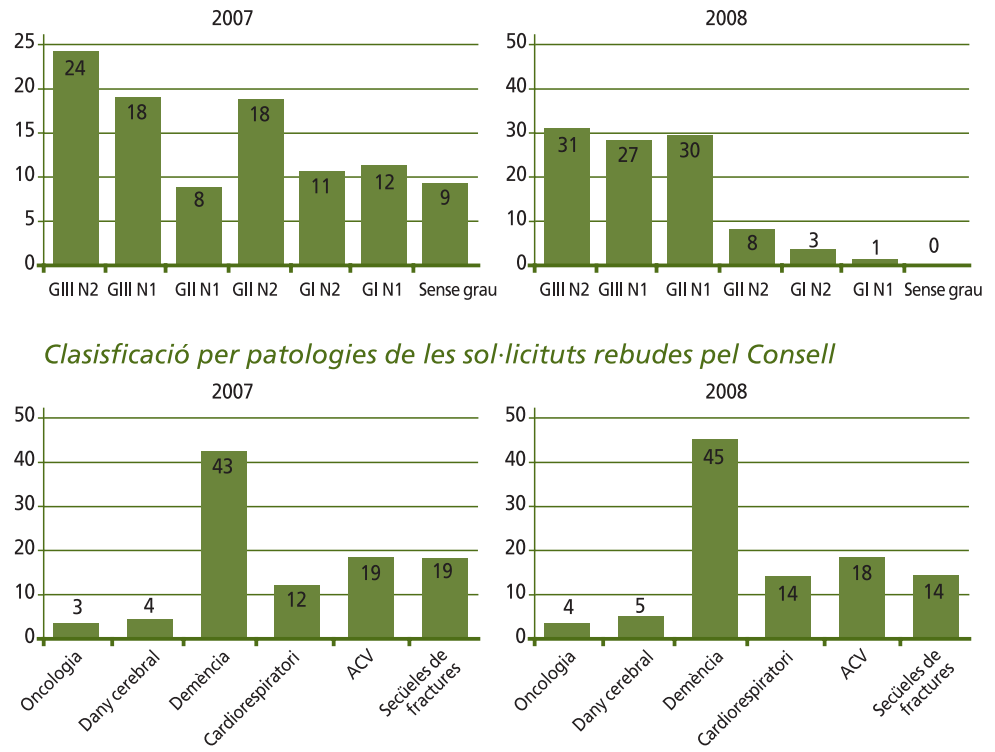
3.3. Utilització del BVD

Trobam que el BVD és un instrument més per a la valoració en geriatria; avalua de manera encertada les activitats bàsiques i instrumentals de la vida diària. També és un instrument vàlid aplicat a persones afectades de patologia invalidant independentment de la seua edat. Ens hem trobat que el BVD no és un element precís per valorar persones amb malaltia mental crònica.

En aquests anys vàrem poder aplicar aquest barem en diferència d'un any a pacients ingressats a centre sociosanitari, dades que ens pareixen interessants i transcrivim en aquest treball.

I per patologies veim:

Gràfic 5 | *BVD dels ingressats a Cas's Serres*



Font: Unitat de Valoració. Elaboració pròpia

Comparàrem BVD i patologia de les persones ingressades.

En fer la comparativa dels pacients ingressats (100 pacients), comprovàrem que:

- El BVD augmentava de manera ostensible i la patologia variava lleugerament.
- El BVD és un instrument útil per a la valoració geriàtrica integral.
- El BVD valora la capacitat per portar a terme per si mateix les activitats bàsiques i instrumentals de la vida diària.
- El BVD no és un instrument útil per valorar els casos aguts i subaguts.
- No ens definia la fragilitat dels processos ni ens servia com a element pronòstic.
- Tampoc no ens servia per determinar els temps d'estada en centre, podria servir com a instrument valorador dins del centre, càrregues de feina del personal.

La majoria de pacients que sol·liciten recurs residencial són persones grans dependents (BVD >75 punts). Aproximadament el 80% de les sol·licituds que rebem són de persones més grans de seixanta-cinc anys.

El 34% dels pacients ingressats al centre a què fem referència en aquest estudi, Hospital Residència Assistida de Cas Serres, provenia de l'hospital d'aguts.

En aquest treball definíem el perfil de les persones usuàries segons la seua procedència:

- Perfil sociosanitari: home més gran de seixanta-cinc anys, amb afectació crònica (dany cerebral, ACV, demència i/o malaltia terminal).
- Perfil residencial: dona més gran de vuitanta-cinc anys, amb demència i amb problemàtica social. Molt semblant al perfil que ens donava l'IMSERSO l'any 2011.

En el treball realitzat veiem que la persona usuària més jove tenia trenta-cinc anys i la més gran, cent dos anys.

En l'usuari clarament sociosanitari, la seua dependència és generada per problemes de salut i són els casos que provenen de l'hospital d'aguts i en els quals s'ha de prioritzar el cas.

4. Esquemes i models

Descrivim a continuació tres esquemes dels models que hem estat dibuixant aquests anys i hem resumit en aquest article. Veiem:

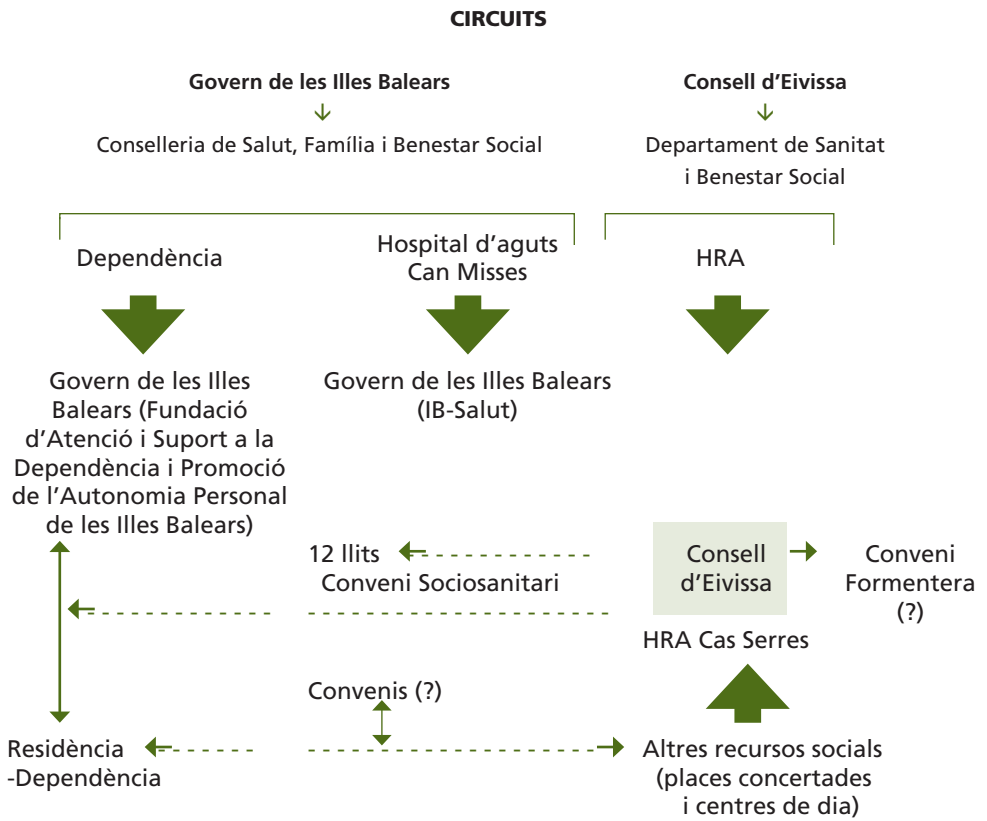
Esquema 1: Els diferents circuits i les administracions de les quals depenen els recursos.

Esquema 2: El registre de les sol·licituds i els passos a seguir dels expedients.

Esquema 3: De manera molt esquemàtica, el model de centre amb què es compta a les Illes Balears, els serveis, el finançament, la normativa reguladora.

4.1. Esquema de circuits i administracions

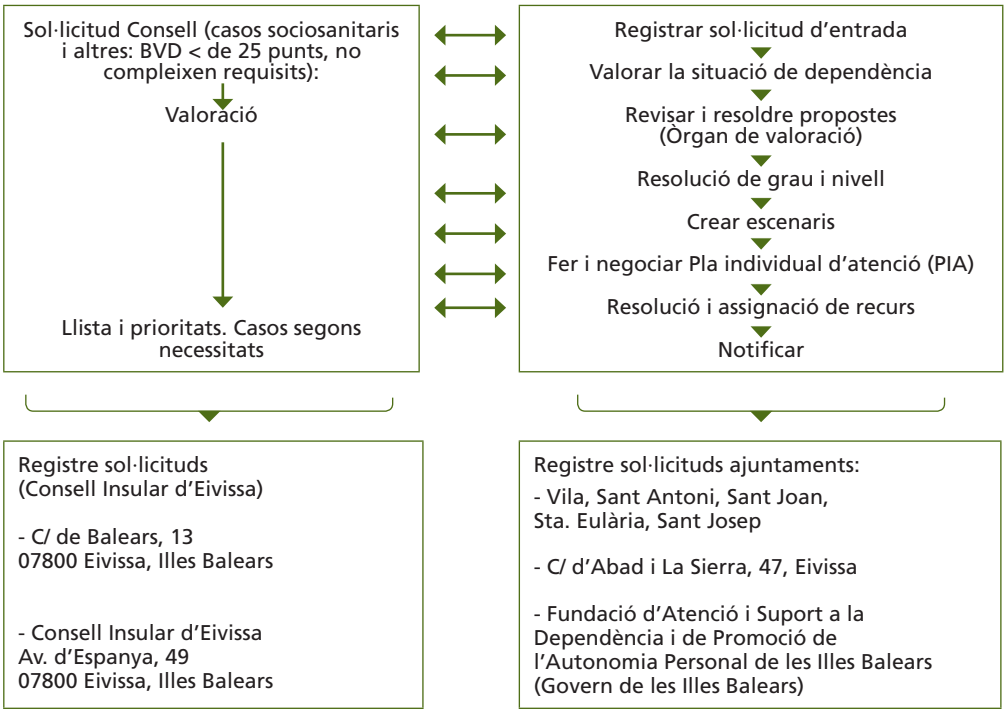
Representam aquí un petit organigrama dels recursos de les Pitiüses i de les diferents administracions de què depenen.



- Can Blai
- Sant Jordi de ses Salines: Can Raspalls (pendent obertura definitiva)
- Sant Antoni de Portmany (en construcció)
- Places concertades Reina Sofia (20 places)
- Places concertades HRA Cas Serres (40 places)
- Centres de dia: CATM: Centre d'atenció trastorns memòria (Cas Serres)
  Centre de dia Can Blai)

4.2. Registre de sol·licituds

Només fent una ullada, ja veiem que hi ha una doble via per registrar les sol·licituds (fins i tot podria haver-hi triples vies: municipi/Consell/Govern). Usam el mateix barem de valoració i tot hauria d'estar centralitzat via reconeixement dependència. Veiem duplicitat d'expedients i vies d'accés.



Necessitat d'una valoració interdisciplinària, no solament valoració de dependència.

Circuits més àgils i comissions d'ingrés, seguiment i alta ha estat un dels nostres objectius en aquests treballs.

4.3. Model i normativa dels centres

Parlam des d'un principi d'ubicació de cada persona usuària en el seu nivell assistencial o d'optimització de recursos; per això, hem realitzat aquest esquema conceptual, en el qual definim tres grans mòduls o blocs en què descrivim tots els recursos de la nostra illa i, finalment, parlam de la n ormativa. Descrivim:

- Mòdul residència o mòdul dependència

- Mòdul dependència en suport sociosanitari
- Mòdul sociosanitari en suport sanitari

En aquests tres grans mòduls es definirien els tipus de recursos que hi ha a les nostres illes, així com s'especifiquen els serveis i l'atenció que s'hi dóna, el finançament i la normativa reguladora.

1r mòdul: mòdul residencial o mòdul dependència. Englobam en aquest apartat la llarga estada residencial com a mòdul dependència. L'any 2008 vàrem intentar incloure tots els usuaris dels centres de l'illa en la Llei de dependència, fet pel qual es va veure un augment de la demanda (vegeu gràfics 3 i 4). Aquesta modalitat tindria un personal d'atenció directa suficient per dur a terme les activitats de manteniment funcional i cognitiu, cures, oci... així com personal d'atenció indirecta (neteja, bugaderia, cuina, recepció, administració, direcció), que pot ser propi o per empresa externa (Decret 86/2010). Aquí queden englobats tant recursos públics com privats. Els ingressos en residència via dependència poden tardar fins a dos anys. S'ha de tenir en compte que el Govern central està treballant en la modificació de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència. Estem esperant el sentit d'aquestes modificacions.

2n mòdul: mòdul dependència amb necessitat de servei sociosanitari de suport a la dependència. Cada vegada veiem més tendència a la cronificació dels processos, més patologies cròniques dins les residències. Adequar la persona usuària a cada nivell assistencial ha estat la nostra lluita aquests anys, per això veiem la necessitat d'aquest suport sociosanitari dins de les residències. S'hauria de comptar amb serveis mèdics i d'infermeria de manera continuada, no solament a demanda segons la necessitat. Englobam totes les residències dins aquest mòdul. La possibilitat de l'obertura de les noves residències fa que ens plantegem de manera més ferma la reordenació de tots els recursos com una veritable necessitat.

3r mòdul: mòdul sociosanitari amb suport sanitari. Comptaríem amb metge i infermera les 24 hores. Tractaments d'aguts i subaguts. D'aquesta manera s'optimitzarien els recursos. A l'illa d'Eivissa només els dotze llits del conveni de l'HRA amb l'IB-Salut estarien en aquest criteri o mòdul sociosanitari/sanitari. El finançament aquí vendria per la sanitat, pel fet de ser un recurs sanitari. També plantejam la possibilitat de copagament per part de la persona usuària.

A l'HRA de Cas Serres també compleixen el mòdul sociosanitari més dependència. Tots els altres llits vendrien definits igual que les altres residències per aquest mòdul.

En aquest gràfic també detallam la normativa reguladora, tant de les residències públiques com privades.

Hem vist que els centres cada vegada necessiten més suport. Els dotze llits sociosanitaris no cobreixen la demanda actual de la nostra illa. Com hem especificat en altres apartats d'aquest treball, l'HRA Cas Serres és el que compleix els requisits i des d'on s'ha articulat aquesta modalitat d'atenció sociosanitària a l'illa d'Eivissa. És el centre històric de referència.

Els altres centres han d'estar preparats per a les necessitats sociosanitàries, que estan creixent d'una manera important.

La contractació d'un geriatre per part de l'IB-Salut i la coordinació amb l'hospital d'aguts ha estat un pas excel·lent en el treball que s'està fent: s'han reordenat els recursos i s'han rendibilitzat al màxim i, sobretot, s'han reduït les estades a l'hospital d'aguts.

SOCIAL ← → SANITAT

Mòdul residencial o Mòdul dependència	Mòdul dependència I I Mòdul sociosanitari (Suport dependència)	Mòdul sociosanitari I I Mòdul sanitari

Social → Dependència → Sociosanitari → Sanitari

Residència o centre de dia	Residència Dependència
Municipi/Consell	Govern/Consell Gestió: Consorci

Sociosanitari →	HRA

Concertats	Can Blai	→	
Centres de dia	Sant Jordi (pendent obertura definitiva	→	HRA
	Sant Antoni (pendent obertura definitiva)	→	

- Serveis:
  - Hostaleria, bugaderia, alimentació, oci
  - Manteniment cognitiu i funcional
  - Cures
  - Serveis mèdics i d'infermeria a demanda
    Atenció primària
- Personal d'atenció directa
  Personal d'atenció indirecta
  (Propi i contractat)
- Finançament:
  Usuari
  Serveis socials. Dependència (municipi/ Consell/Govern)

- Serveis:
  - Hostaleria, bugaderia, alimentació, oci
  - Manteniment cognitiu i funcional
  - Cures
  - Psicòlegs, terapeutes
  - Serveis mèdics i d'infermeria
  - Mòdul d'atenció sanitària de suport a la dependència
- Personal d'atenció directa
  Personal d'atenció indirecta
  (Propi i contractat)
- Finançament:
  Usuari
  Serveis socials.
  (Dependència. Govern / Consell)

- Serveis:
  - Hostaleria, bugaderia, alimentació, oci
    Atenció sanitària. Serveis mèdics i d'infermeria 24h
    assistencials per a subaguts i aguditzacions
    Complexitat clínica, pal·liatives
    Convalescència
    Manteniment cognitiu i funcional
    Psicòlegs, fisioterapeutes,...
    Serveis sanitaris i sociosanitaris
    Farmàcia...
- Personal d'atenció directa
  Personal d'atenció indirecta
  (Propi i contractat)
  Personal mèdic 24 h
- Finançament:
  Sanitari
  Usuari
- Regulat: lleis sanitàries

- Regulat:

Llei 3/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.

Llei 4/2009, d'11 de juny, de serveis socials de les Illes Balears.

Decret 123/2001, de 19 d'octubre, de definició i regulació de les condicions mínimes d'obertura i funcionament de centres i serveis per a persones majors, tant públics com privats.

Decret 66/99, de 4 de juny, pel qual s'aprova el Reglament regulador del Sistema Balear de Serveis Socials.

Decret 86/2010, de 25 de juny, pel qual s'estableixen els principis generals i les directrius de coordinació per a l'autorització i l'acreditació dels serveis socials d'atenció a persones grans i persones amb discapacitats, i es regulen els requisits d'autorització i d'acreditació dels serveis residencials de caràcter suprainsular per a aquest sector de població.

5. Consideracions i propostes finals

Detallam a continuació de manera resumida els resultats que hem plasmat durant aquests anys i les propostes que llançam.

5.1. Falta de recursos

Veiem clarament una falta de recursos; en aquests moments, l'índex de cobertura de places per a persones grans és del 3,5%, mentre que l'OMS recomana un índex mínim del 6%.

L'obertura definitiva dels centres de Sant Jordi de ses Salines i de Sant Antoni de Portmany milloraran aquesta situació.

La llista d'espera per ingrés en residències és superior a 140 persones.

A l'illa d'Eivissa falta informatitzar correctament el circuit de llista d'espera i central de reserva. També hem de tenir en compte com afectarà aquesta situació la modificació de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.

5.2. BVD com a instrument de valoració

Tenim bons resultats i bones experiències en aquest instrument per valorar la dependència, tant en l'entorn del pacient com a l'àmbit institucional; ara bé, s'evidencia que es necessita una valoració interdisciplinària de la situació, no únicament valoració de la dependència.

5.3. Circuits

Els diferents recursos assistencials depenen de diferents estaments, cosa que fa que s'hagin de duplicar o fins i tot triplicar els expedients; és necessari un sistema més àgil.

Hem detectat que els problemes burocràtics administratius poden retardar de manera significativa l'agilitat en la tramitació dels expedients; l'agilitat del sistema de dependència es trenca entre el temps que va de la valoració de dependència a l'elaboració del PIA; es té un grau de dependència suficient per tenir dret a rebre ajuda i ens trobam que únicament podem fer «contenció». A Eivissa tenim un 32,10% d'expedients en tràmit (627 expedients), xifra prou elevada.

A dia d'avui estam entrenats a treballar en el SISAAD (Servei informàtic del sistema per a l'autonomia i l'atenció a la dependència), si bé falta una coordinació estricta entre tots els professionals i les administracions que treballam en aquest àmbit.

5.4. Ubicació correcta de les persones usuàries

Hi ha una tendència a la cronificació dels processos i una nova forma de patir les malalties. La dependència és generada freqüentment per problemes de salut i en aquests casos hem de prioritzar l'atenció fent un ingrés en el centre sociosanitari de referència a les Pitiüses (HRA Cas Serres); la contractació d'un geriatre per part de l'IB-Salut i la creació d'una comissió o equip d'atenció sociosanitari ha fet sorgir un nou escenari d'actuació, que ha millorat la coordinació entre els diferents recursos i la ubicació de les persones usuàries.

És important dissenyar un recorregut més àgil entre els diferents nivells assistencials; hi ha un grup de pacients important que va passant d'un nivell a l'altre i un altre grup que fa el trajecte de la complexitat creixent. Per tant, la manera més adequada d'optimitzar els recursos és la correcta ubicació del pacient en el recurs de la intensitat assistencial que el seu estat requereix.

La manca de recursos a les nostres illes fa que hi hagi un tant per cent important de persones ingressades a l'HRA Cas Serres d'un perfil totalment social, cosa que al mateix temps provoca esgotament de recurs sociosanitari i que aquest no estigui optimitzat, ja que s'utilitza un recurs més car del que es necessita.

5.5. Reordenació dels recursos

Es fa necessària la reordenació dels recursos de les Pitiüses, tant els sociosanitaris com els de llarga estada-residencial-dependència.

Segons dades de les memòries de la Unitat de Valoració del Consell Insular d'Eivissa presentades el 2011, les sol·licituds per ingrés urgent d'una plaça de residència varen ser cent deu (110), de les quals quaranta-una (41) són casos sociosanitaris que provenen de l'Hospital Can Misses i onze (11) són casos socials que també provenen de l'Hospital Can Misses.

Quasi la meitat dels casos que es tramiten de manera urgent provenen de l'hospital d'aguts (HCM). Els ingressos als centres via dependència poden retardar-se fins a dos anys.

Tot això evidencia la necessitat d'un accés al recurs a través d'una valoració interdisciplinària individualitzada, no únicament la valoració de dependència.

5.6. Escenaris de futur

Proposaríem unitats individualitzades per trams d'atenció tant en residències com sociosanitaris. Cada vegada hi ha més patologia crònica dins de les residències, motiu pel qual es necessiten equips d'ajuda i atenció tant als centres sociosanitaris com en residències-dependència.

Es necessita la creació de comissions d'ingrés, seguiment i alta.

5.7. Adaptació a la situació

Com a resultat d'aquest treball ens surten les qüestions següents:

- Quin recurs és l'idoni?
- Quina intensitat de recurs?
- Com ens coordinam?

Ja hem plantejat diverses vegades la necessitat de reordenar els recursos tant sanitaris com socials, fent plans d'actuació i adequació de la xarxa sanitària-sociosanitària-dependència, creació de comissió d'ingrés, seguiment i alta, i circuits més àgils.

El que sí podem confirmar després d'aquest treball compartit és que la col·laboració estreta entre els professionals de les diferents administracions és imprescindible per tenir una visió completa de les necessitats a les nostres illes.

Referències bibliogràfiques

Caja, C. (2008). *Nuevas perspectivas de la atención de larga estancia en Cataluña*. Barcelona: XV Congreso de la Sociedad Catalano-Balear de Geriatria i Gerontologia.

Comunitat Autònoma de les Illes Balears*. Dades estadístiques de dependència, 2012*.

Consell Insular d'Eivissa*. Memòria 2010-2011.*

González, S., Montserrat, J., Sánchez, J., Anguas, L. F., Barriga, L. A., i Cervera, M. (2010). *Informe sobre la Ley de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*. Madrid. Editorial: Fundación Democracia y Gobierno Local.

Marí, J., Mayans, F., Rivero, V., i Roig, B. (2007). *Valoració de la Dependència de les 167 sol·licituds rebudes durant l'any 2006 al Consell Insular d'Eivissa i Formentera.* Palma de Mallorca: Congrés de la SEGG.

Marí, J., Marí, M. J., Mayans, F., Llull, M., Rivero, V., i Roig, B. (2009). *Valoración a través del BVD de solicitudes y pacientes ingresados en los años 2007 y 2008 en Ibiza.* Bilbao. Congreso de la SEGG.

Marí, J., Roig, B., Llull, M., Marí, M. J., i Pérez, E. (2009). *Estudio comparativo de solicitudes del año 2007, 2008, 2009 recibidas en la Unidad de Valoración del Consell d'Eivissa.* Palma de Mallorca: I Congreso de la Sociedad Balear de Geriatría y Gerontología.

Marí, J., Roig, B., Llull, M., Pérez, E. i Ribas, C. (2010). *Evolución de las solicitudes de dependencia en Ibiza*. Valladolid: Congreso de la SEGG.

Marí, J., Roig, B., Ribas, C., Llull, M., i Pérez, E. (2011). *Solicitudes de Dependencia y Recursos en la Isla de Ibiza.* Málaga: 53º Congreso de la SEGG.

Ministerio de Asuntos Sociales. *Plan Gerontológico,1992*.

Resolució de 29 de juny de 2010, de la Secretaria General de Política Social i Consum, Acord del Consell Territorial del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència sobre modificació del barem de valoració de la dependència establert al Reial decret 504/2007, de 20 d'abril.

Ribas, C. (2010). *Informe de la actividad realizada por la Unidad de Valoración del Consell d'Eivissa desde el año 2006 al 2009.* Ibiza: Máster de Ciencias Sociales Aplicadas a la Atención Sociosanitaria. UIB.

Ribas, C. (2011). Estudio *de los recursos asistenciales para la población dependiente de Ibiza*. Ibiza: Máster en Ciencias Sociales Aplicadas a la Atención Sociosanitaria. UIB.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. IMSERSO. *Información estadística del SAAD. 2011*. Madrid. Recuperat de: http//www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/presentacionest2010.pdf

Autors

JOSEFA MARÍ MARÍ

Metgessa del Consell Insular d'Eivissa (Unitat de Valoració)
Màster en Gerontologia Social. Universitat de Barcelona

ELISA PÉREZ RAMON

Infermera. Valoradora Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal de les Illes Balears

CATALINA RIBAS GUASCH

Coordinadora Infermeria HRA Cas Serres
Màster en Ciències Socials aplicades a l'atenció sociosanitària. UIB, 2011

BARTOLOMÉ ROIG ROSELLÓ

Fisioterapeuta. Valorador Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal de les Illes Balears

EL CENTRE DE DIA PER A MALALTS D'ALZHEIMER I ALTRES TRASTORNS COGNITIUS. CONSELL INSULAR DE MENORCA (CIME).

El centre de dia per a malalts d'Alzheimer i altres trastorns cognitius. Consell Insular de Menorca (CIME).

Montserrat Carreras Pons
Liliana Curzi
Milagros González González
Bernardo López Oblaré
Lorena Martín Mus
Patrícia Moncada Pons
María Sánchez Delicado
Sílvia Zapata Ruiz

Resum

El Centre de dia del Consell Insular de Menorca per a malalts d'Alzheimer i altres trastorns cognitius és un centre especialitzat en l'atenció a usuaris amb aquestes patologies. La seva finalitat és terapèutica, rehabilitadora i assistencial.

Els pacients són avaluats pels professionals del centre en les seves diverses àrees i s'elabora un pla d'actuació depenent de les seves capacitats residuals. Segons aquestes, s'incorporen a un o a diversos tallers cognitius.

En l'actualitat, els tallers específics que ofereix el centre són: orientació tempoespacial, orientació a la realitat, pràxia, gnosi, memòria, càlcul i llenguatge, activitats de la vida diària, activitats físiques i de psicomotricitat.

L'altre pilar de l'assistència del centre és la família, tant en les seves necessitats de formació i informació com en les assistencials i de suport.

Resumen

El Centro de Día del Consell Insular de Menorca para Enfermos de Alzheimer y otros Trastornos Cognitivos es un centro especializado en la atención a usuarios con estas patologías. Su finalidad es terapéutica, rehabilitadora y asistencial.

Los pacientes son evaluados por los profesionales del centro en sus diversas áreas y se elabora un plan de actuación dependiendo de sus capacidades residuales. En base a ellas se incorporaran a uno o varios de los talleres cognitivos.

En la actualidad, los talleres específicos que oferta el centro son: orientación tempoespacial, orientación en la realidad, praxias, gnosias, memoria, cálculo y lenguaje, actividades de la vida diaria, actividades físicas y de psicomotricidad.

El otro pilar de la asistencia del centro es la familia, tanto en sus necesidades de formación e información como en las asistenciales y de apoyo.

1. Introducció

El Centre de dia és un centre d'estimulació cognitiva especialitzat, que ofereix serveis a usuaris amb aquesta malaltia i a les seves famílies en un horari ampli, de 8 a 21 hores. Pioner a Menorca, pretén alentir al màxim el deteriorament de la malaltia, conservar

tant temps com es pugui les àrees menys deteriorades i recuperar les funcions menys utilitzades.

1.1. Objectius

Els objectius del centre van dirigits tant a l'usuari com a la família.

1.1.1. Dirigits a l'usuari

L'objectiu principal és millorar la qualitat de vida.
Els objectius secundaris són potenciar les habilitats residuals, oferir un entorn acollidor i crear una atmosfera educacional.

1.1.2. Dirigits a la família

L'objectiu principal és millorar la qualitat de vida de la família i/o del cuidador principal. Els objectius secundaris són oferir suport psicosocial a la família/cuidador i donar formació i informació sobre la malaltia.

1.2. Recursos humans

L'equip professional del centre és un equip que treballa de manera multidisciplinària. Està format per:

1.2.1. Direcció orgànica

La direcció del centre correspon al conseller/a que tingui atribuïdes les competències en matèria de benestar social . Aquesta funció està delegada al director/a insular de la xarxa sociosanitària. La direcció funcional correspon al director/a de la Residència de gent gran del Consell Insular de Menorca i centre de dia d'Alzheimer i altres trastorns cognitius. És el responsable de l'organització funcional del centre.

Les funcions d'aquest últim són:

Planificar, dirigir, supervisar i avaluar el model assistencial
Coordinar-se amb els recursos comunitaris
Gestionar el pressupost
Avaluar la satisfacció dels usuaris respecte del servei rebut
Gestionar el personal a nivell laboral
Supervisar el correcte desenvolupament de les funcions de l'equip
Establir i facilitar canals de comunicació
Garantir el treball multidisciplinari
Fomentar la formació continuada del personal

Participar en la Comissió Tècnica davant de cada ingrés nou
Participar en les reunions multidisciplinàries del centre
Supervisar el compliment i l'actualització del pla individual
Facilitar la coordinació de l'equip amb la família
Vetllar pel compliment dels drets de l'usuari i el reglament de règim intern
Facilitar la interrelació individualitzada amb els usuaris
Representar la institució davant la família

1.2.2. Psicòloga

Les funcions de la psicòloga són:

Practicar la valoració i el seguiment neuropsicològic i conductual
Col·laborar en el diagnòstic etiològic de la demència si és necessari
Dissenyar i organitzar el pla d'estimulació més adient a cada usuari
Portar a terme el seguiment dels tallers de psicoestimulació
Donar suport psicològic específic a l'usuari i a la família
Crear grups de suport
Donar suport a l'equip

1.2.3. Geriatre

Les funcions del metge geriatre són:

Realitzar l'avaluació mèdica prèvia a l'ingrés
Indicar la idoneïtat del centre a cada usuari en concret, prèviament a la valoració global d'equip
Portar a terme la valoració geriàtrica integral de l'usuari ja acceptat en el centre
Elaborar la completa història clínica de cada usuari
Participar en la Comissió Tècnica davant de cada ingrés nou
Participar en les reunions multidisciplinàries del centre
Participar en l'elecció dels tallers adequats a cada tipologia d'usuari
Col·laborar amb la psicòloga en l'ajustament diagnòstic del tipus de demència o trastorn cognitiu existent en cada usuari
Portar el control de les patologies concomitants quan puguin interferir en l'adequada execució del tractament no farmacològic i cognitiu del centre, sempre en col·laboració amb el seu neuròleg i/o metge de família
Sol·licitar proves complementàries si és necessari
Detectar i informar el metge de família de les alteracions clíniques de rellevància trobades en el centre de dia
Participar en reunions amb familiars sempre que el cas ho aconselli
Controlar tota la medicació i l'ajustament del tractament als criteris geriàtrics
Contribuir al pla de cures i mesures elaborat de manera multidisciplinària per a cada usuari del centre

1.2.4. Infermera

Les funcions de la infermera i coordinadora són:

Acollir l'usuari/a en el moment de l'ingrés
Elaborar la història d'infermeria
Valorar i supervisar les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD)
Observar i detectar les necessitats de l'usuari i donar-hi resposta
Responsabilitzar-se de la realització de tècniques pròpies d'infermeria (medicació, analítiques, cures, sondatges…)
Controlar la dieta
Col·laborar en l'organització i el seguiment dels tallers de psicoestimulació
Participar en les reunions multidisciplinàries
Participar en les tasques de formació continuada de l'equip
Informar i formar sobre les atencions necessàries i donar suport a les famílies

1.2.5. Fisioterapeuta

Les funcions de la fisioterapeuta són:

Realitzar la valoració d'ingrés i seguiment anual
Dissenyar i portar a terme les sessions d'activitat física
Valorar la necessitat d'ajudes tècniques específiques
Participar en la Comissió Tècnica
Participar en les reunions multidisciplinàries

1.2.6. Treballadora social

Les funcions de la treballadora social són:

Rebre les sol·licituds d'ingrés
Realitzar la valoració social, familiar i econòmica
Elaborar l'informe social per passar per la Junta d'Ingressos
Participar en la Junta d'Ingressos per a la deliberació de la idoneïtat o no dels casos estudiats
Realitzar un seguiment dels casos i proporcionar informació, formació i suport a les famílies
Prevenir i tractar situacions de crisi provocades per la sobrecàrrega en les famílies o els cuidadors
Afavorir la interrelació entre les famílies dels usuaris i els professionals del centre
Coordinar-se amb altres serveis socials de la comunitat per garantir la cobertura de les necessitats dels usuaris
Participar en la Comissió Tècnica

1.2.7. Auxiliars d'infermeria

Les funcions de les auxiliars d'infermeria són:

Atendre la recepció i l'acomiadament dels usuaris
Acompanyar en el transport per realitzar la tasca de recollida i entrega dels usuaris
Participar i executar els tallers de psicoestimulació
Realitzar la higiene i neteja dels usuaris, quan la situació ho requereixi
Portar a terme les activitats de reeducació vesical, eliminació/canvis de bolquers o compresa, ingesta de líquids
Distribuir el menjar a les taules i ajudar els malalts que no puguin menjar per si mateixos
Col·laborar en la recollida de constants: temperatura, tensió arterial, glucèmies, pes... Supervisat pels professionals responsables
Recollir signes d'alarma que manifesti el malalt (dolor, diarrea, febre, queixes, sagnats, dificultat par deambular, tristesa, qualsevol canvi de conducta...) i comunicar-los a la infermera
Ajudar l'usuari durant la seva sortida del centre i abans
Ajudar en els desplaçaments, la comunicació i els requeriments dels malalts per proporcionar-los benestar
Tenir cura i procurar el bon estat d'ús del mobiliari i del material de treball i comunicar qualsevol problema o avaria al superior immediat o a l'encarregat de manteniment

1.2.8. Tasques comunes

Les tasques comunes com a equip multidisciplinari són:

Col·laborar en l'elaboració i el seguiment del pla d'objectius
Informar i formar sobre atencions necessàries i donar suport a la família
Participar en les reunions multidisciplinàries
Fer el seguiment del desenvolupament de la programació
Valorar els nous usuaris
Elaborar la memòria anual

1.3. Recursos organitzatius

1.3.1. Metodologia d'ingrés

La sol·licitud d'ingrés es realitza mitjançant el treballador social del municipi en el qual resideix l'usuari. A partir d'aquí, s'inicia un procés en el qual es valoren les circumstàncies socials i de salut. Si es considera apropiada l'assistència al centre i és valorada positivament en la Comissió d'Ingrés, s'emet un «apte» temporal de quinze dies. Durant aquest període de prova, l'usuari és valorat de manera integral per l'equip multidisciplinari del centre. Finalment, la comissió d'ingrés decideix si es manté l'apte de cada usuari. I se li assigna el recurs assistencial més adequat a les seves característiques i necessitats. Aquest esquema

de treball es veurà reflectit en l'informe a direcció, que és el preàmbul al decret de Conselleria per a la formalització de l'ingrés.

Taula 1 | *Sistemàtica de valoració i ingrés*

Informació d'infermeria
Dades de filiació i familiars d'ingrés
Valoració d'infermeria
Aproximació inicial, funcional i cognitiva: Katz, Barthel, Lawton, MMS i Reloj
Informació de geriatre
Valoració clínica, diagnòstica i farmacològica
Estudi complementari si és necessari
Hachinsky i altres segons patologia
Informació de psicòloga
Valoració neuropsicològica: Test Barcelona
Valoració neuropsiquiàtrica: NPI
Valoració emocional: GDS 15 ítems, Hamilton o un altre d'ansietat
Valoració familiar: Zarit o altres
Valoració del grau de deteriorament: GDS, FAST
Informació de fisioterapeuta
Tinetti
Valoració psicomotora gruixada
Informació de treballadora social
Valoració de la situació social, personal i familiar
Informe a Direcció amb:
diagnòstic sindròmic
diagnòstic cortical/subcortical
diagnòstic etiològic (probabilitat)
Criteris clínics específics
Demència Alzheimer
Vascular
Frontotemporal
Cossos de Lewi
Altres...
Estadi GDS-FAST
Conclusions i recomanacions: tallers, horari i dies de la setmana

1.3.2. Comissió d'Ingrés

Una vegada realitzades les valoracions mèdiques i d'àrea social, es crea una comissió en la qual es confirma l'adequació del centre al futur usuari i s'inicien els tràmits formals per poder prestar l'atenció en el centre. La comissió d'ingrés està formada pel director/a insular, el director/a del centre, el metge/ssa i el treballador/a social.

1.3.3. Comissió Tècnica

La Comissió Tècnica del centre avalua les sol·licituds i recull els resultats d'aquesta valoració mitjançant una acta. En igualtat de puntuació en els barems, té preferència un malalt d'Alzheimer.

Aquesta Comissió Tècnica està integrada pels membres següents: el director/a insular de la xarxa sociosanitària, el metge, el psicòleg, l'infermer, el fisioterapeuta i el treballador social del centre.

La comissió podrà proposar el desviament provisional o definitiu de les persones sol·licitants envers altres recursos que es considerin més adequats a les seves necessitats. Un cop valorades les sol·licituds, es formula la proposta d'admissió o de no admissió, que es remet, juntament amb l'acta de valoració, al conseller que tingui atribuïdes les competències en la matèria.

1.3.4. Reunions multidisciplinàries

Amb una periodicitat bimensual, es realitza una reunió en la qual participa tot el col·lectiu tècnic i assistencial. S'actualitza la informació generada tant a nivell general com a nivell individual. És el moment ideal per a la presa conjunta de decisions.

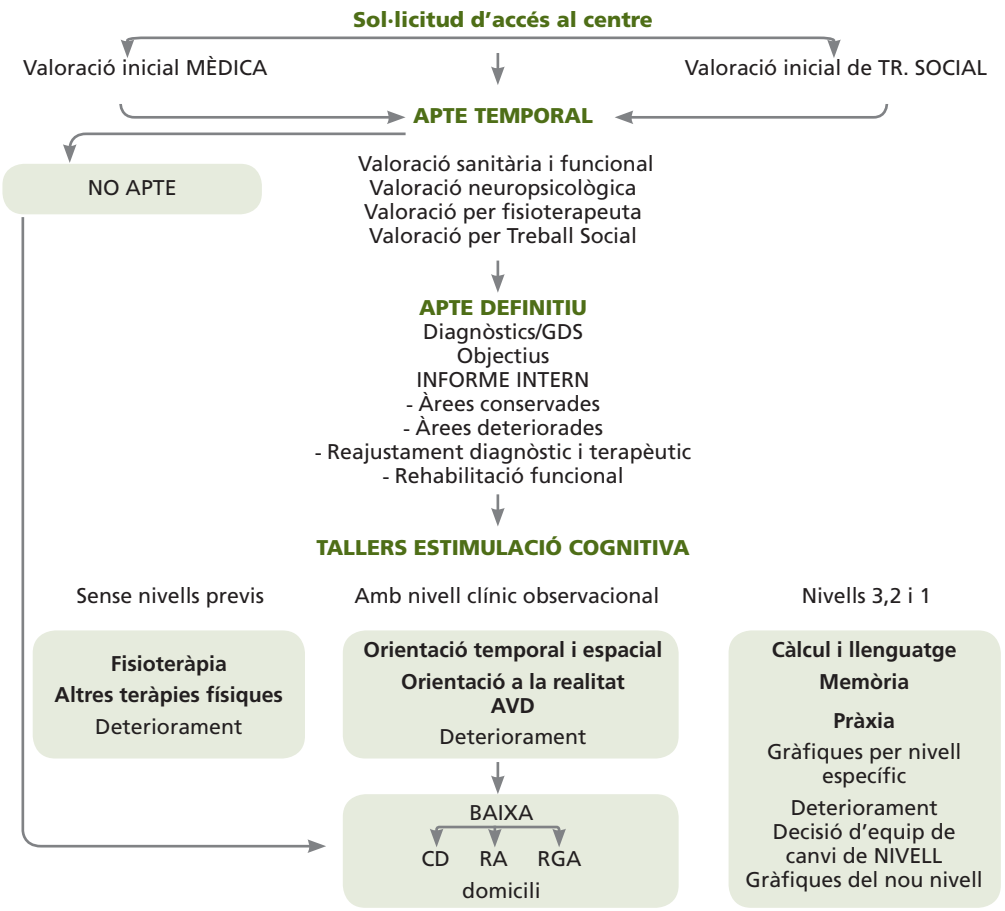
1.3.5. Flux de l'assistència en el centre

Per facilitar la comprensió del flux d'atenció que es genera davant un nou cas, adjuntam una taula explicativa. [taula 2]

1.4. Ubicació

El centre està situat a la planta baixa del recinte de la Residència geriàtrica assistida de l'Ajuntament de Maó. Ocupa una superfície d'uns 200 metres quadrats, dividits en una gran sala central de caràcter multifuncional, dos despatxos, una zona de descans, un *office*, un servei assistit i una àmplia zona per a fisioteràpia. Totes les sales estan separades per parets de vidre, de tal manera que es poden controlar tots el recintes simultàniament.

Taula 2 | *Diagrama de flux de l'assistència en el centre.*



1.5. Usuaris

El centre va dirigit a:

Persones més grans de 55 anys
Que convisquin amb un familiar o tutor
Amb diagnòstic de demència establert
Amb una fase de malaltia que els permeti participar en les activitats del centre
Amb grau de deteriorament lleu a moderat
Amb bona situació funcional
Sense alteracions greus de conducta

Està organitzat de tal manera que es pugui atendre un màxim de dotze usuaris de manera simultània en un mateix taller. Segons la valoració de l'equip tècnic, es pot recomanar l'assistència al centre de dues maneres diferents:

Centre de dia parcial, matí o tarda, que pugui incloure o no el menjar corresponent
Tallers concrets segons informe tècnic

1.5.1. Tipologia d'usuaris atesos en el centre i diagnòstics

Els usuaris atesos en el centre durant l'any 2011 es recullen, juntament amb els seus diagnòstics i edat, a la taula següent.

Taula 3 | *Tipologia d'usuaris i diagnòstics atesos en el centre (Tall sagital desembre de 2011)*

Usuaris	Diagnòstics	GDS	Edat
1	DCL no amnèsic versus frontotemporal	2	79
2	DCL no amnèsic, atencional executiu	2	75
3	DCL vascular/parkinsonià	2-3	79
4	DCL vascular	3	79
5	DCL secundari a malaltia de Parkinson	3	81
6	DCL vascular	3	73
7	DCL amnèsic (vascular)	3	77
8	DCL vascular	3	68
9	DCL per patologia psiquiàtrica	3	68
10	DCL vascular amnèsica	3	77
11	DCL/demència frontotemporal	3-4	74
12	DCL/demència mixta	3-4	71
13	DCL amnèsic/Alzheimer lleu	3-4	88
14	Mixta amb predomini multiinfart	4	79
15	Alzheimer	4	77
16	Demència en malaltia de Whipple	4	62
17	Alzheimer amb FRV	4	84
18	Alzheimer	4	80
19	Demència vascular	4-5	78
20	Alzheimer	5	83
21	Demència vascular	5	72
22	Alzheimer amb FRV	5	89
23	Alzheimer amb FRV	5	75
24	Alzheimer amb FRV	5	76
25	Demència per cossos de Lewy	5 – 6	75
26	Alzheimer	6	82
27	Alzheimer	6	75
28	Alzheimer amb FRV	6	89

L'edat mitjana és de 77,3 anys.

Des de la inauguració del centre, el 2004, fins a final del 2011, s'ha valorat un total de 66 usuaris. L'edat mitjana dels usuaris a desembre de 2011 ha estat de 77,3 anys.

1.6. Activitats d'estimulació cognitiva

L'estimulació cognitiva és el conjunt de tècniques que permeten alentir al màxim l'avançament de la malaltia i la potenciació des recursos intel·lectuals infrautilitzats. És el tractament no farmacològic d'elecció per a aquest tipus de trastorns i s'aplica en format de tallers.

1.6.1.Tallers

Són els instruments d'aplicació de l'estimulació cognitiva. Tenen una duració d'uns 45 minuts i poden atendre fins a dotze usuaris de manera simultània.

Els tallers que es realitzen en l'actualitat són:

Taula 4 | *Tallers*

	dilluns	dimarts	dimecres	dijous	divendres
9.30 10.30	taller orientació tempoespacial	taller orientació tempoespacial	taller orientació tempoespacial	taller orientació tempoespacial	taller orientació tempoespacial
11.00 12.00	taller orientació realitat	moviments	taller orientació realitat	taller multisensorial	taller orientació realitat
12.00 13.00	taller càlcul i llenguatge o pràxia	taller càlcul i llenguatge o pràxia	fisioteràpia/ càlcul i llenguatge o pràxia	taller càlcul i llenguatge o pràxia	taller càlcul i llenguatge o pràxia
15.30 16.30	taller càlcul i llenguatge o pràxia	taller rebosteria	taller càlcul 1. i llenguatge o pràxia	taller costura, jardineria i estètica	2. bingo 3. maneig d'euros
17.00 18.00	4. taller memòria	5. taller memòria	6. fisioteràpia/ taller memòria	7. taller memòria	8. moviments
18.00 19.00	9. taller pràxia	taller pràxia	taller pràxia	taller pràxia	taller pràxia o multisensorial

1.6.1.1. Orientació tempoespacial i en la persona. Ens permet mantenir en la memòria la informació respecte del moment en què vivim, el lloc en què ens trobam i la identitat de la nostra persona.

1.6.1.2. Orientació a la realitat i lectura. Permet tenir un accés directe a la realitat i a les notícies a través de la lectura i els comentaris de la informació local, nacional o internacional que ens brinda el diari *Menorca*.

1.6.1.3. Llenguatge i càlcul. Intenta pal·liar o recuperar una de las alteracions clau en l'evolució de las demències, mitjançant tècniques de conversació, escriptura i operacions aritmètiques.

1.6.1.4. Activitats de la vida diària. Pretén mantenir o millorar la resposta de l'usuari davant activitats quotidianes. Consta de diferents subtallers segons els objectius cercats.

1.6.1.5. Memòria, reminiscència i gnosi. És un dels tallers més importants perquè treballa els elements més pertorbats de l'esfera cognitiva de l'usuari. Busca mantenir les capacitats o trobar mitjans alternatius per fer-les més efectives. El record de fets antics (reminiscència) i el reconeixement en totes les modalitats sensorials (gnosi) contribueix a facilitar la percepció de control i d'identitat personal.

1.6.1.6. Pràxia. En aquest taller es treballen les habilitats que permeten executar una acció desitjada (vestir, dibuixar figures, puzles, gestos...).

1.6.1.7. Mobilització i activitat física. S'orienta al manteniment i/o a la millora del nivell funcional de les persones que acudeixen al centre. Inclou diferents programes generals i individualitzats com psicomotricitat, mobilitat articular, gimnàstica respiratòria o musicoteràpia.

1.6.2. Escala de puntuació dels tallers

Des del principi de l'activitat en el centre, s'ha intentat quantificar l'activitat dels usuaris d'una manera objectiva. Així, hem donat puntuació a cadascuna de les possibilitats de resposta dels usuaris.

Cada taller es quantifica amb la puntuació següent:

0: No ho realitza
0,25: Ho realitza malament amb MOLTA ajuda
0,50: Ho realitza malament amb POCA ajuda
0,75: Ho realitza malament SENSE ajuda
1: Ho realitza de manera no totalment correcta amb MOLTA ajuda
1,25: Ho realitza de manera no totalment correcta amb POCA ajuda
1,50: Ho realitza de manera no totalment correcta SOL
1,75: Ho realitza de manera quasi totalment correcta SOL
2: Ho realitza sol i de manera correcta

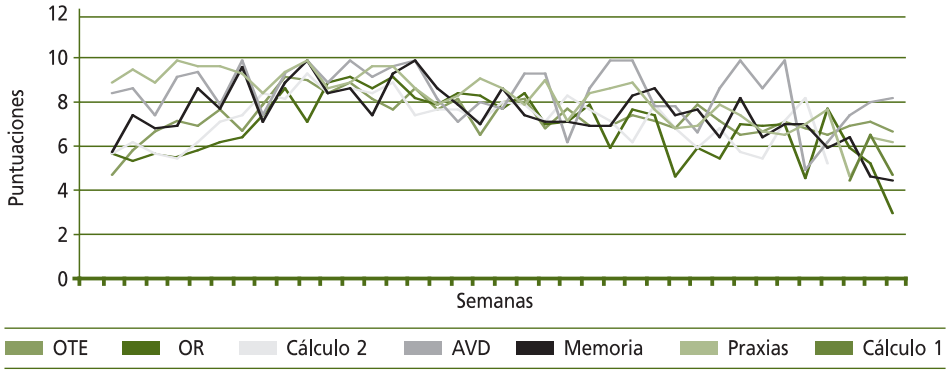
La puntuació setmanal és el resultat de la suma de la valoració diària del taller. La puntuació màxima setmanal és de 10 punts. Cada usuari tindrà en la seva gràfica tantes línies com tallers i tants punts com setmanes. Aquestes gràfiques ens han permès visualitzar l'evolució de l'usuari a nivell cognitiu i les modificacions relacionades amb malalties agudes.

1.7. Comorbiditat

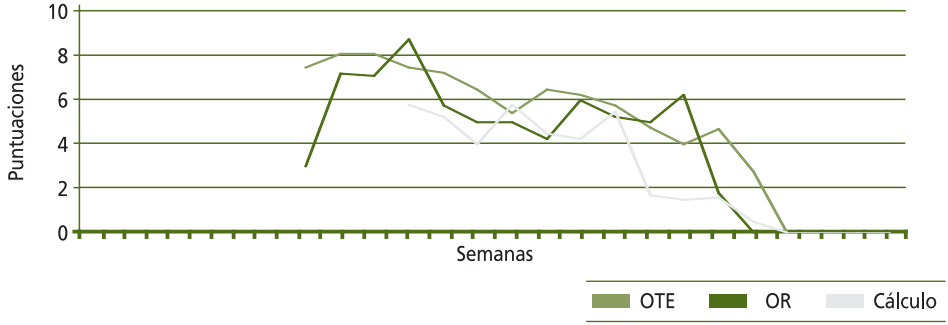
Els usuaris amb demència també acumulen altres patologies orgàniques invalidants o que poden afectar esferes superiors del seu intel·lecte. El centre pretén mantenir les condicions

mèdiques i funcionals adequades perquè els tallers de psicoestimulació puguin aconseguir els beneficis esperats.

Gràfic 1



Gràfic 2



1.8. Treball amb les famílies

Com que l'altre gran grup d'afectats per la malaltia és la família, el centre de dia orienta part de les seves activitats a la informació, l'assessorament i el suport mitjançant suport psicològic i social.

La càrrega que el cuidador suporta es defineix com un conjunt de problemes d'ordre físic, psíquic, econòmic i social que experimenten els cuidadors d'adults incapacitats.

Quan el familiar ve al centre de dia es realitza una doble valoració: la del malalt i la del familiar, el cuidador principal.

La sobrecàrrega familiar s'avalua mitjançant escales de medició i una entrevista clínica amb la psicòloga.

La valoració psicològica ens ajuda a saber de manera quantificable el seu estat i les alternatives d'ajuda que podem posar a la seva disposició. Segons el grau de salut o benestar, el derivarem al servei d'atenció més adequat, bé al centre de dia del CIMe, bé a l'associació de familiars, o a altres serveis socials de la comunitat.

El suport psicològic que el centre de dia ofereix als familiars és el pilar del tractament, que es complementa amb el suport instrumental del centre; junts permeten mantenir el malalt dins el seu entorn familiar. Pot accedir-hi qualsevol persona del grup familiar que estigui afectada pel fet de cuidar o conviure amb un malalt d'Alzheimer.

L'atenció a les famílies consta dels programes següents:

1.8.1. Informació

La informació que es dóna als familiars dels malalts d'Alzheimer té diversos aspectes:

Coneixements generals sobre la malaltia
Tractaments farmacològics i no farmacològics
Aspectes legals
Recursos sociosanitaris
S'han de fer una sèrie de canvis a poc a poc segons l'evolució del procés, segons vagin sorgint noves necessitats
Adequació de l'entorn físic i humà per al benestar de malalt i cuidador
Importància que el cuidador es cuidi i compti amb els altres
Demanar ajuda formal i informal

1.8.2. Suport psicològic

La demència és una situació difícil que debilita l'estat emocional, psíquic i social de la persona que la viu.

La intervenció psicològica possibilita el creixement personal, ajuda a desenvolupar noves habilitats i permet més opcions i perspectives en la vida del cuidador.

Les causes per les quals es sol·licita aquest suport o per les quals són assignades al programa d'atenció psicològica es deuen a les moltes dificultats que planteja la malaltia al llarg de tot el procés evolutiu: l'impacte del diagnòstic, la convivència amb el malalt, la dificultat amb la

comunicació, la sobrecàrrega produïda per les diferents cures, els símptomes psicològics i del comportament, la pèrdua de reforçadors, l'aïllament social, la manca d'ajuda que perceben...

La malaltia és llarga i dura. Desperta sentiments de tristesa, preocupació, soledat, irritabilitat, vergonya, culpa, impotència...

Aquests sentiments han de ser reconeguts, expressats, elaborats i canalitzats adequadament per tal de reduir el risc de provocar símptomes psicològics i psicosomàtics.

Amb un bon coneixement de la malaltia i de la dinàmica familiar, la psicòloga del centre de dia té en la intervenció terapèutica un paper actiu: ensenya al familiar la manera de manejar les situacions i els problemes que es poden donar i desenvolupa habilitats, tècniques i estratègies psicològiques que permeten afrontar la situació i superar-la.

La unitat familiar i la psicòloga defineixen el problema actual i estableixen un acord de canvi, tot proposant uns objectius a assolir.

Les formes d'intervenció son:
1.8.2.1. Individual: Efectiva en un moment de crisi personal en el cuidador. Es dirigeix a oferir un suport humà perquè el cuidador canalitzi i expressi les seves emocions. També afavoreix l'acceptació de la nova situació. Permet tractar els conflictes, modificar les conductes inadequades i prevenir les alteracions psicològiques, amb la proposta de respostes alternatives i compatibles amb la cura del malalt. Es tracten temes delicats per als quals el familiar necessita un espai privat. Pretenem que el tractament sigui breu, però amb un seguiment continuat.

1.8.2.2. Teràpia familiar: Es dirigeix a crear un marc d'enteniment i comunicació positiva entre els diferents membres de la família. Aquesta intervenció cerca la resolució dels problemes: adaptació a la nova situació, als possibles canvis de rols, a les responsabilitats que apareixen amb la malaltia, a l'assignació d'un cuidador principal i a la importància que s'impliquin tots els integrants de la unitat familiar.

Teràpia grupal: els objectius són el benestar personal sentint la comprensió del grup, el suport i el reforç per donar-se més atenció a ells mateixos. Una eina important dins la teràpia grupal és la relaxació.

1.8.3. Formació

S'estructura en tallers de formació dirigits a familiars de malalts.
Es tracta de tallers socioeducatius de naturalesa didàctica que tenen com a principal objectiu aconseguir una adequada formació dels cuidadors per millorar la qualitat de vida dels malalts i la seva pròpia.

La coordinació d'aquests tallers ha d'aprofitar al màxim els recursos professionals del centre, per tant, hi participa tot l'equip multidisciplinari.

Es facilita la informació que té a veure amb els diferents aspectes de la malaltia.

Amb la informació i sensibilització aconseguirem que el cuidador vagi acceptant la problemàtica, assignant pautes, guies, orientacions que li serviran en la cura diària del malalt.

Els temes que es tracten en aquest grup o taller són:

Coneixements sobre la malaltia
Habilitats per cuidar el malalt
Habilitats d'autocura. Prevenció de l'estrès. Tècniques de relaxació

1.8.4. Grup d'ajuda mútua (GAM)

En el centre de dia, el GAM neix de la necessitat de compartir informació i experiència entre les persones que viuen el mateix problema. El centre és un marc adequat per potenciar aquest contacte, que ajuda a:

Adquirir informació i coneixements
Aprendre habilitats socials de relació
Afrontar situacions difícils
Assumir i compartir responsabilitats
Superar l'aïllament i la soledat
Participar socialment i solidàriament
Sentir suport i seguretat

El grup afavoreix l'intercanvi de donar i rebre entre dues o més persones amb resultats positius per a la salut i el benestar social de la comunitat.

En el grup es comparteixen problemes semblants i el principal objectiu és brindar un espai per rebre informació, expressar-se i alliberar emocions.

Els integrants del grup han de complir una sèrie de normes i fixar en cada reunió uns objectius concrets i simples.

En el grup s'ha de mantenir la confidencialitat de la informació personal que es comparteix.

Mai s'han de jutjar les accions dels altres.

S'ha de tenir en compte que persones diferents tenen maneres diferents de reaccionar davant d'una crisi.

Referències bibliogràfiques

Arroyo-Anlló, E. M. (2002): *Estimulación psicocognoscitiva en las demencias*. Prous Science.

Boada, M. [et al.] (1999): *Volver a empezar, ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer*. Glosa Ediciones.

CEAFA (2003): *Guía para la planificación de la atención sociosanitaria del enfermo de Alzheimer y su familia*.

Grupo Español Multidisciplinar para la Atención Coordinada al Paciente con Demencia (2000): *Atención coordinada al paciente con demencia*. Ediciones Doyma.

Moragas, R. (1995): *El centro de día para enfermos de Alzheimer*. Graffic.

Autors

MONTSERRAT CARRERAS PONS

Maó 1965. Auxiliar d'infermeria. Centre de dia d'Alzheimer i altres trastorns cognitius del Consell Insular de Menorca.

LILIANA CURZI

Argentina 1955. Fisioterapeuta. Llicenciada en Cinesiologia i Fisioteràpia per la Universitat Nacional de Córdoba (Argentina). Hospital Tránsito Cáceres Allende (Córdoba, Argentina). Clínica Rehabilitació Cardiorespiratòria Torí (Itàlia). Residència de gent gran del Consell Insular de Menorca. Centre de dia d'Alzheimer i altres trastorns cognitius del Consell Insular de Menorca.

MILAGROS GONZÁLEZ GONZÁLEZ

Sevilla 1960. Diplomada en Treball Social per la Universitat de Barcelona. Màster en Gestió i Planificació de Serveis Socials per la Universitat de Barcelona. Coordinadora de la Conselleria de Benestar Social del Consell Insular d'Eivissa i Formentera des de 2001 al 2004. Directora de la Residència de gent gran i centre de dia d'Alzheimer.

BERNARDO LÓPEZ OBLARÉ

Granada 1959. Llicenciat en Medicina per la Universitat de Granada. Metge especialista en Geriatria. Diplomat en Gerència d'Hospitals per EADA (Barcelona 1991). Metge de l'Ajuntament de Maó des de 1985. Coordinador de la Conselleria de Benestar Social del Consell Insular de Menorca des de 1991 a 1995. Metge geriatre del Consorci Sociosanitari de Menorca. Residència de gent gran de Menorca i centre de dia d'Alzheimer i altres trastorns cognitius del Consell Insular de Menorca.

LORENA MARTÍN MUS

Maó 1980. Diplomada en Treball Social per l'Escola Universitària de Treball Social de Barcelona. Gestió del Servei d'Atenció Domiciliària durant el període 2007-2009 als Serveis Socials Comunitaris Bàsics de l'Ajuntament de Ciutadella (2006-2009). Residència i centre de dia de gent gran i centre de dia d'Alzheimer i altres trastorns cognitius del Consell Insular de Menorca, des de juliol del 2009.

PATRÍCIA MONCADA PONS

Ciutadella 1982. Llicenciada en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears. Postgrau de Neuropsicologia Clínica (Institut Superior d'Estudis Psicològics) i Postgrau de Demències i Malaltia d'Alzheimer (Institut Superior d'Estudis Psicològics). Des de l'any 2008 és la psicòloga del Centre de dia d'Alzheimer i altres trastorns cognitius del Consell Insular de Menorca.

MARÍA SÁNCHEZ DELICADO

Badajoz 1958. Auxiliar cuidadora. Centre de dia d'Alzheimer i altres trastorns cognitius del Consell Insular de Menorca.

SÍLVIA ZAPATA RUIZ

Barcelona 1962. Diplomada en Infermeria per l'Escola Universitària d'Infermeria Santa Madrona, adscrita a la Universitat de Barcelona. Directora insular de la Conselleria de Benestar Social del Consell Insular de Menorca 2004-2005. Des de l'any 2007 és la infermera coordinadora del Centre de dia d'Alzheimer i altres trastorns cognitius del Consell Insular de Menorca.

ESTENOSI AÒRTICA GREU DE LA PERSONA GRAN: NOVES OPCIONS TERAPÈUTIQUES

Estenosi aòrtica greu de la persona gran: noves opcions terapèutiques

Bernardo García de la Villa Redondo
Manuel Martínez-Sellés d'Oliveira Soares
Luis Cornide Santos

Resum

L'estenosi valvular aòrtica degenerativa és la valvulopatia més freqüent en la població vella i l'envelliment poblacional en els països desenvolupats comporta que la prevalença d'aquesta patologia s'hagi incrementat considerablement els darrers anys, fins al punt de convertir-se en un problema de salut pública. A la present revisió s'analitzen alguns aspectes sobre l'epidemiologia, les característiques clíniques, el diagnòstic, l'avaluació de la severitat i el pronòstic d'aquesta patologia i es fa especial menció de les opcions terapèutiques disponibles a l'actualitat, en què l'aparició i el desenvolupament de l'implant de pròtesis percutànies transcatèter en posició aòrtica com a nova eina terapèutica ha suposat una extensió del tractament invasiu fins a poblacions més velles o amb una comorbiditat més gran, generalment excloses del tractament quirúrgic pel risc excessiu que comporta la intervenció i manejades de manera més conservadora. El registre PEGASO aporta dades sobre el maneig real de l'estenosi aòrtica severa de l'octogenari al nostre medi.

Resumen

La **estenosis valvular aórtica** degenerativa es la valvulopatía más frecuente en la **población anciana** y el envejecimiento poblacional en los países desarrollados conlleva que la prevalencia de esta patología se haya incrementado considerablemente en los últimos años hasta el punto de convertirse en un problema de salud pública. En la presente revisión se analizan algunos aspectos acerca de la epidemiología, características clínicas, diagnóstico, evaluación de la severidad y pronóstico de dicha patología, haciendo especial hincapié en las opciones terapéuticas disponibles en la actualidad, donde la aparición y desarrollo del implante de **prótesis percutáneas transcatéter** en posición aórtica como nueva arma terapéutica ha supuesto una extensión del tratamiento invasivo hacia poblaciones más ancianas o con mayor comorbilidad, generalmente excluidas del tratamiento quirúrgico por el excesivo riesgo que conlleva la intervención, y manejadas de forma más conservadora. El registro PEGASO aporta datos acerca del manejo real de la estenosis áortica severa del octogenario en nuestro medio.

1. Introducció

L'estenosi aòrtica (EAo) és la valvulopatia més freqüent en la població adulta i anciana i les previsions per als propers anys coincideixen que la seva incidència augmentarà de manera significativa les pròximes dècades, a causa de l'envelliment progressiu de la població. La cirurgia de reemplaçament valvular aòrtic s'ha associat a una millora substancial

de la supervivència, la capacitat funcional i la qualitat de vida dels pacients amb EAo simptomàtica i es considera actualment el tractament d'elecció en especial i de manera prioritària en els pacients simptomàtics (Bonow [et al.] 2006; Vahanian [et al.] 2007).

La història natural de l'EAo va començar a aclarir-se pels treballs pioners de Ross i Braunwald en els anys seixanta. Es va destacar la importància de l'inici dels símptomes, ja que la seva presència es va associar a un escurçament de la supervivència mitjana a cinc anys. Aquestes troballes són el fonament de les recomanacions actuals de realitzar la substitució valvular aòrtica (SVAo) en pacients amb EAo greu simptomàtic. No obstant això, l'extrapolació d'aquestes troballes als pacients ancians amb EAo està sent qüestionada, ja que aquests estudis de fa dècades sobre la història natural de l'EAo, en incloure pacients molt més joves, podrien no ser útils en la presa de decisions dels nostres pacients contemporanis, que presenten un perfil diferent, sobretot en relació amb l'edat (Iung, Vahanian 2006).

No obstant això, i malgrat que les guies de pràctica clínica actuals recomanen com a tractament per al pacient simptomàtic la substitució valvular quirúrgica, sense establir restriccions segons l'edat, s'ha documentat que fins a un 30% dels pacients amb EAo simptomàtica no se sotmet a SVAo a causa d'un risc quirúrgic molt alt o prohibitiu (Iung [et al.] 2003). L'edat avançada és un dels factors de més pes en la valoració d'aquest perfil de risc.

La implantació percutània d'una pròtesi valvular en posició aòrtica (IPPVA) ha sorgit en els últims anys com una teràpia alternativa a la cirurgia convencional per a pacients molt seleccionats amb elevat risc quirúrgic o amb contraindicacions per a la cirurgia, generalment gent gran, amb uns més que acceptables resultats a curt i mitjà termini. S'estima que ja s'han implantat més de 40.000 vàlvules per aquest procediment; probablement en els propers anys n'augmenti la demanda i, potser, se n'ampliïn les indicacions envers poblacions de menys risc. Els resultats de les dues branques de l'estudi PARTNER recentment publicats (Smith [et al.] 2011; Leon [et al.] 2010) avalen la IPPVA com una teràpia que, comparada amb el tractament mèdic o la valvuloplàstia simple amb baló, permet millorar àmpliament les expectatives de vida de pacients rebutjats per a cirurgia (Leon [et al.] 2010) i que és equiparable als resultats de la cirurgia convencional en pacients d'alt risc (Smith [et al.] 2011).

2. Epidemiologia

Amb el progressiu retrocés de la malaltia valvular reumàtica en les últimes dècades, als països del nostre entorn, l'EAo d'etiologia degenerativa s'ha convertit en la valvulopatia més prevalent i en la malaltia cardiovascular més freqüent després de la hipertensió arterial i la cardiopatia isquèmica a Europa i Amèrica del Nord (Baumgartner 2005). Als Estats Units, anualment l'EAo greu ocasiona 50.000 substitucions valvulars (Freeman, Otto 2005) i és la segona indicació més habitual de cirurgia cardíaca (Roberts, Ko 2005).

La prevalença en la població generalment més gran de seixanta-cinc anys oscil·la entre el 2 i el 7%, i l'esclerosi aòrtica, precursora de l'EAo calcificada, s'ha trobat fins a un 26% en el grup de la mateixa edat (Stewart [et al.] 1997). És la lesió valvular més freqüent trobada en pacients ancians (Iung [et al.] 2003) i la seva prevalença i gravetat augmenten amb l'edat (Nkomo [et al.] 2006).

Considerant aquesta elevada prevalença, l'EAo ha passat a ser un veritable problema de salut pública (Freeman [et al.] 2005).

Afecta més freqüentment els homes que les dones (Iung [et al.] 2006) i en estudis realitzats als EUA no s'han detectat diferències significatives entre la població afroamericana, hispànica o blanca (Aronow, Ahn, Kronzon 2001).

La prevalença d'estenosi aòrtica degenerativa a la nostra comunitat autònoma és tan elevada o més encara que els resultats publicats en sèries d'un altre entorn. En un estudi de tall realitzat en tres dies aleatoris en un interval de sis mesos, en tots els pacients de més de vuitanta anys ingressats per diferents patologies de l'àrea de medicina interna de l'hospital de Manacor, la prevalença d'estenosi aòrtica severa (àrea valvular inferior a 1 cm2) va ser d'un 16,6% (García de la Villa 2010).

3. Manifestacions clíniques, avaluació de la severitat i pronòstic al nostre medi

3.1. Evolució natural de la malaltia

El pacient amb EAo sol romandre asimptomàtic durant un període prolongat de temps, tot i l'obstrucció al flux sistòlic i l'augment de pressió en el ventricle esquerre. Els estudis sobre la història natural de l'EAo han documentat una taxa de mortalitat global baixa en els pacients que es troben asimptomàtics, amb una taxa de mort sobtada anual que és més baixa de l'1% (Freeman [et al.] 2005).

L'aparició de símptomes depèn en gran part del nivell d'activitat física desenvolupat pel pacient.

L'inici dels símptomes és, per tant, sovint difícil de determinar en els ancians, ja que freqüentment en aquesta edat es redueix l'activitat física de manera espontània, per conseqüència de malalties concomitants, o com a mecanisme d'adaptació per evitar la seva aparició (Vahanian, Otto 2010). En aquest sentit, no és infreqüent detectar casos d'EAo severes en estudis preoperatoris de cirurgies ortopèdiques per coxartrosi o gonartrosi que, per tant, presenten una mobilitat molt reduïda que condiciona que la valvulopatia s'hagi cursat de manera silent tot i detectar-se en estadis avançats de la malaltia.

El deteriorament cognitiu també pot dificultar una correcta valoració de la simptomatologia. Hi ha tres símptomes clàssics relacionats amb l'EAo, que típicament apareixen durant els esforços: dispnea, síncope o marejos presincopals i angina.

En un estudi realitzat en ancians amb EAo, es va observar que almenys un d'aquests símptomes clàssics apareixia en el 90% dels pacients amb EAo severa, en el 69% amb EAo moderada i en el 27% amb EAo lleu (Aronow, Ahn, Shirani 1998). La mort sobtada és una causa freqüent de mort en pacients simptomàtics (Baumgartner 2005).

3.1.1. Dispnea i insuficiència cardíaca

El símptoma més comú de l'EAo és la dispnea, generalment d'esforç. No obstant això, també és el més inespecífic, ja que aquesta simptomatologia també apareix en patologies concomitants molt freqüents en la vellesa, com malalties pulmonars cròniques, anèmia, obesitat, etc. (Vahanian [et al.] 2010).

A l'aparició de la dispnea i de la insuficiència cardíaca poden contribuir dos factors: la disfunció diastòlica i una incapacitat del ventricle esquerre per augmentar el cabal cardíac durant l'exercici, ja que la rigidesa de la vàlvula aòrtica limita el flux d'ejecció.

La disfunció sistòlica del ventricle esquerre no és gaire freqüent, però la seva aparició empitjora notablement el pronòstic (Freeman [et al.] 2005). Quan s'estableix insuficiència cardíaca franca, el pacient pot queixar-se de fatiga amb mínims esforços, debilitat i altres signes i símptomes de baix cabal.

En pacients amb una activitat física reduïda, el cansament i l'astènia, més que la dispnea, poden ser indicadors de mala funció sistòlica.

L'entrada en fibril·lació auricular ràpida pot arribar a ser amenaçant per a la vida a l'EAo greu, pel fet que la pèrdua de la contracció auricular i la taquicàrdia limiten l'ompliment diastòlic ventricular i condicionen una simptomatologia més severa que en pacients sense EAo.

3.1.2. Marejos i síncope

Tots dos símptomes es relacionen amb una perfusió cerebral insuficient (Aronow 2007), que podria explicar-se pels mecanismes següents:

- La vasodilatació induïda per l'exercici, en presència d'una obstrucció amb cabal cardíac fix, pot provocar hipotensió.
- Disminució del cabal cardíac, en els casos de disfunció sistòlica del ventricle esquerre.
- Bradiarítmia transitòria durant els esforços, o immediatament després.

- Isquèmia coronària transitòria, que podria augmentar el grau de disfunció contràctil i afavorir la caiguda tensional.
- Errades en la resposta baroreceptora, que impedeixen un augment apropiat de la pressió arterial en determinades circumstàncies.
- Aparició d'arítmies, com la fibril·lació auricular. Les arítmies ventriculars són poc freqüents. La isquèmia cerebral transitòria, en ancians amb malaltia cerebrovascular concomitant, pot contribuir també a l'aparició de marejos o síncopes.

3.1.3. Angina de pit

L'angina d'esforç ocorre aproximadament en dos terços dels pacients amb EAo greu i la meitat d'aquests pacients tenen malaltia coronària subjacent (Hakki [et al.] 1980). A la resta d'aquests pacients l'angina es deu a la hipertròfia del ventricle esquerre, que pot causar isquèmia miocardíaca per altres mecanismes encara en absència de malaltia coronària epicardíaca (Julius [et al.] 1997; Marcus [et al.] 1982):

- Increment de la demanda d'oxigen pel ventricle esquerre, causa de l'augment de la massa ventricular.
- Compressió de les artèries coronàries intramiocardíaques per la contracció prolongada i per la relaxació miocardíaca alterada.
- Reducció del temps de perfusió coronària diastòlica en cas de taquicàrdia.
- Reducció de la reserva de flux coronari.

En una sèrie del Massachusetts General Hospital de 64 pacients octogenaris (80-89 anys) amb EAo, als quals se'ls va realitzar una substitució valvular aòrtica, es va trobar malaltia coronària en el 58% d'ells (Levinson [et al.] 1989).

3.2. Diagnòstic, avaluació de la severitat i estratificació de risc

El diagnòstic clínic es basa en la presència d'un buf característic, sistòlic, rugós i intens en el segon espai intercostal dret, irradiat cap a la vora esternal esquerre i cap a l'àpex, o escoltat directament en l'àpex amb tonalitat piulant (fenomen de Gallavardin).

No obstant això, aquest buf pot ser més feble del que és habitual, o fins i tot ser-ne absent, en pacients amb insuficiència cardíaca congestiva i EAo greu, conseqüència d'un cabal cardíac disminuït que genera un gradient transvalvular menor.

La irradiació a caròtides no diferencia entre EAo greu i moderada en ancians. La pressió de pols també pot ser normal, o fins i tot més aviat ampla que estreta, en ancians amb EAo greu a causa de la pèrdua de l'elasticitat vascular (Aronow, Kronzon 1987).

L'esborrament del segon to es considera clàssicament un criteri de severitat, però tampoc discrimina entre EAo moderada i greu en el pacient ancià (Aronow, Kronzon 1987).

La tècnica diagnòstica bàsica que habitualment confirma la sospita clínica de l'EAo és avui dia l'ecocardiograma transtoràcic que, a més d'orientar sobre el grau de severitat de l'estenosi, informa sobre altres paràmetres rellevants com són la funció sistòlica i diastòlica del ventricle esquerre, així com el grau d'hipertròfia. Poques vegades calen ecopotenciadors (Von Bibra [et al.] 1995), la realització d'un ecocardiograma transesofàgic (Hofmann [et al.] 1987) o recórrer a un estudi hemodinàmic per mesurar amb més precisió el gradient transvalvular i l'àrea valvular aòrtica, encara que poden ser eines útils en casos de mala finestra acústica o de disfunció sistòlica significativa. Altres estratègies diagnòstiques com l'ecocardiograma d'estrès amb dobutamina poden ajudar a distingir l'estenosi aòrtica severa de l'estenosi aòrtica pseudosevera amb una àrea petita condicionada per una disfunció sistòlica (Schwammenthal [et al.] 2001).

Normalment, els símptomes en pacients amb EAo i funció sistòlica ventricular normal no solen aparèixer fins que l'àrea valvular és més petita d'1 cm2, la velocitat del *jet* aòrtic supera els 4 m/seg i/o el gradient mitjà transvalvular és més gran de 40 mmHg. No obstant això, existeix gran variabilitat, ja que molts pacients no desenvolupen símptomes fins que l'estenosi valvular es fa encara més greu i en altres, en canvi, el debut simptomàtic apareix amb estenosi menys important si coexisteix insuficiència aòrtica.

Com s'ha comentat abans, el pronòstic de l'EAo severa sense simptomatologia és excel·lent (Freeman [et al.] 2005), amb una taxa de mort sobtada anual inferior a l'1%, clarament per sota de la mortalitat quirúrgica, per la qual cosa no s'ha de plantejar en cap cas una cirurgia «profilàctica» abans de l'aparició de símptomes o disfunció sistòlica.

La gravetat de l'estenosi es determina per l'estimació ecocardiogràfica de la velocitat del *jet* aòrtic, del gradient transvalvular mitjà i de l'àrea valvular aòrtica [taula 1]. De tota manera, pel fet que l'inici dels símptomes no es correspon amb els mateixos valors en tots els pacients, no hi ha uns punts de tall absoluts que aïlladament defineixin la severitat. En l'actualitat, existeix una línia d'opinió crítica amb el punt de tall proposat en les guies d'actuació clínica (severitat per àrea valvular aòrtica inferior a 1 cm2) i que proposa rebaixar a 0,7-0,8 cm2, ja que gran part dels pacients amb àrees per sobre de 0,8 cm2 es troben asimptomàtics (Zoghbi 2011).

Taula 1 | *Classificació de l'estenosi aòrtica segons la gravetat*

	Lleu	Moderada	Greu
Àrea valvular (cm2)	>1,5	1-1,5	<1
Gradient mitjà de pressió (mmHg)	<25	25-40	>40
Velocitat del jet aòrtic (m/seg)	<3	3-4	>4

Adaptat de Bonow [et al.] (2006): *Guidelines for the management of patients with valvular heart disease.*

3.3. Pronòstic de l'estenosi aòrtica severa de l'octogenari: el registre PEGASO

3.3.1. Quan s'ha d'operar? Particularitats de l'octogenari

La decisió del moment en què s'ha de considerar el tractament quirúrgic en el cas de l'EAo severa sembla molt més senzill que en altres valvulopaties com la insuficiència aòrtica o la insuficiència mitral. L'aparició de simptomatologia relacionada amb la severitat de l'EAo severa és el punt clau que denota que el pacient entra en una situació de pronòstic més dolent a mitjà-curt termini i que, per tant, ha de ser tractat de manera invasiva i plantejar llavors el tractament quirúrgic. Aquest aspecte queda recollit en les guies de pràctica clínica (Bonow [et al.] 2006; Vahanian [et al.] 2007), ja que tradicionalment s'assumeix que el pronòstic dels pacients simptomàtics no tractats és dolent (Pellikka [et al.] 2005; Horstkotte, Loogen 1988; Turina [et al.] 1987). A més, la supervivència postoperatòria dels pacients simptomàtics a qui es realitza una SVAo està pròxima a la del seu grup d'edat (Lindblom [et al.] 1990). Però aquesta recomanació és posada en dubte per als pacients octogenaris per diversos motius [taula 2].

Taula 2 | *Arguments per què es desaconsella la SVAO. En octogenaris amb estenosi aòrtica greu simptomàtica*

Principi del formulari
- Els estudis enfocats a aclarir la història natural de l'EAo, dels quals deriven les actuals recomanacions terapèutiques, tot just inclouen octogenaris (Ross [et al.] 1968; Iung [et al.] 2006; Bouma [et al.] 1999; Iung 2008).
- La relació dels símptomes amb el pronòstic no està clara en l'ancià. Al Helsinki Aging Study la presència de símptomes en pacients de 75 a 86 anys amb EAo no es va relacionar amb la mortalitat (Livanainen [et al.] 1996).
- No hi ha relació entre la classe funcional i la supervivència a curt i llarg termini d'octogenaris als quals se'ls realitza SVAo (Melby [et al.] 2007; Bessou 1999; Olsson [et al.] 1992).
- La SVAo no ha demostrat que millori el pronòstic en els octogenaris (Bouma [et al.] 1999; Martínez-Sellés [et al.] 2007; Iung [et al.] 2005; Bouma [et al.] 2004).
- No hi ha comparacions directes entre el tractament quirúrgic i el tractament mèdic en pacients amb EAo greu simptomàtica i les poques comparacions indirectes (basades en sèries retrospectives i registres) s'han realitzat en pacients més joves (Martínez-Sellés 2010).
- Encara que la SVAo en octogenaris seleccionats es pot realitzar amb una mortalitat acceptable (Iung 2008; Martínez-Sellés [et al.] 2007; Kolh [et al.] 2001), la mortalitat i les complicacions perioperatòries continuen sent més freqüents que en edats més primerenques (Martínez-Sellés [et al.] 2009).
- Els resultats publicats són difícils d'extrapolar pel biaix de publicació de les sèries amb resultats més bons i per la selecció dels pacients que es trien per a tractament quirúrgic (Martínez-Sellés [et al.] 2010).

EAo: estenosi aòrtica; SVAo: substitució valvular aòrtica

3.3.2. L'octogenari amb EAo severa a Espanya: el registre PEGASO

Encara que la substitució valvular aòrtica és el tractament recomanat en les guies de pràctica clínica per als pacients simptomàtics amb EAo greu, independentment de l'edat, en els pacients octogenaris freqüentment s'apliquen altres tractaments més conservadors. En l'època actual, en què la IPPVA sorgeix com una eina terapèutica nova especialment atractiva per a aquest perfil de pacient, interessa saber el maneig real de l'EAo greu de l'octogenari al nostre medi.

3.3.2.1. Objectius

1) Esbrinar els factors que determinen el tipus de tractament aplicat (quirúrgic, percutani o conservador) als pacients octogenaris simptomàtics amb EAo greu a Espanya.
2) Definir el perfil clínic dels pacients octogenaris amb EAo greu simptomàtica.

3.3.2.2. Material i mètodes

El registre PEGASO (**P**ronòstic de l'**E**stenosi **G**reu **A**òrtica **S**imptomàtica a l'**O**ctogenari), finançat pel Centre Nacional d'Investigacions Cardiovasculars, és un registre prospectiu, observacional, multicèntric, d'àmbit nacional, de pacients de vuitanta anys o més amb EAo greu simptomàtica, dissenyat amb l'objectiu de conèixer el perfil clínic, els condicionants del tractament i el pronòstic d'aquests pacients. La creació del registre es va difondre a través de la Societat Espanyola de Cardiologia (fonamentalment per tres de les seves seccions: Cardiologia Geriàtrica, Hemodinàmica/Cardiologia Intervencionista i Imatge Cardíaca), la Xarxa Temàtica de Malalties Cardiovasculars (RECAVA) i la Societat Espanyola de Geriatria i Gerontologia. Cardiòlegs, geriatres i altres metges varen rebre la sol·licitud de participar en el registre incloent tots els casos observats durant un període de dos anys, entre l'1 de juliol de 2008 i el 30 de juny de 2010. Algunes dades del registre s'han comunicat en diversos congressos de Cardiologia (Martínez-Sellés [et al.] 2010; Martínez-Sellés [et al.] 2012) i els resultats referents al perfil clínic d'aquests pacients i als condicionants que determinen el tipus de tractament escollit han estat objecte d'una tesi doctoral (Cornide 2009).

Les dades es varen recollir mitjançant una aplicació telemàtica amb rangs predefinits, amb controls per evitar la repetició de la inclusió i amb avisos d'introduccions errònies de dades que, a més, enviava correus electrònics automàtics als investigadors perquè en els grups d'intervenció confirmessin la data de realització del procediment i el seu resultat, o el canvi de maneig previst. El registre té programat un seguiment telefònic centralitzat durant quatre anys. Recentment s'han comunicat les dades del seguiment en el primer any (Martínez-Sellés [et al.] 2012).

L'aplicació telemàtica va ser dissenyada per alguns investigadors en col·laboració amb SATEC (Sistemes Avançats de Tecnologia, SA).

3.3.2.2.1. Criteris d'inclusió: Per a la seva inclusió en el registre, els pacients havien de complir quatre criteris:
1) Edat més gran o igual de vuitanta anys.
2) EAo greu amb gradient transaòrtic mitjà> 40 mmHg o àrea valvular <1cm2.
3) Algun dels símptomes següents que, a criteri de l'investigador, estiguessin en relació amb l'estenosi aòrtica: dispnea, *angor* o síncope.
4) Capacitat i disponibilitat per donar consentiment informat.

3.3.2.2.2. Criteris d'exclusió: Es varen excloure del registre els casos amb:
1) Intervenció prèvia sobre vàlvula aòrtica.
2) Impossibilitat per aportar almenys dos telèfons per al seguiment centralitzat.
3) Malaltia no cardíaca amb expectativa de vida inferior a sis mesos.

Els pacients d'hospitals sense servei de cirurgia cardíaca o sense laboratori d'hemodinàmica varen ser remesos a altres centres de referència per realitzar tractament quirúrgic o percutani, quan es va decidir aquesta modalitat de tractament.

3.3.2.2.3. Variables, índexs i fórmules usades
- Es varen recollir dades de l'exploració clínica i biodemogràfiques, es va analitzar la presència o no dels principals factors de risc cardiovascular, els antecedents cardiovasculars i no cardiovasculars, el grau d'extensió de la malaltia coronària en cas d'existir, tractaments concomitants, dades analítiques, característiques de l'hospital que incloïa el pacient, etc. A la taula 3 s'inclouen aquests paràmetres analitzats, en funció del maneig terapèutic triat.
- Situació funcional i comorbiditat: es varen recollir de manera prospectiva totes les variables necessàries per calcular els índexs de comorbiditat de Charlson (Charlson [et al.] 1987), de funcionalitat de Katz (Katz [et al.] 1963) i l'EuroSCORE (European System for Cardiac Operative Risk Evaluation) logístic per a valoració del risc quirúrgic (Roques [et al.] 2003).
- Es varen analitzar també els motius per a l'elecció d'un tractament diferent a la SVAo: rebutjat per cirurgia cardíaca per alt risc, decisió mèdica per un altre motiu, decisió del pacient o decisió de la família.

3.3.2.2.4. Mètodes estadístics: Per a la comparació dels grups es va utilitzar el test de la X2 (o el test exacte de Fisher, en els casos indicats) per a les variables categòriques i el test de la t de Student o l'ANOVA. Per determinar els predictors independents de maneig no quirúrgic, es va realitzar una anàlisi multivariada mitjançant regressió logística que va incloure les variables significatives en l'anàlisi univariada. Es va utilitzar per a l'anàlisi estadística el programa SPSS, versió 12.0 per a Windows (SPSS Inc, Chicago, Illinois, EUA).

3.3.2.3. Resultats: Es varen incloure 941 pacients, dels quals 686 (72,9%) pertanyien a centres que disposaven de cirurgia cardíaca i laboratori d'hemodinàmica; 70 (7,4%), a centres que només tenien laboratori d'hemodinàmica; i 185 (19,7%), a hospitals sense

cirurgia cardíaca ni laboratori d'hemodinàmica. La comunitat balear va estar representada al registre amb un total de 122 pacients (13% del registre).

El maneig terapèutic previst [figura 1] més freqüent va ser el conservador, amb 426 pacients (45,3%), seguit del tractament transcatèter, amb 268 pacients (28,5%). D'aquests 268 pacients del grup de tractament transcatèter, estava previst que en 189 s'implantés una endopròtesi valvular transfemoral CoreValve; que en 52 pacients s'implantés un Edwards Sapien per la mateixa via; que en 16 pacients s'implantés una endopròtesi valvular transapical Edwards Sapien i que en 11 pacients es realitzés una valvuloplàstia sense implantació protèsica. En 247 pacients (26,2%) es va optar per programar una SVAo.

Gràfic 1 | *Maneig terapèutic previst*

Les característiques clíniques de la població inclosa es mostren a la taula 3 de manera conjunta i per grups, en funció del tipus de tractament previst.

Taula 3 | *Comparació de les característiques clíniques, dades ecocardiogràfiques i tractament mèdic en funció del maneig triat*

Variable n. (%)	Total 941	Conservador 426	Transcatèter 268	SVAo 247	p
Edat (mitjana ±DE) anys	84,2±3,5	85,1±3,8	84,7±3,3	82,2±2,0	<0,001
Sexe femení	549 (58,3)	262 (61,5)	156 (58,2)	131 (53,0)	0,10
Tensió arterial sistòlica (mitjana ±DE) mmHg	132±21	130±22	131±20	135±21	0,02
Tensió arterial diastòlica (mitjana ±DE) mmHg	70±12	70±12	70±12	71±11	0,64
IMC (mitjana ±DE)	26,7±3,8	26,8±4,1	26,4±3,7	27,1±3,5	0,14
Factors de risc cardiovascular					
Tabaquisme	239 (25,4)	90 (21,2)	81 (30,2)	68 (27,5)	0,06
Hipertensió arterial	719 (76,4)	338 (79,3)	190 (70,9)	191 (77,3)	0,04
Hiperlipèmia	398 (42,3)	165 (38,7)	119 (44,4)	114 (46,2)	0,12
Diabetis	253 (26,9)	127 (29,8)	63 (23,5)	63 (25,5)	0,16
Símptomes					
Angina	339 (36,0)	153 (35,9)	87 (32,5)	99 (40,1)	0,20
Síncope	138 (14,7)	53 (12,4)	42 (15,7)	43 (17,4)	0,18
Dispnea	827 (87,9)	365 (85,7)	258 (96,3)	204 (82,6)	<0,001

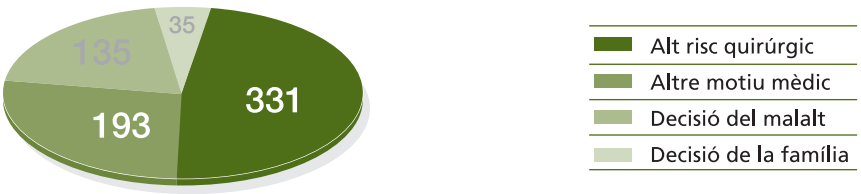
continua

Variable n. (%)	Total 941	Conservador 426	Transcatèter 268	SVAo 247	p
Antecedents cardiovasculars n. (%)					
Infart de miocardi previ	122 (13,0)	67 (15,7)	35 (13,1)	20 (8,1)	0,02
Revascularització percutània	101 (10,7)	44 (10,3)	49 (18,3)	8 (3,2)	<0,001
Revascularització quirúrgica	36 (3,8)	12 (2,8)	13 (4,9)	11 (4,5)	0,33
Coronariografia realitzada	486 (51,6)	108 (25,4)	200 (74,6)	178 (72,1)	<0,001
Coronàries sense lesions significatives	247 (50,8)	34 (31,5)	108 (54,0)	105 (59,0)	<0,001
Malaltia d'1 vas	94 (19,3)	23 (21,3)	39 (19,5)	32 (18,0)	
Malaltia multivas	145 (29,8)	51 (47,2)	53 (26,5)	41 (22,9)	
EVP	64 (6,8)	34 (8,0)	20 (7,5)	10 (4,0)	0,13
Ictus/AIT	90 (9,6)	46 (10,8)	26 (9,7)	18 (7,3)	0,33
Fibril·lació auricular	290 (30,8)	146 (34,3)	85 (31,7)	59 (23,9)	0,02
Ingressos previs per IC	310 (32,9)	141 (33,1)	122 (45,5)	47 (19,0)	<0,001
Comorbiditat n. (%)					
Diàlisi	5 (0,5)	3 (0,7)	2 (0,7)	0	0,41
MPOC	150 (15,9)	62 (14,6)	60 (22,4)	28 (11,3)	0,002
Tumor maligne	65 (6,9)	31 (7,2)	15 (5,6)	19 (7,7)	0,41
Demència	60 (6,4)	47 (11,0)	10 (3,7)	3 (1,2)	<0,001
Índex de Katz =A (independent)	464 (49,3)	166 (39,0)	126 (47,0)	172 (69,6)	<0,001
Índex de Charlson (mitjana ±DE) %	3,1±1,7	3,3±1,8	3,1±1,6	2,4±1,5	<0,001
EuroSCORE (mitjana ±DE)	11,5±2,1	12,3±2,8	11,6±2,8	10,2±2,5	<0,001
Ecocardiograma (mitjana ±DE)					
Gradient màxim mmHg	79,6±22,3	74,0±24,1	84,0±20,7	85,4±22,3	<0,001
Gradient 1/2 mmHg	48,8±15,4	45,2±15,2	51,2±14,6	52,3±15,4	<0,001
Àrea valvular cm2	0,65±0,18	0,67±0,18	0,59±0,18	0,66±0,17	<0,001
Fracció d'ejecció % (mitjana±DE)	58,5±13,1	57,5±13,9	57,1±13,1	61,6±11,0	<0,001
Pressió sistòlica d'artèria pulmonar mmHg	50,1±15,6	50,8±16,1	53,6±15,2	45,1±14,1	<0,001
Hipertròfia ventricular ≥ moderada n. (%)	656 (69,7)	276 (64,7)	202 (75,4)	178 (72,1)	0,08
Una altra valvulopatia severa n. (%)	109 (11,5)	69 (16,2)	19 (7,1)	21 (8,5)	0,03
Analítica (mitjana±DE)					
Hematòcrit (%)	37,2±5,3	36,9±5,3	36,5±5,3	38,2±5,0	0,002
Leucòcits/µL	7955±3151	8080±3217	7994±3005	7703±3170	0,37
Plaquetes/mL	211,5±74,4	212,5±77,8	211,4±75,4	209,8±67,6	0,91
Glucosa (mgr/dL)	120±49	121±48	126±62	115±34	0,06
Sodi (mEq/L)	139±4	139±4	138±4	139±3,5	0,80
Potassi (mEq/L)	4,3±0,5	4,3±0,5	4,3±0,6	4,2±0,4	0,43
Aclariment de creatinina (ml/min)	43,0±17,1	40,3±17,4	40,5±15,1	50,5±16,5	<0,001
Colesterol (mgr/dL)	176±42	175±42	175±42	182±42	0,31
LDL (mgr/dL)	107±39	107±36	109±54	107±35	0,94
HDL (mgr/dL)	50±15	49±14	50±15	52±17	0,35
Triglicèrids	117±48	113±44	112±44	125±56	0,11
Tractament mèdic n. (%)					
Anticoagulants	235 (25,0)	108 (25,4)	75 (28,0)	52 (21,1)	0,19
Blocador d'adenoreceptors	306 (32,5)	153 (35,6)	69 (25,7)	84 (34,0)	0,02
IECA	359 (38,2)	155 (36,4)	118 (44,0)	86 (34,8)	0,06
ARA II	164 (17,4)	78 (18,3)	20 (10,4)	58 (23,5)	<0,001
Estatines	443 (47,1)	182 (42,7)	131 (48,9)	130 (52,6)	0,04
AINE	55 (5,8)	35 (8,2)	8 (3,0)	12 (4,9)	0,01
Característiques del centre					
Amb servei de cirurgia cardíaca	686 (72,9)	243 (57,0)	263 (98,1)	180 (72,9)	<0,001

P: valor p per a la comparació dels 3 grups; SVAo: substitució valvular aòrtica; DE: desviació estàndard; IC: insuficiència cardíaca; IMC: índex de massa corporal; EVP: malaltia arterial perifèrica: inclou claudicació intermitent, oclusió carotídia o estenosi> 50%, cirurgia vascular prèvia o prevista sobre aorta abdominal, caròtides o artèries perifèriques; AIT: accident isquèmic transitori; MPOC: malaltia pulmonar obstructiva crònica que requereix tractament prolongat amb broncodilatadors o esteroides; IECA: inhibidors de l'enzim de conversió d'angiotensina; ARA II: antagonistes dels receptors d'angiotensina II; AINE: antiinflamatoris no esteroïdals.

El motiu registrat per no indicar la SVAo en 694 pacients es detalla a la figura 2

Gràfic 2 | *Motiu pel qual no es va programar substitució valvular aòrtica (694 pacients)*



3.3.2.4. Limitacions

Pel caràcter voluntari de la participació en aquest registre, la població inclosa pot no representar la generalitat de l'EAo en l'octogenari. El gran nombre de pacients inclòs ajuda a compensar de manera notable aquest biaix, però no és descartable que, al costat de condicionants en el maneig, motivats pel tipus d'hospital on es va incloure el pacient, hi pugui haver cert condicionament també en el tipus de pacient que va a aquests centres. En aquest sentit, la participació de centres amb gran activitat en la IPPVA va poder augmentar la proporció d'aquest tractament. Si és certa aquesta circumstància, seria encara més gran el nombre d'octogenaris que en la pràctica clínica habitual no reben SVAo.

3.3.2.5. Conclusions

En un registre multicèntric espanyol, en gairebé la meitat dels octogenaris amb estenosi aòrtica simptomàtica s'indica el tractament conservador. Els determinants de maneig no quirúrgic són l'edat, la dependència, el risc quirúrgic, la disfunció sistòlica i un gradient màxim baix. En el 25% dels pacients, el motiu per descartar la cirurgia va ser la negativa del pacient o de la seva família.

4. Opcions terapèutiques

4.1. Tractament mèdic

4.1.1. Estatines i EAo calcificada: Hi ha estudis clínics retrospectius que han demostrat una associació entre el tractament amb estatines i una progressió hemodinàmica notablement més lenta de l'EAo (Bellamy [et al.] 2002; Novaro [et al.] 2001; Aronow

[et al.] 2001; Rosenhek [et al.] 2004). No obstant això, la majoria dels estudis prospectius realitzats fins al moment no han confirmat aquesta hipòtesi (Cowell [et al.] 2005; Rossebø [et al.] 2008; Chan [et al.] 2010). Només l'estudi RAAVE (edat mitjana 73,7 ± 8,9 anys), que no és un estudi randomitzat, ha pogut demostrar que la rosuvastatina era capaç d'alentir la progressió hemodinàmica de la malaltia en pacients asimptomàtics amb EAo moderada-greu i nivells elevats de cLDL (Moura [et al.] 2007). Les estatines tampoc han demostrat que atenuïn la progressió de la disfunció diastòlica que apareix a l'EAo (Jassal [et al.] 2011).

Per tant, segons les dades de què disposem actualment, es pot afirmar que el tractament amb estatines no afecta la progressió de l'EAo en pacients sense indicacions clíniques per a ús de tractament hipolipemiant, per la qual cosa caldrà reservar les estatines per a les seves indicacions convencionals.

4.1.2. IECA i EAo calcificada: Igual que passa amb les estatines, no s'han pogut demostrar diferències en la progressió de l'EAo, usant paràmetres hemodinàmics, en pacients en tractament amb IECA enfront de pacients sense aquest tractament (Rosenhek [et al.] 2004). De tota manera, la clau per aturar la progressió de l'EAo amb aquests fàrmacs podria trobar-se en l'inici del tractament en fases més primerenques de la malaltia i en tractaments més prolongats.

El fonament de la recomanació del seu ús en l'EAo, fins avui, són els seus potencials efectes beneficiosos en el remodelatge i en els canvis hipertròfics del miocardi, més que un hipotètic efecte alentidor de la progressió de la malaltia (Routledge, Townend 2001; Chambers 2006).

En conclusió, fins ara no hi ha una sòlida evidència que la progressió de l'EAo pugui ser detinguda per cap tractament mèdic.

4.1.3. Tractament mèdic dels pacients simptomàtics: Els pacients amb insuficiència cardíaca congestiva es poden beneficiar de l'ús de diürètics, IECA i digitàlics (Bonow [et al.] 2006). Els diürètics s'han d'utilitzar amb precaució, amb la dosi mínima que controli la simptomatologia congestiva, per evitar disminuir el cabal cardíac i produir hipotensió.Durant anys existia la creença, universalment estesa, que els vasodilatadors estaven contraindicats en l'EAo greu per risc d'hipotensió, tot i que hi havia poques dades que la sustentessin, però sí que hi ha estudis que han posat de manifest efectes hemodinàmics beneficiosos de la vasodilatació. Entre aquests destaca un estudi que va documentar una millora ràpida i consistent del cabal cardíac amb la utilització de nitroprussiat en pacients crítics amb EAo greu (edat 73 ± 15 anys) i disfunció sistòlica ventricular esquerra greu, fet que va permetre l'estabilització clínica i va servir de pont a altres procediments posteriors (Khot [et al.] 2003).

Malgrat això, convé recomanar que, en cas que es necessitin vasodilatadors, s'usin amb gran cura, per evitar una reducció excessiva de la precàrrega que condueixi a un descens del cabal cardíac i de la pressió arterial. Si el símptoma predominant és l'*angor*, l'ús de nitrats i blocadors d'adrenoreceptors es farà també amb summa precaució pel mateix motiu. En cas d'aparició de taquiarítmies auriculars, caldrà valorar la possibilitat de restaurar el ritme sinusal, per evitar la pèrdua de la contribució auricular en l'ompliment diastòlic ventricular, que podria evolucionar amb rapidesa envers un greu empitjorament clínic. Si no fos possible, si més no caldria controlar adequadament la freqüència cardíaca.

4.2. Tractament quirúrgic

El tractament quirúrgic de l'EAo és la SVAo. La SVAo convencional implica la realització d'una esternotomia mitjana, la instauració d'un *bypass* cardiopulmonar, l'explantació de la vàlvula nativa estenòtica i la substitució per una pròtesi valvular. Actualment, la SVAo es realitza de manera freqüent en pacients ancians de gairebé qualsevol edat. Les indicacions per a la cirurgia són similars a les dels pacients joves [taula 4].

Taula 4 | *Arguments per què es desaconsella la SVAO. En octogenaris amb estenosi aòrtica greu simptomàtica*

- Pacients simptomàtics amb EAo greu (nivell d'evidència B)
- Pacients amb EAo greu que necessiten cirurgia de bypass coronari (nivell d'evidència C)
- Pacients amb EAo greu que necessiten cirurgia de l'aorta o d'altres vàlvules cardíaques (nivell d'evidència C)
- Pacients amb EAo greu i disfunció sistòlica del VE (nivell d'evidència C)

Adaptat de Bonow [et al.] (2006): *Guidelines for the management of patients with valvular heart disease*.
EAo: estenosi aòrtica; VE: ventricle esquerre

Els pacients ancians amb EAo solen tenir un estatus preoperatori més dolent que els pacients més joves, a causa de la freqüència de patologies concomitants, sobretot relacionades amb l'aterosclerosi (Iung 2008). Això provoca una mortalitat intrahospitalària més alta, que oscil·la segons els estudis entre un 5 i un 18% (Bessou 1999; Olsson 1992; Asimakopoulos, Edwards, Taylor 1997). De tota manera, en els últims deu anys s'han publicat sèries quirúrgiques amb uns índexs de mortalitat operatòria en octogenaris al voltant de 10% (Iung 2008).

A les Illes Balears, els resultats de la cirurgia cardíaca són excel·lents (Riera [et al.] 2011), amb una mortalitat hospitalària del 5% en octogenaris sotmesos a reemplaçament valvular aòrtic aïllat (Enríquez 2008).

La supervivència a llarg termini després de la SVAo depèn principalment de la situació cardiològica prèvia a la cirurgia, de les complicacions relacionades amb la pròtesi i de la comorbiditat del pacient (Vahanian [et al.] 2010).

En un altre estudi, retrospectiu, que va avaluar el pronòstic de 1.100 pacients més grans de vuitanta anys després de SVAo (Asimakopoulos [et al.] 1997), la mortalitat de causa cardíaca als trenta dies i per totes les causes va ser respectivament del 4 i del 6,6 %. La supervivència a l'any, a cinc anys i a vuit anys va ser del 89, del 69 i del 46% respectivament. Passats els primers trenta dies després de la cirurgia, el 70% de les morts varen ser degudes a causes no cardíaques. Els resultats de la cirurgia també són bons en termes de qualitat de vida (Vahanian [et al.] 2010), en què s'assoleix una millora simptomàtica.

4.3. Valvuloplàstia amb baló

Consisteix en l'inflament d'un o diversos balons col·locats al llarg de la vàlvula estenòtica, per fragmentar els dipòsits càlcics i reduir la gravetat de l'estenosi. Els beneficis hemodinàmics i la millora simptomàtica, en reduir el gradient de pressió transvalvular, solen ser moderats, però immediats (Eltchaninoff [et al.] 1995). Malgrat això, aquests efectes beneficiosos no es mantenen a llarg termini, de manera que no es modifica el curs natural de la malaltia (Bonow [et al.] 2006). Hi ha una alta incidència de complicacions serioses agudes, com mort, ictus, ruptura aòrtica i insuficiència valvular, en més del 10% dels pacients. En la majoria dels pacients es produeix reestenosi valvular en els primers 6-12 mesos, que condueix a un deteriorament clínic (Bonow [et al.] 2006; Freeman [et al.] 2005).

Conseqüentment, la valvuloplàstia aòrtica amb baló no és una alternativa a la SVAo quan el pacient és candidat a cirurgia. Es realitza actualment poques vegades, per a pacients amb molt alt risc quirúrgic o com a mesura pal·liativa en pacients inoperables amb EAo greu (Eltchaninoff [et al.] 1995). Els resultats del seguiment de la cohort B de l'estudi PARTNER comentat més endavant, en el qual hi va haver un significatiu nombre de pacients sotmesos a aquesta tècnica, confirmen l'escàs benefici terapèutic d'aquesta teràpia (Leon [et al.] 2010). També es pot emprar en pacients simptomàtics amb EAo greu que necessiten urgentment una cirurgia major no cardíaca i com a «pont» a una cirurgia de substitució valvular per salvar una situació de severa inestabilitat hemodinàmica (Bonow [et al.] 2006; Vanahanian [et al.] 2007).

4.4. Implantació percutània o transcatèter de pròtesi valvular aòrtica

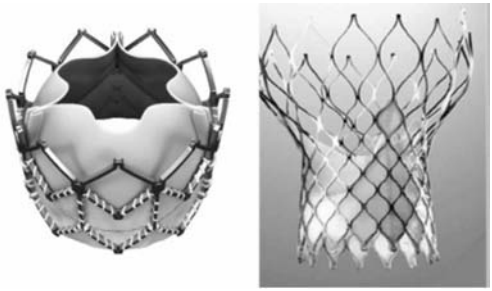
4.4.1. Descripció de la tècnica

Des de final del segle passat, es va començar a considerar la possibilitat de realitzar implants valvulars per via percutània, amb menys riscs que la cirurgia i amb resultats més bons que la simple dilatació amb baló. El 2002, el grup de Cribier va realitzar la primera IPPVA en un pacient en xoc cardiogènic rebutjat per a SVAo. En anys posteriors, la IPPVA s'ha anat revelant com una alternativa terapèutica menys invasiva que la cirurgia, aplicable a pacients amb EAo greu simptomàtica i risc quirúrgic molt alt o prohibitiu. Fins al moment, s'han realitzat

més de 10.000 intervencions d'aquest tipus, la majoria a Europa i Canadà (Webb 2010). Els pacients ancians poden ser els més afavorits per aquest tractament, ja que són ells els que amb més freqüència no reben cirurgia pel seu alt risc (Martínez-Sellés [et al.] 2010).

La IPPVA no necessita durant el procediment ni esternotomia, ni aturada cardíaca, ni circulació extracorpòria, ni s'acompanya de l'important trauma postquirúrgic.

Els únics dispositius utilitzats de moment a Espanya són la pròtesi Edwards Sapien i la CoreValve.



Pròtesi Edwards SAPIEN (esquerra) i CoreValve autoexpandible (dreta)

La pròtesi Edwards Sapien es munta sobre un baló que, en inflar-se, col·loca la pròtesi a l'anell aòrtic, de manera que queda la vàlvula nativa aixafada i adossada a la paret en un procés similar al de l'implant d'un dispositiu de stent en territori vascular arterial. Abans de la implantació de la pròtesi s'ha de realitzar una valvuloplàstia amb baló, de manera que la pròtesi pugui travessar la vàlvula i ajustar-se amb més facilitat a la paret.

La pròtesi CoreValve és autoexpandible després de retirar una beina en la qual ve plegat el dispositiu, amb un mecanisme més semblant al dels dispositius percutanis per a tancaments de comunicacions auriculars o de *foramen* oval permeable.

Al principi, la via d'accés emprada va ser l'anterògrada, que necessita una punció transseptal i és tècnicament més complicada. En l'actualitat, aquesta via ha estat substituïda per la retrògrada, més senzilla (Paniagua [et al.] 2005). Per la mida de la pròtesi, és necessària la dissecció quirúrgica de l'artèria femoral.

Finalment, l'accés transapical es va començar a utilitzar el 2005 (Lichtenstein [et al.] 2006; Walther [et al.] 2007). Aquest procediment ha de ser realitzat per un equip multidisciplinari format per cirurgià cardíac, cardiòleg intervencionista, anestesista i ecocardiografista. Cal fer una minitoracotomia per poder obrir l'àpex del ventricle esquerre, amb la finalitat que la pròtesi passi sense problemes. Es recomana dur a terme el procediment en quiròfan, i tenir-ho tot previst per canviar ràpidament a cirurgia convencional si la situació ho requereix.

4.4.2. Resultats

Diferents registres multicèntrics realitzats a Europa (Piazza [et al.] 2008; Thomas [et al.] 2010; Thomas [et al.] 2011; Zahn [et al.] 2010; Tamburino [et al.] 2011), Canadà

(Rodés-Cabau [et al.] 2011) i Espanya (Avanzas [et al.] 2010), que inclouen en conjunt gairebé 5.000 pacients, mostren una elevada taxa d'èxit del procediment de la IPPVA (superior al 90%), amb una mortalitat a trenta dies i a un any al voltant del 9% (6,6-12,7%) i 20% (15-24%), respectivament. Hi ha una marcada corba d'aprenentatge que fa que els resultats dels grups millorin a mesura que es va adquirint més experiència en el procediment.

Els factors predictors de mortalitat a mitjà termini associats amb la IPPVA poden dividir-se en tres grups (Thomas [et al.] 2011; Tamburino [et al.] 2011; Rodés-Cabau [et al.] 2009 i 2012):

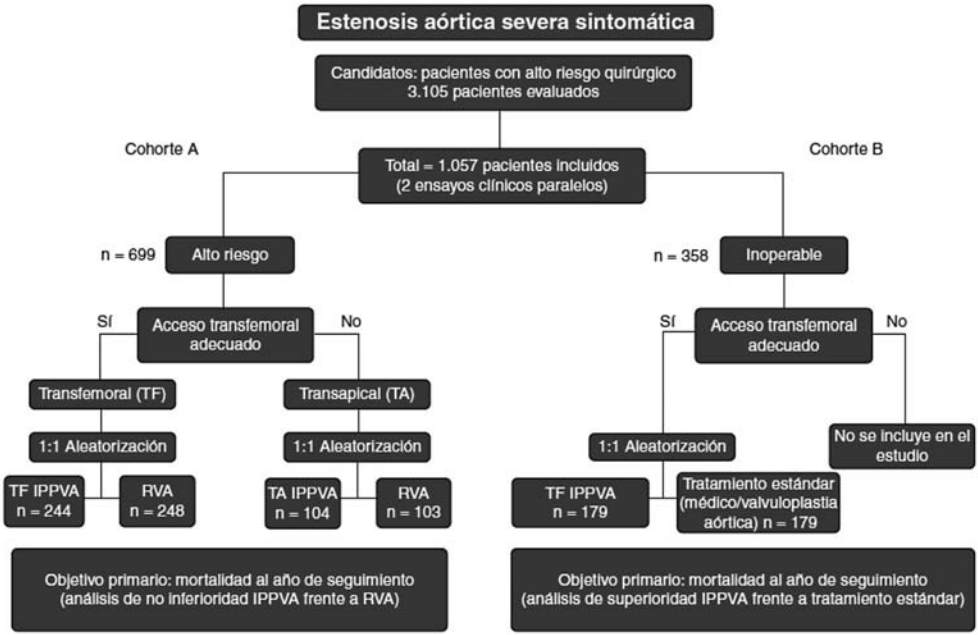
a) comorbiditat cardíaca (fracció d'ejecció ventricular esquerra severament deprimida, hipertensió pulmonar significativa i insuficiència mitral greu);
b) complicacions durant el procediment (ictus, complicacions vasculars greus, sèpsia, insuficiència aòrtica residual moderada-severa);
c) comorbiditat no cardíaca (malaltia pulmonar obstructiva crònica severa, insuficiència renal crònica, cirrosi hepàtica).

Més enllà de la important informació que ens donen els resultats dels registres, calia comparar la IPPVA amb les opcions terapèutiques disponibles fins al moment. El disseny de l'estudi PARTNER [figura 4] tracta de resoldre amb el seu disseny els dubtes sobre això. Es tracta d'un estudi multicèntric i aleatoritzat amb dues cohorts de tractament amb l'objectiu de comparar la IPPVA enfront de la cirurgia convencional de SVAo en pacients d'alt risc quirúrgic (cohort A: Smith [et al.] 2011) o davant del tractament mèdic estàndard/valvuloplàstia aòrtica (cohort B: Leon [et al.] 2010).

Estenosis aórtica severa sintomática

Els resultats a l'any de seguiment de la cohort A (pacients d'alt risc) mostren un resultat equiparable de la IPPVA respecte de la SVAo (Smith [et al.] 2011). No hi va haver diferències estadísticament significatives entre les taxes de mortalitat total (IPPVA: 24,2%; SVAo: 26,8%, p = 0,44) o mortalitat cardiovascular (IPPVA: 14,3%; SVAo: 13%, p = 0,63). La IPPVA es va associar a una incidència inicial més alta d'esdeveniments cerebrovasculars (el 8,3 davant el 4,3%, p = 0,04), si bé aquestes diferències es perden en un seguiment més ampli i l'objectiu combinat de mort i ACV major va ser similar en finalitzar l'any de seguiment (IPPVA: 26,5%; SVAo: 28%, p = 0,68). La millora funcional va ser comuna a ambdues estratègies, encara que més ràpida en el grup de la IPPVA. Als dos anys de seguiment, persisteix l'absència de diferències entre ambdues estratègies (Kodali [et al.] 2012) pel que fa a mortalitat total (IPPVA: 33,9%; SVAO: 35%, p = 0,78) o mortalitat cardiovascular (IPPVA: 21,4%; SVAo: 20,4%, p = 0,80). La regurgitació aòrtica paravalvular residual va ser més freqüent en el grup de IPPVA i es va associar amb un increment en la mortalitat tardana, mentre que els pacients sotmesos a IPPVA que quedaven sense

insuficiència aòrtica tenien una evolució més bona que els intervinguts mitjançant SVAo. Quant a la cohort B (pacients inoperables), la IPPVA es va associar a una reducció del 20% de la mortalitat per qualsevol causa a l'any de seguiment (30,7% davant 50,7%, p <0,001), fet que suposa un nombre necessari de pacients a tractar (NNT) de tan sols cinc en el primer any per aconseguir una supervivència addicional respecte a l'estratègia de tractament mèdic/valvuloplàstia (Leon [et al.] 2010). Als dos anys de seguiment, el 68% dels pacients del grup de tractament mèdic havien mort, per un 43,3% en el grup de IPPVA (p <0,001) (Makkar [et al.] 2012).



Disseny de l'estudi PARTNER

TF: transfemoral; TA: transapical; RVA: recanvi valvular aòrtic. (Rodés-Cabau [et al.] 2012)

A més, en els pacients inoperables, la IPPVA produeix una important millora en la qualitat de vida (Reynolds [et al.] 2011), amb una anàlisi de cost-efectivitat favorable (Reynolds [et al.] 2012; Watt [et al.] 2012).

4.4.3. Selecció de candidats

En el moment actual, el tractament d'elecció per a l'EAo severa simptomàtica de l'ancià segueix sent el quirúrgic. No obstant això, l'estudi PARTNER ha confirmat que la IPPVA és actualment el tractament recomanable per a malalts inoperables per risc quirúrgic

prohibitiu, encara que la presència d'una important comorbiditat basal per patologia no cardíaca podria atenuar el benefici en la supervivència. La cohort A de l'estudi PARTNER mostra la IPPVA com una alternativa vàlida a la SVAo per a pacients considerats d'alt risc quirúrgic, considerant com a tal un risc estimat de mortalitat ≥ 15% a 30 dies a l'escala de risc quirúrgic de la Society of Thoracic Surgeons (Shroyer [et al.] 2003).

A la taula 5 es recullen les principals indicacions i contraindicacions per a la IPPVA, extretes del document de consens desenvolupat per experts de l'European Association of Cardio-Thoracic Surgery, l'European Society of Cardiology i l'European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (Vahanian [et al.] 2008).

Taula 5 | *Indicacions i contraindicacions per a la implantació de pròtesis aòrtiques transcatèter*

Indicacions	Contraindicacions
1. Pacients amb EAo greu simptomàtica 2. Amb alt risc i contraindicació per a cirurgia 3. Edat rares vegades de menys de 70 anys 4. Bypass aortocoronari previ amb empelts patents 5. Radiació toràcica prèvia. Aorta «de porcellana»	PER LA VIA PERCUTÀNIA: 1. Malaltia coronària que no pugui revascularitzar-se percutàniament 2. Malaltia vascular perifèrica que impedeixi el pas de la pròtesi PER LA VIA TRANSAPICAL: 1. Cirurgia prèvia del VE amb utilització de pegat 2. Calcificació pericàrdica 3. Dificultat d'accés a l'àpex del VE

Adaptat de: Martínez-Sellés [et al.] (2009)
EAo: estenosi aòrtica; VE: ventricle esquerre

Recentment, el març de 2012, The National Institute of Clinical Excelence (NICE) del Regne Unit ha actualitzat les seves recomanacions referents a la IPPVA i suggereix que un equip mèdic multidisciplinari hauria d'intervenir per determinar en cada cas el nivell de risc (Thomas 2012). Cal elaborar una escala de risc específica per a la IPPVA, que permeti millorar el procés de selecció de candidats, si es volen millorar en els propers anys els resultats a mitjà termini d'aquesta modalitat terapèutica (Rodés-Cabau [et al.] 2012).

5. Conclusions

L'EAo de l'octogenari es maneja en el nostre medi d'una manera fonamentalment conservadora. L'aparició de la IPPVA ha suposat disposar d'una nova eina terapèutica que pot millorar el pronòstic i la supervivència d'una població cada vegada més nombrosa d'avis amb EAo severa, la majoria dels quals eren tractats fins fa poc temps exclusivament

amb tractament mèdic. Malgrat això, no tots els ancians amb EAo severa es beneficien d'aquesta teràpia, ja que una excessiva comorbiditat associada a la seva valvulopatia pot condicionar un mal pronòstic a curt-mitjà termini, malgrat una IPPVA reeixida inicialment. La selecció adequada de pacients i la individualització de riscs, sobretot en funció de la comorbiditat, sembla essencial a l'hora d'escollir candidats oportuns, per limitar la IPPVA a pacients que previsiblement moriran «de» EAo, en comptes dels que moriran «amb» EAo.

Referències bibliogràfiques

Aronow, W. S. (2007): «Recognition and management of aortic stenosis in the elderly». *Geriatrics*; 62 (12): 23-32.

Aronow, W. S. [et al.] (2001): «Association of coronary risk factors and use of statins with progression of mild valvular aortic stenosis in older persons». *American Journal of Cardiology*; 88: 693-695.

Aronow, W. S.; Ahn, C.; Kronzon, I. (2001): «Comparison of echocardiographic abnormalities in African-American, Hispanic, and white men and women aged >60 years». *American Journal of Cardiology*; 87: 1131-1133.

Aronow, W. S.; Ahn, C.; Shirani, J. (1998); [et al.]: «Comparison of frequency of new coronary events in older persons with mild, moderate, and severe valvular aortic stenosis with those without aortic stenosis». *American Journal of Cardiology*; 81: 647-649.

Aronow, W. S.; Kronzon, I. (1987): «Correlation of prevalence and severity of valvular aortic stenosis determined by continuous-wave Doppler echocardiography with physical signs of aortic stenosis in patients aged 62 to 100 years with aortic systolic ejection murmurs». *American Journal of Cardiology*; 60: 399-401.

Asimakopoulos, G.; Edwards, M. B.; Taylor, K. M. (1997): «Aortic valve replacement in patients 80 years of age and older: survival and cause of death based on 1.100 cases: collective results from the UK Heart Valve Registry». *Circulation*; nov. 18; 96 (10): 3403-3408.

Avanzas, P. [et al.] (2010): «Implante percutáneo de la prótesis valvular aórtica autoexpandible CoreValveW en pacientes con estenosis aórtica severa: experiencia inicial en España». *Revista Española de Cardiología*; 63: 141-148.

Baumgartner, H. (2005): «Aortic stenosis. Medical and surgical management». *Heart*; 91: 1483-1488.

Bellamy, M. F. [et al.] (2002): «Association of cholesterol levels, hydroxymethylglutaryl coenzyme-A reductase inhibitor treatment, and progression of aortic stenosis in the community». *Journal of the American College of Cardiology*; 40: 1723-1730.

Bessou, J. P. [et al.] (1999): «Aortic valvular replacement in octogenarians. Short-term and mid-term results in 140 patients». *Cardiovascular Surgery*; 7 (3) 355-362.

Bonow, R. O. [et al.] (2006): «ACC/AHA 2006 guidelines for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines». *Circulation*; 114: e84-231.

Bouma, B. J. [et al.] (1999): «To operate or not on elderly patients with aortic stenosis: the decision and its consequences». *Heart*; 82: 143-148.

Bouma, B. J. [et al.] (2004): «Which elderly patients with severe aortic stenosis benefit from surgical treatment? An aid to clinical decision making». *Journal of Heart Valve Disease*; 13: 374-381.

Chambers, J. (2006): «The left ventricle in aortic stenosis: evidence for the use of angiotensin-converting enzyme inhibitors». *Heart*; 92: 420-423.

Chan, K. L. [et al.] (2010): «Effect of Lipid Lowering With Rosuvastatin on Progression of Aortic Stenosis. Results of the Aortic Stenosis Progression Observation: Measuring Effects of Rosuvastatin (ASTRONOMER) Trial». *Circulation*; 121: 306-314.

Charlson, M. E. [et al.] (1987): «A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation». *Journal of Chronic Diseases*; 40: 373-383.

Cornide, L. (2011): *Estenosis aórtica grave sintomática en octogenarios: características clínicas, tratamiento y determinantes de la sustitución valvular*. Tesi doctoral. Facultat de Medicina. Universitat Autònoma de Madrid.

Cowell, S. J. [et al.] (2005): «A randomized trial of intensive lipid-lowering therapy in calcific aortic stenosis». *New England Journal of Medicine*; 352: 2389-2397.

Cribier, A. [et al.] (2002): «Percutaneous transcatheter implantation of an aortic valve prosthesis for calcific aortic stenosis: first human case description». *Circulation*; 106: 3006-3008.

Eltchaninoff, H. [et al.] (1995): «Balloon aortic valvuloplasty in elderly patients at high risk for surgery, or inoperable. Immediate and mid-term results». *European Heart Journal*, agost, 16(8): 1079-1084.

Enríquez, F.: «Tratamiento quirúrgico de las valvulopatías en el anciano: Experiencia en Baleares». Ponència al VII Congreso de la Societat Balear de Cardiologia.

Freeman, R. V.; Otto, C. M. (2005): «Spectrum of calcific aortic valve disease. Pathogenesis, disease progression, and treatment strategies». *Circulation*; juny, 21; 111 (24) 3316-3326.

García de la Villa, B. (2010): «Nuevas alternativas terapéuticas en la estenosis aórtica». Comunicació oral a simposi. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca, 26 d'abril de 2010.

Hakki, A. H. [et al.] (1980): «Angina pectoris and coronary artery disease in patients with severe aortic valvular disease». *American Heart Journal*; 100: 441-449.

Hofmann, T. [et al.] (1987): «Determination of aortic valve orifice area in aortic valve stenosis by two-dimensional transesophageal echocardiography». *American Journal of Cardiology*; 59: 330-335.

Horstkotte, D.; Loogen, F. (1988): «The natural history of aortic valve stenosis». *European Heart Journal*; 9 (supl. E): 57-64.

Iung, B. (2008): «Management of the elderly patient with aortic stenosis». *Heart*; 94(4): 519-524.

Iung, B. [et al.] (2003): «A prospective survey of patients with valvular heart disease in Europe: The Euro Heart Survey on Valvular Heart Disease». *European Heart Journal*; 24: 1231-1243.

Iung, B. [et al.] (2005): «Decision-making in elderly patients with severe aortic: why are so many denied surgery?» *European Heart Journal*; 26: 2714-2720.

Iung, B.; Vahanian, A. (2006): «Valvular heart diseases in elderly people». *Lancet*; 368: 969-971.

Jassal, D. S. [et al.] (2011): «Evaluating the effectiveness of rosuvastatin in preventing the progression of diastolic dysfunction in aortic stenosis: A substudy of the aortic stenosis progression observation measuring effects of rosuvastatin (ASTRONOMER) study». *Cardiovas Ultrasound*; 9: 5.

Julius, B. K. [et al.] (1997): «Angina pectoris in patients with aortic stenosis and normal coronary arteries. Mechanisms and pathophysiologic concepts». *Circulation*; 95: 892-898.

Katz, S. [et al.] (1963): «Studies of illness in the aged. The index of adl: a standardized measure of biological and psychosocial function». *Journal of American Medical Association*; 185: 914-919.

Khot, U. N. [et al.] (2003): «Nitroprusside in critically ill patients with left ventricular dysfunction and aortic stenosis». *New England Journal of Medicine*; 348: 1756-1763.

Kodali, S. K. [et al.] for the PARTNER Trial Investigators (2012): «Two-Year Outcomes after Transcatheter or Surgical Aortic-Valve Replacement». *New England Journal of Medicine*; 366: 1686-1695.

Kolh, P. [et al.] (2001): «Cardiac surgery in octogenarians. Intra-operative outcome and long-term results». *European Heart Journal*; 22: 1235-1243.

Leon, M. B. [et al.] (2010): «Transcatheter aortic-valve implantation for aortic stenosis in patients who cannot undergo surgery». *New England Journal of Medicine*; 363: 1597-1607.

Levinson, J. R. [et al.] (1989): «Octogenarians with aortic stenosis: outcome after aortic valve replacement». *Circulation*; 80 (supl. 1): 49-56.

Lichtenstein, S. V. [et al.] (2006): «Transapical transcatheter aortic valve implantation in humans. Initial clinical experience». *Circulation*; 114: 591-596.

Lindblom, D. [et al.] (1990): «Long-term relative survival rates after heart valve replacement». *Journal of American College of Cardiology*; 15: 566-573.

Livanainen, A. M. [et al.] (1996): «Natural history of aortic valve stenosis of varying severity in the elderly». *Annals of Thoracic Surgery*; 78: 97-101.

Makkar, R. R. [et al.] (2012): «Transcatheter aortic-valve replacement for inoperable severe aortic stenosis». *The New England Journal of Medicine*; DOI: 10.1056/NEJMoa1202277.

Marcus, M. L. [et al.] (1982): «Decreased coronary reserve: a mechanism for angina pectoris in patients with aortic stenosis and normal coronary arteries». *The New England Journal of Medicine*; 307: 1362-1366.

Martínez-Sellés, M. (2010): «Sustitución valvular aórtica: ¿es una solución a la epidemia de estenosis aórtica en el anciano?». *Medicina Clínica*; 134: 114-115.

Martínez-Sellés, M. [et al.] (2007): «Treatment and outcomes of severe cardiac disease with surgical indication in very old patients». *International Journal of Cardiology*; 119: 15-20.

Martínez-Sellés, M. [et al.] (2009): «Actualización en cardiología geriátrica». *Revista Española de Cardiología*; 62, supl. 1: 53-66.

Martínez-Sellés, M. [et al.] (2010): «Actualización en cardiología geriátrica». *Revista Española de Cardiología*; 63, supl. 1: 17-28.

Martínez-Sellés, M. [et al.] (2010): «Symptomatic severe aortic stenosis in patients over 80 years. Baseline characteristics, management and determinants of surgery in a prospective registry of 650 patients». Presentació de pòsters a ESC Congress 2010, Estocolm, 28 agost-1 setembre 2010.

Martínez-Sellés, M. [et al.] (2012): «Severe symptomatic aortic stenosis in octogenarians: a need for intervention». Presentació oral a ESC Congress 2012, Munic, Alemanya, 25-29 agost 2012.

Melby, S. J. [et al.] (2007): «Aortic valve replacement in octogenarians: risk factors for early and late mortality». *Annals of Thoracic Surgery*; 83: 1651-1657.

Moura, L. M. [et al.] (2007): «Rosuvastatin affecting aortic valve endothelium to slow the progression of aortic stenosis». *Journal of the American College of Cardiology*; 49: 554-561.

Nkomo, V. T. [et al.] (2006): «Burden of valvular heart diseases: a population-based study». *Lancet*; 368: 1005-1011.

Novaro, G. M. [et al.] (2001): «Effect of hydroxymethylglutaryl coenzyme A reductase inhibitors on the progression of calcific aortic stenosis». *Circulation*; 104: 2205-2209.

Olsson, M. [et al.] (1992): «Aortic valve replacement in octogenarians with aortic stenosis: a case-control study». *Journal of the American College of Cardiology*; 20: 1512-1516.

Paniagua, D. [et al.] (2005): «First human case of retrograde transcatheter implantation of an aortic valve prosthesis». *Texas Heart Institute Journal*; 32: 393-398.

Pellikka, P. A. [et al.] (2005): «Outcome of 622 adults with asymptomatic, hemodynamically significant aortic stenosis during prolonged follow-up». *Circulation*; 111: 3290-3295.

Piazza, N. [et al.] (2008): «Procedural and 30-day outcomes following transcatheter aortic valve implantation using the third generation (18 Fr) corevalve revalving system: results from the multicentre, expanded evaluation registry 1-year following CE mark approval». *EuroIntervention*; 4: 242-249.

Reynolds, M. R. [et al.] (2011): «Health-related quality of life after transcatheter aortic valve replacement in inoperable patients with severe aortic stenosis». *Circulation*; 124: 1964-1972.

Reynolds, M. R. [et al.] (2012): «Cost-effectiveness of transcatheter aortic valve replacement compared with standard care among inoperable patients with severe aortic stenosis: results from the placement of aortic transcatheter valves (PARTNER) trial (Cohort B)». *Circulation*; 125: 1102-1109.

Riera, M. [et al.] (2011): «Supervivencia a medio plazo de los pacientes operados en cirugía cardíaca mayor». *Revista Española de Cardiología*; 64 (6): 463-469.

Roberts, W. C.; Ko, J. M. (2005): «Frequency by decades of unicuspid, bicuspid, and tricuspid aortic valves in adults having isolated aortic valve replacement for aortic stenosis, with or without associated aortic regurgitation». *Circulation*; 111: 920-925.

Rodés-Cabau, J. [et al.] (2009): «Transcatheter aortic valve implantation for the treatment of severe symptomatic aortic stenosis in patients at very high or prohibitive surgical risk: acute and late outcomes of the multicenter Canadian experience». *Journal of the American College of Cardiology*; 55: 1080-1090.

Rodés-Cabau, J. [et al.] (2012): «Indicaciones de prótesis aórtica percutánea después del estudio PARTNER». *Revista Española de Cardiología*; 65 (3): 208-214.

Roques, F. [et al.] (2003): «The logistic EuroSCORE». *European Heart Journal*; 24: 881-882.

Rosenhek, R. [et al.] (2004): «Statins but not angiotensinconverting enzyme inhibitors delay progression of aortic stenosis». *Circulation*; 110: 1291-1295.

Ross, J. Jr.; Braunwald, E. (1968): «Aortic stenosis». *Circulation*; 38: 61-67.

Rossebø, A. B. [et al.] (2008): «Intensive lipid lowering with simvastatin and ezetimibe in aortic stenosis». *New England Journal of Medicine*; 359: 1343-1356.

Routledge, H. C.; Townend, J. N. (2001): «ACE inhibition in aortic stenosis: dangerous medicine or golden opportunity?». *Journal of Human Hypertension*; 15: 659-667.

Schwammenthal, E. [et al.] (2001): «Dobutamine echocardiography in patients with aortic stenosis and left ventricular dysfunction: Predicting outcome as a function of management strategy». *Chest*, 1766-1777.

Shroyer, A. L. [et al.] (2003): «The Society of Thoracic Surgeons: 30-day operative mortality and morbidity risk models». *Annals of Thoracic Surgery*; 75: 1856-1864.

Smith, C. R. [et al.] (2011): «Transcatheter versus surgical aortic-valve replacement in high-risk patients». *New England Journal of Medicine*; 364: 2187-2198.

Stewart, B. F. [et al.] (1997): «Clinical factors associated with calcific aortic valve disease *Journal of the American College of Cardiology*; 29: 630-634.

Tamburino, C. [et al.] (2011): «Incidence and predictors of early and late mortality after transcatheter aortic valve implantation in 663 patients with severe aortic stenosis». *Circulation*; 123: 299-308.

The National Institute of Clinical Excelence (NICE): *Interventional procedure guidance 421. Transcatheter aortic valve implantation for aortic stenosis*. Disponible a <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11914/58611/58611.pdf>.

Thomas, M. (2012): «New NICE TAVI interventional procedure guidance: sense or non-sense, let the multidisciplinary team decide?». *Heart*. Doi:10.1136/heartjnl-2012-302510.

Thomas, M. [et al.] (2010): «Thirty day results of the SAPIEN aortic Bioprosthesis European Outcome (SOURCE) Registry: A European registry of transcatheter aortic valve implantation using the Edwards SAPIEN valve». *Circulation*; 122: 62-69.

Thomas, M. [et al.] (2011): «One-year outcomes of cohort 1 in the Edwards SAPIEN Aortic Bioprosthesis European Outcome (SOURCE) registry: the European registry of transcatheter aortic valve implantation using the Edwards SAPIEN valve». *Circulation*; 124: 425-433.

Turina, J. [et al.] (1987): «Spontaneous course of aortic valve disease». *European Heart Journal*; 8: 471-483.

Vahanian, A. [et al.] (2007): «Guidelines on the management of valvular heart disease. The task force on the management of valvular heart disease of the European Society of Cardiology». *European Heart Journal*; 28: 230-268.

Vahanian, A. [et al.] (2008): «European Association of Cardio-Thoracic Surgery; European Society of Cardiology; European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions. Transcatheter valve implantation for patients with aortic stenosis: a position statement from the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) and the European Society of Cardiology (ESC), in collaboration with the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI)». *European Heart Journal*; 29: 1463-1470.

Vahanian, A.; Otto, C. M. (2010): «Risk stratification of patients with aortic stenosis». *European Heart Journal*; 31: 416-423.

Von Bibra, H. [et al.] (1995): «Clinical evaluation of left heart Doppler contrast enhancement by a saccharide-based transpulmonary contrast agent. The Levovist Cardiac Working Group». *Journal of the American College of Cardiology*; 25: 500-508.

Walther, T. [et al.] (2007): «Transapical minimally invasive aortic valve implantation. Multicenter experience». *Circulation*; 116 (supl. I): 240-245.

Watt, M. [et al.] (2012): «Cost-effectiveness of transcatheter aortic valve replacement in patients ineligible for conventional aortic valve replacement». *Heart*; 98: 370-376.

Webb, J. G. (2010): «Implantación percutánea de válvula aórtica. Equilibrio entre entusiasmo y precaución». *Revista Española de Cardiología*; 63: 131-133.

Zahn, R. [et al.] (2010): «Transcatheter aortic valve implantation: first results from a multi-centre real-world registry». *European Heart Journal*; 32: 198-204.

Zoghbi, W. A. (2011): «Low-Gradient "Severe" Aortic Stenosis With Normal Systolic Function. Time to Refine the Guidelines?». *Circulation*; 123: 838-840.

Autors

BERNARDO GARCÍA DE LA VILLA REDONDO

Salamanca 1967. Llicenciat en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Valladolid. Formació com a especialista en cardiologia a l'Institut de Cardiologia de Madrid. Des de 1998 exerceix una tasca assistencial com a cardiòleg a l'Hospital de Manacor i és cap del servei de Cardiologia des de 2003. Vicepresident de la Societat Balear de Cardiologia. Les àrees d'estudi i publicacions s'han centrat en cardiologia clínica, amb especial interès en la insuficiència cardíaca, l'estenosis aòrtica i la cardiologia geriàtrica.

MANUEL MARTÍNEZ-SELLÉS D'OLIVEIRA SOARES

Lisboa, 1971. Casat, pare de 5 fills. Doctor en Medicina i Cirurgia per la Universitat Complutense de Madrid. Especialista en Cardiologia. Màster en Disseny i Estadística en Ciències de la Salut de la Universitat Autònoma de Barcelona. Professor titular del Departament d'Especialitats Mèdiques de la Universitat Europea de Madrid (UEM). Cap de secció del Servei de Cardiologia de l'Hospital General Universitari Gregorio Marañón (Madrid). President de la Secció de Cardiologia Geriàtrica de la Societat Espanyola de Cardiologia. Les seves principals àrees d'interès se centren en la cardiologia geriàtrica, la insuficiència cardíaca, la cardiopatia isquèmica i la bioètica. Coordinador del registre multicèntric 4c (Caracterització Científica del Cor del Centenari), actualment en marxa.

LUIS CORNIDE SANTOS

Madrid, 1974. Llicenciat en Medicina i Cirurgia per la Universitat Complutense de Madrid. Doctor en Medicina per la Universitat Autònoma de Madrid. Especialista en Medicina Interna. Màster en Malaltia Vascular per la Universitat de Barcelona. Ha exercit la seva activitat assistencial com a especialista en Medicina Interna als hospitals universitaris Puerta de Hierro de Madrid, Ramón y Cajal de Madrid, i actualment a l'Hospital Universitario del Sureste d'Arganda del Rey (Madrid). La seva àrea principal d'estudi i investigació és el risc vascular, la insuficiència cardíaca i l'estenosi aòrtica calcificada en pacients pluripatològics.

EL PAPER DEL FISIOTERAPEUTA EN UNA RESIDÈNCIA

El paper del fisioterapeuta en una residència

Tomàs Alías Aguiló

Resum

L'objectiu del fisioterapeuta, igual que el de la resta de l'equip sociosanitari que atén la població geriàtrica, és millorar la qualitat de vida d'aquesta part de la població.

L'objectiu en cada pacient, que s'establirà després d'una valoració funcional adequada, dependrà de les seves característiques personals i socials, per la qual cosa haurem de tenir en compte la seva edat, capacitat funcional i l'estructura familiar i comunitària en la qual està integrat. Hem de perseguir la màxima independència possible de l'ancià, mantenint-lo en el seu hàbitat social; no obstant això, en casos necessaris s'haurà de recórrer a la institucionalització.

Els nostres programes no han de limitar-se a tractar l'ancià amb una determinada patologia, sinó que han d'implantar-se també com a mesures profilàctiques per demorar la deterioració progressiva de la funció que el prostraria a una situació de dependència.

La fisioteràpia té una doble funció, la preventiva i la terapèutica. La funció preventiva serveix per evitar complicacions derivades del sedentarisme, a través de programes de revitalització, activitat física i esports. La funció terapèutica ha de ser el més precoç possible, per evitar les complicacions derivades del repòs perllongat i optimitzar l'estat funcional. La fisioteràpia aplicada a l'ancià ha de tenir les següents característiques:
Ha de ser precoç per lluitar contra la síndrome d'estar al llit, l'ancià ho pateix a causa de les malalties i perquè la senilitat agreuja i accelera els canvis propis de la síndrome d'immobilisme. Personalitzada, el programa de fisioteràpia s'adaptarà a cada pacient en funció de les seves característiques personals, procés patològic i fases.

Resumen

El objetivo del fisioterapeuta, al igual que el del resto del equipo sociosanitario que atiende a la población geriátrica, es mejorar la calidad de vida de esta parte de la población.

El objetivo en cada paciente, que se establecerá tras una adecuada valoración funcional, dependerá de sus características personales y sociales, por lo que deberemos tener en cuenta su edad, capacidad funcional y la estructura familiar y comunitaria en la que está integrado. Debemos perseguir la mayor independencia posible del aciano, manteniéndolo en su hábitat social; no obstante, en casos necesarios habrá que recurrir a la institucionalización.

Nuestros programas no han de limitarse a tratar al anciano con determinada patología, sino que han de implantarse también como medidas profilácticas para demorar el deterioro progresivo de la función que lo postraría a una situación de dependencia.

La fisioterapia tiene una doble función, la preventiva y la terapéutica. La función preventiva sirve para evitar complicaciones derivadas del sedentarismo, a través de programas de revitalización, actividad física y deportes. La función terapéutica tiene que ser lo más precoz posible, para evitar las complicaciones derivadas del reposo prolongado y optimizar el estado funcional. La fisioterapia aplicada al anciano debe tener las siguientes características: Debe ser precoz para luchar contra el síndrome de encamamiento, el anciano lo sufre debido a las enfermedades y porque la senilidad agrava y acelera los cambios propios del síndrome de inmovilismo. Personalizada, el programa de fisioterapia se adaptará a cada paciente en función de sus características personales, proceso patológico y fases del mismo.

1. Introducció

Les previsions per a l'any 2026 ens parlen de 8.608.000 persones grans de 65 anys, un 22,3% del total de la població espanyola. L'esperança de vida actual en néixer se situa en més de 82 anys per a les dones i en 75 per als homes.

Més del 20% d'aquesta població viu sola, i un 40% a la Unió Europea.

La demanda d'atenció per part de les persones d'edat avançada és un fet constatable, tant a nivell social com assistencial. La vellesa en si no és sinònim de malaltia, però l'augment de l'expectativa de vida comporta, en molts casos, l'aparició de síndromes funcionals d'incapacitat en major o menor mesura.

La fisioteràpia s'ocupa del foment de la salut, de la prevenció dels problemes degeneratius que originen deformitats, de la potenciació de les capacitats residuals i del tractament específic de les seqüeles, que a nivell orgànic i funcional originen molts processos patològics en la tercera edat.

L'envelliment no és sinònim de malaltia, però sí que és l'etapa de la vida on existeix un risc més alt de malaltia, incapacitat, dificultats socials, econòmiques, familiars, etc...

2. Fisioteràpia geriàtrica o gerontofisioteràpia

Els objectius principals de la fisioteràpia geriàtrica són:
El manteniment de la independència el màxim de temps possible.

La conservació o millora de les aptituds funcionals, psicològiques i psicomotrius de l'ancià

resident, amb la finalitat de combatre la seva tendència a la incapacitació progressiva, perquè així pugui portar una vida quotidiana el més independent possible, malgrat les manifestacions inevitables de l'edat, i que no hagi de dependre de les cures constants.

La recuperació dels dèficits físics i funcionals, amb l'objectiu de contribuir al manteniment i millora de la mobilitat i de les funcions normals de les persones grans, impedint així la pèrdua de l'autonomia i aconseguint un màxim control del dolor i el sofriment.

L'avaluació de la mobilitat, força muscular, coordinació, equilibri, esquema corporal-postural, i la capacitat per caminar.

El disseny de programes específics d'assistència fisioterapèutica, adaptats a la realitat de cada centre residencial.

L'assessorament dels ancians en temes de salut, incloent accions per al foment de la salut i prevenció de la malaltia.

El manteniment i millora de la condició física dels ancians, incidint en la conservació dels moviments essencials de la vida diària.

El manteniment de la màxima independència funcional possible dels ancians institucionalitzats, els quals estan amenaçats per un increment dels nivells de dependència.

La socialització i entreteniment dels ancians residents, facilitant les relacions interpersonals, l'activitat física i la distracció, i fomentant l'expressivitat i la creativitat. La recuperació dels dèficits físics o funcionals deguts a les diferents patologies pròpies de la tercera edat, per així aconseguir un manteniment o millora de la mobilitat i impedir la pèrdua de l'autonomia de l'ancià resident.

La potenciació de l'activitat física continuada.
La recuperació de la mobilitat funcional en membres lesionats de forma aguda.
Els tractaments de fisioteràpia dirigits específicament a la zona a tractar.
La reducció de la dependència a la qual tendeix l'ancià institucionalitzat.
La prevenció de caigudes i les seves seqüeles.
La facilitació de l'actuació del personal que atén l'ancià resident.
L'afavoriment d'actituds posturals adequades.
La col·laboració en el manteniment de les facultats intel·lectuals, afectives i socials.

El diagnòstic i la valoració fisioterapèutics ens permeten establir un programa de tractament en funció de les necessitats observades; escollir la fisioteràpia que s'ha de realitzar, història de fisioteràpia.

3. Valoració geriàtrica integral

Rep el nom de quàdruple dinàmica, s'ocupa de quantificar totes les alteracions importants de l'esfera mèdica, funcional, mental i social de l'ancià per aconseguir un pla racional de tractament i recursos.

Utilitza instruments de valoració estandarditzats per ajudar a la quantificació exacta i s'ha de repetir diverses vegades al llarg del temps per constatar-ne l'evolució.

3.1. Objectius de la valoració geriàtrica

Diagnòstic quàdruple: descobrir problemes tractables no diagnosticats.

Terapèutica adequada quàdruple i assistència integral: situar l'ancià en el nivell adequat i més convenient, documentar la millorança del pacient en el temps.

3.2. Tipus de programes

Han d'incloure els objectius de la valoració geriàtrica.

Existiran diferents tipus, segons la localització dels pacients.

Els instruments en la valoració geriàtrica han de ser vàlids i fiables, confeccionats pel mateix equip o per equips diferents.

És molt important el treball interdisciplinari entre el personal sanitari (metge/geriatre, infermera, fisioterapeuta, treballadora social, psicòleg, etc.)

3.3. Eficàcia dels programes

Diagnòstic i terapèutica quàdruple més eficaç i adequada.

Emplaçament més adequat de l'ancià i millor utilització dels serveis socials.

Millorança de l'estat funcional i menor dependència del personal sanitari.

Millora de l'estat emocional i sensació de benestar.

3.4. Valoració geriàtrica fisioterapèutica

El fisioterapeuta realitza la valoració física del pacient mitjançant la valoració física

(inspecció visual general, inspecció visual específica, inspecció manual o palpació, valoració del dolor), a més de la inspecció instrumental, realitzant el balanç instrumental (balanç articular, balanç muscular), la utilització de les escales de valoració per mesurar la funció perduda (Barthel, Katz, Tinetti, etc.), la realització de l'anamnesi i, posteriorment, la realització de la història, diagnòstic i tractament de fisioteràpia.

3.5. Utilitat de la valoració funcional

Segons l'OMS, «com millor es mesura la salut en l'ancià és en termes de funció».

Aquesta funció identifica àrees d'incapacitat que requereixen intervenció mèdica diagnòstica, terapèutica i/o rehabilitadora per restablir la funció.

Estableix règims rehabilitadors individualitzats i valora evolutivament el pacient.

Estableix pronòstics i identifica la població anciana en risc.

Indica necessitats i tipus de cures i planifica cures de salut.

Com a funció, s'avalua l'execució o capacitat d'execució de les activitats de la vida diària (ADV).

3.6. Activitats de la vida diària

Activitats bàsiques de la vida diària (ABVD):

Denoten tasques pròpies d'autocura (índex de Katz i escala de Barthel).

Activitats instrumentals de la vida diària (AIVD):

Indiquen la capacitat que té el subjecte per portar una vida independent en la comunitat (escala de Lawton).

Activitat avançades de la vida diària (AAVD):

Són marcadors d'actes més complexos i en gran part condicionals (activitats musicals, jardineria, etc.)

4. Síndromes geriàtrics

En el malalt geriàtric, diferents malalties poden manifestar-se amb símptomes comuns poc específics i que en absolut estan relacionats amb l'òrgan malalt.

En geriatria, parlarem en termes de problemes de presentació, que són les anomenades síndromes geriàtriques.

Les principals síndromes geriàtriques són:

Deteriorament cognitiu.
Inestabilitat i caigudes.
Immobilisme.
Incontinència urinària o fecal.

5. Fisioteràpia en els ancians amb demència

La demència és una síndrome adquirida per patologia congènita plurietiològica que, en un pacient sense alteracions del nivell de consciència, ocasiona una deterioració persistent de diverses funcions mentals superiors i provoca una incapacitat funcional en l'àmbit social i/o laboral. Afecta un 6% de les persones grans de 65 anys i un 30% en les persones grans de 90.

L'índex de prevalença és major en dones que en homes.

5.1. Classificació etiològica de les demències

Degeneratives (Alzheimer, Parkinson, ELA), demències vasculars, infeccioses, metabòliques, carencials, traumàtiques, etc.

La fisioteràpia no influeix en l'evolució i irreversibilitat de la demència, però sí que juga un paper decisiu en el tractament.

5.2. Objectius del tractament

Millora de la qualitat de vida i prevenció de les complicacions.
Optimització de les capacitats físiques i psíquiques.
Manteniment de la independència funcional i millora de les patologies a l'ancià.

5.3. Tractament

Fisioteràpia en fase I (inicial)
Exercicis de relaxació (Jacobson, Schutlz), respiratoris, actius suaus i senzills, de bipedestació i marxa, equilibri, activitats de la vida diària, tractament de patologies, cinesiteràpia passiva activa assistida, enfortiment muscular, elongació muscular, hidroteràpia.

Fisioteràpia en fase II

Prevenir accidents i caigudes, crear automatismes, realitzar els mateixos exercicis de la fase I adaptats al pacient, exercicis d'esquema corporal i reconeixement del cos, ensenyament de gestos funcionals.

Fisioteràpia en fase III

Mobilització articular passiva, diàriament global i analítica, mobilització activa o activa assistida, canvis posturals, massoteràpia circulatòria i tròfica, fisioteràpia respiratòria, ensenyament d'higiene postural i ergonomia al cuidador.

6. Les caigudes en l'ancià. Prevenció

L'OMS defineix *caiguda* com la conseqüència de qualsevol esdeveniment que precipita el pacient al sòl en contra de la seva voluntat.

6.1 Factors que poden produir les caigudes a l'ancià

Factors intrínsecs o propis de la persona:
Els canvis fisiològics propis de l'edat, els fàrmacs i les malalties agudes i cròniques associades.

Factors extrínsecs o propis de l'entorn:
Condicions del domicili, de la comunitat i les condicions de l'individu.

Prevenció de les caigudes:
Actuacions preventives sobre les causes extrínseques i intrínseques.

6.2. Prevenció primària

Ensenyament de situacions de risc, adequació de l'entorn i del mobiliari, i de com reaccionar quan es produeix una caiguda (ensenyar la forma correcta d'aixecar-se després d'una caiguda).

7. La immobilitat a l'ancià

Es realitzarà un pla d'actuació fisioterapèutic dirigit a tractar o pal·liar les causes que han portat el pacient a trobar-se en un estat d'immobilitat i aconseguir la recuperació total o, en defecte d'això, recuperar, almenys, la seva situació basal prèvia.

Les causes més habituals que provoquen immobilitat són els problemes musculesquelètics, els neurològics, les malalties agudes o quirúrgiques i la iatrogènia (fàrmacs, hospitalització o allitament).

El pla d'actuació anirà dirigit al tractament de les causes de la immobilitat, el programa de fisioteràpia tractarà aquesta immobilitat i evitarà la seva progressió, aconsellarà ajudes tècniques, si cal, i previndrà les complicacions associades.

7.1. Programa de fisioteràpia

El fisioterapeuta realitzarà exercicis (passius, actius o actius resistits) per mantenir i/o millorar el sistema musculesquelètic i mantenir una bona higiene articular i postural.

Tractament dels problemes cardiovasculars, respiratoris, digestius i genitourinaris.
Tractament per millorar l'osteoporosi i els problemes cutanis.

7.2. Avaluació del programa

- Estat inicial del pacient.
- Pronòstic.
- Escales objectives d'avaluació.
- Assoliment dels objectius marcats.

8. Reeducació de la incontinència en l'ancià

El fonament de la reeducació perineal consisteix en exercitar els músculs del sòl de la pelvis per augmentar la força del tancament uretral.

La reeducació perineal es destina a dos tipus d'incontinència: les pèrdues per insuficiència esfinteriana (enfortiment muscular) i per inestabilitat vesical (inhibició del detrusor).

La reeducació inclou tres etapes:

1. Presa de consciència del perineu.

2. Enfortiment muscular o d'inhibició del detrusor.

3. La integració de l'aprenentatge a la vida quotidiana (automatització de la contracció abans de l'esforç o abans de la pèrdua per necessitat imperiosa).

9. Fisioteràpia en els centres gerontològics

Els objectius de la fisioteràpia a les residències geriàtriques van dirigits al tractament i prevenció de les patologies i a la promoció de la salut.

La residència pública on treball és la Llar dels Ancians, que té capacitat per a 377 residents (vàlids i assistits).

Tres cops per setmana es realitzen tractaments de fisioteràpia per tractar les síndromes geriàtriques; dins l'any 2011 es varen fer 5.082 assistències.

Dos cops per setmana es realitza activitat física per a la prevenció de lesions amb un total de 4.800 assistències des del mes de gener fins al juny, i d'octubre fins a desembre.

Les activitats de promoció de la salut i prevenció estan obertes a la comunitat de gent gran del barri del Camp Redó.

De juliol a setembre es realitzen activitats de teràpia aquàtica dins de la piscina adaptada, amb un total de 1.400 assistències.

Activitats que es realitzen a les residències:

- Recuperació funcional específica.
- Revitalització geriàtrica.
- Activitat física.

10. Recuperació funcional específica

És la que realitza el fisioterapeuta mitjançant l'aplicació dels mitjans físics i les teràpies manuals per recuperar la funció perduda.

10.1. Objectius específics de cada patologia:

- Afeccions reumàtiques degeneratives (artrosi, coxartrosi i gonartrosi):
  Manteniment de l'amplitud articular i de la força muscular.
  Lluita contra la retracció, el dolor i les deformitats articulatòries.

- Afeccions reumàtiques (artritis reumatoide):
  Evitar el dolor i la inflamació
  Manteniment de la màxima activitat articular i muscular.

Lluita contra les actituds posturals vicioses i deformitats articulatòries.

- Fractures (húmer, nina i maluc):
  Recuperació de l'amplitud articular i força muscular.

- Hemiplegia:
  Manteniment i millora de les adquisicions musculars i articulatòries.
  Reeducació funcional del membre superior (suport, facilitació de la motricitat fina i prensió) i inferior (equilibri i marxa).

- Insuficiència respiratòria crònica (EPOC):
  Eliminació de secrecions.
  Ensenyament del patró respiratori correcte.
  Adaptació progressiva a l'esforç.

- Patologia circulatòria (arterial i venosa):
  Millora de la circulació perifèrica.
  Evitar els problemes derivats de la isquèmia.

- Amputacions:
  Restitució d'una funció satisfactòria en l'amputat, utilitzant al màxim els membres restants, en coordinació amb la pròtesi.
  Ensenyament de les cures del monyó.

11. Revitalització geriàtrica

Una vegada que el pacient s'ha recuperat o ha millorat la seva patologia es creen grups de pacients amb afeccions reumàtiques, hemiplegies, insuficiència respiratòria crònica, patologia circulatòria i amputats; i es realitzen exercicis específics per al manteniment muscular i articular.

11.1 Prevenció en geriatria. Programes d'exercicis, esport i activitat física

L'activitat física ens manté en forma, ens ajuda a tenir bon nivell de salut, a millorar la qualitat de vida; però és necessari adaptar-la a les necessitats i possibilitats de cada persona i cada grup d'edat.

11.2 Finalitats de l'activitat

Utilitària i gratificant, ha d'apostar pel benestar físic i mental.

Ha d'ésser motivant, recreativa, integradora i adaptada a les possibilitats de moviment del grup i de cada alumne, de fàcil realització i que la dificultat de l'exercici no sigui un impediment per a la seva correcta realització.

El grup ha de complir la funció de relació i comunicació.

Ha d'ésser de qualitat més que de quantitat, realitzar els exercicis necessaris i ben realitzats.

Tasques del fisioterapeuta i relacions amb el grup:

Dirigir, estar atent i comunicar-se constantment amb el grup i les seves necessitats.

Observar i potenciar les relacions en el grup.

Donar confiança i tractar-los com a adults.

No esgotar els usuaris i crear hàbits de pràctica de l'activitat física.

Dedicar un temps de la sessió a comunicar-se i relacionar-se i donar informació i realitzar les correccions.

11.3. Objectius generals

Aproximar l'activitat física als centres de persones grans.

Aconseguir que l'activitat física formi part dels hàbits de les persones grans.

Millorar la qualitat de vida de les persones grans mitjançant la pràctica de l'activitat física.

Aconseguir un bon envelliment amb la pràctica d'activitat física.

Oferir una activitat física adaptada a les possibilitats del grup i de cada alumne.

Fer una activitat física motivant i gratificant.

Oferir una activitat física utilitària i recreativa.

Informar els participants dels beneficis que aporta l'activitat física al nostre organisme.

11.4. Objectius específics

Activitat física utilitària:

- A nivell preventiu:
  Per retardar l'envelliment, l'excés de medicaments i evitar l'obesitat.
  Per prevenir possibles malalties i/o atròfies, alteracions de la personalitat.
  Per prevenir problemes de pèrdua d'equilibri, coordinació i agilitat.

- A nivell de manteniment:
  Mantenir el cos actiu, el pes corporal, la mobilitat de l'aparell locomotor, la postura correcta, l'equilibri físic i emocional, les funcions orgàniques en òptimes condicions, una bona condició física, l'autonomia física, l'agilitat, l'equilibri i la coordinació.

  Millorar l'organització i el domini de l'espai i del temps. Adquirir nous aprenentatges. Mantenir i enfortir les capacitats intel·lectuals en les millors condicions i una actitud positiva en la vida. Mantenir-se més àgils i vigilants els sentits. Sentir-se integrat a un grup social. Millorar i mantenir l'equilibri emocional.

  Enfortir l'S.N. i el seu equilibri amb l'S.N.V. Sentir-se bé amb si mateix. Acceptar el propi cos i les seves possibilitats.

- A nivell de recuperació funcional:
  Recuperar-se després d'una operació o d'una malaltia o lesió, després d'una època d'inactivitat, recuperar l'autonomia física i psíquica. Solucionar els problemes de l'envelliment, cardiovasculars, circulatoris, respiratoris, musculars i articulars i problemes posturals.

- Activitat física i recreativa:
  Per ocupar el temps lliure amb activitats d'oci, estar bé amb un mateix, augmentar la sensació de benestar, passar-ho bé i divertir-se, integrar-se en un grup social, adquirir hàbits de pràctica esportiva, comunicar-se i relacionar-se amb el grup.

Continguts:

1. Activitats gimnàstiques:

Gimnàstica suau, creativa, rítmica i amb música, expressió corporal i mímica, activitats amb material variat, ioga, treball de respiració, relaxació (Schultz, Jacobson), tècniques alternatives (tai-chi, shiatsu), massatges i automassatges, gimnàstica tradicional xinesa (wushu, taiji qigong), jocs i passejos.

2. Activitats aquàtiques:

Gimnàstica a l'aigua i jocs.

3. Activitats complementàries o puntuals:

Esports alternatius, amb raquetes (tennis, ping-pong, etc.), petanca, criquet, golf, minigolf, tir amb arc, etc.

4. Activitats en la naturalesa:
   Marxes d'orientació, excursions, vela i jocs en la sorra, banys d'aire, sol i aigua, etc.

5. Actes puntuals:
   Festes de final de curs, intercanvis amb altres grups, conferències o xerrades.

   Característiques comunes a tots els continguts:

   Senzills i de fàcil comprensió, basats en la qualitat i no en la quantitat, motivadors i atractius, que potenciïn la relació i la comunicació, adaptats al grup i a cada alumne, han de ser variats.

Mètodes:

1. Directiu o autoritari.

2. Sociointegratiu, el professor no és el model, és l'orientador.

3. No directiu, el professor dóna idees, i gairebé no fa intervencions, dóna total llibertat a l'alumne.

La sessió:
Sol durar una hora, consta de tres parts: escalfament o fase inicial, part principal i part final o volta a la calma.

Escalfament o fase inicial:
1. Els primers 5 o 10 minuts de la sessió, presa de contacte, escalfament general, engegada, adaptació al mitjà, informació dels objectius i continguts de la sessió a realitzar.

Part principal:
2. Durada de 40 minuts, s'intenten aconseguir els objectius proposats, introduir elements de suport, material i música.

Part final o volta a la calma:
3. La durada serà de 5 a 10 minuts, l'objectiu serà acabar la sessió a la mateixa intensitat que s'ha començat, acabar relaxats i tranquils.

Pautes a seguir durant la sessió:
Començar amb exercicis ja coneguts i progressivament introduir-ne de desconeguts i amb més dificultat. La intensitat de la sessió ha de ser baixa, no arribar a la fatiga, realitzar poques repeticions, buscar varietat d'exercicis, proposar exercicis creatius i

imaginatius i activitats lúdiques, realitzar activitats sense brusquedats, ni sobreesforços, ni dolor.

Utilitzar tècniques suaus i progressives, una correcta col·locació del cos i to muscular adequat. Parar esment en els exercicis que impliquin canvis de decúbit, controlar el moment d'ajupir-se i aixecar-se i realitzar-ho a poc a poc. Controlar els exercicis amb el cap. Utilitzar mitjans auxiliars com a suport. Evitar salts i exercicis bruscs. Proposar exercicis per parelles, grups. És aconsellable realitzar part de la sessió asseguts. L'exercici individual té un objectiu utilitari, en grup també és recreatiu. Prevenir caigudes, relliscades. Dedicar un temps de la sessió a informar, corregir i comentar.

Iniciar la sessió amb escalfament general, amb o sense desplaçament, i després treballar les parts del cos que ens interessen.

En acabar els exercicis de relaxació, aixecar-se progressivament i per parts. Sempre que tinguem persones que no puguin realitzar uns determinats exercicis, han de realitzar una activitat paral·lela.

És positiu seguir l'esquema de treball al llarg de la sessió i no és convenient repetir els continguts d'una sessió moltes vegades seguides.

Realitzar la sessió de forma variada, tenint en compte els objectius, encara que la sessió sigui variada, cal seguir un esquema de treball.

No és bo que en finalitzar la sessió es trobin esgotats i tinguin cruiximent.

Donar la possibilitat que mitjançant l'A.F. els participants coneguin el seu cos i les seves capacitats de moviment i que acceptin les seves limitacions. L'activitat física s'ha de realitzar de forma continuada.

Tipus de material:
Material petit: pilotes, cèrcols, piques, entenimentades, cintes, gomes, paper arrissat, ampolles de plàstic, cons, sacs de sorra, raquetes, estics d'hoquei de plàstic, globus, bitlles, petanca, criquet, minigolf, mocadors, etc.

Material gran: pilota geganta, globus gegants, paracaigudes, daus grans de goma-escuma, rodes, etc.

Referències bibliogràfiques

Delgado, M. A. (2000). *Rehabilitación y Fisioterapia en Geriatría*. Jaen: Formación Alcalá.

Guillén, F. (1995). «Salud y envejecimiento. Conceptos básicos». *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 30 (núm. 1), pàg. 3-10.

Martínez, S. (1999). «Fisioterapia en ancianos con deterioro cognitivo. Descripción del programa». *Revista Fisioterapia*. Vol. 21, monográfico, Garsi, pàg. 15-22.

Parreño, J.R. (1987). «Rehabilitación en geriatría». *Revista Rehabilitación*, 21:2, pàg. 195-197.

Pont, P. (2000). *Tercera edad, actividad física y salud. Teoría y práctica*. Barcelona: Editorial Paidotribo.

Rodríguez, J.R. (1994). *Rehabilitación en Geriatría*, 4ª edición. Madrid: Editores Médicos S.A, pàg. 245-260.

Serra, L. (1998). *Fisioterapia Perineal. Tratado de reeducación en uroginoproctología*. Editorial Hollister Ibérica S.A, pàg. 263-242.

Serra, J.A. (1997). «Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en geriatría». *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 32 (núm. 2), pàg. 1-2.

Autor

TOMÀS ALÍAS AGUILÓ

Diplomat en Infermeria i en Fisioteràpia, llicenciat en Antropologia Social i Cultural. Fisioterapeuta de la Llar dels Ancians, professor de la Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de les Illes Balears, degà del Col·legi Oficial de Fisioterapeutes de les Illes Balears i tresorer del CGCFE.

HABITATGES DE PROTECCIÓ PÚBLICA, EN RÈGIM DE LLOGUER DE RENDA BAIXA, DESTINATS A PERSONES DE MÉS DE 65 ANYS AL MUNICIPI DE PALMA

Habitatges de protecció pública, en règim de lloguer de renda baixa, destinats a persones de més de 65 anys al municipi de Palma

Alicia Rodríguez García

«L'habitatge constitueix un univers privilegiat per a la gent gran: és el llaç amb el passat; exerceix una funció de protecció; és el refugi, la garantia d'independència. Totes aquestes raons expliquen la vinculació de la gent gran amb l'habitatge» (Colot i Gallard).

Resum

L'habitatge és un element fonamental en la vida de qualsevol persona i esdevé primordial per a les persones que tenen més de 65 anys. A la II Assemblea Mundial sobre l'Envelliment, que va tenir lloc a Madrid l'any 2002, va quedar ben palès que, per a la gent gran, l'habitatge i el seu entorn són particularment importants a causa de factors com l'accessibilitat i la seguretat, la càrrega financera que implica mantenir una casa i la importància de la seguretat emocional i psicològica que ofereix una llar. No obstant això, per una gran majoria, l'habitatge on viu no respon a les seves necessitats.

Actualment, a la majoria de països occidentals, es tendeix a prioritzar que les persones grans romanguin a ca seva el màxim de temps possible perquè preservin l'autonomia i la perllonguin en el temps. Sovint, però, l'edat i els recursos econòmics representen un obstacle per assolir aquest propòsit, i és un fet rellevant que aquest col·lectiu de població sigui el que tingui els habitatges en pitjors condicions.

Amb aquest estudi es pretén identificar i descriure l'oferta existent al municipi de Palma d'habitatges de protecció pública o socials, en règim de lloguer de renda baixa, destinades a persones que tinguin a partir de 65 anys i recursos econòmics magres. Alhora, volem analitzar les institucions que ostenten la titularitat d'aquests habitatges, quines característiques tenen aquestes llars, els requisits per accedir-hi i el cost econòmic, així com definir a grans trets el perfil socioeconòmic dels llogaters d'aquests habitatges.

Resumen

La vivienda es un elemento fundamental en la vida de cualquier persona, convirtiéndose en una cuestión primordial para las personas mayores de 65 años. En la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Madrid en el año 2002, quedó de manifiesto que para las personas mayores la vivienda y el entorno son particularmente importantes debido a factores como la accesibilidad y seguridad, la carga financiera que supone mantener una vivienda y la importante seguridad emocional y psicológica que brinda un hogar. No obstante, para una gran mayoría, su vivienda no responde a sus necesidades.

Actualmente, en la mayoría de países occidentales, se tiende a dar prioridad al mantenimiento de las personas mayores en sus domicilios el máximo tiempo posible para preservar así su autonomía y prolongarla en el tiempo, pero en muchas ocasiones, la edad y los recursos económicos representan un obstáculo para conseguir este propósito, siendo un hecho relevante que este colectivo de población dispone de las viviendas en peores condiciones.

Con este estudio se pretende identificar y describir la oferta actual existente en el municipio de Palma de viviendas de Protección Pública o Sociales en régimen de alquiler de renta baja destinadas a personas mayores de 65 años con escasos recursos económicos. Al mismo tiempo, analizar las instituciones que ostentan su titularidad, las características de las viviendas, los requisitos de acceso y el coste económico, así como definir, a grandes rasgos, el perfil socioeconómico de los arrendatarios de este tipo de viviendas.

1. Introducció

El dret a l'habitatge és considerat una necessitat bàsica imprescindible per poder viure amb dignitat i seguretat. La vulneració d'aquest dret posa en dubte la integritat física i mental de les persones, la seva vida privada i familiar, i la seva llibertat de residència. Tal com defensa Pisarello (2009) al seu article «El dret a l'habitatge com a dret social: implicacions constitucionals», un habitatge digne és un dels factors fonamentals quan parlem de l'estat del benestar, i, per aquest motiu, s'ha de garantir que la població hi tingui accés. En aquest aspecte, el col·lectiu de la gent gran és un dels més vulnerables.

Un altre factor important que cal tenir en compte és l'envelliment de la població, acompanyat d'una esperança de vida més llarga, principalment perquè avui en dia la proporció de gent gran creix més ràpidament que qualsevol altre grup d'edat. A la II Assemblea Mundial sobre l'Envelliment, que tingué lloc a Madrid el 2002, es va posar de manifest que l'envelliment és un fenomen mundial que afectarà tots els habitants del planeta. Té, i tindrà, conseqüències directes en tots els àmbits de la nostra societat (econòmic, polític, social…) i en la vida diària de les persones (estils de vida, relacions familiars…). Com exposa Giró (2006) al seu estudi *Envejecimiento activo en la sociedad española*, sembla que l'any 2025 hi haurà 1.200 milions d'adults que tindran més de 60 anys, la majoria dels quals viuran als països desenvolupats, la qual cosa generarà demandes creixents als sistemes de salut, serveis socials i habitatge, i obligarà a redistribuir els recursos.

D'acord amb aquestes dades, als països desenvolupats les polítiques socials s'adrecen a mantenir la gent gran vivint a les seves llars el màxim de temps possible i intentar, d'aquesta manera, preservar-ne l'autonomia i perllongar-la en el temps. No obstant això, per la majoria de persones grans, l'habitatge on viuen no respon a les seves necessitats, principalment perquè tenen unes condicions d'habitabilitat deficients i no s'adapten a la seva nova situació. Hi ha autors com Aguerri (2005) que destaquen que el col·lectiu de gent gran de més de 65 anys és un grup especialment vulnerable, l'afecten els processos d'exclusió social, i que, per això, haurien de rebre una atenció especial quant al tema de l'habitatge. Sosté, principalment, que els governs haurien d'augmentar la construcció d'habitatges socials de rendes baixes.

Però, per quins motius els habitatges on viu una part d'aquest col·lectiu de població no són els adequats? Per respondre aquesta qüestió, Bosch (2006) estructura el problema de l'habitatge que pateix la gent gran en els grups següents:

- Problemes d'accessibilitat a l'habitatge per part de la persona (mobilitat reduïda)
- Problemes vinculats al pagament del lloguer pel fet que la majoria de gent gran, a causa dels magres ingressos econòmics, no pot fer front al pagament d'un lloguer a preu de mercat
- Infrahabitatges, perquè la majoria d'aquest col·lectiu de població que viu de lloguer ho fa en habitatges de renda antiga, on els propietaris no fan cap tipus de reforma, i, en molts dels casos, els inquilins són víctimes d'assetjament per part de la propietat
- Habitatges no adaptats
- Situacions d'aïllament creades per les característiques dels habitatges

Per tant, a la nostra societat, el tema de l'accés a l'habitatge preocupa tant als governs com als ciutadans, un maldecap que augmenta davant la situació de crisi econòmica mundial en la qual estam immersos. Els habitatges de protecció pública en règim de lloguer de renda baixa compleixen un dret que tots els governs han d'assegurar i promoure: un habitatge digne i adequat, sobretot per als grups de població especialment vulnerables, com és el cas de la gent gran. D'aquesta manera, els governs permetran que aquest col·lectiu de població pugui viure d'una manera independent el màxim de temps possible en habitatges completament adaptats a la seva situació actual, tant físicament (sense barreres arquitectòniques) com econòmicament (de renda baixa).

2. L'habitatge com a dret social

El dret a l'habitatge és reconegut per documents internacionals importants: l'article 25 de la Declaració Universal dels Drets de l'Home, l'article 47 de la Constitució espanyola i l'article 22 de l'Estatut d'Autonomia de les Illes Balears, i tots remarquen que els poders públics són els que han de promoure i establir les normes pertinents per fer efectiu aquest dret.

A l'àmbit europeu, la via principal per poder disposar d'un habitatge assequible als ciutadans ha estat la promoció del lloguer social, és a dir, un lloguer públic més assequible que el preu de mercat. A tots els països de la Unió Europea han existit polítiques públiques d'habitatge d'ençà de la Segona Guerra Mundial, que han intervingut en el mercat de l'habitatge i han impulsat l'oferta d'habitatges per a les classes socials amb menys recursos. Tal com estableix Trilla (2001) al seu estudi «La política de vivienda desde una perspectiva europea comparada», aquestes polítiques han seguit trajectòries diferents als diversos països i han determinat estructures molt diverses del parc d'habitatges.

Hi ha autors com Pisarello (2009) que assenyalen que en el cas espanyol, el règim afavorit ha estat la propietat privada amb la finalitat de crear un «mercat de propietaris d'habitatges» en detriment dels habitatges de lloguer públics. Els habitatges de protecció pública han representat un percentatge molt baix del total dels construïts a l'Estat i han estat pensats com un instrument per garantir l'habitatge en propietat a la classe mitjana i mitjana alta. En resum, s'ha convertit en un tipus d'habitatge protegit, però no necessàriament social.

Aguerri (2005) subratlla que, quan la disponibilitat de l'habitatge de baix cost és reduïda, com en el cas d'Espanya, causa l'efecte que solament els qui tenen una situació de necessitat molt aguda accedeixen a aquest tipus d'habitatges, per la qual cosa l'habitatge social es converteix en un tipus d'allotjament per als qui no tenen més alternatives. La societat assumeix els residents d'aquests habitatges com a «exclosos».

Assenyala també que a Europa consideren preocupant una xifra inferior a setanta habitatges socials de lloguer baix per cada mil habitants (15% del total dels habitatges). Holanda disposa de cent quaranta habitatges per cada mil habitants; Àustria i Suècia superen les cent habitatges per cada mil habitants. A Espanya, hi ha deu habitatges d'aquest tipus per cada mil habitants.

D'acord amb aquestes dades, resulta evident que al nostre país és pràcticament inexistent el parc de lloguer d'habitatges socials, no solament avui en dia, sinó a qualsevol època de la segona meitat del segle XX, principalment perquè les inversions públiques en habitatge no han previst en cap moment una oferta seriosa de lloguer social.

3. Habitatge de protecció pública o protegit a Espanya

El Reial decret 31/1978, de 31 d'octubre, desenvolupa el concepte actual d'habitatge protegit o de protecció pública, i el defineix com un tipus d'habitatge de preu limitat i parcialment subvencionat per l'Administració pública espanyola, l'objectiu del qual és afavorir que els ciutadans amb rendes més baixes puguin llogar o adquirir habitatges dignes i adequats a uns preus assequibles a les seves possibilitats econòmiques. Amb el pas del temps, les comunitats autònomes han legislat sobre aquesta matèria i no existeix un règim uniforme en tot el territori de l'Estat.

Entre els habitatges de protecció pública es fa la distinció següent:
- Habitatges de promoció pública, el promotor dels quals és l'Administració pública
- Habitatges de promoció privada, el promotor dels quals és una entitat privada

Aquests habitatges estan diferenciats en dos règims:
- Habitatges de protecció pública de règim general, que es destinen a la població general amb uns ingressos que entren en la normalitat

- Habitatges de protecció pública de règim especial, que es reserven per a compradors d'ingressos extremadament baixos

Quan un habitatge és classificat de promoció pública, tant el promotor o constructor com l'arrendatari o el comprador reben alguns beneficis, a canvi dels quals queden subjectes a unes condicions determinades durant el temps que perduri aquella classificació. Algunes d'aquestes condicions són el compromís de no vendre ni llogar l'habitatge per sobre del preu màxim fixat per l'Administració a canvi de beneficiar-se de les subvencions de l'Estat, ja siguin destinades a la compra o al lloguer.

L'accés per part dels ciutadans a la compra o al lloguer d'aquests habitatges està regulat per l'Administració i han de complir els requisits següents:
- No superar els ingressos màxims anuals establerts per l'Administració
- No posseir cap habitatge en propietat
- Estar empadronat en el municipi on estigui ubicat l'habitatge
- Destinar l'habitatge a domicili habitual i permanent

El problema de l'escassesa d'habitatge de protecció públic a Espanya s'agreuja amb el fet que mai no ha existit cap política que potenciï el lloguer, com ha quedat de manifest a l'apartat anterior.

Per fomentar el lloguer, el Govern d'Espanya, a la vuitena legislatura, que va començar el 2 d'abril de 2004, va recuperar el Ministeri d'Habitatge (creat el 1957 i suprimit el 1975). Aquest nou ministeri s'encarregà, entre moltes altres funcions, de proposar, i executar, la política del Govern en matèria d'accés a l'habitatge, tant en règim de propietat com de lloguer, fomentar l'habitatge en règim de lloguer i intentar equiparar-lo al règim de propietat. Per dur-ho a terme, emprengué dos tipus de mesures:

- Creà la Societat Pública de Lloguer amb l'objectiu d'intervenir entre els propietaris privats i els inquilins, i, d'aquesta manera, facilitar els lloguers. El volum d'habitatges llogats a través d'aquest organisme ha estat inferior al que s'esperava. Des de l'any 2006 fins al març de 2012, únicament ha gestionat 20.043 contractes de lloguer a tot Espanya, segons les dades del Ministeri de Foment. A l'actualitat, aquest ens està en procés de dissolució i liquidació.

- Preveure ajuts monetaris tant als demandants d'habitatges com als propietaris, i beneficiar el col·lectiu de persones joves (ajudes a l'emancipació).

A causa del poc èxit de les seves actuacions i els pocs canvis introduïts, a final de l'any 2010 va ser suprimit el Ministeri d'Habitatge i les seves funcions passaren a ser competència del Ministeri de Foment.

4. Habitatges de protecció pública a Illes Balears

La comunitat autònoma de Illes Balears té competència exclusiva en matèria d'habitatge, i, com a la resta d'Espanya, les Administracions sempre han potenciat la compra d'habitatges en detriment del lloguer.

Pel que fa als habitatges de protecció pública en règim de lloguer destinats a gent gran que tingui a partir de 65 anys, al municipi de Palma, a l'actualitat únicament existeixen dos organismes que disposen dels edificis d'aquest tipus i els gestionen. Són el Patronat Municipal de l'Habitatge i l'Institut Balear de l'Habitatge (IBAVI), que analitzarem més endavant.

Ambdós organismes disposen de les seves pròpies fórmules a l'hora de promoure i construir edificis d'aquest tipus, entre les quals destacam, perquè va ser pionera a les Balears, la iniciativa del Patronat Municipal de l'Habitatge, que fa uns anys va convocar un concurs públic a través de la fórmula jurídica dret de superfície. Tenia la finalitat d'incorporar un nombre considerable d'habitatges protegits al mercat de lloguer a un preu assequible i als quals poguessin accedir sectors de població específics que tinguessin més necessitats objectives d'habitatge. El dret de superfície consisteix a cedir uns solars municipals perquè una entitat privada hi construeixi edificis d'habitatges de protecció pública en règim de lloguer i que són destinats a uns col·lectius de població perquè els aprofiti durant cinquanta anys i, una vegada hagi transcorregut aquest temps, passaran a formar part del patrimoni municipal. L'adjudicatària del concurs va ser una empresa constructora mallorquina.

Pel que fa al preu dels habitatges de lloguer de protecció pública, està fixat pel Govern de les Illes Balears a través del Reial decret 8/2011, de 4 de febrer, pel qual es regula el procés d'adjudicació d'habitatges de l'Institut Balear de l'Habitatge (IBAVI). Amb aquest Reial decret, el Govern ha establert com a condició que els demandants d'habitatges de lloguer de protecció pública s'inscriguin en un registre únic autonòmic, que depèn de la Direcció general d'Arquitectura i Habitatge i que prioritza uns col·lectius determinats a l'hora d'adjudicar-los. Aquests col·lectius són: joves, gent de més de 65 anys, víctimes de la violència de gènere i famílies desfavorides.

En relació amb les ajudes per pagar el lloguer i que gestionava l'IBAVI, cal destacar que fins fa poc únicament es concedien les de renda bàsica per a l'emancipació, destinades a persones que tenien entre 22 i 30 anys i que ascendien a 210 euros mensuals (si el sol·licitant compleix els requisits establerts per poder accedir-hi). A partir del gener de 2012, el Govern paralitzà la concessió d'aquests ajuts, respectant els que estaven aprovats, que abonarà fins que s'extingeixin. Hi havia un altre tipus d'ajut, segons el qual l'Administració balear subvencionava el 40% de l'import de la renda mensual de l'arrendatari durant un període de dos anys, sense limitacions d'edat a l'hora de sol·licitar-la, però hi tenien accés

preferent les persones de menys de 35 anys. L'Administració atorgava l'ajuda en funció del pressupost de què disposava, per la qual cosa la va paralitzar.

5. Objectius

L'objectiu general d'aquest estudi és descriure i identificar l'oferta existent al municipi de Palma d'habitatges de protecció pública de renda baixa en règim de lloguer destinades a gent gran que té a partir de 65 anys.

Per assolir aquest propòsit, també cal analitzar els objectius específics següents:

- Identificar els organismes dels quals depenen els habitatges o edificis que hi ha al municipi de Palma que compleixen aquestes característiques i descriure'ls
- Quantificar el nombre d'habitatges d'aquesta tipologia que hi ha a Palma i especificar si són edificis sencers o habitatges aïllats en altres edificis
- Descriure les característiques dels habitatges i els serveis existents (si n'hi ha) als edificis d'aquestes característiques
- Descriure les condicions d'accés als habitatges i el cost del lloguer mensual, i analitzar-los
- Definir a grans trets el perfil socioeconòmic dels llogaters dels habitatges

6. Metodologia

És una investigació descriptiva, l'objecte d'estudi de la qual són els habitatges d'aquest tipus que hi ha al municipi de Palma i analitzar també altres aspectes definits en els objectius específics.

Pel que fa a la metodologia, recerca i recollida de dades, s'han dut a terme de la manera següent:

- D'una banda, s'han fet entrevistes personals i telefòniques als professionals dels organismes dels quals depenen els habitatges objecte d'aquest estudi. Aquests professionals són treballadors socials i s'encarreguen d'adjudicar els habitatges, per tant, disposen de tota la informació rellevant per poder fer aquest estudi. En totes les entrevistes s'han tractat els aspectes següents referits als edificis i habitatges destinats aquest col·lectiu de població: nombre, situació geogràfica, descripció, condicions d'accés, aspectes legals dels contractes de lloguer, import de les rendes, subvencions, perfil dels llogaters, estat d'ocupació, existència de llistes d'espera i descripció de serveis que puguin existir als edificis (centres de dia als baixos, bugaderia…).

- D'altra banda, s'ha fet una investigació documental sobre totes les institucions que ostenten la titularitat dels habitatges i la gestió. S'ha dut a terme, principalment, consultant els llocs web de cada una i fent recerca de la informació que s'ha publicat fins avui sobre el tema de l'habitatge al nostre país, sobretot pel que fa als aspectes que són tractats en aquest estudi.

Una vegada recopilades totes les dades obtingudes, han estat analitzades i plasmades en la investigació directament de la realitat.

7. Identificació de variables

A l'hora de dur a terme aquest estudi, s'han tingut en compte les variables següents:

7.1. Demogràfiques

Existeixen dos factors fonamentals relacionats amb l'envelliment tant a Espanya com a la nostra comunitat autònoma: la reducció de la natalitat —que es reflecteix a la piràmide de població amb un estrenyiment a la base i un augment percentual de la població de gent gran— i la reducció de la mortalitat, coincidència que augmenta l'esperança de vida de la població. Per tant, el nombre de persones que arriben a edats més elevades continua augmentant.

D'acord amb les dades obtingudes amb l'«Avance del Padrón», de dia 1 de gener de 2012 de l'Institut Nacional d'Estadística (INE), les Illes Balears consten d'una població total d'1.118.654 habitants, dels quals 162.639 són persones de 65 anys i més, xifra que representa un 14,53% de la població total. Amb aquestes dades, les Illes Balears són una de les comunitats autònomes menys envellides d'Espanya.

Hi ha diversos autors que coincideixen que la immigració ha tingut molt a veure amb la situació actual de l'envelliment en el nostre arxipèlag. Orte i March (2009), al seu article «La realitat de la gent gran a les Illes Balears», exposen que un dels motius que expliquen que el nostre arxipèlag sigui una de les comunitats autònomes menys envellides d'Espanya és l'existència de la immigració. Les nostres illes tradicionalment han estat una de les destinacions escollides pels jubilats europeus comunitaris, sobretot anglesos i alemanys, però els últims anys també han arribat immigrants d'altres nacionalitats (africans, sud-americans…). La majoria són joves adults que han passat a incrementar la població activa i que han ajudat a recuperar la natalitat a les nostres illes. Tal com apunta Carretero (2009), el futur d'aquesta immigració al nostre arxipèlag és incert, no se sap si aquestes persones continuaran a les nostres illes fins a l'edat de jubilar-se o si emigraran a altres països, però, en qualsevol cas, l'efecte immediat ha estat que la

proporció de gent gran no solament no augmenta, sinó que es redueix respecte d'altres comunitats autònomes.

Pel que fa al sexe de les persones de 65 anys de la nostra comunitat autònoma, a partir dels 80 anys es pot apreciar una clara diferenciació. Si des dels 65 anys fins als 79 la diferència entre el nombre d'homes i el de dones no és gaire elevada (el nombre de dones sempre és superior al d'homes), en el tram d'edat dels 80 als 84 ja s'aprecia una gran distància entre els dos sexes (hi ha 14.282 dones i 9.230 homes), una diferència que continua creixent a mesura que augmenten els trams d'edat, la qual cosa posa de manifest un sobreenvelliment femení a les nostres illes.

Pel que fa al municipi de Palma, segons dades de la «Revisión del padrón municipal de 2011», de l'Institut Nacional d'Estadística (INE), a la nostra ciutat hi ha 56.518 habitants de 65 anys i més. Això significa que un 35,61% de la població total de tot l'arxipèlag que està compresa en aquesta franja d'edat (65 anys i més) viu o està empadronada al municipi de Palma.

7.2. Econòmiques

Cal tenir en compte dos aspectes: els ingressos mensuals del col·lectiu de gent gran de 65 anys i el règim de tinença dels habitatges.

La major part del col·lectiu de gent gran de més de 65 anys del nostre país viu únicament i exclusivament dels ingressos de la pensió, un 90% segons les dades obtingudes per l'*Encuesta sobre Personas Mayores* (IMSERSO 2010). D'acord amb aquesta dada, parlam d'uns ingressos mitjans mensuals de 742 euros, que és l'import de la pensió mínima de jubilació, segons el Reial decret 1794/2010, de 30 de desembre, de revaloració de les pensions del sistema de la Seguretat Social i d'altres prestacions socials públiques per a l'exercici 2011. Per a les dones vídues, aquests ingressos són més baixos: la pensió de viduïtat ascendeix a 601,40 euros mensuals, i, en el cas de les pensions no contributives, serien devers 347,60 euros mensuals. A les Illes Balears, la pensió mitjana de jubilació és sensiblement inferior a la mitjana estatal i ascendeix a devers 738,08 euros mensuals. Encara que la posició econòmica de la gent gran al nostre país ha millorat els últims anys, la taxa de risc de pobresa entre aquest col·lectiu continua essent superior a la mitjana dels espanyols: un 31% d'homes i un 34% de dones de més de 65 anys subsisteixen amb uns ingressos inferiors a 600 euros mensuals, i un 34% d'homes i un 12% de dones ho fan amb uns ingressos mensuals que oscil·len entre 600 euros i 900 euros, segons dades de l'*Encuesta sobre Personas Mayores* (IMSERSO 2010).

Pel que fa al règim de tinença dels habitatges, la majoria de les persones que tenen més de 65 anys a Espanya són propietàries del seu habitatge, exactament el 83%, segons les dades obtingudes per l'*Encuesta sobre Personas Mayores* (IMSERSO 2010), i la resta viuen

en règim de lloguer o amb els familiars. En el cas del nostre arxipèlag i segons les dades publicades per l'Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT) el 2009, el 76,6% de gent gran de més de 65 anys són propietaris dels seus habitatges; un 8,99% viu en un habitatge de lloguer i la resta, un 14,41%, viu en règim de cessió gratuïta.

Per tant, és evident que existeix un col·lectiu de gent gran que no disposa d'habitatge en propietat, majoritàriament en l'àmbit urbà, que ha de viure de lloguer normalment en habitatges que no estan adaptats a les seves noves necessitats, perquè no disposen de recursos econòmics suficients per poder pagar una renda de lloguer a preu de mercat, ja que la pensió de jubilació és el seu únic ingrés.

7.3. Socials

A l'actualitat, es percep un canvi en la societat respecte dels tipus de llars. Els últims anys al nostre país ha augmentat el nombre de llars unipersonals, encara que en proporcions més baixes que a altres països europeus. Actualment, un 16% de persones viuen totes soles, segons les dades que es desprenen de l'*Encuesta sobre Personas Mayores* (IMSERSO 2010), i l'edat és el factor de risc més important per viure en solitud, sobretot en el cas de les dones.

D'acord amb aquesta qüestió, és necessari destacar com a factor important per la influència que té en aquest aspecte l'envelliment actiu, principalment perquè avui en dia ja no s'envelleix com abans. L'esperança de vida en néixer és molt elevada (sobretot en els països desenvolupats) i les persones gaudeixen de bona salut i independència fins a edats més avançades, raó per la qual s'incrementa la necessitat que aquests anys que es viuran siguin amb la màxima qualitat possible. Per tant, les persones romanen actives tant físicament com socialment, i mantenir la independència és l'objectiu principal, per la qual cosa és important disposar d'un habitatge adequat a les seves necessitats per aconseguir-ho.

8. Resultats

D'acord amb les dades obtingudes, els organismes que ostenten la titularitat i gestió dels habitatges de protecció pública en règim de lloguer de renda baixa que hi ha a Palma destinats a gent de més de 65 anys són:

- Patronat Municipal de l'Habitatge: organisme autònom de l'Ajuntament de Palma amb personalitat jurídica pròpia. Va ser creat el 1985 amb la finalitat de rehabilitar habitatges de promoció pública als barris degradats en procés de rehabilitació integral al centre històric de Palma i construir-n'hi de nous. Posteriorment, a causa de la gran demanda d'habitatge, l'Ajuntament va expandir la seva actuació a tot el

municipi. El Patronat Municipal de l'Habitatge gestiona el parc públic d'habitatges existents a tot el municipi de Palma.

- Institut Balear de l'Habitatge (IBAVI): entitat pública adscrita a la Conselleria d'Habitatge i Obres Públiques. Té la finalitat de crear un parc immobiliari accessible i assequible per a tots els ciutadans de les Illes Balears. i mantenir-lo. Disposa d'edificis d'habitatges de protecció pública disseminats per tot el territori de les Illes Balears, tant en règim de compra, lloguer i lloguer amb opció de compra. L'IBAVI també tramita i gestiona els ajuts i subvencions públics destinats a facilitar l'accés a l'habitatge als residents de la nostra comunitat autònoma i a millorar-lo.

Pel que fa al nombre total d'habitatges d'aquest tipus, al municipi de Palma actualment existeixen 121 habitatges de protecció pública en règim de lloguer de renda baixa destinats a gent de més de 65 anys (per poder accedir a algun dels edificis, l'edat d'accés s'ha establert als 60 anys) que tenen recursos econòmics magres. Cal destacar que en tots els casos són edificis complets destinats a aquest col·lectiu de població.

Gràfic 1 | *Habitatges de protecció pública en règim de lloguer de renda baixa destinats a majors de 65 anys al municipi de Palma*

Font: Elaboració pròpia (2011)

L'IBAVI és el titular d'un edifici de 38 habitatges situat al carrer de Vicente Tofiño, 36, a la barriada del Coll d'en Rabassa, i el gestiona. El Patronat Municipal de l'Habitatge, per part seva, n'és tota la resta, que són 83 habitatges repartits en 5 edificis disseminats per la ciutat de Palma:

- Edifici de 14 habitatges, situat al barri del Jonquet, al carrer de l'Almadrava, 3

- Edifici de 14 habitatges, situat al barri de la Gerreria (centre històric de la ciutat), al carrer dels Botons, 3, i 20 habitatges situats a la plaça del Mercadal, 4

- Edifici de 20 habitatges, situat al barri de la Soledat, al carrer de Fornaris, 37. Aquest edifici el va ser construït amb la fórmula de dret de superfície per part d'una empresa constructora privada que l'explotarà durant el temps establert pel concurs i el tornarà

a l'Ajuntament quan s'hagi extingit. Pel que fa a l'adjudicació dels habitatges, el Patronat Municipal de l'Habitatge s'encarrega d'adjudicar 16 habitatges i adjudica els 4 restants a l'empresa que explota l'edifici, sempre complint els requisits d'accés establerts pel Patronat i sota la seva supervisió.

- Edifici compost de 15 habitatges (amb data de finalització de la construcció el desembre de 2011), situat al barri de la Gerreria, al carrer dels Socors, 28. És un edifici intergeneracional, destinat a gent de més de 65 anys (11 habitatges) i a persones de menys de 35 (4 habitatges). Es vol potenciar la convivència entre gent gran i gent jove. És la primera experiència d'aquest tipus a Palma i s'ha dut a terme emulant altres projectes similars a altres municipis d'Espanya, on els resultats han estat plenament satisfactoris.

Taula 1 | *Ubicació dels edificis al municipi de Palma i nombre d'habitatges*

Titular de l'edifici	Ubicació de l'edifici	Nombre d'habitatges
IBAVI	C/ Vicente Tofiño, 36	18
PATRONAT MUNICIPAL DE L'HABITATGE	C/ Almadrava, 3	14
	C/ Botons, 3	14
	Pl. Mercadal, 4	20
	C/ Fornaris, 37	20
	C/ Socors, 28	15
TOTAL		**121**

Font: Elaboració pròpia (2011)

Hores d'ara, tots aquests habitatges estan ocupats (excepte l'edifici situat al carrer dels Socors, 28, que en el moment de fer aquest estudi continua en la fase de construcció). Els organismes encarregats de gestionar-los afirmen que tenen molta demanda i llistes d'espera per tornar a adjudicar-los en el moment en què hi hagi una baixa, que normalment és motivada per la defunció del llogater o perquè és internat en centres geriàtrics (normalment, per dependència).

Per poder accedir al lloguer dels habitatges, els interessats han de complir els requisits següents:

- Han de tenir més de 65 anys (en alguns casos, s'ha establert l'edat d'accés als 60 anys)
- No posseir cap habitatge en propietat ni en usdefruit
- Tenir uns recursos econòmics magres: ingressos entre el 0,5 i 1,8 vegades l'Indicador Públic de Renda d'Efectes Públics (IPREM). Per a l'exercici 2011 s'ha establert, en el cas

d'una unitat familiar formada únicament per una persona, la quantitat de 6.390 euros (12 pagues) i 7.455,14 euros (14 pagues)
- Ser autònoms i independents per poder dur a terme les activitats bàsiques de la vida diària

Pel que fa als processos d'adjudicació, cada organisme aplica les seves fórmules. L'IBAVI té tres tipus de procediments: baremació i/o sorteig combinat, baremació i sorteig. En cada convocatòria estableix la modalitat en funció de múltiples factors (socials, econòmics, territorials…) i publica al Butlletí Oficial de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears (BOCAIB) els requisits d'accés. Pel que fa al procediment d'adjudicació del Patronat Municipal de l'Habitatge, cal remarcar que els llogaters han de complir tots els requisits que hem esmentat anteriorment, a més d'uns altres, entre els quals destacam que l'interessat ha d'acreditar, mitjanant un certificat d'empadronament emès per l'Ajuntament, que ha tingut la residència a la zona on està situat l'habitatge com a mínim els cinc anys anteriors a la sol·licitud. De qualsevol manera, la comissió adjudicatària dels habitatges, formada per membres tant del Patronat, de l'Ajuntament de Palma, com per representants dels Serveis Socials de la zona, estudiarà cada cas de manera individual.

Les característiques dels habitatges són similars en tots els casos: normalment, tenen un dormitori doble i, en qualque cas, dos; oscil·len entre els 35 metres quadrats útils, els més petits, fins a devers 60, els més grans (de dos dormitoris); estan adaptats a les necessitats dels inquilins, no tenen barreres arquitectòniques i estan destinats a unitats familiars constituïdes per una o dues persones com a màxim.

Tots els habitatges es lloguen sense mobles, excepte els de la cuina, que inclouen els electrodomèstics bàsics (vitroceràmica, campana extractora i forn). Per la seguretat dels llogaters, no hi està permès l'ús de bombones de gas butà.

El preu de la renda mensual que ha d'abonar el llogater és de devers 4,5 euros per metre quadrat, per tant, el preu del lloguer mensual d'un habitatge de 35m² seria de 158 euros i, si fos un habitatge de 55m², 248 euros. En el cas dels habitatges gestionats pel Patronat Municipal de l'Habitatge, el llogater que tingui uns ingressos econòmics més baixos pot demanar una subvenció del 50% de la renda mensual. Tots els contractes es constitueixen pel que estableix la Llei d'arrendaments urbans vigent.

En relació amb les característiques i el perfil socioeconòmic dels llogaters d'aquests habitatges, destacam els aspectes comuns següents:

- Gent gran de més de 65 anys, normalment, totes soles i de sexe femení
- Recursos econòmics escassos
- Nivell cultural baix
- No disposen de cap habitatge en propietat

- Autònoms i sense dificultats per fer les activitats bàsiques de la vida diària
- La majoria tenen família, però que és incapaç de proporcionar-los suport econòmic
- Tenen necessitat urgent d'habitatge

En cap cas no són habitatges tutelats, sinó que els llogaters han de ser persones autònomes i independents. No obstant això, els treballadors socials dels organismes que gestionen els habitatges fan un seguiment del llogater durant tot el temps de permanència a l'habitatge, per tant, detectaran qualsevol tipus de situació anòmala o problema que pugui sorgir i recorreran als recursos existents per solucionar-ho d'una manera ràpida.

Amb tot, és important subratllar que, segons l'opinió dels professionals consultats que treballen en aquest àmbit, una vegada que se'ls ha possibilitat l'accés a un habitatge d'aquest tipus, en els llogaters es produeixen uns efectes beneficiosos, entre els quals podem destacar els següents:

- Fan vida autònoma en el seu habitatge durant el màxim de temps possible. La majoria de les baixes es produeixen per mort o institucionalització per dependència.
- La seva qualitat de vida millora considerablement. Viuen en edificis i habitatges sense barreres arquitectòniques.
- Millora la seva situació econòmica. No han de destinar gran part dels ingressos a pagar-ne el lloguer i poden viure d'una manera més digna.
- Es relacionen més, se socialitzen entre si. Com que tots els inquilins de l'edifici comparteixen les mateixes característiques, sorgeixen noves amistats, xarxes de suport… Fins i tot, permet que hi hagi més bona relació amb els familiars, principalment perquè la seva intimitat queda preservada, ja que no tenen l'obligació d'haver d'anar-se'n a viure amb ells i, així, les relacions són més fluïdes.

Finalment, cal destacar que ala baixos de la majoria dels edificis (com en el cas dels de titularitat del Patronat Municipal de l'Habitatge) hi ha un centre de dia municipal per a gent gran i els llogaters dels habitatges poden fer ús de les instal·lacions si ho desitgen. En el cas de l'edifici gestionat per l'IBAVI, als baixos de l'edifici hi ha oficines del Consell de Mallorca que no tenen res a veure amb els habitatges, però l'edifici disposa de servei de bugaderia i d'una zona comunitària.

9. Conclusions

L'habitatge és un bé de consum durador que té una gran transcendència econòmica per a les famílies, ja que destina bona part dels ingressos a pagar-lo, ja sigui una hipoteca o un lloguer. Les famílies estalvien durant l'etapa laboral, perquè els ingressos són més elevats; inverteixen en la compra d'un habitatge pensant que, quan arribim a la jubilació i els

ingressos minvin considerablement, la propietat estigui lliure de càrregues i hi pugui viure d'una manera més digna. Les dades ho corroboren: a l'exercici 2010, el 83% de la gent de més de 65 anys del nostre país són propietaris de l'habitatge on viuen, i, en el cas del les Illes Balears, el percentatge és una mica inferior, del 76,6%.

A Palma, com a la resta del país, la majoria de gent gran de més de 65 anys són propietaris de l'habitatge on viuen, però també hi ha un grup de persones que integren aquest col·lectiu de població que necessiten habitatges de protecció pública de renda baixa en règim de lloguer. Aquestes persones comparteixen una sèrie de característiques comunes: tenen més de 65 anys, recursos econòmics magres, no disposen d'un habitatge en propietat i tenen una necessitat urgent d'habitatge digne adaptat a les seves necessitats.

Fins ara, al municipi de Palma, el Govern municipal i l'autonòmic han dut a terme projectes d'aquest tipus. De fet, amb aquest estudi hem constatat que hi ha 121 habitatges de protecció publica en règim de lloguer de renda baixa destinats a gent gran de més de 65 anys, distribuïts en diversos edificis disseminats pels barris de Palma.

Pel que fa a projectes de futur, actualment hi ha dos avantprojectes per construir dos edificis, que en total oferiran 93 habitatges de lloguer de protecció pública de renda baixa destinats a gent gran de més de 65 anys (que se sumarien als 121 existents), i dos centres de dia, promoguts per l'IBAVI i el Consorci Riba, als barris del Molinar i del Camp Redó.

D'acord amb aquesta qüestió, si aquests projectes fossin executats, l'increment del nombre d'habitatges d'aquest tipus a Palma seria considerable, a més de necessari, principalment perquè un 35,61% de dels veïns tenen a partir de 65 anys cap endavant de tot l'arxipèlag són ciutadans de Palma, i, encara que les Illes Balears són una de les comunitats autònomes menys envellides d'Espanya (14,53% de la població total), l'evolució de l'envelliment no difereix de la de la resta de països desenvolupats. Lamentablement, a dia d'avui, no tenim notícies que aquells projectes tirin endavant, probablement a causa de la situació de crisi actual, que obliga les administracions a paralitzar actuacions i projectes per manca de liquiditat econòmica.

De fet, és evident que fa anys que arrossegam una crisi econòmica mundial, i una de les grans conseqüències en aquests moments, o almenys una de les més evidents per a la ciutadania, és la restricció del crèdit, la qual cosa provoca que l'accés a la compra d'un habitatge s'endarrereixi o que, simplement, no es produeixi, a més dels múltiples desnonaments provocats per l'impagament de les hipoteques. És impossible preveure què succeirà en el futur, però, si aquesta situació perdura en el temps, els ciutadans, contràriament al que havia ocorregut fins ara, probablement s'hauran de decantar pel lloguer abans que per la compra, principalment perquè adquirir un habitatge ja no estarà a l'abast de la majoria.

Si això es produís, un dels efectes d'aquesta situació a mitjan termini seria que el percentatge de gent gran propietària de l'habitatge on viu no seria tan elevat com ara, i, si hi afegim que el nombre de gent gran de més de 65 anys continuarà augmentant, que es mantindrà activa molt més temps perquè la majoria gaudiran d'un estat de salut que els permetrà perllongar en el temps la seva independència, i que aquest col·lectiu continuarà essent un dels més vulnerables econòmicament parlant (perquè la majoria disposa únicament i exclusivament de la pensió de jubilació com a font d'ingressos), és més que probable que hi hagi un augment considerable de la demanda d'habitatges de renda baixa en règim de lloguer.

Com reconeix la Constitució espanyola i l'Estatut d'Autonomia de les Illes Balears, és un deure dels governs garantir als ciutadans l'accés a l'habitatge. En aquest sentit, cal subratllar que a Espanya ens trobem en una situació de clar desavantatge respecte de la resta de països europeus pel que fa al parc d'habitatges socials, ja que fonamentalment al nostre país els governs sempre han potenciat la compra d'habitatges en detriment del lloguer.

Per tant, és fonamental que les administracions fomentin un ampli mercat de lloguer protegit a baix preu per al col·lectiu de gent gran. Per dur-ho a terme, és necessari que adoptin fórmules que permetin construir aquest tipus d'habitatges amb el cost més baix possible, per exemple, la fórmula del dret de superfície, que l'Ajuntament de Palma ha aplicat amb èxit.

Com a reflexió final, és important subratllar que en aquests moments actuals de crisi econòmica, en què les rendes més baixes són les més afectades, hauria de ser una prioritat dels governs garantir que totes les persones que tenen més de 65 anys, amb escassos recursos econòmics i necessitat d'habitatge puguin accedir a un pis de lloguer de protecció pública i de renda baixa que s'adapti a les seves necessitats i que els permeti envellir a casa dignament, mantenint una qualitat de vida satisfactòria. Per aconseguir-ho, hauria d'aplicar tots els canvis en matèria de política d'habitatge que fossin necessaris per evitar que en el futur sigui un problema greu.

Referències bibliogràfiques

Aguerri, P. (2005). «La vivienda y el Estado de Bienestar de Europa». *Acciones e Investigaciones Sociales 21*, pàg. 59-76.

Butlletí Oficial de l'Estat. BOE núm. 267, de 08-XI-1978. Decret 31/1978, de 31 d'octubre, sobre política d'habitatge de protecció social: <http://boe.es/> [extret el 4 de juliol de 2011].

Butlletí Oficial de l'Estat. BOE núm. 318, de 31-XII-2010. Decret 1794/2010, de 31 de desembre, de revaloracions de les pensions del sistema de la Seguretat Social y altres prestacions públiques per a l'exercici 2011: <http://boe.es/> [extret el 14 d'agost de 2011].

Bosch, J. (2006). «El problema de la vivienda en la vejez en Cataluña». *Arquitectura, ciudad y entorno.* Vol. 1, pàg. 80-101.

Butlletí Oficial de les Illes Balears. BOIB núm. 22, de 12 de febrero de 2011. Decret 8/2011, de 4 de febrer, pel qual es regula el procés d'adjudicació d'habitatges de l'Institut Balear de l'Habitatge (IBAVI): <http://boib.caib.es/pdf/2011022/mp46.pdf/> [extret el 3 d'octubre de 2011].

Carretero, S. (2009). «L'envelliment a les Illes Balears: perfil demogràfic de la població de seixanta-cinc anys i més». *Anuari de l'envelliment Illes Balears 2009*. Palma: Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal. Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració i Universitat de les Illes Balears.

Consorci Riba. Ajuntament de Palma: <http://consorciriba.es/> [extret el 16 d'agost de 2011].

CSIC (2010). *Informe sobre el envejecimiento*. Madrid: Fundación General CSIC.

Dizy, D.; Fernández, M.; Ruiz, O. (2008). *Economía y personas mayores*. Colección Estudios, serie Personas Mayores (núm. 11003). Madrid: IMSERSO, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Giró, J. (2006). *Envejecimiento activo en la sociedad española*. Colección Biblioteca de Investigación Universidad de la Rioja: <http://dialnetunirioja.es/servlet/artículo?codigo=2756873> [extret el 9 de setembre de 2011].

Institut Balear de l'Habitatge (IBAVI), Govern de les Illes Balears: <http://ibavi.caib.es> [extret el 7 d'octubre de 2011].

Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT): població: <http://ibestat.es//> [extret el 13 de juliol de 2011].

IMSERSO (2010). *Encuesta Mayores 2010*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Instituto Nacional de Estadística (INE). *Cifras de población y censos demográficos*: <http://ine.es//> [extret el 23 de febrer de 2012].

Informe sobre la II Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento (2002). Nova York. Organització de les Nacions Unides.

Orte, C.; March, M. (2009). «La realitat de la gent gran a les Illes Balears». *Anuari de l'envelliment Illes Balears 2009*. Palma: Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal. Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració i Universitat de les Illes Balears.

Patronat Municipal de l'Habitatge. Ajuntament de Palma : <http://patronathabitatge.es/> [extret el 12 d'agost de 2011].

Pisarello, G. (2009). «El dret a l'habitatge com a dret social: implicacions constitucionals». *Revista Catalana de Dret Públic* 38, pàg. 43-66.

Rodríguez, R. (2002). *Política de vivienda en España desde la perspectiva de otros modelos europeos*: <http://habitat.aq.upm.es/boletín/n29/> [extret el 18 de setembre de 2011].

Societat Pública de Lloguer. Ministeri de Foment: <http://spaviv.es/estadisticas/estadisticas_gestion.php> [extret el 2 de juny de 2012].

Trilla, C. (2001). *La política de vivienda desde una perspectiva europea comparada.* Colección Estudios Sociales, 9. Madrid: Fundació La Caixa.

Autora

ALICIA RODRÍGUEZ GARCÍA

Palma, 1971. Diplomada en Treball Social per la Universitat de les Illes Balears. Màster en Atenció a la Dependència i Gerontologia per la Universitat de les Illes Balears. La seva experiència laboral se centra en l'àmbit dels habitatges de protecció pública en règim de lloguer destinats a diversos grups de població.

EL CURIÓS CAS DEL CENTRE DE DIA PREMIAT. UNA MIRADA A L'ARQUITECTURA SOCIOSANITÀRIA DE LES BALEARS

El curiós cas del centre de dia premiat. Una mirada a l'arquitectura sociosanitària de les Balears

Juan Manuel Martínez Álvarez
Susan Roig Merino

«El arca, con sus parejas de animales, se levantó por fin del suelo. En la colina, los hijos de Jafet seguían discutiendo quién cuidaría al abuelo esa semana»

Resum

Un petit centre de dia d'un barri de Palma ha estat triat com el millor edifici de l'any 2011. A partir d'aquesta dada, l'article recorre l'evolució dels edificis sociosanitaris dels darrers anys i intenta trobar les causes que han fet que uns equipaments habitualment tan austers puguin haver arribat a ser significatius en el camp del disseny arquitectònic. L'objectiu d'aquesta mirada és trobar elements que cal tenir en compte a l'hora de desenvolupar projectes i fer renovacions als centres per a les persones dependents. Ho farem partint del coneixement adquirit en el període de temps en què la construcció d'aquest tipus d'edificis ha estat significativa, tant pel nombre com per la qualitat.

Resumen

Un pequeño centro de día de un barrio de Palma ha sido elegido en como el mejor edificio del año 2011. Partiendo de este dato, el artículo recorre la evolución de los edificios sociosanitarios de los últimos años, tratando de encontrar los motivos de que unos equipamientos habitualmente tan austeros puedan haber llegado a ser significativos en el campo del diseño arquitectónico. El objetivo de esta mirada será buscar elementos que deben ser tenidos en cuenta a la hora de desarrollar proyectos y renovaciones de los centros para las personas dependientes, partiendo del conocimiento adquirido en este periodo de tiempo en el que su construcción ha sido importante, tanto por el número como por su calidad.

1. Introducció

La nit del 20 de gener de 2012, amb el Teatre Principal engalanat, es va lliurar, juntament amb els premis artístics i literaris Ciutat de Palma, el premi al millor projecte arquitectònic acabat el 2011 a Palma: el Premi Guillem Sagrera. El guardó va ser per a Bartomeu Ramis, Bàrbara Vich i Aixa del Rey, de l'equip Flexo Arquitectura, per un centre de dia per a persones dependents del barri de Son Dureta (vegeu la imatge 1).

No era un hotel de somni, ni una piscina vora la mar, ni tan sols un bloc d'habitatges de luxe o la seu d'una empresa moderna i important, sinó que era un senzill centre de serveis socials de barri.

Tres anys enrere, havia estat un dels tres finalistes del Guillem Sagrera de 2008 la Residència de Son Güells, un centre per a persones amb malalties neurodegeneratives (vegeu la imatge 2).

Imatge 1. **El centre de Dia de Son Dureta**

El centre del carrer dels Passatemps s'ha construït en un solar que els veïns ja havien assimilat com a part de les zones verdes de la barriada. Aquesta gènesi va contribuir perquè el projecte fos ordenat al voltant dels grans pins que hi havia, generant uns espais que els dissenyadors varen controlar mitjançant la coberta de canyis (sembla que es el respecte i no els dissenyadors el que genera l'espai) canyís en un diàleg entre l'interior i l'exterior que sorprèn per elemental, tradicional i mediterrani. El projecte va ser redactat per Flexo Arquitectura l'any 2009 com a resultat d'un concurs de la Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració, que presentà un pla per construir vint centres de dia a Palma. Aquest és un dels tres que quedaren enllestits el 2011 i que actualment està en servei.

Fotografies del web dels autors.

Imatge 2. **Residència de Son Güells**

El projecte de Son Güells va ser redactat pels arquitectes Antoni Castell, Cristian Pons, Antoni Barceló i Bàrbara Balanzó l' any 2007 per a l'empresa Llabrés Feliu. Amb aquest projecte es varen presentar a un concurs del Consorci de Recursos Sociosanitaris i Assistencials de Mallorca, al qual les empreses oferiren dissenyar el projecte i executar-ne les obres clau en mà.

Fotografies del web dels autors.

Aquesta residència, com el centre del barri de Son Dureta, era promoguda pel Consorci de Recursos Sociosanitaris i Assistencials, l'empresa instrumental del Govern balear que s'encarrega de construir la xarxa d'equipaments i que les dues legislatures que separen els dos equipaments havia estat sota la presidència de dues conselleres d'idearis polítics dispars.

La presència, però, d'aquests centres sociosanitaris entre el que és considerat més interessant en el camp del disseny arquitectònic no era un fet aïllat: la revista *Arquitectura* havia publicat, l'any 2003, un ampli reportatge sobre la Residència de Santa Rita, de Ciutadella.

Imatge 3. **Residència de Santa Rita, Ciutadella**

La revista *Arquitectura,* editada pel Col·legi d'Arquitectes de Madrid, l'any 2003 publicà un reportatge sobre aquesta residència. Va ser un projecte innovador de Manuel Ocaña del Valle, de 2002 i promogut pel Consell de Menorca.

Al mateix temps, des del món de les entitats privades dedicades a treballar amb les persones dependents trobam, entre els finalistes del Premi Guillem Sagrera de 2010, «la transformació d'un porxo agrícola en aules de formació», de l'arquitecte Alfons Romero, colofó de l'extraordinari treball dut a terme en el Centre de Formació i Ocupació del Llegat Weyler i també, juntament amb Mireia Cabaní, per a la residència d'Amadip Esment, de Marratxí.

Imatge 4. **Els centres d'Amadip de Son Ferriol i Marratxí**

Fotografia 1. El porxo agrícola que l'arquitecte Alfons Romero transforma en aules de formació. Forma part del Llegat Weyler, ubicat a Son Ferriol, juntament amb els tallers ocupacionals de la fotografia 2. És ccomplementari a l'edifici d'habitatges, la residència i el centre de dia per a gent gran amb discapacitat intel·lectual del camí de Son Alegre (Pla de na Tesa, Marratxí), que veiem a les fotografies 3 i 4, i que va dissenyar en col·laboració amb Mireia Cabaní.

Fotografia 1 del web de l'autor. Fotografies 2-4: Martínez i Roig.

Imatge 5. **Restaurant i centre d'inserció sociolaboral de Palmanova**

Els arquitectes Ester Morro Massanet i Juan Alba López varen rebre el Premi d'Arquitectura de Mallorca 2007-2010 del COAIB, en la sorprenent categoria edificis d'ús turístic i d'oferta complementària, pel seu treball en la construcció, a Palmanova, d'un restaurant i un centre d'inserció sociolaboral per a persones amb discapacitat intel·lectual, d'Amadip Esment.

Hi havia també l'altre centre d'Amadip de Palmanova, projectat per Ester Morro i Juan Alba, que havia estat premiat pel Col·legi d'Arquitectes de les Balears (vegeu la imatge 5), i altres projectes també molt interessants, com el senzill, però més que correcte, centre Berilo de l'Associació AMADIBA o la residència que l'equip de Llorenç Brunet dissenyà per a Aproscom, a Manacor.

Imatge 15. **Un primer pla de l'hort de la nova residència d'Aproscom, a Manacor**

L'any 2007 el projecte guanyador del Ciutat de Palma havia estat un edifici atípic, a mitjan camí entre l'habitatge i l'equipament sociosanitari: eren els trenta-vuit habitatges tutelats per a gent gran de Son Rossinyol, una obra conjunta de Gabriel Golomb, Ángel Hevia, Luis Velasco, Ana García i Maria Antònia Garcias, per a l'Institut Balear de l'Habitatge (IBAVI).

Fora de les nostres illes, l'any 2006 va ser seleccionat, entre els finalistes als prestigiosos premis FAD (els premis del Foment dels Arts i del Disseny, que s'atorguen a Barcelona des de l'any 1903 i que engloben els projectes arquitectònics d'Espanya i de Portugal), un projecte d'habitatges tutelat i centre de dia a Sant Vicent del Raspeig, de l'arquitecte alacantí Javier García-Solera i, l'any següent, la residència de Durango, de Roberto Ercilla i Miguel Ángel Campo, i també

un Centre d'Atenció a Discapacitats a Arganda del Rey, obra de Rubén Picado i María José de Blas (vegeu la imatge 6). Al mateix temps, al nord de la Península, José María de la Puerta i Carlos Asensio eren finalistes d'uns premis de la categoria de l'Arqano 2007 per al centre de Carbajales de Alba i per al Prelaboral de Morales de Vino (vegeu la imatge 7).

Imatge 7. **Els centres d'ASPROSUB**

Els centres de Carbajales de Alba i Morales de Vino, Zamora; any 2007. Dissenyats pels arquitectes José María de la Puerta i Carlos Asensio.
Fotografies del web dels autors.

En un panorama més europeu, resulta igualment sorprenent l'èxit del projecte de Niall McLaughlin de centre de respir per a malalts d'Alzheimer a Dublín, dut a terme per a l'Alzheimer's Society of Ireland. És un edifici poc usual que fa servir materials tradicionals i que ha rebut nombrosos premis, incloent-hi el del Royal Institut of British Arquitecture (RIBA) de l'any 2010.

Imatge 8.

Centre de respir per a malalts d'Alzheimer, Dublín

Niall McLaughlin Arquitects
Fotografies del web de l'estudi d'arquitectura.

Hi ha altres projectes que pertanyen a l'àmbit sociosanitari i que podem trobar a primera línia de les revistes internacionals d'arquitectura, com passa amb l'edifici d'apartaments per a gent gran WoZoCo, que l'equip d'arquitectes MVRDV havia acabat a Amsterdam l'any 1997 i pel qual també varen rebre diversos premis. El WoZoCo és un edifici de planta rectangular, de vuitanta-tres habitatges, al qual els arquitectes holandesos «pengen» literalment tretze apartaments més, jugant amb els límits que els permet la normativa (vegeu la imatge 9). Més recentment, el Rehabilitation Centre Groot Klimmendaal, de l'arquitecte alemany establert als Països Baixos Koen van Velsen (vegeu la imatge 10).

Imatge 9. **Edifici per a gent gran WoZoCo, Amsterdam**

Dissenyat per MVRDV arquitectes, aquest edifici va rebre l'any 2007 el Premi Merkelbach de la Fundació per l'Art d'Amsterdam. També quedaren finalistes del Mies van der Rohe Awards for Contemporary European Architecture, atorgat a Barcelona el 1999, i del Premi a la Millor estructura del Quinquenni, de l'any 2000, de la Dutch Architects Association. Fotografies del web dels autors.

Imatge 10. **RMC Groot Klimmendaal**

El Revalidatie Medisch Centrum Groot Klimmendaal, de la ciutat d'Arnhem, Holanda. Dissenyat per l'arquitecte Koen van Velsen, ha estat considerat, entre altres premis, Edifici de l'Any 2010 per part de l'Associació Holandesa d'Arquitectes.

Fotografies de Robt Hart per als autors.

Aquests dos darrers projectes pertanyen a mons més amplis que el que és estrictament socisanitari. WoZoCo no deixa de ser un edifici d'apartaments, promogut per la Het Oosten Housing Association (una associació d'origen sindical que gestiona un parc de vint mil habitatges) i que és més pròxim a la idea d'habitatge que a la d'equipament geriàtric. A l'hora de dissenyar-lo, els arquitectes estudiaven la possibilitat de persones més joves després de la primera «onada grisa» (*El Croquis*, 1997). Tot i això, aquell any l'edifici va mostrar la possibilitat de construir habitatges col·lectius per a gent gran jugant amb solars destinats a equipaments i com a alternativa a la residència tradicional. És un camí que ja es transitava a Espanya amb els projectes pioners d'habitatges tutelats, dels quals parlarem més tard.

Per part seva, el Groot Klimmendaal s'acosta més a un centre clínic de rehabilitació i està pensat com un hospital de tecnologia específica avançada, en la línia de l'Institut Guttmann de Catalunya.

2. Quins són els motius

Volem esbrinar quins són els motius pels quals els centres de serveis socials, tradicionalment tan austers, han ascendit a la primera línia de disseny arquitectònic. Serà una primera passa per intentar entreveure **quin serà el futur en la construcció de nous equipaments per a persones dependents,** després del canvi radical que es produeix a Europa a conseqüència dels daltabaixos econòmics actuals.

Imatge 11. **Fotografia del claustre de la Sapiència, 1983**

Reconvertit en centre d'acollida.
La imatge d'un projecte valent, aliè a les administracions, però que ens serveix de contrapunt.
Col·lecció: «Gent de sa Calatrava»
De l'exposició «Sa Calatrava, estudi bàsic de rehabilitació». Col·legi d'Arquitectes, juny de 1983.

Pedro Coll, fotògraf.

Per fer aquesta recerca damunt l'evolució dels equipaments assistencials n'hem seleccionat alguns dels elements més significatius:

2.1. La Llei de dependència

Entre els anys 2007 i 2008 a Espanya es completen una gran quantitat d'equipaments assistencials, tallers ocupacionals i edificis de residència col·lectiva, sota l'estel de la Llei de dependència.[1] Els projectes premiats l'any 2007 varen ser promoguts per força avans que la llei fos aprovada; varen ser pensats, dibuixats i obtingueren els fons amb temps suficient. Si bé la Llei de dependència haurà servit per posar els focus sobre aquests edificis, els projectes són anteriors, segurament estructurats i desenvolupats durant els processos de transferència dels Serveis Socials a les comunitats autònomes.

Aquests projectes responen a una pressió social que obliga cada comunitat a satisfer una demanda existent, la qual, solament a posteriori, va ser estructurada amb el desenvolupament de la Llei de dependència. Factors socials molt diversos, com l'accés de la dona al món laboral, l'esperança de vida més llarga de la gent gran, la pressió del mercat d'ocupació dels familiars cuidadors en plena bombolla immobiliària i l'increment del preu de l'habitatge generen, a mitjan primera dècada d'aquest segle, una forta pressió sobre les llistes per accedir a les residències que estaven en funcionament.

És en aquest marc que les administracions emprenen diversos projectes concebuts segons els models de serveis socials que cada una pretén implantar. Hi ha projectes de promoció i gestió directa d'ajuntaments, de diputacions i governs autònoms; projectes de centres de referència nacional, construïts en conveni amb l'IMSERSO per cobrir uns dèficits territorials determinats, i també concessions per a projectes desenvolupats per empreses privades en sòl públic per concertar posteriorment les places des de l'Administració.

Entre els anys 2002 i 2005, es construeix, sota gestió pública directa, la residència de Santa Rita, a Ciutadella, que ja hem mostrat. També hi ha projectes de centres en conveni amb l'IMSERSO, com el de Son Güells, a Palma, per atendre malalties neurodegeneratives, o el de Son Llebre, a Marratxí, concebut com a centre d'investigació sobre la malaltia d'Alzheimer. A més, tenim les propostes de les empreses Sar, Aser, Cleop o Clece-Lireba a les illes de Mallorca i Eivissa, que entrarien en el capítol de projectes que es construïen en sòl públic amb la previsió de concertar-ne una part important de les places.

2.2. L'accessibilitat universal

Al final de la dècada dels noranta, la tenaç tasca dels defensors de l'accessibilitat universal comença a donar fruits, no solament amb l'aparició de normatives nacionals i les lleis que les autonomies varen desenvolupar reglamentàriament, sinó que aconseguiren implicar

[1] Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència. BOE núm. 299, de 15 de desembre de 2006.

les administracions, que ara es veuen amb l'obligació d'exigir el compliment escrupolós d'aquestes normes.

A les Balears, la Llei d'accessibilitat de 1993 concedia un termini de quinze anys, fins al maig de 2008, per adequar els edificis, espais i transports d'ús públic, i creava un Consell Assessor per a la millora de l'accessibilitat i la supressió de les barreres arquitectòniques, que ha esdevingut un altaveu des del qual les entitats defensores del dret a la mobilitat per a tothom han aconseguit mantenir actiu el desenvolupament d'aquesta llei.[2]

Aquesta revalorització del disseny accessible, que en projectes de tipus més domèstics pot generar dificultats pels programes arquitectònics, justifica, en canvi, que a les residències col·lectives i als equipaments assistencials s'habilitin espais de circulació més amplis, hi hagi accessos més elaborats i zones de transició que obligatòriament han de ser tractades amb la cura que requereix el disseny de les rampes i dels passamans.

L'accessibilitat universal obliga els arquitectes a repensar els accessos als ascensors, les il·luminacions especials i les senyalístiques adaptades a totes les persones. I, entre altres coses, a resoldre els portals incorporant-hi espais protegits, com ara porxos o ràfecs de grans dimensions, per aconseguir solucionar el greu problema de la pluja que passa sota les portes anivellades amb els vials.

2.3. Els nous materials i elements

Existeixen també raons tècniques importants en l'evolució de la imatge dels centres sociosanitaris. La primera és el canvi ràpid dels models constructius tradicionals, basats en els blocs i totxos, cap als nous elements prefabricats, fruit del creixement constant del cost de la mà d'obra durant l'època de la gran bombolla. Aquesta construcció de peces prefabricades té molt bona cabuda als edificis de naturalesa modular, com són els sociosanitaris, amb desenes d'elements idèntics que es repeteixen per a cada usuari. Aquests anys, s'experimenta, no sempre amb èxit, amb elements i materials nous en els

[2] En aquest període, s'han produït en cascada tot un seguit de regulacions, tant estatals com autonòmiques:
La Llei nacional de supressió de barreres, de 1998.
El Decret 20/2003, pel qual s'aprovava el Reglament autonòmic de supressió de barreres arquitectòniques.
El Codi Tècnic de l'Edificació, de 2006.
El Reial decret 505/2007, de 20 d'abril, pel qual l'Estat aprovà «les condicions bàsiques d'accessibilitat i no discriminació de les persones amb discapacitat per a l'accés i la utilització dels espais públics urbanitzats i de les edificacions». Estableix que s'han d'incorporar i desenvolupar, en el marc del Codi Tècnic de l'Edificació aprovat recentment, aquestes condicions d'accessibilitat i no discriminació de les persones amb discapacitat per poder accedir als edificis i utilitzar-los.
Aquest mandat del Reial decret generarà una nova família normativa l'any 2010:
L'Ordre de l'1 de febrer de 2010 (VIV/561/2010), «per la qual es desenvolupa el document tècnic de condicions bàsiques d'accessibilitat i no discriminació per a l'accés i utilització dels espais públics urbanitzats», que obliga a aprovar el Reial decret 173/2010, de 19 de febrer, per modificar el CTE, document generador de l'ordre.
I, a les Balears, el Decret 110/2010, de 15 d'octubre, pel qual s'aprova el Reglament per a la millora de l'accessibilitat i la supressió de barreres arquitectòniques, que substitueix el de l'any 2003 i l'adapta a tot aquest remolí legislatiu.

equipaments, ja que la seva morfologia permet incorporar-hi laminats de fusta, grans llenços de vidre, panells fenòlics i prefabricats de formigó.

Els sòls continus de resines substitueixen les rajoles rejuntades amb morter. Les parets es construeixen amb estructures d'alumini i es recobreixen de panells de taulers fenòlics, d'alumini o ceràmics, rentables i altament resistents, com també succeeix amb els llenços de vidre. Els sostres són registrables i acústics. Tot això en conjunt crea modulacions més grans, de peces més potents i que donen una imatge completament nova, més neta, més lluminosa, als centres.

2.4. Les normes sanitàries

Les normes sanitàries sobre menjadors comunitaris, la legionel·la, seguretat en el treball i les característiques dels usuaris d'aquests centres reforcen la necessitat de disposar de paraments fàcils de netejar, sòls continus, materials resistents a l'abrasió i d'elements registrables per a les instal·lacions. I justifiquen, encara més, la inversió en aquests materials nous.

2.5. El lloc per experimentar

Existeixen també raons purament arquitectòniques. Esgotat, almenys de moment, el programa de l'habitatge plurifamiliar, el terreny per experimentar, per jugar amb l'arquitectura, és el col·lectiu. Els arquitectes compromesos amb el disseny de l'espai troben en aquests centres un lloc per emocionar, un lloc amb capacitat per expressar sensacions espacials.

És un lloc per experimentar, tant per la novetat dels programes com perquè encara no s'ha arribat a la sistematització que ja tenen altres models d'equipaments públics, com són els educatius o els hospitalaris. Per exemple, els col·legis disposen de programes tancats: mòduls per alumne, amplària de passadissos establerta, accessos mesurats, ascensors... És un mecanisme fixat en el qual les conselleries es refugien per garantir la millor distribució possible dels recursos.

El procés envers la sistematització dels equipaments sociosanitaris encara no està decantat, tot i els esforços de la Llei de serveis socials i del clàssic, i, encara vigent, el Decret 123, de l'any 2001, pel qual es regulen les «condicions d'obertura i de funcionament dels centres i serveis per a gent gran». És un decret que ha definit les dimensions dels espais dels equipaments a les Balears durant més d'una dècada i que sobreviu a l'espera del desenvolupament reglamentari de la llei.[3]

[3] El Decret 123/2001, de 19 d'octubre, regula les condicions materials i arquitectòniques específiques als centres de dia (art. 8), als centres socioculturals (art. 15), als habitatges tutelats (art. 21) i a les residències per a gent gran (art. 25 al 37). La nova Llei 4/2009, de 11 de juny, de serveis socials de les Illes Balears, a la disposició derogatòria 5 manté vigent el Decret 123/2001, de definició i regulació de les condicions mínimes d'obertura i de funcionament dels centres i serveis de gent gran, i la seva modificació posterior amb el Decret 10/2007, de 16 de febrer, per a aquells títols relatius a centres i serveis mentre no es dictin els reglaments de desplegament de la llei.

3. De quina manera funciona a cada lloc

3.1. Centres de dia

Des del punt de vista del programa arquitectònic, un centre de dia és una sala per fer-hi activitats col·lectives i una altra per poder-hi descansar. Després, caldrà afegir-hi una cuina, una part per a l'Administració i els lavabos, neteja, dutxes i vestuaris corresponents. És un programa lineal, senzill, en el marc del qual el dissenyador haurà d'esforçar-se per aconseguir la condició de casolà, d'espais amables i, particularment a la Mediterrània, amb una connexió quotidiana i clara amb l'espai exterior.

És la simplicitat del programa la que permet solucions arquitectòniques molt interessants i dispars, entre les quals hauria de ser fàcil triar bones propostes. I és la condició de casolà, obligada per les hores d'estada dels usuaris al centre, la que ha de distingir els centres d'estada diürna dels centres d'atenció sanitària, dels PAC, un altre programa que es mou còmodament amb les noves tecnologies i que també ha ascendit en l'escala del disseny aquests darrers anys.

Units per la condició d'espais que han de conservar un grau d'higiene elevat, tots dos programes, els dels centres de dia i els sanitaris, s'han d'entendre d'una manera radicalment oposada, ja que els primers tenen la necessitat d'acollir la vida diària de les persones i acompanyar-les, enfront del caràcter més fabril, en els aspectes de fluxos de circulació, higiene i manteniment, que han de mantenir els centres d'atenció sanitària.

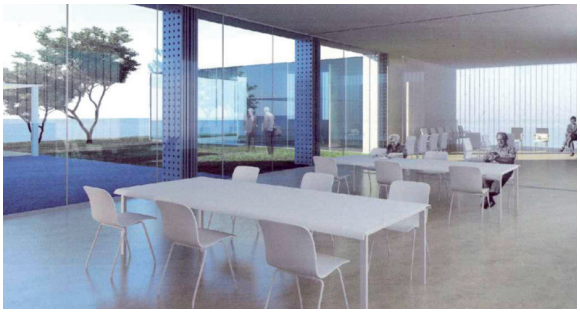
En la consecució d'aquests espais amables, que acompanyaran les persones quotidianament, s'han de manejar elements de disseny, com som les textures, els colors, els materials càlids, però també conceptes com la intimitat o les relacions interpersonals. Sobretot, quan l'usuari té dificultats per desplaçar-se lliurement, el programa haurà de garantir una relació especial entre l'interior i l'exterior, entre el món de la persona i l'aire, el soroll, la pluja, la gent que passa, la ciutat. L'èxit del projecte serà aconseguir apropar l'exterior a aquestes persones (vegeu la imatge 12).

3.2. Centres d'estades nocturnes

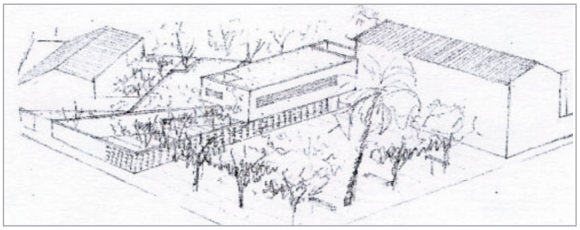
Els centres d'estades nocturnes són un producte pur de la Llei de dependència. Abans de l'entrada en vigor de la llei, el gener de 2007, tot just n'existia alguna referència, algun prototip, a Andalusia o al País Basc. La llei, però, tampoc no estableix cap criteri, més enllà de la pura definició de l'estada nocturna, i amb l'aparent intenció del legislador d´oferir un model, o simplement d'evitar que el text tancàs definitivament aquesta possibilitat perquè quedàs fora dels enunciats.

Imatge 12. **La relació del centres de dia amb l'entorn**

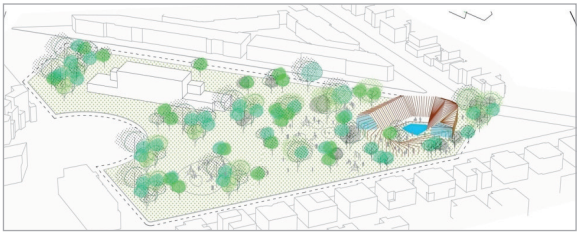
Alguns estudis fets per establir la relació dels centres amb l'entorn:

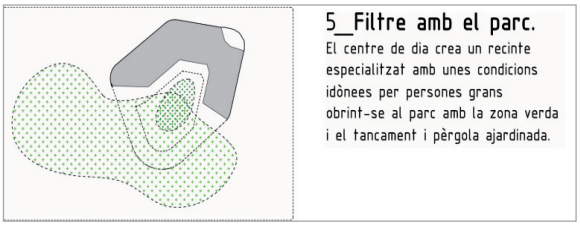


1. Projecte de centre de dia a la carretera de Sóller. Antoni Vidal i Elisabet Figueras, arquitectes. Any 2010.

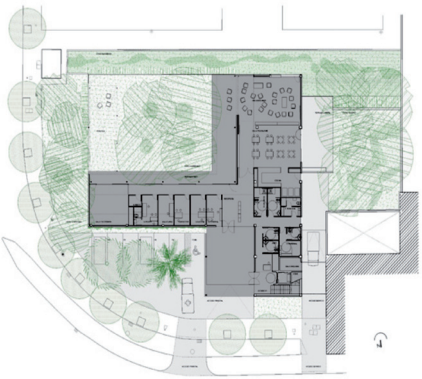


2. Centre de dia al camí de Passatemps, dels arquitectes Mayol, Lucena i Perez Villegas. Any 2008.





3. Projecte per al Secar de la Real. Juana Canet, arquitecta. Any 2010.



4. Projecte per a Son Ferriol, de l'equip de Luis Velasco. Any 2009.

Els programes d'aquests centres a les Balears s'han desenvolupat vinculats a uns altres serveis i allà on els han construït ho han fet recuperant antics convents de les monges franciscanes o de les Filles de la Caritat. Comunitats de petita escala, de tot just una desena de cel·les, moltes vegades cedits pels municipis, perquè aquestes religioses hi duguessin a terme la importantíssima tasca d'ajuda social als pobles des del segle XVIII fins avui. A Petra o Valldemossa, els convents han estat recuperats per albergar conjuntament un centre de dia i, al d'Esporles, es treballava amb la idea d'incorporar-hi un menjador social.

Els centres d'estades nocturnes que s'han executat tenen el programa per a pobles petits, on l'ús estaria limitat pràcticament a persones grans que poden passar la nit en aquest centre, però que poden tornar al seu domicili o al seu entorn familiar després de l'esmorzar. Són centres senzills, com els edificis que els alberguen, amb habitacions habilitades dins les antigues cel·les, amb serveis adaptats i elements comuns que permetin desenvolupar un treball de suport i fomentar les activitats de relació entre els usuaris. A més, estan situats al cor dels nuclis urbans, cosa que afavoreix la connexió amb la vida diària dels ocupants.

3.3. Residències

L'any 2004, el Govern balear començà a desenvolupar el programa de residències per completar una xarxa que era de totes passades insuficient per a la població de gent gran i molt inferior a les xarxes de les autonomies que li servien de referència.

3.3.1. Residències promogudes per l'Administració

En primer lloc, amb el suport del conveni amb l'IMSERSO, el Govern obté un crèdit extraordinari de vint-i-set milions d'euros per construir residències. Per a la promoció d'aquestes centres, es varen crear els consorcis de recursos sociosanitaris i assistencials de Mallorca, Menorca i el d'Eivissa i Formentera. Que en aquell moment eran uns instruments necessaris, perquè simultàniament es parla de transferir les competències de serveis socials als consells insulars, els quals s'incorporaran, a la gestió com a membres consorciats.

El conveni de l'IMSERSO permetrà crear les residències del carrer dels Oms i de Sant Miquel, a Palma, a partir de la rehabilitació de l'antic Hospital Militar; la de Son Llebre, a Marratxí (vegeu la imatge 16), les de Sant Jordi i Sant Antoni de Portmany, a Eivissa, i el Centre polivalent de Serveis Socials, de Formentera. A Menorca, on el programa de residències estava més avançat, el crèdit permeté completar la reforma de la residència de Maó i finalitzar la construcció de la de Santa Rita, de nova planta, a Ciutadella.

3.3.2. Residències en règim de concessió

A més de les residències que promouen directament les administracions, el Govern desenvolupa el programa de cessions de sòl a empreses privades en règim de concessió per un període màxim de quaranta anys.

Els ajuntaments de Calvià, Montuïri, Marratxí (Can Carbonell), Sant Joan, Inca, Manacor, Pollença, Santanyí i Capdepera, a Mallorca, i Santa Eulària del Riu, a Eivissa, aporten els solars per construir-hi residències que ofereixin cent vint places, i seguint models adaptats ja al que se suposava que haurien de ser les aportacions del ministeri en aplicació de la Llei de dependència.

Imatge 16. **Els pavellons de la residència de Son Llebre (Marratxí)**,
vists a través de l'edifici principal.
Un projecte dissenyat i dirigit pels tècnics del Departament d'Arquitectura del Govern Balear

A través d'aquest sistema, es va completar el mapa de les residències de la comunitat, amb l'avantatge que el cost de la construcció no es computava com a deute, que aleshores les administracions públiques ja havien limitat molt. El Govern estableix una reserva entre el 60% i el 80% de les places a preus taxats durant tots els anys de la concessió. Si no s'ocupen les places, no hi ha despesa. No ocupar-les, però, pot ser objecte de reclamació per part de les concessionàries, ja que impossibilitarà l'equilibri econòmic de les residències, amb el qual l'Administració s'ha compromès en atorgar les concessions.

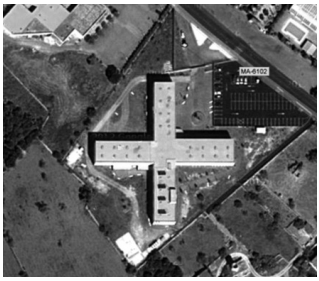
3.3.3. Els models arquitectònics

Des del punt de vista de l'arquitectura, els projectes d'aquests dos models de residències són diferents. Les primeres, promogudes per les administracions, són construïdes per equips tècnics que en depenen. Són molt més grans sobredimensinades perquè després no falti (o pensades per "que n'hi hagi"), seguint els criteris de l'Administració d´aquella època.

Les segones, molt més contingudes, s'adapten a les necessitats de les empreses promotores, que al llarg del procés prenen consciència que la gestió d'aquests centres serà complicada i que els preus seran més ajustats que les previsions inicials. Són projectes molt funcionals que mesuren al detall els recorreguts dels treballadors, per minimitzar recursos, i els dels usuaris, per evitar temps d'assistència en els trasllats.

Les propostes de planta en forma de X, de U o de H dels projectes promoguts per les empreses privades Sar, Aser o Cleops contrasten amb els dissenys molt més oberts i sobredimensionats, com el de Sant Antoni o el model de pavellons independents de Son Llebre.

La planta en forma de U de les residències de Sar a Calvià i Capdepera té l'avantatge de la proximitat entre els dormitoris i els espais comuns i de servei, la qual cosa permet desenvolupar programes a la mateixa planta, incloent-hi el menjar dels residents que no es trobin en condicions per ser trasllats als menjadors generals del centre. Genera, a més, un pati central, que, tot i que és recollit, com que està obert per un lateral, sembla molt ampli. Aquest pati permet que quedin separades d'una manera natural la zona pública i la privada, l'espai d'accés i el de recepció, i l'espai més domèstic a l'aire lliure d'ús privatiu per als residents.



Planta en forma de X
Residència de Santanyí

Planta en forma de U
Residència de Calvià

Distribució per mòduls
Residència Son Llebre

Planta en forma de H
Residència de Montuïri

Planta amb pati central
Residència de Ciutadella

Planta en forma de E
Residència de Manacor

Imatge 13. **Diferents tipologies de plantes de les residències de les Illes Balears**

La forma de X d'Inca i de Santanyí (vegeu la imatge 17) aprofita més els llocs de control, la qual cosa permet reduir, per exemple, el treball del personal de nit. En canvi, els usos col·lectius són més difícils d'organitzar i d'interpretar per part dels usuaris.

Imatge 17.

Residència en forma de X (Santanyí)
Construïda per Asersa amb una estructura idèntica a la seva bessona d'Inca.

La separació entre les zones públiques i privades queda ben resolta a la planta en forma de H, on els espais intermedis entre el bloc davanter comunitari i l'ala posterior d'habitacions adquireixen un ús privat interessant. Els edificis en H tenen menys claredat en la distribució de la part pública generada al voltant de petits patis centrals i una gran distància de trasllat d'usuaris des dels dormitoris a la zona de dia, la qual cosa ha obligat a modificar els projectes per generar un petit menjador a la planta pis de l'ala dels dormitoris.

Aquest problema de la circulació dels usuaris s'agreuja encara més a Santa Rita (Ciutadella), on les habitacions formen un anell al voltant del pati. És el preu que s'ha de pagar per uns espais que són claríssims per a als habitants i una estructura de la part comuna capaç de reproduir l'espai urbà. Santa Rita és una residència magnífica per a persones que tenen autonomia de moviment, però exigeix un gran esforç addicional al personal per compensar aquest excés en la circulació.

Passa el contrari a Manacor, on la concentració de l'espai col·lectiu a la part davantera genera una interessant zona interior d'entrada, un espai per fer-hi exposicions, per fer-hi vida, però té dificultats per disposar d'espais lliures privats. Els usuaris es posen a l'entrada, creant interferències entre el que hauria de ser sortir a la zona pública, més vestits i arreglats, i fumar una cigarreta (als qui els metges encara ho permeten) en bata i sabatilles. En defensa de Manacor, cal reconèixer el repte que va suposar mantenir en ús la residència antiga al mateix solar durant l'obra, situació que obligà la nova edificació a arraconar-se per mantenir el servei. Segurament, si s'hagués pogut disposar de tot el solar des del principi, els patis laterals d'il·luminació haurien tingut una dimensió més útil per a aquest ús quotidià (vegeu la imatge 14).

Imatge 14. **L'accés de la Residència de Novaedat, a Manacor**

Una de les que el grup d'empreses Cleops ha construït i concertat a l'illa. Situada al solar de l'antiga residència municipal, conserva l'esglesieta original.

Per generar bons espais oberts, íntims i privats, la millor solució són els projectes de mòduls. El cost d'aquestes residències modulars, però, tant pel que fa als immobles, on augmenten considerablement les instal·lacions i les façanes exposades al clima, com pel que fa al personal, és significativament més elevat.

3.4. Habitatges amb suport

El desenvolupament en mòduls ens encamina ja cap a l'habitatge col·lectiu, cap a la idea de llars. Els mòduls son utils quand la propia autonomía de les persones, és capaç de suplir el personal, que queda diluït en l'estructura. Això és un objectiu en si mateix: forçar la capacitat de les persones per fer-se responsables de la seva pròpia vida fins als límits que els permeti la seva dependència.

Els costos de les places de residència són superiors als 2.000 euros mensuals. Amb aquests diners, qualsevol solució de lloguer d'un habitatge, amb tots els ajuts que siguin necessaris, resulta una veritable ganga. Assistides, compartides, col·lectives, amb suport, intergeneracionals, tutelades..., totes són vàlides. Totes donen més autonomia a l'usuari, en la mesura que, amb el suport d'un treballador familiar, el resident recorre l'escala des d'un habitatge propi fins als pisos tutelats per a persones amb incapacitat cognitiva o de mobilitat física nul·la. Totes permeten que l'usuari tingui més autoestima i la màxima autonomia possible. Totes són llar i totes són més barates.

El 1995 va ser construït el Centre Botons, a Palma (vegeu la imatge 18). És un edifici d'habitatges per a gent gran que acull en el mateix immoble el Centre de Serveis Socials de la zona, el menjador social i serveis de bugaderia, perruqueria i neteja personal. Va ser un projecte capdavanter en aquells anys, que reinterpretava les normatives per als habitatges tutelats recentment editades per la Generalitat catalana en una clau molt més lliure, més domèstica, més de barri, per crear una família, una llar col·lectiva. El projecte és contemporani del WoZoCo i comparteixen, a més de les batalles de l'època, la ruptura dels límits entre els usos d'equipament i d'habitatge, i això passa en un temps en què el preu del sòl residencial comença a sortir de la lògica.

Imatge 18.
Edifici del carrer dels Botons
L'arquitecte José García-Ruiz Serra el va projectar per al Patronat Municipal de l'Habitatge l'any 1995. Fotografies: Martínez i Roig i del web de l'autor.

Després de l'edifici de Botons, començaren una sèrie de projectes d'habitatges col·lectius per a gent gran que tenien un interès indubtable: Vicens Mulet, al Jonquet, Álvaro Planchuelo, al barri del Sindicat, i l'equip Gotham, a la Soledat (vegeu la imatge 20),

construeixen per al Patronat Municipal de l'Habitatge. I hi hagué també el Projecte de Son Rossinyol per a l'IBAVI (vegeu la imatge 19), del qual ja hem parlat. Alguns d'aquests projectes s'executaren en solars dotacionals que eren propietat de l'Administració.

Imatge 19.

Edifici de 38 habitatges tutelats a Son Rossinyol

Dissenyat per Gabriel Golomb, Ángel Hevia, Luis Velasco, Ana García i Maria Antònia Garcias. Edifici promogut per l'Institut Balear de l'Habitatge (IBAVI). Fotografies del web dels autors.

Imatge 20.

Habitatges tutelats del Patronat de l'Habitatge de Palma

Emmarcats en la rehabilitació integral de la Soletat. Projecte de Gotham Arquitectes, gestionat per l'empresa Monto S. L.

Avui es treballa sobre propostes encara més obertes, com són els edificis intergeneracionals, en la versió de gent jove que dóna suport a gent gran, com en els projectes del Patronat de l'Habitatge d'Alacant (vegeu la imatge 21) o en els habitatges de suport als cuidadors de persones discapacitades quan aquells tornen grans. Són uns dissenys que, per obtenir una mica d'èxit—com tots els «habitatges amb suport»—, requereixen molta tasca de col·laboració entre l'equip tècnic de les obres i l'equip gestor que ha d'implementar el projecte funcional.

Imatge 21.

Habitatges intergeneracionals del Patronat de l'Habitatge d'Alacant

Edifici a la plaça d'Amèrica, de les arquitectes Carmen Pérez Molpeceres i Consuelo Argüelles, projectat el 2003. L'Associació Nacional de Promotors d'Habitatge i Sol (AVS) el premià com a millor projecte de l'any 2010.

Si alguna cosa hem après en tot aquest temps és que és costós i desesperant haver d'encaixar un projecte assistencial dins un edifici que no és l'adequat per al programa i que, a l'altre extrem, és un dispendi, una ruïna, desenvolupar un projecte arquitectònic per a un equipament sociosanitari quan no hi ha un programa d'utilització que el contingui, que el faci mesurat i viable. Dels exemples de projectes fallits, inacabats o reutilitzats al final per a un altre ús se'n podria escriure un altre article sencer, amb l'agreujant que, quan es juga amb arquitectura, la pèrdua d'un recurs és definitiva, perquè molt poques vegades es té l'oportunitat de repetir un projecte fracassat.

4. El futur: quan acabi la crisi

4.1. Ecologia

Hem conclòs el capítol anterior dient que un projecte social en un edifici inadequat és un infern i una arquitectura sense un projecte concret d'ús, un malbaratament. Intentarem ara quantificar aquestes dades.

Segons l'estudi de Deloitte de l'any 2006 (actualització d'un document publicat el 2004 que va ser imprescindible a l'hora d'estudiar els copagaments de dependència),[4] una plaça de residència a les Balears val més de 60 euros al dia. Construir una residència de 150 places costa al voltant de 8,5 milions d'euros. El termini d'amortització de les residències a les Balears, segons s'estableix als concursos d'adjudicació de l'any 2004, es troba en un límit de quaranta anys. Una hipoteca amb aquests paràmetres (8,5 milions a quaranta anys i un interès del 3,2% anual) ens donaria una quota de 31.410 euros al mes, que podem dividir per cada resident i per cada dia, i ens resultarà un cost diari de 6,98 euros.

Pot esser que aquests números siguin molt grollers: l'objectiu és simplement explicar que, dels seixanta euros al dia de cost de cada plaça, solament 6,98 corresponen a la despesa de l'arquitectura; els 53 restants es reparteixen en personal, subministraments, manteniment i menjar.

Si fem un altre càlcul igual de simple, sabrem que un treballador costa al voltant de 0,33 euros per plaça i dia. Per això, si l'arquitectura pogués suprimir dos treballadors, diguem que millorant les circulacions o facilitant el trànsit dels usuaris que necessiten ajuda, teòricament podria dedicar 800.000 euros més en el disseny de l'edifici i sortiria rendible. Aquesta hipòtesi s'aproxima molt al compte de la lletera, però il·lustra perfectament la situació contrària: un mal edifici pot tenir un cost desorbitat en personal, ja que exigiria, per qüestions de seguretat o, simplement, de circulacions, personal de reforç d'una manera quotidiana.

[4] Actualització de l'estudi: Deloitte (2006). *Perspectives de futur dels recursos d'atenció a la dependencia*.

D'aquest joc de xifres, creiem que en podem extreure tres conclusions per al futur:

- Primera: gestionar un edifici arquitectònicament mal dissenyat pot arribar a ser econòmicament inviable
- Segona: ser avar en els espais i en la qualitat dels materials no és necessàriament un bon negoci
- Tercera: s'hauria de prohibir radicalment, per una qüestió d'economia de mitjans (d'ecologia), que treballin per separat els equips de disseny arquitectònic i l'equip de gestió dels centres

4.2. Tipologies d'usuaris. Maneres de viure

Si alguna cosa quedarà clar al final d'aquesta crisi és que ja no podrem regalar recursos innecessaris, ja no podrem «fabricar un producte sociosanitari» i esperar que sigui ocupat. No n'hi haurà prou amb «gestionar els serveis de què disposa l'Administració i oferir-los amb garanties d'igualtat, universalitat i de transparència». A partir d'ara, els Serveis Socials hauran d'afinar la imaginació per treure el màxim de rendiment als recursos i a les persones. I aquests recursos limitats tindran una part de benedicció per als usuaris: els farà lluitar per la seva autosuficiència i obligarà les persones a carregar amb la responsabilitat de si mateixes, en la mesura que les forces els ho permetin.

Autosuficiència i intimitat són dos factors que tornaran a ser importants en el disseny d'equipaments nous (el segon, derivat directament del primer). Els dissenys nous han de partir de les capacitats dels usuaris, han de limitar al mínim el component assistencial, des dels habitatges col·lectius o els «allotjaments protegits» que crea el Pla nacional d'habitatge, i pujar graons fins arribar als habitatges completament tutelats. S'hauran d'utilitzar els centres de prevenció, els centres de dia i els d'estades nocturnes, que permeten mantenir les persones en les seves llars. Seran noves maneres d'aconseguir autonomia per a les persones que ho necessitin i que crearan noves maneres d'interrelació social. La senda ha de ser de baix a dalt: viure sol, amb ajuda, en grup, en col·lectivitat, a la residència, a l'hospital.

Tot això genera un problema que s'escapa de l'escenari arquitectònic. Com es pot desenvolupar aquesta escala amb un col·lectiu que tendeix necessàriament a perdre facultats cada dia? Què passa quan a una persona se li assigna un recurs i la minva de les seves capacitats li impedeix fer-ne ús? Què fem quan uns habitatges assistits s'omplen amb persones vàlides i deu anys després totes són dependents? Caldrà pujar-los en l'escala. En el futur, serà imprescindible crear mecanismes de rotació dels serveis, hi haurà equipaments molt més específics per a cada nivell de dependència que permetran més rendiment dels recursos i encadenar després una transició ràpida en funció de l'increment del nivell de necessitat.

4.3. Normatives

Sembla imprescindible, per això, que les administracions s'aturin a estudiar les vies per desenvolupar equipaments intermedis, juntament amb noves i imaginatives fórmules de viabilitat econòmica. Serà necessari introduir excepcions en la regulació urbanística, en la normativa de l'habitatge públic i en la legislació dels centres i serveis socials.

Caldrà crear un espai de legalitat per a projectes més amplis, més ambiciosos i més oberts, ja que l'aprovació no es pot limitar a complir les ràtios de metres per usuari o les ocupacions de planta o les densitats urbanístiques en edificis que probablement no trobaran definició en els quadres de regulació d'usos.

Hi ha veus que consideren que és necessari desregular els centres[5] i, més ara, que es dificulten les vies per finançar les millores que exigeixen les normatives. Nosaltres som més partidaris de revisar-ne els aspectes no essencials, ampliar-ne les opcions de futur i eliminar-ne criteris generalistes i de tendència.

Davant unes normes que estableixen l'amplada mínima de passadís per a tots els centres sociosanitaris, ja sigui el futur centre de Son Dureta o un local a Búger, volem reivindicar «el dret a disposar d'un pla individual d'atenció personal o familiar d'acord amb la valoració de la seva situació», com estableix l'article 7 de la Llei de serveis socials de les Illes Balears (Llei 4/2009).

Com a arquitectes, ens és molt més senzill parlar de l'amplada del passadís, del pendent de la rampa, però, a l'hora d'escometre el disseny dels centres, haurien de prevaler els drets «a l'exercici de la llibertat individual per romandre en el servei, a la intimitat i a la privacitat en les diverses accions de la vida quotidiana, a considerar com a domicili el centre residencial on viuen, i a mantenir la seva relació amb l'entorn familiar i social» (art. 9 de la Llei 4/2009), llegits de la manera més àmplia, més humana, més de llar. Tant els dissenyadors dels centres com els responsables de regular-los des de les administracions hauran de lluitar per aconseguir aquest plus de drets amb menys mitjans, amb unes limitacions mètriques molt més sensates i amb un esforç de gestió que asseguri que la inversió no quedi paralitzada ni un sol dia per problemes burocràtics.

4.4. Reutilitzar, reciclar, reduir

Han passat quinze anys des que Gunther Moewes escrigué el seu article «Solar, defensiva o ambdues coses?», un text que encara avui subscrivim. Afirma: «la idea que els edificis de baix

[5] A manera d'exemple, la direcció de la UNAC (Unió d'Associacions, Centres i Federacions d'Assistència a Persones amb Discapacitat de les Balears) considerava, el febrer d'enguany, que s'han de «desregular molts aspectes que han estat regulats aquests últims anys, però que és absolutament impossible complir-los, si no hi ha pressupost». Noguera B. *Diario de Mallorca*, 25/02/2012.

consum energètic són respectuosos amb el medi ambient i que, a través de la construcció de més edificis d'aquest tipus, complirem les promeses fetes a la Cimera de Río [...], és, naturalment, una estupidesa. Un edifici nou mai no estalvia energia, sinó que genera noves necessitats energètiques, i qualificar sòl nou per urbanitzar-lo és fonamentalment antiecològic. Bàsicament, solament hi ha tres processos que poden conduir raonablement a reduir les necessitats energètiques o la càrrega sobre el medi ambient: rehabilitar edificis existents, substituir edificis antics ecològicament malgastadors per noves formes de baix consum i tancar els intersticis entre els edificis».[6]

Quan parlam, però, de centres sociosanitaris, executar projectes adaptats sobre vells contenidors té uns costos que no podem oblidar. Adequar un centre en un espai urbà, dins una caserna o dins un convent requerirà sens dubte alguns sacrificis en la gestió del centre derivats de les dificultats de fer encaixar el programa en l'edifici. Tindrà altres avantatges: les possibilitats de relació amb la ciutat, amb els ciutadans, que no han de ser desestimades. En els costos de gestió, però, no ens hem d'enganyar i no s'hi val carregar sobre el disseny i sobre el dissenyador tots els problemes de l'univers.

4.5. «Gallinas & Focas». Imaginació cap a l´excel·lència

Fa poc temps hem assistit a una experiència inusual: l'èxit de la fabricació d'un vi, «Gallinas & Focas», per part d'Amadip Esment en col·laboració amb els excel·lents creadors d'«Ànima Negra». No hem pogut tastar-lo, però sí els tomàquets i els enciams dels seus horts a s'Illa Verda, i creiem que aquest és el camí: fomentar des de la imaginació sense límits la recerca de l'excel·lència.

Per part de les administracions s'ha de treballar per adaptar-se a la velocitat dels canvis, a les demandes de la societat, als diversos col·lectius que de cada vegada senten més com un dret el respecte a la seva diferència.

Des de l'arquitectura, s'hauria de treballar en la creació d'espais amables, tenint cura dels colors i els materials. Treballar des de l'escala domèstica, tot i que fossin equipaments institucionals. Dur a terme els projectes amb criteris d'integració en l'entorn urbà i en el medi ambient, i que des de la gènesi hi hagi interrelació, diàleg, entre el projecte social i el programa arquitectònic. Treballar amb criteris de funcionament adaptats a la diversitat de totes les persones i als seus nivells d'autonomia. Queda encara molt espai on treballar.

---

[6] El text de Moewes, publicat el 1997 a la revista *Detall* 3, va ser recollit l'any 1999 per Carlos Verdaguer, a «Paisaje antes de la batalla. Apuntes para un necesario debate sobre el paradigma ecológico en arquitectura y urbanismo» i el reproduíem més tard a «Vivienda, barrio y hogar», article publicat a la *Revista d'Afers Socials* i que ens ha servit de base per estructurar aquest capítol.

Referències bibliogràfiques

Ajuntament de Palma (2008). *Premi Ciutat de Palma Guillem Sagrera d'Arquitectura 2007. 38 pisos tutelats per a persones grans*. Palma.

Asociación Española de Promotores Públicos de Vivienda y Suelo (2011). *Las mejores prácticas en vivienda protegida. Premios AVS 2010. Mejor actuación en el ámbito de la intervención sociocomunitaria*. Sánchez Lampreave (ed.), pàg. 94-105.

Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid (2003). «Residencia de Santa Rita, proyecto de Manuel Ocaña del Valle». *Arquitectura* 332, pàg. 109-112.

Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid (2007). «Centro integrado de atención a discapacitados Arganda del Rey, Madrid». *Arquitectura* 338, pàg. 34-39.

Deloitte (2006). *Perspectivas de futuro de los recursos de atención a la dependencia*. Actualització de l'estudi. <http://es.scribd.com/rhonaldq/d/41776895-deloitte-perspectivas-02> [consultat el 24 de maig de 2012].

Duque, K. (2012). «Pisos tutelados para personas mayores». A: Velasco, Luís. *Plataforma arquitectura.* <http://www.plataformaarquitectura.cl/2012/06/14/pisos-tutelados-luis-velasco-roldan/>.

Eggers, W. D. (2008). «Ciudadanos mayores». *Deloitte reseach*: <http://www.deloitte.com/assets/Dcom-Spain/.../es_Ciudadanos%20mayores(1).pdf> [consultat el 25 de maig de 2012].

García-Solera, J. (2006). *Viviendas tuteladas y centro de día. San Vicente del Raspeig*. ARA 06, Alicante Recent Architecture. Alacant: Mengual, A. (ed.). <http://www.via-arquitectura.net/ara06/ara06-060.htm>.

Levene, R.; Márquez, F. (ed.) (1997). «Apartamentos WoZoCo's. MVRDV arquitectos». *El croquis* 86, pàg. 74–87.

Levene, R.; Márquez, F. (ed.) (2010). «Centro de Día y Viviendas Tuteladas en San Vicente del Raspeig». A: García-Solera, J. «Experimentos colectivos II». *El croquis* 149, pàg. 108-117.

Martínez, J. M. (2011). «Vivienda, barrio y hogar. La intervención de las administraciones en el ámbito de la residencia». *Revista d'Afers Socials* 6. Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració. <http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST205ZI102330&id=102330>.

Moewes, G. (1997). «¿Solar, defensiva o ambas cosas?» *Detail* 3.

Minguet, J. M. (ed.) (2009). *Contemporary living spaces for the elderly. Arquitectural desing*. Barcelona: Instituto Monsa Ediciones.

Mostaedi, A. (1998). *Residences for the erderly. Arquitectural desing*. Barcelona: Instituto Monsa Ediciones.

ON diseño (2007, novembre). Premis FAD 2007: *Centro integrado de atención a discapacitados Arganda del Rey, Madrid*. Rubén Picado Fdez. i M. José de Blas Gutiérrez de la Vega. ON 287. <http://www.ondiseno.com/proyecto.php?id=1077>.

ON diseño (2007, novembre). Premis FAD 2007: *Residencia de la Tercera Edad y Centro de Día en Durango (Vizcaya)*. Roberto Ercilla i Miguel Ángel Campo. ON 287. <http://www.ondiseno.com/proyecto.php?id=1075>.

Patronat Municipal de l'Habitatge (1983). Exposició «Sa Calatrava, estudi bàsic de rehabilitació». Arxiu fotogràfic PMH.

Pérez, C.; Jareño, M. (2010). *Viviendas intergeneracionales y servicios ciudadanos de proximidad. Taller sobre alojamientos para mayores*. Patronat Municipal de l'Habitatge d'Alacant.

Verdaguer, C. (1999). «Paisaje antes de la batalla. Apuntes para un necesario debate sobre el paradigma ecológico en arquitectura y urbanismo». *Urban* 3. Universidad Politécnica de Madrid.

Llocs web dels arquitectes (consultats el maig 2012)

Canet, J.: <http://www.juanacanetarquitectos.com/equipo.html>.

Castell, A.; Pons, C.; Barceló, A., Balanzó, B.: <http:// www.bbarquitectes.com>.

De la Puerta, J. M.; Asensio, C.: <http://www.delapuerta.com>.

Flexo Arquitectura: <http://www.flexoarquitectura.com/>.

García-Ruiz, J.: <http://rambla9.com/proyectos>.

Hevia, A.: <http://angelhevia.com/?page_id=53>.

McLaughlin, N. arquitects: <http://www.niallmclaughlin.com/0110_1.html>.

MVRDV arquitects: <http://www.mvrdv.nl/#/projects>.

Picado, R.; De Blas, M. J.: <www.picadodeblas.com/>.

Romero, A.: <http://www.alfonsromero.com>.

Van Velsen, K.: <http://www.koenvanvelsen.com/rehabilitation.html>.

Velasco, L.: <http://luisvelascoroldan.com/>.

Autors

JUAN MANUEL MARTÍNEZ ÁLVAREZ

(Madrid, 1960) és arquitecte per l'Escola Tècnica Superior d'Arquitectura de la Universitat Politècnica de Madrid. Des de 1989, és arquitecte del Patronat Municipal de l'Habitatge de Palma. Entre els anys 2007 a 2010 ha estat gerent del Consorci de Recursos Sociosanitaris i Assistencials de Mallorca i durant l'any 2011 va ser nomenat, després de la unificació dels consorcis insulars, Gerent del Consorci de Recursos Sociosanitaris de les Illes Balears. És coautor, juntament amb Susan Roig, de diverses publicacions sobre patrimoni i medi ambient.

SUSAN ROIG MERINO

(Norwalk, E.E.U.U. 1960) és arquitecta per l'Escola Tècnica Superior d'Arquitectura de la Universitat Politècnica de Madrid i ha desenvolupat la seva activitat en l'exercici lliure de la professió dissenyant nombrosos equipaments educatius i assistencials, entre els quals destaca la rehabilitació del convent de Son Carrió per reconvertir-lo en centre de dia i biblioteca. Juntament amb Juan Manuel Martínez, és coautora de publicacions diverses sobre patrimoni i medi ambient.

Universitat de les Illes Balears

Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal

Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2012

Govern de les Illes Balears

Conselleria de Salut, Família i Benestar Social