

---

# **BASES PER A LA PROMOCIÓ DE L'ENVELLIMENT ACTIU I SALUDABLE**



© 2014, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Secretaria de Salut Pública



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 3.0 de Creative Commons.

La llicència es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/>

1

## **Edita**

Agència de Salut Pública de Catalunya

## **Primera edició**

Barcelona, maig 2014

## **Assessorament lingüístic**

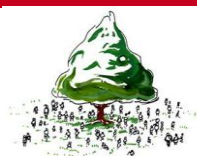
Secció de Planificació i Normalització Lingüística del Departament de Salut

## **Disseny gràfic i maquetació**

Agència de Salut Pública de Catalunya

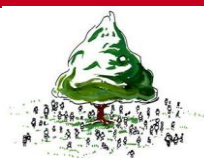
## **URL**

**[BASES PER A LA PROMOCIÓ DE L'ENVELLIMENT ACTIU I SALUDABLE](#)**



**«L'envelliment de la població és, abans que res i sobretot, una història de l'èxit de les polítiques de salut pública, així com del desenvolupament social i econòmic...»**

**Gro Harlem Brundtland, directora general de l'Organització Mundial de la Salut (World Health Organization), 1999**



---

## Editors

Eulàlia Roure Cuspinera

Jaume Serra Farró

## Autors

### Agència de Salut Pública de Catalunya-Departament de Salut

Cabezas Peña, Carmen

Castell Abad, Conxa

Robert Isart, Roger

Roure Cuspinera, Eulàlia

Serra Farró, Jaume

Vallbona Calbó, Carles

### Grup d'Envelliment Actiu del PAAS:

Artazcoz Lazcano, Lucia (Agència de Salut Pública de Barcelona)

Baena Díez, José Miguel (Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària)

Carné Teixidó, Josep (Federació d'Associacions de Gent Gran de Catalunya)

Cugat Leseurs, Mario (Federació d'Associacions de Gent Gran de Catalunya)

Megido Badia, M. Jesús (Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya)

Padró Massaguer, Laura (Universitat de Barcelona)

Playà Pujols, Immaculada (Fundació Agrupació)

Rius Méndez, Laura (Fundació Edad & Vida)

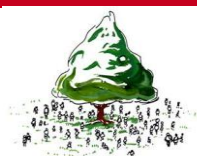
Roig i Canals, Susanna (Creu Roja)

Roset i Elias, M. Assumpció (Comissionada d'Alcaldia de la Gent Gran. Ajuntament de Barcelona)

Sánchez Ferrín, Pau (Pla Director Sociosanitari)

Tor i Palau, Mercè (Ajuntament de Lleida)

Violan Fors, Mariona (Secretaria General de l'Esport)



## PRESENTACIÓ

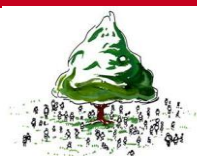
Ben entrada ja la segona dècada del segle XXI, és una realitat indubtable que la societat catalana, de manera anàloga a la resta de societats desenvolupades, experimenta un procés creixent d'envelliment i de sobreenvelliment de la població. Les millores socials i econòmiques dels darrers cinquanta anys han comportat, entre altres efectes, que s'incrementi l'esperança de vida i es redueixi la natalitat, cosa que comporta, doncs, una evolució demogràfica que fa créixer cada cop més el col·lectiu de gent gran, i que previsiblement prosseguirà en les properes dècades.

Aquest col·lectiu necessita una atenció preferent per part dels poders públics, paral·lela al grau d'intensitat amb què ha anat creixent, fugint de concepcions que el vinculen amb la retirada de la vida activa, la malaltia i la dependència.

Des de fa ja uns quants anys, s'han anat configurant paradigmes alternatius que, com és el cas de l'envelliment actiu que promou l'Organització Mundial de la Salut o l'envelliment saludable que impulsa la Unió Europea, conceben el procés d'envelliment des d'una òptica molt més positiva. Més enllà del fet cronològic, envellir no seria altra cosa que assolir, per part dels individus, el seu potencial de benestar físic, mental i social al llarg d'una vida, i participar en la societat d'acord amb les necessitats, els desigs i les capacitats de cadascú. Aquestes concepcions posen l'accent en el manteniment i la prolongació de l'autonomia personal, i remarquen la importància de les relacions interpersonals, i alhora volen combatre els estereotips negatius i la discriminació per edat, posant en valor les contribucions que la gent gran fa a la societat. D'altra banda, si bé destaquen el pes de la genètica i la variabilitat individual en el procés d'envellir —fet que derivaria en una heterogeneïtat notable i creixent entre el col·lectiu de persones grans— també atribueixen bona part d'aquestes diferències a les desigualtats socials existents en funció del sexe, la renda o el nivell educatiu, entre altres determinants que condicionen en primera instància les nostres possibilitats de salut, modulant les xarxes socials i els estils de vida que acabem adoptant.

L'acció sobre els determinants socials de la salut, en especial en gent gran, requereix del compromís de tot el Govern i tots els sectors de la societat.

El Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP) aprovat al febrer de 2014, recull l'acció de govern que té resultats en Salut. Entre les activitats que inclou està la potenciació de la



---

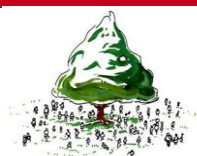
col·laboració entre serveis socials i l'atenció primària, de la salut comunitària, i altres que tenen especial rellevància entre la gent gran, amb l'objectiu d'incrementar els anys en bona salut.

Així doncs esperem que aquest Document de bases per a la promoció de l'envelliment actiu i saludable, que emmarquem en el PINSAP, i que s'ha elaborat en col·laboració amb diferents Departaments, entitats, institucions de l'àmbit ajudi a millorar la salut de la gent gran de Catalunya.



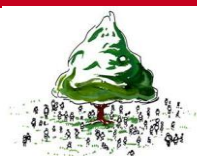
Antoni Mateu,

Secretari de Salut Pública

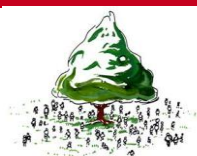


# Índex

<b>PRESENTACIÓ</b> .....	<b>4</b>
<b>1. RESUM</b> .....	<b>9</b>
<b>2. DEMOGRAFIA DE L'ENVELLIMENT</b> .....	<b>11</b>
<b>3. L'ENVELLIMENT ACTIU I SALUDABLE</b> .....	<b>24</b>
3.1. Els nous paradigmes d'envelliment actiu i envelliment saludable.....	24
3.2. Nocions clau .....	25
3.2.1. Autonomia i dependència .....	25
3.2.2. Participació.....	26
3.2.3. Curs vital .....	26
3.2.4. Ètica, cultura i heterogeneïtat .....	27
3.2.5. Desigualtats en salut .....	27
3.3. Determinants de l'envelliment.....	28
3.3.1. Gènere .....	30
3.3.2. Cultura.....	31
3.3.3. Determinants relacionats amb l'entorn social.....	31
3.3.4. Determinants econòmics .....	32
3.3.5. Determinants relacionats amb l'entorn físic .....	33
3.3.6. Serveis socials i de salut .....	33
3.3.7. Determinants conductuals .....	34
3.3.8. Determinants vinculats a la persona .....	34
<b>4. L'ENVELLIMENT ACTIU I SALUDABLE A CATALUNYA</b> .....	<b>36</b>
4.1. Objectius i línies estratègiques .....	36
4.2. Línia estratègica 1. Suport social i participació .....	37
4.2.1. Evidència.....	37
4.2.2. Situació actual a Catalunya .....	37
4.2.3. Efectivitat de les intervencions.....	39



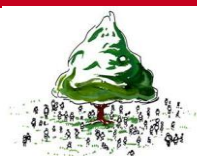
4.2.4. Objectiu i proposta d'actuacions .....	39
4.2.5. Bones pràctiques .....	40
4.3. Línia estratègica 2. Entorn .....	44
4.3.1. Evidència.....	44
4.3.2. Situació actual a Catalunya .....	45
4.3.3. Efectivitat de les intervencions.....	48
4.3.4. Objectiu i proposta d'actuacions .....	48
4.3.5. Bones pràctiques .....	49
4.4. Línia estratègica 3. Ocupació .....	50
4.4.1. Evidència.....	50
4.4.2. Situació actual a Catalunya .....	51
4.4.3. Efectivitat de les intervencions.....	53
4.4.4. Objectiu i proposta d'actuacions .....	54
4.4.5. Bones pràctiques .....	55
4.5. Línia estratègica 4. Formació i aprenentatge.....	57
4.5.1. Evidència.....	57
4.5.2. Situació actual a Catalunya .....	57
4.5.3. Efectivitat de les intervencions.....	60
4.5.4. Objectiu i proposta d'actuacions .....	60
4.5.5. Bones pràctiques .....	61
4.6. Línia estratègica 5. Alimentació, activitat física i salut mental .....	62
4.6.1. Evidència.....	62
4.6.2. Situació actual a Catalunya .....	64
4.6.3. Efectivitat de les intervencions.....	68
4.6.4. Objectiu i proposta d'actuacions .....	69
4.6.5. Bones pràctiques .....	70
4.7. Línia estratègica 6. Prevenció de lesions no intencionades .....	73
4.7.1. Evidència.....	73





---

4.7.2. Situació actual a Catalunya .....	74
4.7.3. Efectivitat de les intervencions .....	78
4.7.4. Objectiu i proposta d'actuacions .....	79
4.7.5. Bones pràctiques .....	79
4.8. Línia estratègica 7. Prevenció de riscos .....	81
4.8.1. Evidència.....	81
4.8.2. Situació actual a Catalunya .....	82
4.8.3. Efectivitat de les intervencions .....	87
4.8.4. Objectiu i proposta d'actuacions .....	88
4.8.5. Bones pràctiques .....	88
4.9. Línia estratègica 8. Serveis de salut.....	90
4.9.1. Evidència.....	90
4.9.2. Situació actual a Catalunya .....	91
4.9.3. Efectivitat de les intervencions .....	95
4.9.4. Objectiu i proposta d'actuacions .....	97
4.9.5. Bones pràctiques .....	97
<b>5. DOCUMENTS DE REFERÈNCIA.....</b>	<b>100</b>



## 1. RESUM

L'any 2011 el nombre de persones més grans de 64 anys a Catalunya era d'1.265.027 (17% sobre el total de població). L'índex de sobreenvelliment, que mesura el volum de població de 85 anys i més amb relació al de 65 i més, se situa l'any 2011 a Catalunya en el 14,3%. Les estimacions de l'Idescat ens diuen que en les properes dècades és molt probable que es dupliqui el volum de població de 65 anys i més, i que passi de l'actual milió i quart a xifres properes als 2.500.000. Per tant, aquest col·lectiu necessita una atenció preferent per part dels poders públics, paral·lela al grau d'intensitat amb què ha anat creixent, fugint de concepcions que el vinculen a la retirada de la vida activa, la malaltia i la dependència.

En consonància amb les orientacions de l'Organització Mundial de la Salut i la Unió Europea, l'Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) del Departament de Salut proposa una estratègia per fomentar l'envelliment actiu i saludable que es concreta en vuit línies estratègiques i els seus objectius respectius:

### 1. Línia estratègica 1. Suport social i participació

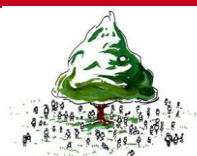
**Objectiu:** Promoure les relacions socials de la gent gran, els contactes intergeneracionals i el voluntariat, i impulsar-ne la plena participació en la vida comunitària i col·lectiva.

### 2. Línia estratègica 2. Entorn

**Objectiu:** Desenvolupar accions que millorin la qualitat i la seguretat dels entorns, tant interiors com exteriors, i facilitin la mobilitat de les persones grans.

### 3. Línia estratègica 3. Ocupació

**Objectiu:** Estimular la participació dels treballadors de més edat en l'àmbit laboral, promoure la qualitat de la vida laboral i facilitar una bona transició a la jubilació.



#### 4. Línia estratègica 4. Formació i aprenentatge

**Objectiu:** Promoure l'aprenentatge permanent de totes les persones grans a través de recursos educatius, vetllant especialment per l'accés d'alguns col·lectius diana en particular, entre els quals, els qui no han finalitzat el nivell bàsic d'estudis reglats.

10

#### Línia estratègica 5. Alimentació, activitat física i salut mental

**Objectiu:** Promoure l'alimentació i l'activitat física saludables entre la població general i la gent gran en particular, amb una atenció especial en els col·lectius que presenten pitjors resultats de partida. Millorar el coneixement i desenvolupar actuacions específiques sobre la salut mental de les persones grans.

#### Línia estratègica 6. Prevenció de lesions no intencionades

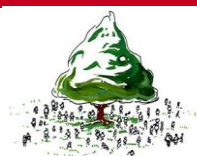
**Objectiu:** Incorporar actuacions per a la prevenció de lesions no intencionades en tota la diversitat de programes sectorials que actuen sobre la gent gran: activitat física i alimentació saludable, prescripció de medicaments, circuits de derivació a especialistes, i seguretat en l'habitatge i els espais públics, principalment.

#### Línia estratègica 7. Prevenció de riscos

**Objectiu:** Fer aflorar el fenomen dels maltractaments a la gent gran i desenvolupar les accions necessàries per prevenir-lo, per mitjà de la sensibilització, la formació i la recerca. Combatre els consums no saludables que, com el tabac i l'excés d'alcohol, incrementen el risc de mala salut de la gent gran.

#### Línia estratègica 8. Serveis de salut

**Objectiu:** Adequar el funcionament dels serveis de salut a les necessitats de les persones grans garantint-ne l'accés, millorant-ne el grau de participació en les activitats preventives, formant els professionals perquè brindin una atenció més adaptada i desenvolupant els mecanismes que assegurin un millor ús dels medicaments.



## 2. DEMOGRAFIA DE L'ENVELLIMENT

Les societats desenvolupades estan plenament immerses en el fenomen de l'envelliment poblacional. El percentatge de persones més grans de 64 anys respecte del total poblacional creix cada cop amb més intensitat arreu, tant en els països desenvolupats com, sobretot, en els que es troben en vies de desenvolupament. El procés d'envelliment de la població s'explica pel creixement d'aquest grup d'edat, producte de l'increment de l'esperança de vida, i el declivi del grup integrat per infants i joves, com a conseqüència del descens en la fertilitat femenina, cosa que dibuixa una piràmide poblacional que cada cop més abandona la forma triangular i muta en un cilindre. Alhora, si prenem com a referència la població de 65 anys i més, són els subgrups de més edat (80 i més) els que creixen amb més força. En el cas de Catalunya, podem observar-hi totes aquestes evolucions:

11

- L'**esperança de vida** en néixer de la població catalana és de les més altes del món (82,3 anys el 2010; 85,2 les dones i 79,3 els homes), per sobre dels nivells assolits en els estats espanyol (81,5 anys, 84,6 les dones i 78,4 els homes) i francès (81,2 anys, 84,6 les dones i 77,6 els homes) i per sobre de la mitjana dels 27 estats de la Unió Europea (79,0 anys, 81,9 les dones i 76,0 els homes, per a l'any 2009). Arribats als 65 anys, l'esperança de vida arriba fins als 20,6 anys, 18,4 els homes i 22,5 per a les dones. S'observa, a més, una llarga tendència de creixement, que en el transcurs de les darreres tres dècades ha representat un increment de més de 6 anys, tant per als homes com per a les dones, tal com ho il·lustra la figura 1.

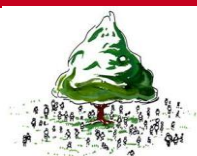
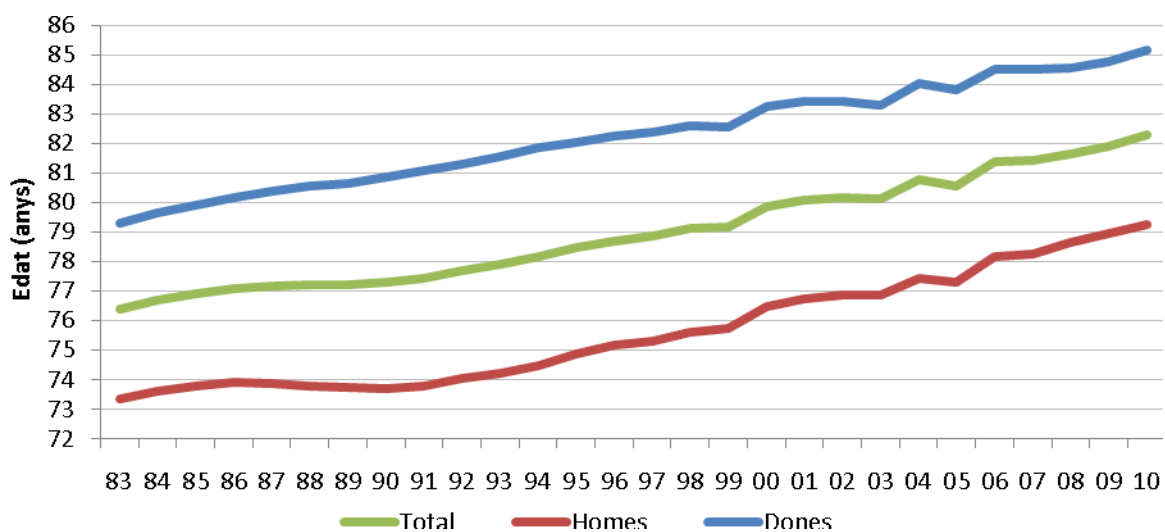


Figura 1. Evolució de l'esperança de vida en néixer a Catalunya (1983-2010)



Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Idescat.

En els propers anys, a més, s'esperen increments nous i notables: entre el 2005 i el 2050, s'espera que l'esperança de vida creixi 7 anys per als homes i 5 per a les dones (SNIPH, 2007).

- Seguint aquesta mateixa tendència, el **volum de població de 65 anys i més** ha crescut fortament i de manera constant a Catalunya els darrers trenta anys, i gairebé duplica les xifres entre el 1981 (667.000 habitants) i el 2011 (1.265.000).

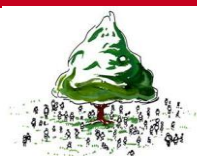
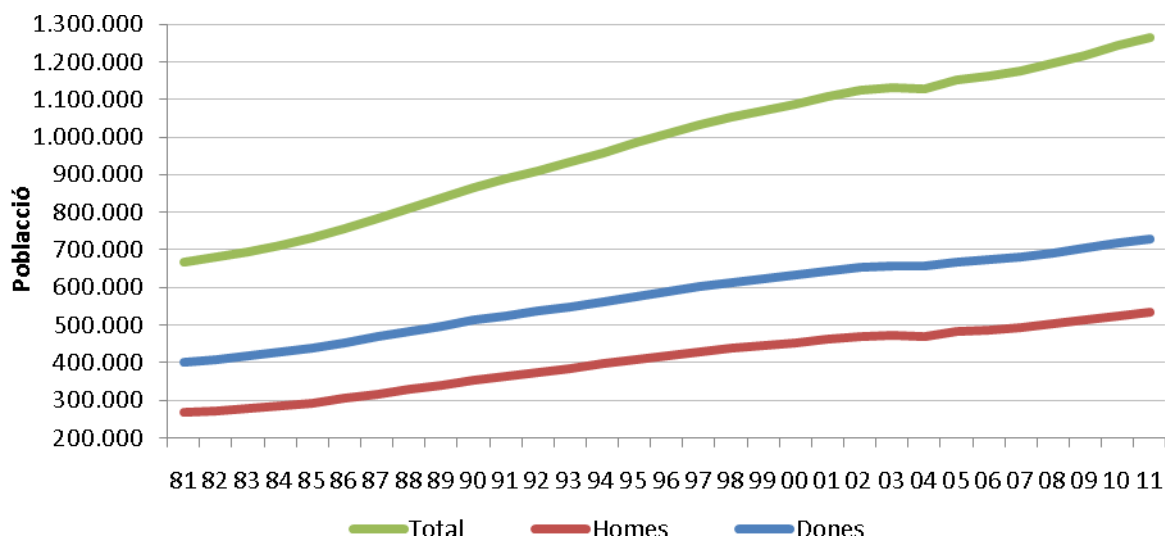


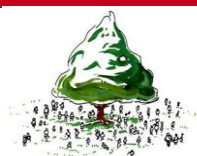
Figura 2. Evolució de la població\* de 65 anys i més a Catalunya (1981-2011)



Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Idescat.

\* Estimacions postcensals a 31 de desembre per als anys 2001-2011 i intercensals per als anys 1981-2001.

- Així, l'any 2011, el nombre de persones més grans de 64 anys a Catalunya era d'1.265.027, una xifra que ja representa un 17% sobre el total de la població i que s'aproxima als percentatges del conjunt de l'Estat espanyol i dels països del nostre entorn (17,1% a Espanya, 16,9% a França, i 17,5% a la UE-27). Si ens fixem en la **distribució per sexe i edat** de la figura 3, s'hi observa un clar predomini femení, més accentuat en els grups d'edat més avançats.



**Figura 3. Distribució de la població de 65 anys i més per sexe i grup d'edat a Catalunya (2011)**

	Homes	Dones	Total
De 65 a 74 anys	281.966	323.652	605.618
%	52,7	44,3	47,9
De 75 a 84 anys	196.389	282.467	478.856
%	36,7	38,7	37,9
85 anys i més	56.869	123.684	180.553
%	10,6	16,9	14,3
<b>Total 65 anys i més</b>	<b>535.224</b>	<b>729.803</b>	<b>1.265.027</b>
<b>Percentatge sobre el total població</b>	<b>14,6</b>	<b>19,4</b>	<b>17,0</b>

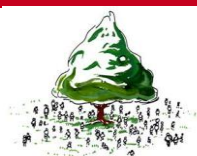
Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Idescat.

- I és que una de les característiques més definitòries del col·lectiu de gent gran és la feminització. La **raó de masculinitat**, és a dir, el nombre d'homes per cada 100 dones és clarament inferior en la població de 65 anys i més (73) amb relació a la més jove (107 entre 0 i 14 anys, i 102 entre 15 i 64); si centrem l'atenció en aquest grup, s'observa també un decreixement clar com més avança l'edat.

**Figura 4. Raó de masculinitat per grup d'edat a Catalunya (2011)**

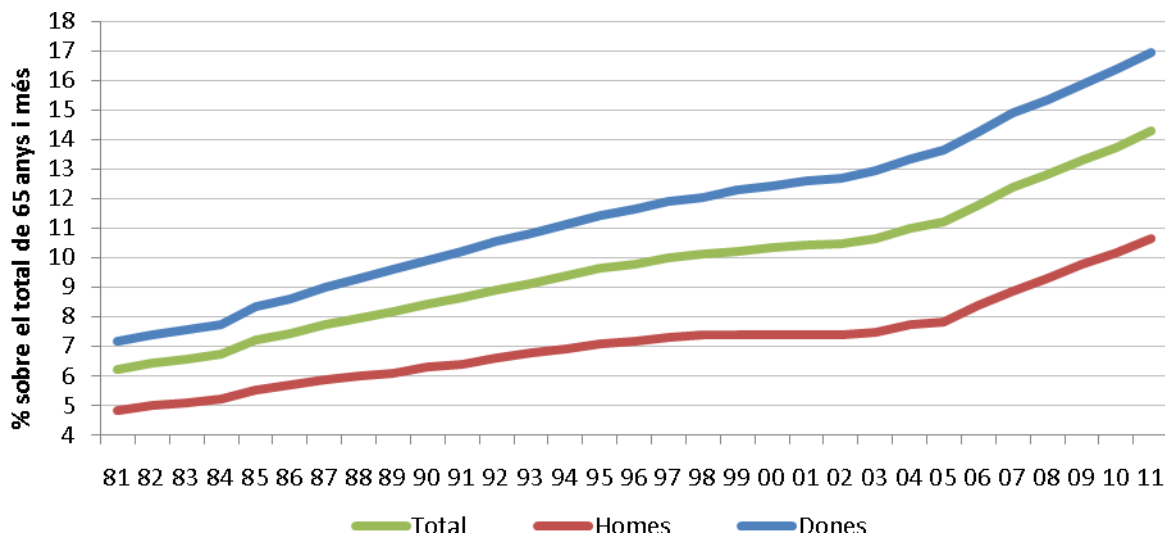
	Raó
De 0 a 14 anys	106,7
De 15 a 64 anys	102,2
De 65 anys i més	<b>73,3</b>
De 65 a 74 anys	87,1
De 75 a 84 anys	69,5
85 anys i més	46,0
Total població	<b>97,3</b>

- Alhora, són precisament els grups de més edat els que més han crescut arreu. L'**índex de sobreenvelliment**, que mesura el volum de població de 85 anys i més amb relació al de 65 i més, se situa l'any 2011 a Catalunya en el 14,3%, un punt per sota del valor francès (15,4), però per sobre de l'espanyol (13,5) i del comunitari (12,6), i ha



experimentat un creixement molt important en els darrers trenta anys, especialment intens des del 2006.

Figura 5. Evolució de l'índex de sobreenvelliment a Catalunya (1981-2011)



Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Idescat.

- Paral·lelament, la fertilitat ha experimentat una tendència general al retrocés tant a Catalunya com a Europa, malgrat el repunt que es va produir en l'àmbit català, entre altres indrets, durant la primera dècada del segle XXI. Així, la **taxa bruta de natalitat**, que l'any 1975 se situava a Catalunya en el 20,4‰ (20 naixements per cada 1.000 habitants), per sobre dels registres espanyol (18,8), francès (14,1) o dels països de l'actual Unió (14,7), ha anat descendint fins representar, l'any 2011, poc més de la meitat de les que inicialment es marcaven (10,9 a Catalunya, per 10,2 a Espanya, 12,6 a França, i 10,4 a la UE-27), tal com ho mostra la figura 6.

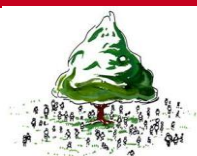
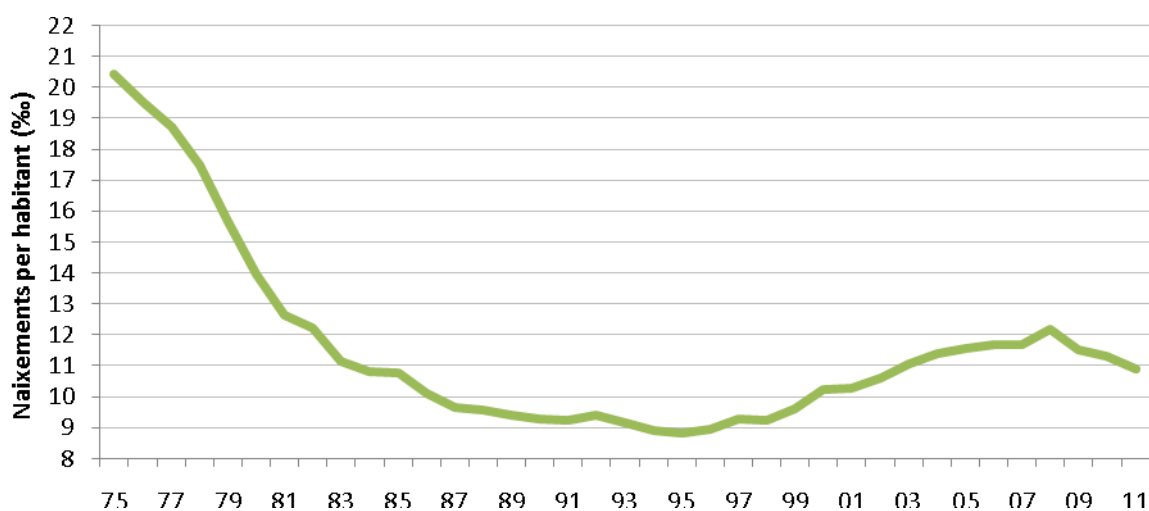




Figura 6. Evolució de la taxa bruta de naixements a Catalunya (1975-2011)



Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Idescat, l'INE i l'Eurostat.

També l'**indicador conjuntural de fecunditat**, que mesura el nombre mitjà de fills que una dona tindrà hipotèticament entre els 15 i els 49 anys (si s'ajusta a les taxes de fecunditat per edat en un any donat), ha anat descendant a Catalunya: partint dels 2,7 fills per dona de 1975, ha assolit mínims històrics a mitjan anys noranta del segle passat (1,1), s'ha recuperat durant la primera dècada del segle XXI (amb un pic d'1,54 l'any 2008), i ha tornat a entrar en una dinàmica de lleu descens en aquests darrers anys, amb un nivell final d'1,43 fills per dona l'any 2011, un xic per sobre de l'espanyol (1,36), però per sota d'estats com França (2,01 l'any 2010) o la mitjana comunitària (1,59 a la UE-27 l'any 2009), i encara lluny del nivell que garanteix el reemplaçament de la població (2,1).

- Així, la **relació entre els volums de població més gran de 64 anys i més petita de 15** ha experimentat un canvi substancial en aquests darrers anys, amb una inversió clara de posicions. Si observem el pes relatiu d'aquests dos subgrups sobre el total de població a Catalunya que mostra la figura 6, es veu perfectament aquesta evolució, parcialment frenada en els darrers deu anys per l'arribada de població nouvinguda jove i el consegüent repunt de la fertilitat.

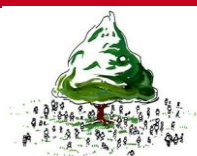
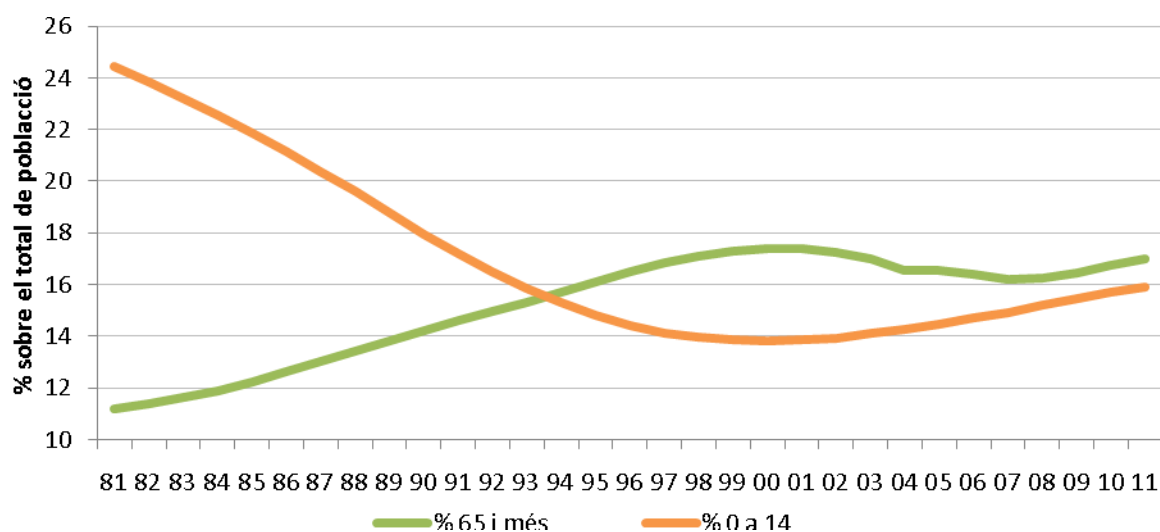


Figura 7. Evolució dels percentatges de població de 0-14 anys i de 65 i més a Catalunya (1981-2011)



Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Idescat.

En conseqüència, l'**índex d'envelliment**, que relaciona precisament el volum de població de 65 anys i més amb el de menys de 15, ha passat del 45,8 de l'any 1981 al 107 del 2011.

Les **piràmides poblacionals** catalanes del 1981 i el 2011 presenten unes estructures ben diferents.

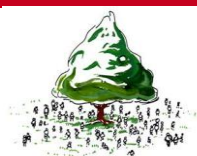
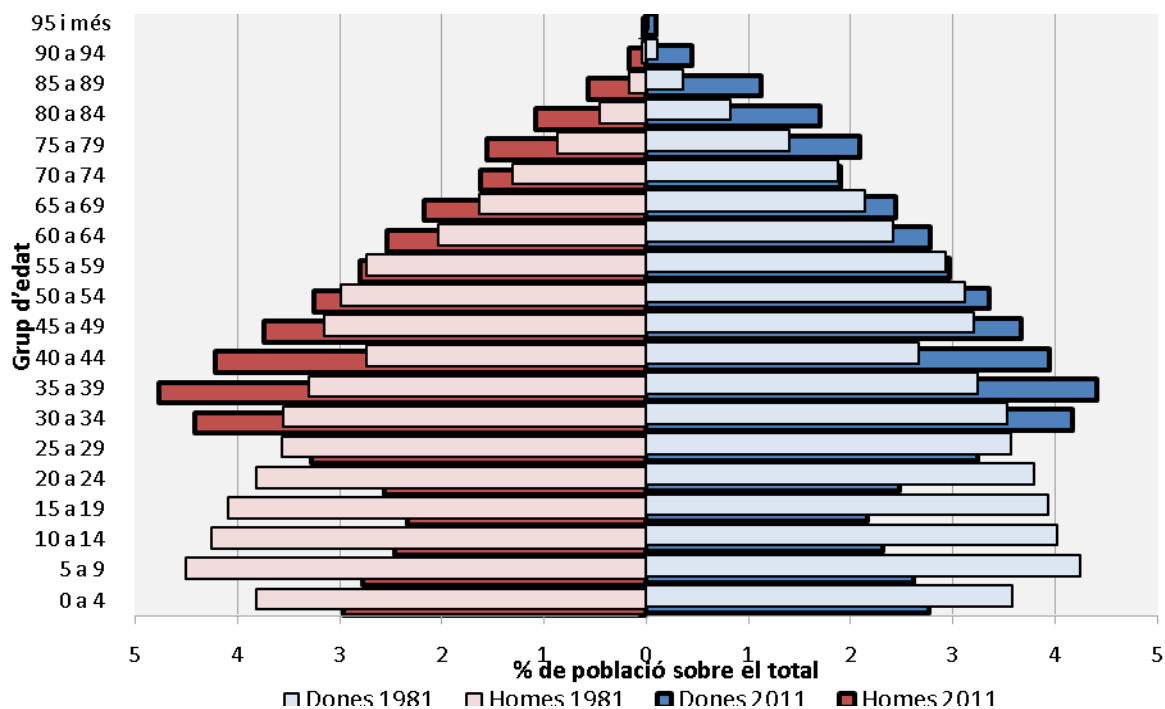


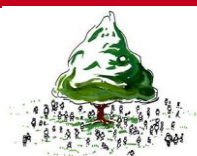
Figura 8. Piràmides poblacionals a Catalunya (1981 i 2011)



Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Idescat.

Partint d'una estructura piramidal, s'ha evolucionat cap a un perfil d'urna, amb una base més estreta que el tronc central, cosa que denota una baixa capacitat de renovació i un envelliment poblacional progressiu. Les aportacions de població nouvinguda durant la dècada passada han moderat la pèrdua de pes de les cohorts infantils i han incrementat el de les de 30 a 40 anys. Tanmateix, un dels canvis més visibles, juntament amb la disminució dels grups entre els 10 i els 25 anys i l'augment dels grups que ronden els 40 (generacions del *baby boom*), és, sens dubte, el creixement notori que han experimentat totes les cohorts a partir dels 60 anys, gràcies sobretot a la millora de les taxes de supervivència.

Per als propers anys cal esperar, a més, una agudització global del declivi en les taxes de fertilitat i un increment encara més gran del pes relatiu de la gent gran als principals països desenvolupats, i ha assolit, en els casos del Japó, Alemanya, Itàlia i altres països europeus, proporcions properes al terç sobre el total de la població per a l'any 2025. A Catalunya, la piràmide poblacional ja permet anticipar que, un cop finalitzada l'arribada de les cohorts minvades per la Guerra Civil i els anys posteriors de postguerra als 65



anys, que són les que han protagonitzat els increments esmentats, la irrupció progressiva de les generacions dels anys seixanta i principis dels setanta del *baby boom*, de gran volum inicial, i la previsible millora continuada de la supervivència en edats avançades, faran que la població gran entri en una fase de creixement sense precedents i representi un percentatge cada cop més important sobre el total poblacional.

- En aquest sentit, les **projeccions de població** que l'Oficina Estadística de la Unió Europea (Eurostat) va fer el 2010 per als propers cinquanta anys anticipen un increment molt fort dels més grans de 64 anys arreu, amb percentatges de creixement superiors al del total poblacional i que contrasten amb la tendència a la reducció dels grups de 0 a 14 i de 15 a 64.

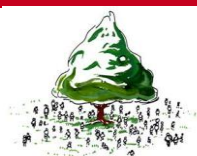
**Figura 9. Projeccions poblacionals a Europa per grup d'edat (2010-2060)**

	2010	2060	% 20-10	% 30-20	% 40-30	% 50-40	% 60-50	% 60-10
<b>De 0 a 14 anys</b>								
Espanya	6.872.229	6.666.493	+4,3	-10,4	+2,5	+5,0	-3,5	-3,0
França	11.976.920	12.080.229	+2,7	-1,0	-0,2	+0,7	-1,4	+0,9
UE-27	78.240.321	73.661.507	+2,2	-4,2	-2,7	+0,8	-2,0	-5,9
<b>De 15 a 64 anys</b>								
Espanya	31.371.220	29.170.509	+0,9	+1,5	-4,2	-5,2	+0,0	-7,0
França	41.967.468	42.054.392	-0,3	-0,1	-0,5	+0,7	+0,4	+0,2
UE-27	335.772.116	290.577.464	-1,5	-2,6	-3,8	-3,6	-2,8	-13,5
<b>De 65 anys i més</b>								
Espanya	7.745.567	16.442.308	+18,2	+24,6	+25,9	+15,6	-1,0	+112,3
França	10.769.686	19.589.630	+27,1	+19,3	+13,0	+3,3	+2,8	+81,9
UE-27	87.031.629	152.700.987	+19,2	+19,1	+14,3	+6,2	+1,8	+75,5
<b>Total població</b>								
Espanya	45.989.016	52.279.310	+4,3	+4,2	+3,5	+1,9	-0,8	+13,7
França	64.714.074	73.724.251	+4,8	+3,7	+2,7	+1,4	+0,7	+13,9
UE-27	501.044.066	516.939.958	+2,7	+1,6	+0,6	-0,3	-1,4	+3,2

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Eurostat.

Tal com s'observa a la figura 9, aquests increments seran especialment intensos durant els propers vint a trenta anys, els més propers a l'inici de les projeccions, amb crescudes més suaus, o fins i tot descensos lleus per a la darrera dècada projectada.

A més, seran els grups de més edat els que més creixeran d'entre els més grans de 64 anys, especialment el de 85 anys i més, que arribaran a duplicar i a triplicar xifres.



**Figura 10. Projeccions poblacionals a Europa de més grans de 64 anys per grup d'edat (2010-2060)**

	2010	2060	% 20-10	% 30-20	% 40-30	% 50-40	% 60-50	% 60-10
<b>De 65 a 74 anys</b>								
Espanya	3.801.479	5.835.547	+21,7	+26,9	+20,7	+2,3	-19,5	<b>+53,5</b>
França	5.078.118	7.864.193	+45,3	+5,8	+3,5	-6,3	+4,0	<b>+54,9</b>
UE-27	45.946.333	61.441.941	+19,0	+14,3	+5,1	-3,7	-2,8	<b>+33,7</b>
<b>De 75 a 84 anys</b>								
Espanya	2.933.672	6.346.468	+3,0	+26,2	+30,4	+23,1	+3,8	<b>+116,3</b>
França	4.087.272	6.662.905	-0,9	+50,2	+8,4	+5,6	-4,4	<b>+63,0</b>
UE-27	30.728.331	54.407.481	+12,8	+24,5	+18,4	+8,0	-1,3	<b>+77,1</b>
<b>85 anys i més</b>								
Espanya	1.010.416	4.260.293	+49,3	+14,7	+33,5	+40,2	+31,5	<b>+321,6</b>
França	1.604.296	5.062.532	+40,6	+8,0	+54,9	+19,6	+12,2	<b>+215,6</b>
UE-27	10.356.965	36.851.565	+39,3	+24,2	+36,2	+29,5	+16,7	<b>+255,8</b>

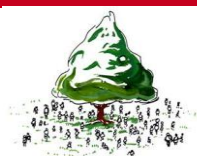
Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Eurostat.

A Catalunya, les projeccions de l'Idescat per al 2040 apunten tendències similars, però amb alguns matisos que convé destacar.

**Figura 11. Projeccions poblacionals a Catalunya per grup d'edat (2010-2040)**

	2010	2011	2020	2030	2040	% 20-10	% 30-20	% 40-30	% 40-10
<b>De 0 a 14 anys</b>									
E. Baix	1.134.643	1.154.679	1.161.910	939.575	962.370	+2,4	-19,1	+2,4	<b>-15,2</b>
E. Mitjà	1.153.607	1.183.190	1.276.625	1.140.178	1.278.193	+10,7	-10,7	+12,1	<b>+10,8</b>
E. Alt	1.167.774	1.206.094	1.375.658	1.355.190	1.622.504	+17,8	-1,5	+19,7	<b>+38,9</b>
Padró	1.168.391	1.182.198							
<b>De 15 a 64 anys</b>									
E. Baix	5.011.053	4.996.460	5.008.661	4.999.185	4.609.247	0,0	-0,2	-7,8	<b>-8,0</b>
E. Mitjà	5.050.177	5.051.031	5.225.812	5.432.006	5.281.603	+3,5	+3,9	-2,8	<b>+4,6</b>
E. Alt	5.117.893	5.156.588	5.501.649	5.909.197	5.998.513	+7,5	+7,4	+1,5	<b>+17,2</b>
Padró	5.022.939	4.988.705							
<b>De 65 anys i més</b>									
E. Baix	1.214.363	1.236.420	1.411.204	1.698.512	2.107.115	+16,2	+20,4	+24,1	<b>+73,5</b>
E. Mitjà	1.220.457	1.245.694	1.458.162	1.805.961	2.315.410	+19,5	+23,9	+28,2	<b>+89,7</b>
E. Alt	1.227.248	1.256.120	1.498.119	1.898.498	2.503.147	+22,1	+26,7	+31,8	<b>+104,0</b>
Padró	1.243.302	1.265.027							
<b>Total població</b>									
E. Baix	7.360.059	7.387.559	7.581.775	7.637.272	7.678.732	+3,0	+0,7	+0,5	<b>+4,3</b>
E. Mitjà	7.424.241	7.479.915	7.960.599	8.378.145	8.875.206	+7,2	+5,2	+5,9	<b>+19,5</b>
E. Alt	7.512.915	7.618.802	8.375.426	9.162.885	10.124.164	+11,5	+9,4	+10,5	<b>+34,8</b>
Padró	7.434.632	7.435.930							

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Idescat.



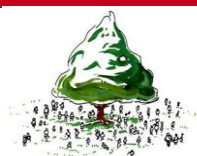
Així, prenent com a any base el 2008, les projeccions de l'Idescat estableixen per als propers trenta anys uns increments de població encara més intensos que els de l'Eurostat per als mateixos anys, i anticipen també un creixement dels més grans de 64 anys per sobre dels grups d'edat restants. Si parem atenció a la correspondència entre els tres escenaris possibles projectats (baix, mitjà i alt) i les dades reals del padró de 2010 i 2011, observem que cada grup poblacional s'aproxima més a un escenari o a un altre. En el cas del grup de més edat, l'escenari alt és el que més s'hi aproxima, i es queda fins i tot un xic curt. Així, si el prenem com a referència, i fins i tot sense perdre de vista les previsions dels dos escenaris restants, les xifres ens diuen que, en les properes dècades, és molt probable que es dupliqui el volum de població de 65 anys i més, i passi de l'actual milió i un quart a xifres properes als 2.500.000.

Les projeccions d'aquest col·lectiu per subgrup d'edat ens porten a conclusions similars a les ja suggerides per a l'entorn europeu pel que fa als més grans de 84 anys, que serien els qui creixerien més intensament, per bé que en el cas dels qui tenen entre 75 i 84 anys, l'Idescat en preveu increments més petits als del subgrup més jove.

**Figura 12. Projeccions poblacionals a Catalunya de més grans de 64 anys per grup d'edat (2010-2060)**

	2010	2011	2020	2030	2040	% 20-10	% 30-20	% 40-30	% 40-10
<b>De 65 a 74 anys</b>									
E. Baix	590.501	601.100	733.816	878.994	1.083.854	+24,3	+19,8	+23,3	<b>+83,5</b>
E. Mitjà	592.142	603.538	746.617	909.515	1.148.310	+26,1	+21,8	+26,3	<b>+93,9</b>
E. Alt	594.062	606.369	755.315	934.295	1.208.760	+27,1	+23,7	+29,4	<b>+103,5</b>
Padró	600.831	605.618							
<b>De 75 a 84 anys</b>									
E. Baix	463.058	467.570	458.420	583.287	711.501	-1,0	+27,2	+22,0	<b>+53,7</b>
E. Mitjà	465.388	471.080	472.880	617.063	771.636	+1,6	+30,5	+25,0	<b>+65,8</b>
E. Alt	468.064	475.241	487.144	645.651	822.258	+4,1	+32,5	+27,4	<b>+75,7</b>
Padró	471.567	478.856							
<b>85 anys i més</b>									
E. Baix	160.804	167.750	218.968	236.231	311.760	+36,2	+7,9	+32,0	<b>+93,9</b>
E. Mitjà	162.927	171.076	238.665	279.383	395.464	+46,5	+17,1	+41,5	<b>+142,7</b>
E. Alt	165.122	174.510	255.660	318.552	472.129	+54,8	+24,6	+48,2	<b>+185,9</b>
Padró	170.904	180.553							

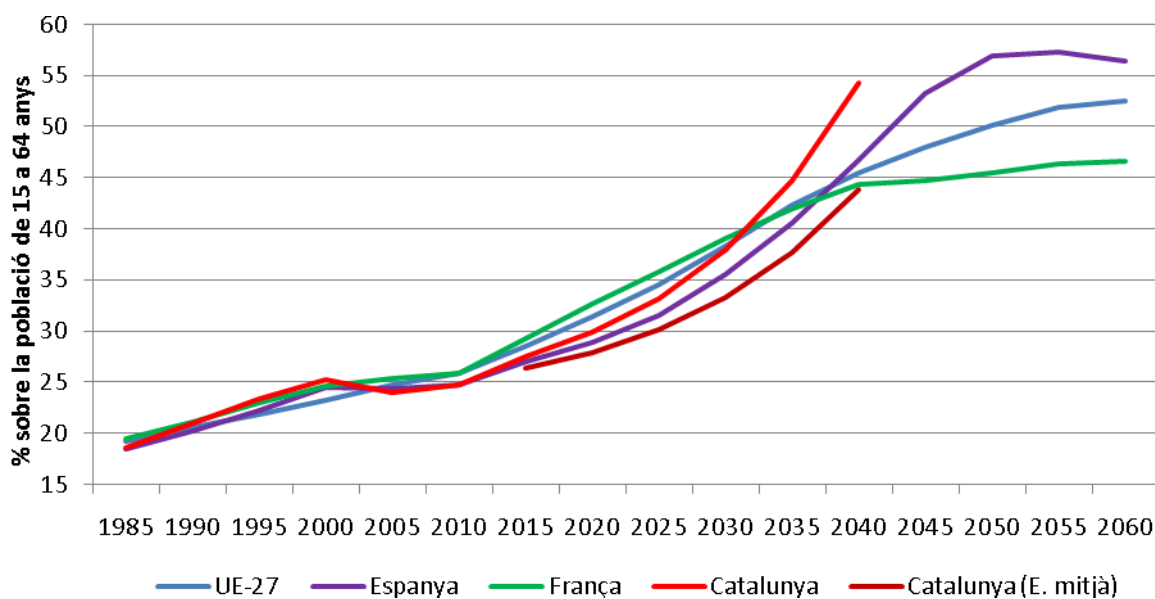
Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Idescat.



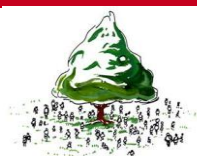
Dels dos exercicis de projecció demogràfica, doncs, se'n pot extreure la conclusió que en els propers decennis sembla clar que el grup de 65 anys i més creixerà amb més força que mai, i assolirà xifres que en trenta anys podrien arribar a duplicar les actuals. Els més grans de 84 anys són els qui experimentaran els augments més notoris.

- Finalment, una de les conseqüències que més inquieten de tot aquest procés són les possibles repercussions en l'àmbit econòmic que pugui representar aquesta circumstància en el futur en termes de la relació entre els volums de població en edat laboral i la població que ha superat aquesta edat. Així, l'índex de dependència senil, que mesura el pes de la població més gran de 64 anys sobre la població que es troba en edat potencialment activa (de 15 a 64), ha passat a la UE-27 de 19,2 l'any 1985 a 26,2 l'any 2011, amb evolucions a l'alça similars tant als estats espanyol (de 17,8 l'any 1981 a 25,8 el 2012) i francès (de 21,6 a 26,9 en el mateix període), com també a Catalunya (de 17,4 el 1981 a 25,4 el 2011), i que coincideixen a fixar una relació propera a 1/4 entre tots dos grups de població. En vista de les projeccions indicades, però, s'espera novament una pujada substancial d'aquest índex, fins al punt que la població més gran de 64 anys podria arribar a representar entre un terç i la meitat de la població en edat activa.

Figura 13. Índex de dependència senil a la UE-27, Espanya, França, i Catalunya real (1985-2010) i projectat (2015-2060)\*



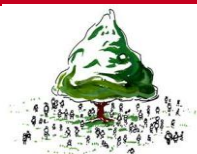
Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Idescat i l'Eurostat.



---

\* En el cas de Catalunya, i per als anys 2015-2040, s'han agafat, d'una banda, els escenaris més propers a les evolucions reals entre 2009 i 2011 (escenari baix per a la població entre 15-64 anys i escenari alt per a la més gran de 64 anys) i, de l'altra, les xifres de l'escenari mitjà.

Amb tot, tal com es reflectirà en els capítols successius, convé tenir en compte que, al marge de l'impacte negatiu que aquesta evolució pugui tenir en termes de sostenibilitat dels sistemes de pensions, la gent gran no es pot reduir a un passiu social; ben al contrari, pot ser un **recurs vital per a les famílies i les comunitats**.





## 3. L'ENVELLIMENT ACTIU I SALUDABLE

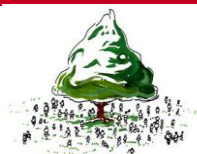
### 3.1. Els nous paradigmes d'envelliment actiu i envelliment saludable

Les profundes transformacions demogràfiques vistes en el capítol anterior (juntament amb altres factors, com l'aparició de les noves tecnologies i els models de comunicació i participació, o la millora en el coneixement sobre les pràctiques preventives i l'impacte positiu que determinats estils de vida tenen sobre la salut) són un factor fonamental per explicar el creixent interès que ha suscitat l'envelliment des de múltiples àmbits de recerca i de presa de decisions.

Les polítiques socials i de salut adreçades a les persones grans, doncs, han emprès un canvi d'orientació notable aquests darrers anys, partint d'unes dinàmiques fonamentalment assistencials i que se centraven en l'objectiu d'evitar o de pal·liar situacions d'exclusió, especialment les derivades de la pobresa i les associades amb la discapacitat o la malaltia, i que concebien l'envelliment com un fenomen irremeiablement vinculat a la inactivitat, la discapacitat, la dependència i la mort.

La publicació del document *Active ageing: a policy framework* per part de l'Organització Mundial de la Salut (World Health Organization, 2002) és una fita clau en aquesta nova orientació de les polítiques adreçades a les persones grans. La denominació *envelliment actiu*, que l'OMS ja havia començat a adoptar a finals dels anys noranta del segle passat, es pot definir com el 'procés d'optimització de les oportunitats de salut, participació i seguretat de les persones per tal de millorar-ne la qualitat de vida a mesura que envelleixen'. Aquest nou paradigma posa l'accent en els drets de les persones grans, l'autonomia i l'establiment de relacions socials; fixa com a objectiu primordial la millora de la seva qualitat de vida, i alhora destaca els guanys evidents (més productivitat associada a la prolongació de la vida activa i menys càrregues assistencials i menys prestacions econòmiques) que es deriven no només per als individus, sinó també per al conjunt de la societat.

Pocs anys més tard la Unió Europea hi feia la seva aportació particular, en el marc d'un projecte multinacional que entre els anys 2004 i 2007 buscava incrementar el coneixement sobre l'envelliment i desenvolupar polítiques per assolir-ne un de saludable. Així, l'*envelliment saludable* es defineix com el 'procés d'optimitzar les oportunitats de salut física, social i mental que permetin a la gent gran participar activament en la societat, sense



discriminacions, i gaudir d'una qualitat de vida bona i independent' (SNIPH, 2007). Als elements ja introduïts pel concepte d'*envelliment actiu* s'hi afegeix, doncs, una distinció entre tres dimensions de la salut (incloses en la definició de salut de l'OMS), una referència a la no-discriminació i una altra a la independència o l'autonomia associades a la bona qualitat de vida.

## 3.2. Nocions clau

D'aquestes dues definicions breus se'n poden derivar tot un seguit d'elements nuclears de l'envelliment actiu i saludable que convé ampliar:

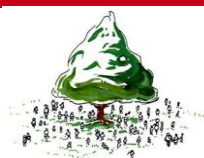
### 3.2.1. Autonomia i dependència

Envellir saludablement i activament va indissolublement unit a la disponibilitat d'autonomia, és a dir, a tenir control sobre un mateix i capacitat per definir les pròpies necessitats i per actuar d'acord amb aquesta percepció (ASPB, 2009). Per a la gent gran, ser autònom i poder decidir depèn en bona part del fet de disposar de la informació sobre les possibilitats existents de millora de la salut; no tenir-hi accés o rebre aquesta informació de manera poc clara compromet la llibertat d'elecció i l'exposa al control per part d'altres.

No es tracta ni de negar l'envelliment ni de voler perpetuar una joventut idíl·lica, sinó que el fet innegable i immutable d'envellir ha de transcórrer amb la millor preservació possible de les condicions de salut i d'autonomia.

No es pot obviar, però, que envellir comporta un increment del risc de patir discapacitat. Les malalties cròniques en són moltes vegades la causa, i quan aquestes discapacitats afecten la realització de les activitats de la vida diària posen en perill el grau d'autonomia i de benestar de les persones. I malgrat aquesta relació entre l'aparició de discapacitats i l'envelliment, que fa anticipar un increment substancial de població que en el futur viurà amb aquests condicionants, s'ha demostrat que hi ha també factors ambientals i socials que hi entren en joc. Factors que expliquen, per exemple, per què situacions físiques o mèdiques idèntiques poden donar lloc a diferents nivells de discapacitat, en funció de les condicions de la llar o del tipus de relacions familiars o d'amistat (SNIPH, 2007).

Així, és possible evitar o endarrerir aquesta pèrdua d'autonomia per mitjà de programes que elevin el nivell educatiu, de vida i de salut durant els primers anys de vida, o amb la utilització d'ajudes tècniques (bastons, caminadors, passamans...) que evitin les caigudes,



entre d'altres. És en aquest sentit que es demana repensar les polítiques no tan sols en clau de prevenció de la discapacitat, sinó també en termes de capacitació, i pensar en processos que restitueixen funcions perdudes i incrementen la participació de la gent gran en tots els aspectes de la vida social (World Health Organization, 2002).

### 3.2.2. Participació

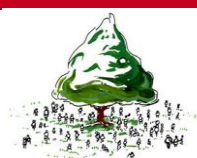
Una altra noció clau és la implicació de les persones grans en totes les polítiques i els programes que s'hi adrecen. Les concepcions de dalt a baix i el paternalisme massa sovint han prefigurats les accions adreçades a aquest col·lectiu, i en minen l'autonomia i deriven en actuacions que acaben sent poc efectives.

Qualsevol plantejament adreçat a promoure la salut de la gent gran s'ha de dissenyar de manera que n'incorpori la plena participació i la capacitat d'influir en els valors, els objectius i els mètodes emprats. Una de les raons que ho justifiquen és el fet que les intervencions que pretenen modificar actituds i comportaments personals, ja per si sols prou complicats, solen tenir més possibilitats d'èxit si es planifiquen per part del grup objectiu mateix de la intervenció (SNIPH, 2007).

Una via per fer efectiva aquesta participació són les ONG i les entitats representatives de la gent gran.

### 3.2.3. Curs vital

Les polítiques d'envelliment actiu i saludable haurien de començar idealment els primers anys de vida i adoptar una perspectiva de llarg recorregut. Cal posar de manifest, doncs, la importància de desenvolupar accions creadores d'entorns saludables i que facilitin l'adopció d'opcions també saludables en tots els estadis de la vida, atesa l'evidència científica que prova que alguns dels principals factors de risc (tabaquisme, sedentarisme, alimentació inadequada) que originen les malalties no transmissibles, principal causa de mortalitat i de morbiditat a partir dels 45 anys, es gesten en estadis previs a l'envelliment, alguns durant la infantesa o fins i tot amb caràcter previ, mediatos sovint per determinants socioeconòmics (World Health Organization, 2002). L'objectiu d'evitar o de retardar al màxim l'aparició d'aquestes malalties passaria, doncs, per combatre aquests factors de risc en totes les etapes de la vida. Amb tot, cal dir igualment que mai no és tard per començar: invertir en prevenció pot comportar beneficis notables per a la salut en qualsevol moment; en forma de guanys físics i cognitius per als qui duen a terme activitat física moderada, o de reduccions



de l'ordre del 50% del risc de mort prematura per als qui deixen de fumar entre els 60 i els 75 anys, per exemple (EuroHealthNet i BzgA, 2012).

A més, les diferents trajectòries que cadascú segueix al llarg d'una vida serien, alhora, l'origen de l'heterogeneïtat del col·lectiu de la gent gran, cada cop més notable. En aquest sentit, l'escola podria tenir un paper per potenciar la promoció de l'envelliment i els vincles socials entre generacions.

### 3.2.4. Ètica, cultura i heterogeneïtat

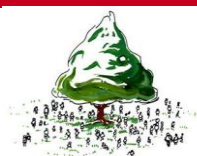
Les polítiques per a l'envelliment actiu i saludable han de centrar-se a assolir objectius generalment acceptats per part de tothom (l'allargament de l'esperança de vida amb bona salut, o l'assoliment de millores en la qualitat de vida, per exemple), però han de tenir en compte l'existència d'un conjunt de principis i de valors particulars del col·lectiu a qui s'adrecen, condicionats pel diferent nivell educatiu, de renda o de salut de la gent gran.

Alhora, hi ha múltiples diferències culturals en la manera de concebre l'envelliment en funció de l'ètnia, l'estatus socioeconòmic o el grau d'urbanització. És igualment important que els programes i les intervencions adreçats al col·lectiu de persones grans o a parts específiques d'aquest col·lectiu respectin les seves normes i valors ètics, culturals i religiosos.

En darrera instància, aquestes diferències culturals són únicament una manifestació més de la creixent heterogeneïtat interna del grup de persones de 65 anys i més. El sexe, l'edat, la classe social, l'ètnia, la identitat sexual o el grau d'autonomia o de dependència són només algunes de les característiques clau que ens acompanyen tota la vida, i configuren un mosaic de realitats canviant, cadascuna de les quals amb un diferent nivell de salut. Els programes i les polítiques no poden perdre de vista aquesta diversitat.

### 3.2.5. Desigualtats en salut

Una part molt important de les diferències en l'estat de salut que s'observen en el col·lectiu de gent gran s'expliquen per l'existència de desigualtats socials, generadores de desigualtats en salut. L'evidència demostra que els grups socialment vulnerables, com els que pateixen privacions econòmiques o els immigrants, tenen les taxes de morbiditat i de mortalitat més elevades (EuroHealthNet i BzgA, 2012). Es parla de diferències injustes, que es produeixen socialment, però que precisament per això són evitables i susceptibles de ser modificades.



Recentment l'OMS i la seva Comissió de Determinants Socials de la Salut ha elaborat tot un marc conceptual (World Health Organization, 2007) per explicar com els contextos socioeconòmic i polític d'una societat (les polítiques econòmiques i socials que posen en pràctica els governs, per exemple) i la posició socioeconòmica que se'n deriva (definida principalment per la classe social, el sexe, l'ètnia i el territori), desenvolupen un paper clau a l'hora d'explicar les desigualtats en salut. Convé tenir ben present, alhora, que aquest context i posició socioeconòmica són elements estructurals, que condicionen les oportunitats i els recursos que tenim a l'abast, i que, per tant, modulen les condicions en què vivim i treballam, l'accés als serveis de salut o els hàbits relacionats amb la salut que adoptem.

Els programes d'envelliment actiu i saludable, així com totes les polítiques de salut, han d'abordar aquestes desigualtats per tal de ser realment efectius (ASPB, 2009) i per avançar cap a l'objectiu d'una societat més equitativa i amb igualtat d'oportunitats en salut per a tothom. Una manera de fer-ho és concentrar els esforços en els grups que estan en una pitjor situació, com és el cas de la gent gran que es troba en risc d'exclusió social, que ha immigrat, o les dones que han enviudat (SNIPH, 2007).

### 3.3. Determinants de l'envelliment

L'envelliment actiu i saludable depèn d'un conjunt molt ampli d'influències o de determinants que afecten la salut, tant de caràcter individual com comunitari o social, molts dels quals estan interrelacionats. Una de les teoritzacions més difoses concep aquests determinants com tot un seguit de capes que envolten i condicionen la salut dels individus (Dahlgren i Whitehead, 1991).

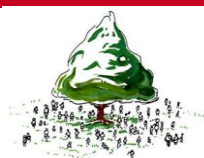
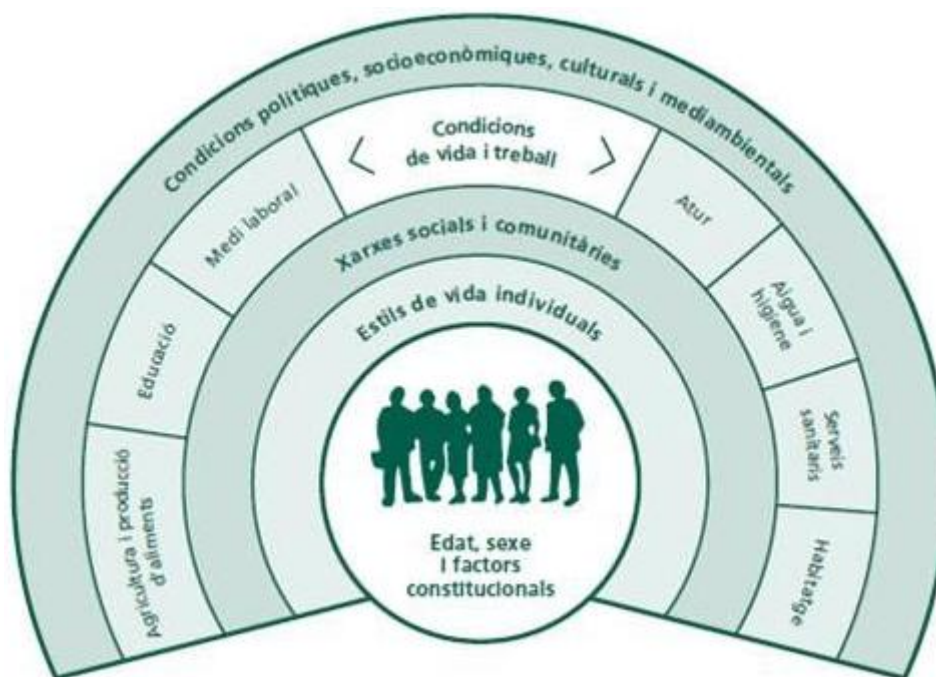


Figura 14. Model dels determinants de la salut



Font: elaboració de l'Agència de Salut Pública de Barcelona, a partir de Dahlgren i Whitehead (1991).

Per bé que encara no és possible establir cap tipus de causalitat directa per a molts d'aquests determinants, es disposa de nombroses evidències empíriques pel que fa als factors que determinen la salut i les relacions que hi ha entre aquests factors, per la qual cosa es pot parlar de bons predictors de l'envelliment tant en l'àmbit individual com en el col·lectiu.

Quins d'aquests determinants, però, cobren més importància a l'efecte del disseny de les polítiques d'envelliment actiu? L'informe de l'OMS de 2002 incorpora un model explicatiu que ens servirà de base per detallar-los.

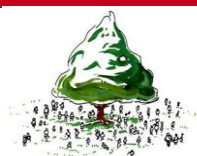
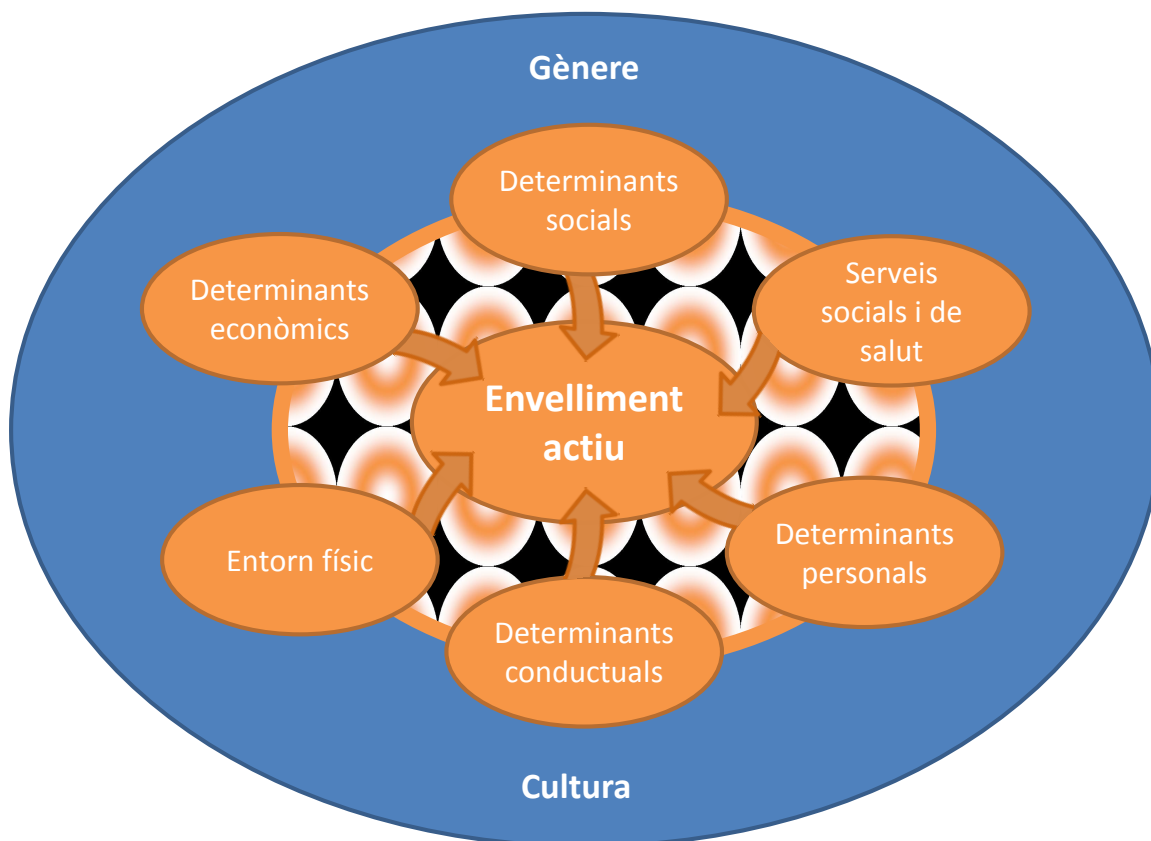




Figura 15. Determinants de l'envelliment actiu



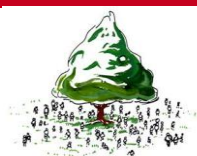
Font: elaboració pròpia a partir de l'OMS (2002).

Són tots factors que afecten els individus i les poblacions durant tota la vida, i que l'evidència científica considera bons predictors de la salut que es tindrà en els estadis més avançats.

### 3.3.1. Gènere

És un dels dos determinants transversals que afecta tota la resta i que modela la manera com envellim. S'ha d'entendre com una lent a través de la qual cal considerar la pertinència de qualsevol política en termes de l'afectació diferent en les dones i en els homes.

Les dones, malgrat que tenen una esperança de vida –com ja s'ha vist– significativament més elevada (per bé que amb menys diferencial en termes d'anys lliures de discapacitat), han assolit tradicionalment uns rols socials i laborals que comporten un estatus socioeconòmic i una salut pitjor que la dels homes, amb més prevalences de mala salut



percebuda, artritis i artrosi, o osteoporosi, entre d'altres. Aquesta major esperança de vida, a més, es tradueix en una major probabilitat de viure en solitud i ser objecte dels problemes de salut que s'hi associen. Al mateix temps, però, les dones freqüenten més els serveis mèdics i tenen hàbits més saludables amb relació al tabac, l'alcohol o l'alimentació que els homes (SNIPH, 2007).

Els homes, per contra, són més propensos a patir lesions o a morir a causa de la violència, de treballs perillosos o de l'adopció de conductes de risc (World Health Organization, 2002), tot i que també tendeixen a realitzar més activitat física i esport que les dones.

### 3.3.2. Cultura

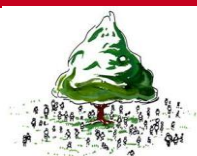
És l'altre determinant transversal. Els valors, les actituds i les tradicions condicionen el grau de relació entre les generacions més grans i les més joves, l'associació que es fa entre els símptomes de les malalties i l'envelliment (com més intensa, menys probable és l'adopció de plantejaments preventius), o l'adopció d'hàbits més o menys saludables (és paradigmàtic el canvi d'actituds que recentment s'ha produït amb relació al tabac). Les polítiques i els programes han de tenir en compte l'existència d'aquests factors culturals i la seva diversitat, per desmuntar (quan calgui) mites i estereotips, i alhora han de tenir en compte els valors universals que transcendeixen la cultura: l'ètica i els drets humans.

### 3.3.3. Determinants relacionats amb l'entorn social

L'aïllament, la solitud i les mancances en formació incrementen la fragilitat i el risc de discapacitat prematura de la gent gran. El suport social, les possibilitats educatives i de formació, així com les polítiques contra la violència i els maltractaments són factors fonamentals que afavoreixen la salut, l'autonomia i la participació de les persones grans.

El suport social (entès com l'existència de lligams socials i afectius amb altres persones) és una font de fortalesa emocional que sovint, en el cas de les persones grans, escasseja per la pèrdua de persones properes, cosa que afavoreix l'aïllament social i genera una pèrdua general de salut i de benestar. Cal realitzar més esforços per enfortir les xarxes socials d'aquest col·lectiu, via grups comunitaris dirigits per gent gran, entitats de voluntariat o veïnals, suport i assessorament entre iguals, cuidadors familiars, programes intergeneracionals o serveis socials.

Alhora, l'educació en les primeres etapes de la vida i l'aprenentatge continuat (al lloc de treball o en el si de les comunitats) proporcionen els coneixements i les habilitats necessaris





per adaptar-nos als canvis que es produeixen quan envellim i per prolongar l'autonomia. La formació en noves tecnologies o de caràcter intergeneracional contribueix a mantenir la gent gran en condicions de realitzar activitats productives i a millorar la transmissió de valors i de coneixements entre generacions.

Finalment, les persones grans són especialment susceptibles de ser víctimes de delictes violents (robatoris i atracaments) i de la violència domèstica, exercida per part de familiars directes o de cuidadors en tots els estrats socials, i que inclou tant l'abús físic, sexual, psicològic o econòmic, com la negligència en l'atenció. Una xacra social que demana una acció intersectorial que incorpori les forces judicials, policials, els treballadors socials i del sector de la salut, entre d'altres.

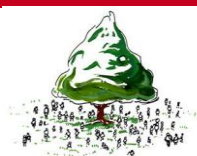
32

### **3.3.4. Determinants econòmics**

Les polítiques d'envelliment actiu i saludable s'han de complementar amb esquemes més amplis centrats en la disponibilitat d'un mínim d'ingressos i la reducció de la pobresa, centrada, en el cas de la gent gran, en les dones i les persones que viuen soles o en zones rurals, i que afecta amb especial virulència les persones que no disposen d'actius, estalvis, pensions o prestacions socials, formen part de famílies amb ingressos reduïts o irregulars, o no tenen descendència.

Més enllà de l'atenció específica a aquests col·lectius amb ingressos baixos, la protecció social que es proporciona a la gent gran amb transferències via pensions contributives, no contributives, fons privats, prestacions d'atur o per discapacitat, entre d'altres, ha de tenir un paper cada vegada més important de substitució del suport familiar, encara majoritari arreu del món, en la mesura que la convivència de generacions sota un mateix sostre es redueix.

Finalment, també s'ha produït un reconeixement general de la necessitat de donar suport al treball productiu formal (per bé que encara no s'ha adquirit prou consciència dels guanys potencials que pot comportar l'allargament de la vida laboral), informal i voluntari que du a terme o pot desenvolupar la gent gran. Convé recalcar que l'assumpció de responsabilitats en l'atenció als infants i a les feines domèstiques que assumeix la gent gran permet a altres membres productius de les famílies treballar, i alhora les activitats de voluntariat que desenvolupen en escoles, institucions religioses o socials, empreses o organitzacions polítiques, permeten incrementar, d'una banda, el contacte social i el seu grau de benestar psicològic, i, de l'altra, reverteixen en contribucions valuoses a la societat.



### 3.3.5. Determinants relacionats amb l'entorn físic

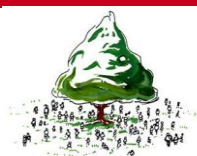
Els entorns físics pensats en clau de promoció d'un envelliment actiu i saludable poden marcar la diferència entre l'autonomia o la dependència. Així, disposar d'entorns sense obstacles físics, transport públic accessible físicament i econòmicament, o elements de seguretat viària pot afavorir la mobilitat i la participació en la vida social i comunitària, i prevenir caigudes, accidents o lesions de trànsit.

També en termes d'habitatge, la proximitat a la família i als serveis és clau, i alhora la fixació de criteris constructius que tinguin en compte les necessitats de salut i de seguretat de les persones grans poden ser determinants per evitar caigudes, sovint vinculades a males condicions d'habitatge (il·luminació insuficient, superfícies poc adherents, absència de passamans o altres elements de seguretat), i amb greus conseqüències per a la salut de les persones grans, la majoria de les quals són evitables. En tot moment, a més, cal tenir ben present la tendència creixent de la gent gran a viure sola, amb alguns perfils característics com és el de la dona gran vídua en situació de precarietat material, o la recol·locació forçada en famílies extenses dins d'habitatges sobreocupats, situacions molt afavoridores de l'aïllament social i la mala salut.

Finalment, l'accés a aigua, aliments i aire salubres és particularment important per a la gent gran, especialment per als col·lectius que presenten problemes de salut crònics o dèficits immunitaris.

### 3.3.6. Serveis socials i de salut

Per fomentar i promoció l'envelliment actiu i saludable, és imprescindible que els sistemes de salut i d'atenció social adoptin una perspectiva de cicle vital complet, amb una orientació molt encaminada a la promoció de la salut, a la prevenció de la malaltia i a l'equitat i fàcil accessibilitat als diferents serveis sanitaris. Així, en primer lloc, han d'adoptar una perspectiva centrada en la promoció de la salut, és a dir, en l'apoderament dels ciutadans per tal que prenguin el control de la pròpia salut i la millorin. Un segon focus ha de ser la prevenció de la malaltia, per mitjà de la prevenció primària (no-adopció d'hàbits no saludables), secundària (cribratges) i terciària (tractament i gestió clínica de malalties). En tercer lloc, l'equitat en l'accés als serveis de salut, particularment en l'atenció primària i la de llarga durada (que comprèn també el suport als cuidadors informals) ha d'esdevenir una prioritat constant dels responsables d'aquests serveis.



L'establiment de sistemes integrats basats en la coordinació de nivells assistencials, allunyats dels models anteriorment dominants centrats en la gestió d'episodis aguts, és també un element bàsic per atendre les necessitats d'unes poblacions en procés d'envelliment creixent i entre les quals cada cop tenen més importància les malalties cròniques. D'altra banda, les característiques especials del pacient geriàtric, atesa la confluència dels aspectes intrínsecs a l'envelliment fisiològic i la forma especial de presentació de les malalties, fan necessària l'aplicació d'un sistema especial de valoració.

Finalment, els serveis de salut mental han de tenir un rol clau per assolir un envelliment saludable, i han de detectar i abordar malalties com la depressió o prevenir els suïcidis, infradiagnosticats i molt presents entre el col·lectiu de la gent gran.

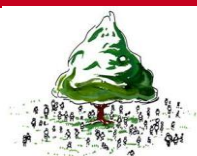
### **3.3.7. Determinants conductuals**

L'adopció d'estils de vida saludables i la participació activa en la gestió de la pròpia salut en tots els estadis de la vida és important per assolir més longevitat amb una bona qualitat de vida.

Cal parlar, doncs, de les estratègies per fomentar l'abandonament del tabac (el factor de risc modificable més important per a la majoria de malalties no transmissibles tant en joves com en adults) o aconseguir la no-iniciació en el cas dels més joves, l'activitat física moderada (amb una atenció especial als col·lectius amb un baix nivell d'ingressos, les minories ètniques o la gent gran amb discapacitats), una alimentació saludable (fent front tant a la malnutrició com al consum excessiu de calories, que, juntament amb el sedentarisme, són un factor de risc important per a la diabetis, les malalties cardiovasculars, la hipertensió, l'obesitat, l'artritis, la pèrdua de densitat òssia i les fractures, o alguns càncers), una bona salut oral (associada, quan no hi és, a la malnutrició, i que demana accions durant la infantesa, així com la garantia d'accessibilitat als serveis d'odontologia), el control en el consum d'alcohol (amb més risc de caiguda i de lesions en la gent gran, afavorides per la interacció amb la medicació), o un accés i una utilització adequada de la medicació (i garantir-ne l'accés equitatiu, vetllar per evitar la sobremedicació i els efectes adversos producte de les interaccions, i potenciar-ne el compliment).

Convé tornar a recordar, però, que també en les edats més avançades es poden produir millores substancials en tots aquests camps.

### **3.3.8. Determinants vinculats a la persona**

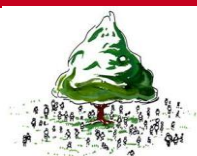


---

Les trajectòries vitals individuals en termes de salut i de malaltia són el resultat d'una combinació de factors genètics, ambientals i dels estils de vida, i també de l'atzar. Així, el pes de la genètica en el desenvolupament de malalties cròniques com la diabetis o l'Alzheimer varia molt entre individus, i tots els factors restants poden arribar a modificar-ne la influència.

Altres elements més vinculats a la psicologia, com la intel·ligència o les capacitats cognitives, tenen una gran influència en la manera d'envellir. Aquestes capacitats experimenten un declivi amb els anys, per bé que hi ha elements compensatoris com l'experiència o el coneixement que la poden atenuar, i elements que l'acceleren molt més que no pas l'envelliment mateix, com ho són la manca de pràctica, l'aïllament social o certes conductes relacionades amb la salut.

Hi ha, a més, altres factors psicològics adquirits durant la vida com l'autoeficàcia (la creença en les capacitats per exercir el control sobre la pròpia vida) o la manera de fer front als problemes i les situacions canviants (per afrontar moments de transició tan significatius com la jubilació o determinades crisis de l'envelliment com la malaltia o la mort d'éssers estimats) que també determinen molt com envellim. La resiliència, la capacitat adaptativa i la preparació per a l'envelliment són, en aquest sentit, habilitats clau.



## 4. L'ENVELLIMENT ACTIU I SALUDABLE A CATALUNYA

### 4.1. Objectius i línies estratègiques

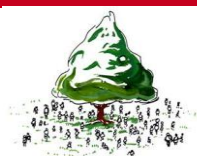
En consonància amb les orientacions de l'OMS i la UE, Catalunya ha de desenvolupar en els propers anys **una estratègia** pròpia per fomentar un envelliment actiu i saludable, és a dir, **per optimitzar per a totes les persones, sense discriminacions, les seves oportunitats de salut física, social i mental, de participació activa en la societat i de seguretat, amb l'objectiu final de gaudir d'una bona qualitat de vida i independent a mesura que envelleixen.**

Aquesta estratègia s'ha de caracteritzar per ser:

- **Integral i transversal**, és a dir, que tingui en compte tots els determinants que condicionen la salut, que inclogui tots els actors rellevants, públics, privats o del tercer sector, que hi exerceixen responsabilitats, i que englobi tot el recorregut vital de les persones.
- **Participativa**, que incorpori en totes les fases del cicle de planificació la veu de la gent gran i de les seves entitats més representatives.
- **Equitativa**, tenint ben present en tot moment l'existència dels determinants socials de la salut, i amb una orientació clara a la reducció de les desigualtats i a l'assoliment d'una societat on tots els individus disposin de les mateixes oportunitats per envellir saludablement i activament.
- **Basada en l'evidència**, i que procuri endegar accions que disposin del màxim grau de fonamentació científica.

El desenvolupament d'aquesta estratègia de promoció de l'envelliment actiu i saludable es concreta en l'adopció de les **vuit línies estratègiques** següents:

1. Suport social i participació
2. Entorn
3. Treball



4. Formació i aprenentatge
5. Alimentació, activitat física i salut mental
6. Prevenció de lesions no intencionades
7. Prevenció de riscos
8. Serveis de salut

## 4.2. Línia estratègica 1. Suport social i participació

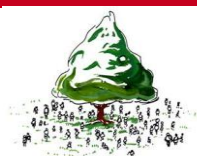
### 4.2.1. Evidència

Hi ha evidència que les persones que s'impliquen més activament en la vida social i tenen un contacte freqüent amb la família, els amics íntims i els veïns són més felices, tenen un millor estat de salut físic i mental i més capacitat per afrontar els canvis i les transicions vitals. Més en concret, s'ha establert una relació entre la participació en activitats de voluntariat i un impacte positiu en la salut, en forma de més percepció de bona salut i satisfacció amb la vida, o nivells inferiors de malalties cardiovasculars, diabetis o depressió. Per contra, tenir un suport social baix o patir aïllament o exclusió social comporta precisament més prevalença de depressió, mala salut mental i més mortalitat (ASPB, 2009, i EuroHealthNet i BzGA, 2012).

Alhora, la participació en els processos decisoris públics no tan sols permet millorar la implicació social de la gent gran, sinó que constitueix alhora un requisit per incorporar la seva visió i les necessitats en aquests processos (Comissió Europea, 2011).

### 4.2.2. Situació actual a Catalunya

La solitud entre les persones grans és un dels elements característics de la manca de suport social. D'acord amb l'Enquesta de salut de Catalunya de 2011 (ESCA 2011), gairebé 225.000 catalans i catalanes de més de 64 anys viuen sols (un 18%), amb un notable gradient de sexe (una proporció molt superior entre les dones) i edat (més pes entre els més grans de 74 anys). Pel que fa a la classe social, es detecta igualment més pes entre les classes socials baixes, sobretot entre les dones. Alhora, cal consignar l'existència d'un important volum de dones (unes 53.000, el 12,8% de les més grans de 64 anys) que viuen soles i no tenen classe social assignada a l'ESCA, atès que no han treballat en el passat i són les persones de referència de la llar (Departament de Salut, 2012).



**Figura 16. Gent gran que viu sola per sexe, grup d'edat i classe social a Catalunya (2011)**

Subgrup	Total		Dones		Homes	
	%	N	%	N	%	N
65-74 anys	<b>13,1</b>	<b>79.852</b>	17,0	55.379	8,6	24.473
75-84 anys	<b>21,9</b>	<b>105.502</b>	27,2	76.918	14,5	28.584
85 i més anys	<b>21,4</b>	<b>39.456</b>	26,4	33.609	10,2	5.846
C. social I i II	<b>13,5</b>	<b>29.709</b>	16,0	16.263	11,4	13.446
C. social III i IVa	<b>15,2</b>	<b>93.266</b>	18,1	62.484	11,4	30.782
C. social IVb i V	<b>19,9</b>	<b>72.959</b>	27,1	58.284	9,6	14.675
<b>Total</b>	<b>17,6</b>	<b>224.810</b>	<b>22,6</b>	<b>165.906</b>	<b>10,9</b>	<b>58.903</b>

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Enquesta de salut de Catalunya 2011 (2a i 3a onada).

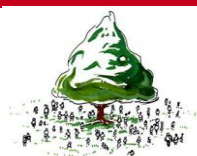
Si a aquestes xifres hi afegim la gent gran que segons l'ESCA viu només amb la seva parella (gairebé 575.000, el 45%), es pot aventurar també que els que conviuen a la llar amb persones d'altres generacions amb prou feines poden arribar a representar un terç sobre el total dels més grans de 64 anys.

D'altra banda, la incontinència urinària és un trastorn crònic que potencialment pot limitar les activitats i les relacions socials de la gent gran (ASPB, 2009). D'acord també amb l'ESCA 2011, més de 320.000 catalanes i catalans de més de 64 anys en pateix, amb una prevalença superior entre les dones, els grups de més edat, i les classes socials mitjanes i baixes.

**Figura 17. Prevalença d'incontinència urinària crònica entre la gent gran per sexe, grup d'edat i classe social a Catalunya (2011)**

Subgrup	Total		Dones		Homes	
	%	N	%	N	%	N
65-74 anys	<b>16,6</b>	<b>101.174</b>	22,0	71.525	10,4	29.649
75-84 anys	<b>24,8</b>	<b>119.094</b>	27,3	77.193	21,2	41.901
85 i més anys	<b>54,8</b>	<b>101.124</b>	59,6	75.782	44,2	25.342
C. social I i II	<b>16,6</b>	<b>36.409</b>	24,3	24.726	9,9	11.683
C. social III i IVa	<b>26,3</b>	<b>161.673</b>	30,6	105.463	20,9	56.209
C. social IVb i V	<b>29,0</b>	<b>106.623</b>	36,1	77.624	19,0	29.000
<b>Total</b>	<b>25,2</b>	<b>321.392</b>	<b>30,5</b>	<b>224.500</b>	<b>17,9</b>	<b>96.892</b>

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Enquesta de salut de Catalunya 2011 (2a i 3a onada).





En darrer lloc, si ens fixem en el grau de participació de la gent gran en activitats de voluntariat, les dades evidencien una presència relativament baixa d'aquest col·lectiu, però amb diferències importants en funció de la font, l'any i l'àmbit de referència. Així, segons l'enquesta "Els catalans i el voluntariat" (Incavol, 2001), l'any 2001 el 15,4% dels que realitzaven activitats de voluntariat eren més grans de 64 anys (un total de 101.840), xifra que representa un 9,4% sobre el total de població d'aquest grup d'edat. En canvi, d'acord amb l'Enquesta de salut, envelliment i jubilació a Europa (SHARE), la taxa de participació en activitats de voluntariat dels majors de 50 anys l'any 2004 era, a l'Estat espanyol, inferior al 4% per a tots els grups d'edat, molt per sota del 10% que registrava la mitjana de tots els països de l'estudi en el grup entre 65 i 74 anys, o del 25% dels Països Baixos.

### 4.2.3. Efectivitat de les intervencions

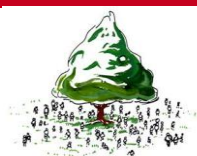
Hi ha evidència que indica que el treball voluntari, sobretot el que implica un contacte directe amb les persones, incrementa el bon estat de salut mental de la gent gran que l'exerceix, i alhora ho fa també amb el de la gent gran receptora dels serveis de voluntariat, i en redueix el risc de depressió.

També està provat que les intervencions de grup orientades a realitzar activitats socials o educatives (sobre temes de salut o activitat física, per exemple) i adreçades a grups objectiu concrets (dones o cuidadors informals, entre d'altres) són eines preventives efectives contra la solitud i l'aïllament social de la gent gran (SNIPH, 2007).

### 4.2.4. Objectiu i proposta d'actuacions

**Promoure les relacions socials de la gent gran, els contactes intergeneracionals i el voluntariat, i impulsar-ne la plena participació en la vida comunitària i col·lectiva.**

- Desenvolupar accions adreçades a les persones grans en situació d'aïllament social o en risc de caure-hi, amb una atenció especial als col·lectius següents: persones que viuen soles (entre les quals dones, més grans de 75 anys i de classes socials baixes), i persones que pateixen incontinència urinària.
- Potenciar accions que fomentin el contacte intergeneracional, des de la proximitat i la quotidianitat, que proporcionin a la gent gran oportunitats per compartir el seu coneixement i les seves habilitats amb altres generacions.

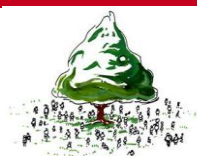




- Promoure la participació de les persones grans en activitats de voluntariat.
- Fer efectiva la participació de la gent gran en tots els processos polítics i cívics de presa de decisions, bé sigui directament o per mitjà d'entitats representatives.
- Afavorir la fixació d'una imatge de les persones grans en els mitjans de comunicació que respongui a la realitat, en remarqui les nombroses contribucions a la societat, i no tingui estereotips negatius.

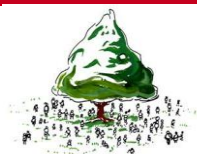
#### 4.2.5. Bones pràctiques

- Programa “Viure i conviure” (Obra Social de CatalunyaCaixa). Programa que afavoreix la convivència intergeneracional des del 1996.
- Programa “Baixem al carrer” (Ajuntament de Barcelona). Adreçat a persones més grans de 65 anys que fa més de 6 mesos que no surten de casa per barreres arquitectòniques, ofereix sortides de casa a la gent gran que no pot sortir al carrer per si sola i que està aïllada, a través de sortides mensuals en grups de 6 persones. Es pretén millorar la qualitat de vida relacionada amb la salut i la salut mental. Per pujar i baixar les escales, s'utilitza una cadira motoritzada i voluntaris que acompanyen les persones grans, i que són reclutades gràcies al “Busquem bastons”, un component del Programa. Es va posar en pràctica en barris com el Poble Sec, en el marc del programa “Salut als barris”.
- Consell Assessor de la Gent Gran (Ajuntament de Barcelona).
- Programa SEC “L'aventura de la vida: la solidaritat intergeneracional treballada des de l'escola” (Ajuntament de Badia del Vallès i Subdirecció General de Drogodependències del Departament de Salut).
- Projecte intergeneracional “Avi/àvia, aporta'ns a l'escola el teu saber” (FATEC).
- Plataforma AGE-Europa, que reuneix associacions de gent gran de tota la Unió Europea, així com xarxes similars en matèria de gènere, discapacitat, etc.
- La Veu dels Sèniors Europeus (Romania i Portugal), amb finançament del Programa de voluntariat sènior (Programa sectorial educatiu Grundtvig de la UE): Projecte d'intercanvi de persones grans voluntàries entre dues associacions de Romania i Portugal. Els voluntaris aprenen els uns dels altres sobre com poden utilitzar la seva experiència i



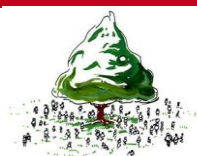
coneixement per fer una contribució important com a ciutadans europeus actius. El projecte se centra a impulsar l'entusiasme i la motivació de les persones grans voluntàries, en millora la qualitat de vida i aconsegueix que se sentin orgulloses de la contribució que poden fer a la seva comunitat. Els voluntaris organitzen activitats d'aprenentatge amb grups objectiu de zones econòmicament i socialment desfavorides.

- Xarxa d'Intercanvi de Voluntaris Sènior Europeus (SEVEN), amb finançament del Programa de voluntariat sènior (Programa sectorial educatiu Grundtvig de la UE). Una xarxa internacional de 29 organitzacions que promouen els intercanvis de persones grans voluntàries. Té l'objectiu de proporcionar recerca sobre els beneficis dels intercanvis de persones grans voluntàries i crear un punt centralitzat en què totes les organitzacions implicades poden identificar informació i assessorament sobre la implementació dels seus plans i trobar socis. Entre les organitzacions que en són membres hi ha organitzacions no governamentals, governs locals, universitats i centres de recerca amb almenys cinc anys d'experiència en la coordinació i la gestió de programes de voluntariat sènior.
- INCLUSAge – Debat sobre les necessitats de la gent gran, amb finançament del programa PROGRESS (UE). Promou debats participatius en l'àmbit local, regional i nacional sobre els múltiples aspectes de la pobresa i l'exclusió social que pateixen les persones grans. El projecte ha organitzat tallers participatius en àmbits locals per tal de demanar opinions sobre la realitat social de les persones grans i després intercanviar-ne els resultats entre països i regions. S'ha detectat la necessitat de disposar de dades addicionals sobre la gent gran a través d'enquestes i d'estudis de mapatge. L'objectiu a llarg termini d'INCLUSage és establir un procés de consulta permanent eficient per a grups de persones grans amb els responsables d'elaborar les polítiques corresponents en tots els nivells.
- ADD ME! – Foment dels facilitadors de l'apoderament digital a Europa, amb finançament del Programa de suport a les polítiques en TIC (UE). Xarxa paneuropea integrada per més de vint organitzacions de deu països europeus que estan treballant per aprendre els uns dels altres sobre com donar suport als grups desfavorits perquè utilitzin les noves tecnologies per accedir als serveis públics als quals tenen dret. Un dels tres grups destinataris són "les persones grans pobres i les persones grans jubilades". El grup de treball –conegut com una comunitat de pràctica– està estudiant nombrosos mitjans innovadors de participació que han tingut èxit relacionats amb persones en situació de risc d'exclusió i la seva vinculació amb els proveïdors de serveis locals i



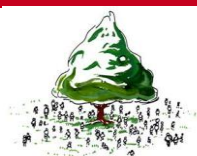
regionals. Els mètodes inclouen Internet, els “telequioscos”, els telèfons mòbils i la TV interactiva.

- Xarxes socials digitals per a ciutadans sènior (Programa sectorial educatiu Grundtvig de la UE). Té l'objectiu que els beneficis socials de les tecnologies modernes d'informació i de comunicació arribin a la tercera edat. L'eina clau és una plataforma de xarxes socials en línia adreçada exclusivament a persones grans i oferir-los una àmplia gamma de contingut rellevant. El projecte dóna suport i orientació als usuaris de més edat i els qui treballen amb ells. També està fomentant l'accessibilitat electrònica, que inclou el programari i la cooperació amb proveïdors de serveis locals i regionals per fer que el contingut en línia sigui més accessible.
- Go-myLife – Evolucionant en línia: la meua vida social, amb finançament del programa Ambient Assisted Living (UE). Té l'objectiu de millorar la participació social de les persones grans mitjançant la utilització de les xarxes socials en línia. Està desenvolupant una plataforma de xarxes socials mòbils adaptada a les necessitats de la gent gran que en permet la interacció amb els seus companys i les seves famílies. Com les xarxes, proporciona un accés fàcil a informació amb base geogràfica rellevant i actua com a ajuda quan s'és fora de casa. El projecte té l'objectiu d'augmentar la qualitat de vida de la gent gran i facilitar-ne la participació social continuada.
- Comunitat d'Internet “50plusnet” (NIGZ – Institut Holandès de Promoció i Prevenció de la Salut). Finançat a través d'organitzacions públiques i privades, lloc de trobada virtual i comunitat d'Internet per a persones de 50 anys i més. Obre una xarxa social en línia ja que permet que els participants s'hi relacionin a partir de les activitats que s'hi proposen, els fòrums de xat i els clubs, segons els perfils individuals i les aficions i els interessos de cadascú. El projecte té com a objectiu promoure la participació social i el contacte amb la societat, i posa a l'abast un fòrum d'assessorament, de suport i d'intercanvi entre la gent gran.
- HEAR ME. Persones jubilades amb un alt nivell educatiu assessoren gent jove que deixa els estudis abans d'hora (cofinançat per Grundtvig). Hi ha molta gent jove que deixa l'educació formal sense haver obtingut les qualificacions adequades i que necessita orientació i assessorament. També hi ha moltes persones jubilades que volen contribuir a la societat aportant-hi els seus coneixements i experiència, però que no saben com fer-ho. HEAR ME ofereix un curs per a persones jubilades (55 anys i més) que els permet esdevenir mentors de joves que deixen els estudis abans d'hora (15-25



anys). Té el propòsit d'augmentar i de desenvolupar les habilitats i l'autoestima de tots dos grups.

- **Computeria - Solucions intergeneracionals** (cofinançat pel Programa d'aprenentatge permanent). Aplega joves i persones grans socialment desfavorides perquè s'ajudin a desenvolupar-se. Els joves actuen com a formadors personals en tecnologies de la informació i la comunicació: ensenyen a la gent gran els coneixements i les competències que sovint necessiten per poder participar plenament en la vida moderna. Les persones grans actuen com a mentors: transmeten la seva experiència i orientació als joves que lluiten per obrir-se camí en el món laboral. S'espera que el diàleg intergeneracional resultant que també preserva el patrimoni intel·lectual i cultural esdevingui una pràctica integrada en les organitzacions participants.
- **LET'S**. Permet a la gent gran impartir coneixements sobre iniciatives empresarials mitjançant enfocaments innovadors basats en tècniques narratives (cofinançats per Grundtvig). Combina l'experiència de persones grans que s'han dedicat al món dels negocis i que tenen ganes de transmetre els seus coneixements amb la necessitat per part de joves d'entorns desfavorits de tenir models i exemples que puguin entendre. Fa servir enfocaments autobiogràfics i tècniques narratives per comunicar missatges complexos sobre com desenvolupar idees empresarials, tenir iniciativa, saber aprofitar els canvis i gestionar els riscos. Els millors relats de vuitanta empresaris sèniors de nou països diferents es posen a l'abast mitjançant un innovador curs de formació multimèdia.
- **Converses encreuades (*Crosstalk*)** - Fomenta la comprensió de comunitats de persones vulnerables i d'immigrants mitjançant l'intercanvi de relats. Aquest projecte d'un any de durada, cofinançat per la UE, es va posar en marxa el 2008 amb l'objectiu d'instar grups de persones que es troben al marge de la societat gent gran, persones immigrants, comunitats ètniques minoritàries– a explicar les seves històries, proporcionant-los formació i les competències necessàries per fer arribar el discurs personal a l'àmbit públic. Es tracta d'històries que els mitjans de comunicació convencionals solen ignorar o deixar de banda, però que s'ajusten molt bé a les ràdios comunitàries, que tradicionalment han donat veu als sense veu. El projecte pretenia, a més de facilitar als narradors competències digitals (enregistrament, edició, ràdio per Internet, disseny de pàgines web), fer-los participar en “converses encreuades”, que es mantenen entre diverses generacions i cultures i que inclouen una crítica a les convencions i l'exclusió dels mitjans de comunicació tradicionals.



- Programa Calypso, de foment del turisme social, dóna suport al turisme en temporada baixa, per beneficiar tant els grups desfavorits que, altrament, és possible que no poguessin anar-se'n de vacances, com les regions amb una ocupació i creixement que depèn del turisme. La iniciativa se centra en persones grans jubilades o amb més de 65 anys.

## 4.3. Línia estratègica 2. Entorn

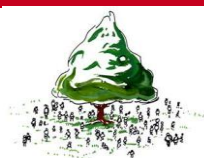
### 4.3.1. Evidència

La qualitat de vida de les persones depèn, en bona part, de l'entorn on viuen i per on es mouen (Imsero, 2011). Les limitacions físiques de tipus personals, doncs, no són l'únic motiu que determina una mobilitat reduïda per a moltes persones grans. També hi poden contribuir les dificultats d'accessibilitat produïdes per l'absència d'un transport adequat, la presència de barreres arquitectòniques o la insuficiència d'espais exteriors segurs, propers i adequats per al passeig o l'esbarjo.

L'entorn ha de permetre a la persona actuar i desenvolupar totes les seves potencialitats i expectatives, ja sigui en nuclis urbans o en zones rurals. Els espais exteriors i els edificis, el transport i les llars són tres elements amb una forta influència sobre la mobilitat de les persones, la seguretat respecte de lesions o de la criminalitat, els hàbits de salut i la participació social (World Health Organization, 2007). En aquest sentit, s'ha demostrat que disposar de zones verdes a prop del domicili i el temps que es passa en espais exteriors són determinants importants de la bona salut, i encara són més importants per a les persones amb una mobilitat baixa o amb discapacitat (SNIPH, 2007).

Alhora, l'edat comporta més vulnerabilitat a l'hora de patir hipotèrmies (també en ambients temperats) o excessos de calor i, per tant, la climatització dels habitatges i dels edificis és un aspecte ambiental important per fer front a les onades de calor als estius, que cada cop seran més freqüents per efecte del canvi climàtic, o a les baixades de temperatura i les gelades a l'hivern.

Finalment, la contaminació atmosfèrica, sobretot la causada per l'ozó i les partícules PM10 i PM2,5, afecta molt especialment les persones amb problemes respiratoris i amb malalties cardiovasculars cròniques, i té un efecte més acusat entre les persones grans (SNIPH, 2007).



### 4.3.2. Situació actual a Catalunya

Si entrem a valorar quin és l'estat general dels habitatges, una de les variables que els enquestadors encarregats de l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA, 2011) recullen en la fitxa d'observació és una valoració sobre el nivell d'habitabilitat i de salubritat de l'habitatge de les persones enquestades. Únicament l'1,2% dels més grans de 65 anys, poc més de 15.000 persones, viu en llars en condicions deficientes o molt deficientes, per bé que el grup d'edat més jove (65-74 anys) i més gran (més de 85), i les classes socials més desfavorides registren uns percentatges que superen o ja se situen prop del 2%.

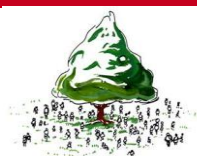
**Figura 18. Prevalença de gent gran que viu en habitatges amb un nivell d'habitabilitat deficient o molt deficient per sexe, grup d'edat i classe social a Catalunya (2011)**

Subgrup	Total		Dones		Homes	
	%	N	%	N	%	N
65-74 anys	1,7	10.171	0,9	3.046	2,5	7.125
75-84 anys	0,5	2.375	0,8	2.375	0,0	0
85 i més anys	2,3	4.282	2,9	3.702	1,0	580
C. social I i II	0,0	0	0,0	0	0,0	0
C. social III i IVa	1,4	8.294	1,0	3.437	1,8	4.857
C. social IVb i V	2,0	7.172	2,1	4.460	1,8	2.712
<b>Total</b>	<b>1,2</b>	<b>15.630</b>	<b>1,1</b>	<b>8.060</b>	<b>1,4</b>	<b>7.570</b>

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Enquesta de salut de Catalunya 2011 (2a i 3a onada).

Entrant més en el detall de les característiques de l'habitatge i/o l'edifici que poden facilitar-ne l'habitabilitat o el confort, cal tenir present, d'entrada, que d'acord amb l'Enquesta demogràfica 2007 (Idescat), el 49% dels edificis de Catalunya no disposaven d'ascensor. En el cas de la ciutat de Barcelona, segons l'Enquesta de salut de Barcelona 2006, el percentatge de llars on hi vivia gent gran i no en tenia ascendia al 21% (ASPB, 2009).

Pel que fa a la calefacció, un 25% de catalans vivien en habitatges sense calefacció central però amb aparells mòbils, mentre que un 6% no en tenien de cap tipus (Enquesta demogràfica 2007). A Barcelona, el percentatge de llars amb gent gran sense calefacció assolía el 44% (ASPB, 2009). Quant a la refrigeració, el 62% d'habitatges catalans no en tenien (Enquesta demogràfica 2007) i, un any abans, el 68% de les llars barcelonines amb gent més gran de 64 anys tampoc no disposaven d'aire condicionat (ASPB, 2009). En el cas de les dades de Barcelona, s'observaven diferències importants en la disponibilitat d'aquests tres elements en funció de la classe social, de manera que els homes i les dones grans de





les classes menys privilegiades tenien menys probabilitats de tenir ascensor, calefacció o aire condicionat.

Si ens fixem en les dificultats de mobilitat parcialment vinculades a la disponibilitat d'ascensor als habitatges, l'ESCA 2011 indica que un 10% de la gent gran (gairebé 125.000 persones) surt de casa amb dificultats i amb l'ajut d'algú (figura 19), mentre que un 6% (gairebé 82.000) no pot fer-ho per si sola i necessita que algú la baixi i la pugi (figura 20). Les dones i els grups de més edat presenten els percentatges més elevats en una i altra situació. Pel que fa a les classes socials, les baixes són les que, amb diferència, tenen un tant per cent més elevat de dificultats per sortir de casa amb ajuda, a les quals s'hi afegeixen les classes mitjanes quan es tracta de la impossibilitat de baixar soles.

**Figura 19. Prevalença de gent gran que manifesta que té dificultats per sortir al carrer i necessita ajut per sexe, grup d'edat i classe social a Catalunya (2011)**

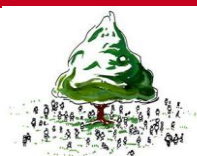
Subgrup	Total		Dones		Homes	
	%	N	%	N	%	N
65-74 anys	4,5	27.207	5,7	18.628	3,0	8.579
75-84 anys	12,1	57.978	16,8	47.499	5,3	10.479
85 i més anys	21,1	38.881	25,2	32.082	11,9	6.799
C. social I i II	8,6	18.884	12,5	12.684	5,2	6.200
C. social III i IVa	8,0	49.197	10,8	37.228	4,4	11.969
C. social IVb i V	11,3	41.528	15,7	33.840	5,0	7.688
<b>Total</b>	<b>9,7</b>	<b>124.065</b>	<b>13,4</b>	<b>98.208</b>	<b>4,8</b>	<b>25.857</b>

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Enquesta de salut de Catalunya 2011 (2a i 3a onada).

**Figura 20. Prevalença de gent gran que manifesta que no pot sortir al carrer i necessita ser baixada/pujada per sexe, grup d'edat i classe social a Catalunya (2011)**

Subgrup	Total		Dones		Homes	
	%	N	%	N	%	N
65-74 anys	1,5	9.400	2,5	8.230	0,4	1.170
75-84 anys	3,3	15.839	4,4	12.393	1,7	3.446
85 i més anys	30,7	56.578	34,6	43.948	22,0	12.630
C. social I i II	3,4	7.528	4,6	4.636	2,4	2.892
C. social III i IVa	6,4	39.330	9,4	32.458	2,6	6.872
C. social IVb i V	6,4	23.444	7,6	16.441	4,6	7.003
<b>Total</b>	<b>6,4</b>	<b>81.816</b>	<b>8,8</b>	<b>64.570</b>	<b>3,2</b>	<b>17.246</b>

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Enquesta de salut de Catalunya 2011 (2a i 3a onada).



Pel que fa a les dificultats en la utilització del transport públic, la mateixa ESCA torna a oferir uns percentatges i unes relacions similars. Un 8% dels més grans de 64 anys expressen tenir dificultats en l'accés al transport públic i requereixen l'ajut d'algú, i un 13% no hi pot accedir si no és que algú els puja o baixa. De nou, les prevalences són molt superiors entre les dones i els grups de més edat, i, en el cas de la classe social, les diferències són molt superiors en el segon supòsit.

**Figura 21. Prevalença de gent gran que manifesta que té dificultats per accedir al transport públic i necessita ajut per sexe, grup d'edat i classe social a Catalunya (2011)**

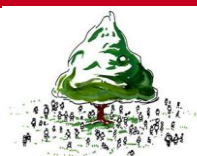
Subgrup	Total		Dones		Homes	
	%	N	%	N	%	N
65-74 anys	4,2	25.548	4,9	15.963	3,4	9.585
75-84 anys	11,2	53.710	15,8	44.634	4,6	9.076
85 i més anys	15,4	28.418	15,8	20.123	14,5	8.295
C. social I i II	7,5	16.571	12,2	12.445	3,5	4.126
C. social III i IVa	8,1	49.829	11,3	38.916	4,1	10.913
C. social IVb i V	8,7	32.107	9,4	20.190	7,8	11.917
<b>Total</b>	<b>8,4</b>	<b>107.675</b>	<b>11,0</b>	<b>80.720</b>	<b>5,0</b>	<b>26.955</b>

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Enquesta de salut de Catalunya 2011 (2a i 3a onada).

**Figura 22. Prevalença de gent gran que manifesta que no pot accedir al transport públic i necessita ser baixada/pujada per sexe, grup d'edat i classe social a Catalunya (2011)**

Subgrup	Total		Dones		Homes	
	%	N	%	N	%	N
65-74 anys	4,3	26.336	5,7	18.691	2,7	7.645
75-84 anys	10,4	49.914	14,0	39.550	5,2	10.364
85 i més anys	47,0	86.755	53,2	67.558	33,5	19.197
C. social I i II	8,4	18.446	11,0	11.202	6,1	7.244
C. social III i IVa	11,7	72.158	16,9	58.256	5,2	13.902
C. social IVb i V	15,1	55.295	18,5	39.713	10,2	15.582
<b>Total</b>	<b>12,8</b>	<b>163.006</b>	<b>17,1</b>	<b>125.799</b>	<b>6,9</b>	<b>37.207</b>

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Enquesta de salut de Catalunya 2011 (2a i 3a onada).





### 4.3.3. Efectivitat de les intervencions

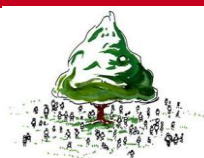
Les intervencions als habitatges poden millorar la salut, sobretot la mental, encara que cal considerar l'efecte que determinats canvis (la instal·lació d'ascensors o elevadors) poden tenir sobre la renda producte de possibles increments de lloguers o de les despeses associades a fer-los possibles en el cas d'habitatges de propietat (SNIPH, 2007).

Viure en barris segurs i on és possible veure-hi gent gran als carrers pot instar una major participació d'aquest col·lectiu en activitats socials (World Health Organization, 2012).

### 4.3.4. Objectiu i proposta d'actuacions

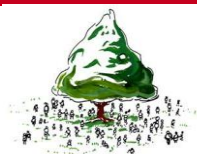
**Desenvolupar accions que millorin la qualitat i la seguretat dels entorns, tant interiors com exteriors, i facilitin la mobilitat de les persones grans.**

- Millorar el disseny dels espais urbans en clau d'envelliment actiu, incrementant les zones verdes i d'ús exclusiu per a vianants, ampliant l'espai a les voreres i eliminant-ne les zones lliscants i els obstacles, afegint rampes i escales mecàniques allà on hi ha escales, augmentant el temps dels semàfors, millorant la il·luminació allà on calgui o facilitant l'accés a vàters públics adaptats, entre d'altres.
- Adaptar els diferents mitjans de transport públic a les necessitats de les persones grans: gratuïtat, accessibilitat i confortabilitat, disseny adequat de rutes i parades, conducció adaptada en les arrencades i les parades, o disponibilitat d'informació, entre d'altres.
- Millorar l'accessibilitat als edificis, públics o privats, i assegurar que es respecten les especificacions constructives quant a alçada de les escales, passamans, amplitud de les portes, rampes d'accés, instal·lació d'ascensors, elevadors i escales mecàniques o senyalització, entre d'altres.
- Emprendre actuacions que garanteixin una climatització suficient als habitatges, especialment durant les onades de fred o de calor.
- Emprendre accions per potenciar el comerç de proximitat com una estratègia per millorar la mobilitat i les relacions socials.



#### 4.3.5. Bones pràctiques

- Xarxa de ciutats amigues de la Gent Gran de l'OMS (Barcelona).
- InCasa (ICT-PSP) ha desenvolupat un sistema basat en les TIC que integra la supervisió de l'entorn i la salut centrada en els usuaris i una xarxa de serveis especialitzats per protegir les persones grans fràgils i perllongar el temps que puguin viure a casa seva.
- Tecforlife (VII programa marc de la UE). L'envelliment de la població europea ha provocat noves exigències en les unitats familiars i planteja qüestions urgents sobre l'eficiència i la gestió de les tecnologies d'assistència i de suport per a les persones dependents. Les tecnologies d'ajuda tindran un paper clau en la inclusió social, en la independència i en l'autonomia de les persones grans i amb discapacitat, i transformaran les activitats de recerca en tecnologies d'ajuda que ofereixin una solució veritable per a la vida diària a les persones, en condicions reals. Tecforlife vol establir les bases per crear un nou clúster de recerca sobre tecnologies d'ajuda (TA) a Sant Sebastià (País Basc). La finalitat que es persegueix és millorar la coordinació entre els agents locals que operen en el sector i la maximització dels esforços i les infraestructures existents, i aconseguir així millorar el desenvolupament socioeconòmic i reforçar la capacitat d'IDT i d'innovació no tan sols a la ciutat, sinó també en un àmbit regional, gràcies al seu efecte facilitador i catalitzador.
- Q-AGEING. Envelliment de qualitat en un entorn urbà (cofinançat per Interreg IVB (Programa de l'Europa Central). Nou ciutats o organitzacions estableixen una col·laboració per compartir informació i idees sobre com millorar els serveis públics i l'entorn urbà per tal de satisfer les necessitats que sorgeixen quan una població envellaix. Els plans d'acció regionals, que inclouen iniciatives pilot, es basen en una anàlisi de la vida quotidiana de la gent gran, així com en recomanacions i exemples de bones pràctiques per facilitar un envelliment actiu en la comunitat.
- Aeneas (IEE) té com a objectiu esdevenir un projecte de referència per assolir una mobilitat energèticament eficient en una societat que envellaix. Ha fomentat el progrés en matèria d'oferta i demanda, impulsant la mobilitat urbana de la gent gran.
- Mediate. Metodologia per descriure l'accessibilitat del transport a Europa (Cofinançat per FP7 - transport). L'objectiu consistia a desenvolupar una sèrie d'eines que ajudessin les autoritats públiques i els operadors de transport a aconseguir un transport públic més accessible i, amb aquesta finalitat, va reunir diversos experts sobre el tema: instituts d'investigació, governs locals, empreses de transport, usuaris finals, organitzacions



interconnectades i consultors. El projecte va proporcionar un conjunt d'indicadors comuns europeus sobre l'accessibilitat del transport públic urbà, una eina d'autoavaluació per als sistemes de transport local i regional, i una guia de bones pràctiques per a l'accessibilitat.

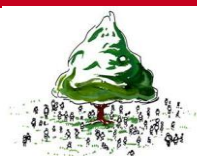
- Xarxa Europea de Coneixement Urbà (EUKN) (Cofinançat per URBACT II): Xarxa integrada per disset estats membres de la UE, Eurocities la xarxa d'organitzacions no governamentals de ciutats, el programa URBACT i la Comissió Europea. Respon a les necessitats dels professionals de l'urbanisme pel que fa a compartir coneixements i experiències sobre qüestions urbanes. Organitza esdeveniments periòdicament i ha desenvolupat una base de dades de coneixements d'alta qualitat que proporciona als agents locals informació sobre investigació urbana, polítiques i pràctiques rellevants per a qüestions relacionades amb el canvi demogràfic, sobretot en les matèries següents: inclusió i integració social; habitatge; transport i infraestructura; entorn urbà; economia, coneixements i ocupació; seguretat i prevenció de delictes; i desenvolupament de competències i aptituds.
- Línia d'autobús "Softline" (Ajuntament d'Estocolm). A Estocolm s'ha posat en marxa un servei especial d'autobusos, anomenat "Softline", que passa per zones residencials on hi ha moltes persones discapacitades i d'edat avançada, i que connecta aquestes zones amb punts clau, com ara farmàcies, oficines de correus, bancs, botigues de queviures, etc. No hi ha parades preestablertes, sinó que les persones indiquen que volen pujar a un autobús fent senyals amb la mà i dient-li al conductor on volen baixar.

## 4.4. Línia estratègica 3. Ocupació

### 4.4.1. Evidència

El treball remunerat és probablement l'element que més sovint s'associa a l'exercici d'un rol actiu en la societat, i per a molta gent és clau a l'hora de concebre la realització personal. Al marge de les raons relacionades amb la sostenibilitat econòmica dels sistemes de pensions, cada cop més omnipresents, hi ha molts arguments que justifiquen la necessitat de prolongar la vida laboral en termes d'envellir de manera activa i saludable.

És evident que la feina, tot i l'exigència que pot arribar a suposar i la competència directa amb el temps dedicat a la família i al lleure, fa que les persones se sentin membres valorats d'una societat i hi estiguin connectats. En la majoria de països, la mala salut percebuda està



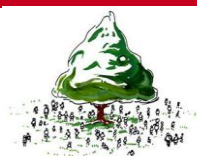
fortament corelacionada amb la no-participació en el mercat laboral, una circumstància associada, alhora, amb la inactivitat física o amb el sobrepès i l'obesitat. Aquells que no disposen de treball remunerat, a més, pateixen més sovint depressions, infarts, malalties pulmonars obstructives cròniques (MPOC) o malalties musculoesquelètiques (Enquesta de salut, envelliment i jubilació a Europa 2004, SHARE). També segons SHARE, la qualitat de l'ocupació està fortament associada amb el benestar i la salut: una menor qualitat està associada amb una salut deficient i amb depressions.

Cal advertir, però, que la prolongació del treball a temps complet més enllà dels 60 anys no pot obviar certs paràmetres de prudència, sobretot en termes de càrrega de treball i d'estrès. D'acord amb una enquesta del projecte Multilinks (Comissió Europea, 2008-2012), les dones no haurien de treballar més de 20 hores setmanals més enllà dels 59 anys i mig, mentre que els homes no ho haurien de fer superats els 63 i mig (EuroHealthNet i Bzga, 2012).

#### 4.4.2. Situació actual a Catalunya

Segons l'Enquesta de població activa, el tercer trimestre de 2012 hi havia a Catalunya 436.900 ocupats de 55 anys o més, dels quals només 32.900 en tenien més de 64. Són molt pocs, doncs, els qui prolonguen la seva vida laboral superats els 65 anys. D'acord amb l'Enquesta de qualitat de vida en el treball (2010), les persones amb ocupació més grans de 54 anys manifesten un grau de satisfacció general amb el treball relativament elevat (7,2) i només un xic per sota del conjunt d'ocupats i ocupades (7,5), amb una diferència, això sí, una mica més perceptible en el cas dels homes (7,0). Assignen també una puntuació mitjana al voltant del set en diferents aspectes relacionats amb la qualitat de vida laboral (durada de la jornada, flexibilitat horària, realització o motivació, entre d'altres), amb valoracions més baixes en el cas del salari (5,9), els ajuts socials proporcionats per les empreses (3,9) o les possibilitats de promoció, i aquest és el darrer aspecte el que més diferencia aquest grup d'edat del conjunt d'ocupats i ocupades, que expressen un grau de satisfacció gairebé un punt superior. Per sexes, al marge d'aquesta diferència, els homes de 55 anys i més puntuen també amb valors sensiblement més baixos als del global d'ocupats i ocupades la formació proporcionada per l'empresa i el nivell de participació en les decisions sobre les tasques, mentre que les dones atorguen unes puntuacions molt poc diferents a la mitjana de totes les edats.

Pel que fa al nombre d'hores treballades en l'ocupació principal, s'observa una mitjana per al grup d'edat més gran, que arriba a les 39,4 hores setmanals, més elevades en el cas dels



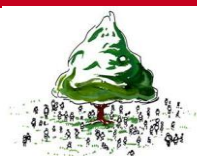
homes (41, per 37 les dones), i sense que s'apreciï cap diferència destacable respecte del conjunt d'ocupades i ocupats.

Finalment, molt pocs enquestats del grup d'edat de 55 anys i més valoraven l'existència de discriminació per edat (de mitjana, el nivell de discriminació percebut era de 0,8 sobre 10), un xic més entre els homes (0,9) que entre les dones (0,8). Aquestes puntuacions casen força bé amb les de l'Enquesta SHARE de 2011, d'acord amb la qual un 6% dels europeus (i un idèntic 6% en el cas dels espanyols) manifestaven haver patit personalment discriminació per edat, per bé que un 15% (també un 15% a Espanya) afirmaven haver-ne estat testimonis.

**Figura 23. Indicadors de qualitat de vida laboral de les persones ocupades de 55 anys i més i de totes les edats a Catalunya (2010)**

	Total 55 i més	Total global	Dif. Abs.	Dones 55 i més	Dones global	Dif. Abs.	Homes 55 i més	Homes global	Dif. Abs.
Satisfacció global amb la feina*	7,2	7,5	-0,3	7,5	7,5	+0,0	7,0	7,5	-0,5
Satisfacció amb la conciliació laboral i familiar*	7,2	6,8	+0,3	7,1	6,7	+0,3	7,2	6,9	+0,3
Satisfacció amb diferents aspectes del treball*									
Jornada	7,4	7,3	+0,1	7,5	7,3	+0,2	7,3	7,3	+0,0
Flexibilitat d'horaris	6,9	6,7	+0,2	6,8	6,7	+0,1	7,0	6,8	+0,2
Temps de descans durant la jornada laboral	7,1	6,8	+0,2	6,9	6,7	+0,2	7,2	6,9	+0,2
Vacances i permisos	7,4	7,3	+0,1	7,3	7,4	-0,1	7,6	7,3	+0,2
Salari	5,9	6,0	-0,1	5,6	5,8	-0,2	6,1	6,1	-0,1
Estabilitat	7,6	7,3	+0,3	7,7	7,4	+0,3	7,5	7,2	+0,3
Ajuts socials proporcionats per l'empresa	3,9	3,4	+0,4	3,9	3,2	+0,7	3,8	3,7	+0,1
Salut i seguretat	7,5	7,5	+0,0	7,3	7,5	-0,2	7,7	7,6	+0,1
Organització del treball a l'empresa	7,3	7,2	+0,1	7,4	7,2	+0,2	7,3	7,3	+0,0
Autonomia/independència	7,6	7,6	+0,0	7,8	7,5	+0,3	7,5	7,6	-0,1
Formació proporcionada per l'empresa	6,1	6,4	-0,3	6,2	6,2	+0,0	6,0	6,5	-0,5
Nivell de participació en decisions sobre tasques	6,7	6,9	-0,2	6,9	6,9	+0,0	6,5	6,9	-0,4
Activitat desenvolupada	7,7	7,9	-0,1	7,9	7,8	+0,0	7,7	7,9	-0,2
Possibilitat de promocions dins l'empresa	4,7	5,5	-0,8	4,5	5,3	-0,7	4,8	5,7	-0,9
Valoració del treball per part dels superiors	7,5	7,4	+0,1	7,6	7,4	+0,2	7,3	7,4	+0,0
Desenvolupament personal (realització)	7,6	7,7	-0,1	7,7	7,7	+0,0	7,5	7,7	-0,2
Nivell de motivació	7,2	7,4	-0,1	7,2	7,3	-0,1	7,3	7,4	-0,1
Mitjana d'hores setmanals de l'ocupació principal	39,4	39,3	+0,1	36,7	36,8	-0,1	41,4	41,4	+0,0
Valoració de l'existència de discriminació per edat*	0,8	0,7	+0,0	0,6	0,8	-0,2	0,9	0,7	+0,2

\*Mitjana de les valoracions en una escala del 0 al 10, en què 0 indica satisfacció mínima i 10 satisfacció màxima. En el cas de la valoració de discriminació, 0 indica discriminació mínima i 10 discriminació màxima.  
Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Enquesta de qualitat de vida en el treball (Departament d'Empresa i Ocupació).



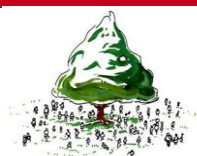
Segons l'Eurobaròmetre especial sobre envelliment actiu de novembre de 2011 (Comissió Europea, 2012), de mitjana, els europeus es veuen capaços de continuar treballant en la feina que actualment tenen fins als 61,7 anys (62,6 els espanyols), per bé que si ens centrem en els enquestats de 55 i més anys, aquesta edat s'eleva fins als 66. Quan se'ls pregunta per la possibilitat de treballar un cop assolida l'edat en què ja es té dret a percebre una pensió, un 54% dels europeus i fins a un 65% dels espanyols s'hi mostren contraris, i només un 33% i un 22%, respectivament, ho voldrien fer. També en aquest cas, però, els europeus de més de 54 anys s'hi mostren més favorables (41%) que la mitjana. Amb tot, si s'ofereix l'alternativa de combinar la pensió amb una feina a mitja jornada a la plena jubilació, el percentatge de persones enquestades que ho veu amb bons ulls s'eleva fins al 65% (62% a Espanya).

Alhora, si bé un 60% dels europeus (i un 71% dels espanyols) no comparteixen la necessitat d'ampliar l'edat de jubilació en l'horitzó dels propers vint anys, aquest rebuig a la prolongació oficial no implica necessàriament que no es vulgui deixar la porta oberta a l'opció de treballar més temps. Prop d'un 61% dóna suport a la possibilitat de permetre que les persones continuïn treballant passada l'edat de jubilació (48% a Espanya, per un 45% que s'hi mostra en desacord), mentre que el 53% refusa la idea d'una edat obligatòria (37% a Espanya, on hi ha una majoria del 56% que sí que creu necessari fixar una edat obligatòria).

Finalment, quan es pregunta als qui sí que creuen que hi ha d'haver una edat de jubilació obligatòria per quina hauria de ser, la mitjana de respostes la fixa en els 64 anys (64,3 a Espanya). Amb relació a aquest darrer aspecte, cal tenir ben presents les darreres modificacions legals a l'Estat espanyol, que han comportat l'elevació de l'edat de jubilació dels 65 als 67 anys. D'acord amb el nou marc normatiu, entre el 2012 i el 2027 s'incrementarà gradualment l'edat a raó d'un mes i mig per any. Només els treballadors que hagin cotitzat 38 anys i mig podran rebre una jubilació completa en arribar als 65 anys, la resta haurà d'esperar fins als 67 i haver-ne cotitzat 37 per rebre la pensió íntegra.

#### 4.4.3. Efectivitat de les intervencions

Hi ha un ampli ventall d'iniciatives que des de fa anys es posen en pràctica per fomentar que les empreses i les organitzacions millorin les condicions de treball dels seus treballadors i ajudin els treballadors de més edat a preservar la salut i així posar les bases per a la prolongació de les vides laborals. Dues mesures que poden contribuir-hi són la conformació d'equips de treball formats per treballadors d'edats diverses i la utilització dels treballadors de més edat com a formadors o mentors dels més joves.





Una de les conclusions principals de l'estudi Multilinks és que amb les adaptacions necessàries a les singularitats de cada estat, les polítiques de foment del treball a temps parcial adreçades als treballadors de més edat per tal que prolonguin la seva vida laboral superats els 65 anys –o els 67–, poden ser més efectives que no pas l'allargament de l'edat de jubilació.

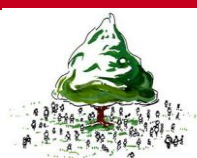
L'estudi SHARE també posa de manifest que un dels elements que més cal prendre en consideració si es vol avançar en la prolongació de la vida laboral és la percepció social existent sobre els treballadors més grans –sovint relacionada amb pèrdues de productivitat i un increment de costos– i, per tant, una de les intervencions prioritàries que cal emprendre és la persuasió de la població, centrada en públics de totes les edats (EuroHealthNet i BzgA, 2012).

Finalment, malgrat la poca recerca feta sobre la preparació per a la jubilació, es pot afirmar de manera genèrica que les intervencions anticipades sobre l'individu i el seu entorn social tenen efectes positius i poden contribuir a apoderar els seus destinataris (SNIPH, 2007).

#### 4.4.4. Objectiu i proposta d'actuacions

**Estimular la participació dels treballadors i les treballadores de més edat en l'àmbit laboral, promoure'n la qualitat de vida laboral i facilitar-ne una bona transició a la jubilació.**

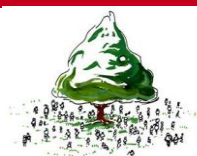
- Propiciar esquemes de treball a temps parcial per als treballadors que s'apropen a les edats de jubilació, d'acord amb els principis de voluntarietat i flexibilitat, que facin possible la compatibilització de salari i pensió.
- Promoure una bona qualitat en el treball per als treballadors de més edat, assegurant la flexibilitat horària o la inclusió en activitats de formació continuada adaptades a les seves necessitats, i fomentant entre les empreses l'adopció de pràctiques com la utilització d'aquests treballadors com a mentors dels més joves o la conformació d'equips de treball d'edats plurals.



- Combatre la discriminació per motiu d'edat en empreses i organitzacions, promovent entre tots els públics una imatge dels treballadors de més edat ajustada a les seves capacitats reals.
- Promoure l'ocupabilitat de la població de 50 anys i més que no treballa.

#### 4.4.5. Bones pràctiques

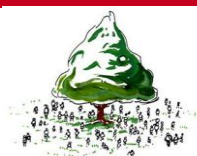
- Xarxa PEOPLE — Pan European Older People's Learning and Employment (cofinançada per Leonardo da Vinci). Una xarxa de bones pràctiques d'organitzacions associades de la UE sobre com combatre la discriminació per raó d'edat i promoure l'ocupació dels treballadors grans. Té com a objectiu produir, presentar, debatre i difondre exemples de bones pràctiques relacionades amb la recerca, la promoció i el desenvolupament de la diversitat d'edats i dels seus beneficis en les àrees d'educació i d'ocupació. Inclou el desenvolupament pràctic de programes de formació professional, d'educació i d'aprenentatge per a gent gran, així com assessorament per a les empreses sobre com contractar i conservar treballadors d'edat avançada.
- Pedagogia de suport a les transicions dels treballadors: prolongant la vida laboral (PAWT) — Allargar la vida laboral (cofinançament: Grundtvig). El projecte està desenvolupant un marc global per abordar les necessitats en matèria de qualificació dels treballadors més grans o de treballadors potencials. Pretén donar suport als tutors d'educació de persones adultes, fomentar la recerca i les capacitats en tecnologies de la informació i la comunicació entre la gent gran, i elaborar un model de desenvolupament de negocis per a l'autoocupació de persones grans. S'espera que canviï les actituds cap a la formació de la gent d'edat avançada i que n'augmenti les possibilitats d'ocupació continuada.
- Per a una nova dinàmica professional després dels 45 — FIFTI (cofinançada per ESF). Un sistema en línia en francès que facilita una sèrie d'eines per ajudar a optimitzar la carrera professional de les persones de més de 45 anys. Proporciona informació específica, orientació i suport als empresaris i treballadors de 45 anys i més en temes diversos: competències; formació; benestar; preparació per a la jubilació; motivació; riscos laborals; i un diàleg entre els empresaris i el personal. El projecte en curs té com a objectiu ajudar les persones a preparar-se per al procés d'envelliment a la feina, com fer





front als temors i als prejudicis negatius, i com buscar noves solucions i enfocaments quant a la continuïtat laboral dels treballadors més grans.

- Projecte Kestrel (coneixement, experiència, habilitats, formació, respecte, apoderament, aprenentatge al llarg de la vida). Projecte de tres anys de durada (2010-2013) centrat en l'ocupació de les persones de 50 anys i més a Irlanda del Nord. El projecte tenia com a objectiu generar canvis de vida sostenibles per a les persones grans discapacitades o vulnerables que havien estat excloses del mercat laboral. Per tal de dur-ho a terme, va adoptar un enfocament de tres vessants. En primer lloc, va donar suport a les persones desocupades de més de 50 anys ajudant-les a augmentar-ne les possibilitats d'ocupació i proporcionant-los oportunitats per desenvolupar coneixements i habilitats nous. En segon lloc, es va posar en contacte amb diverses empreses per mirar de propiciar entorns laborals que s'ajustessin a les necessitats i les competències dels empleats de més edat. Finalment, va investigar de quina manera es podia incentivar les persones que deixen el món laboral a mantenir-se actives i compromeses a través d'oportunitats d'aprenentatge continuat i orientades a millorar la salut i el benestar.
- ESF6 CIA (Afavorint l'allargament de les vides laborals valorant els treballadors de més edat). Facilitar la durada de la vida laboral a través de la valoració dels treballadors de més edat. Aquest projecte de cooperació interregional va reconèixer que en projectes pilot organitzats pel Fons Social Europeu s'havien desenvolupat moltes bones pràctiques de treball relacionades amb la gestió d'una força laboral en procés d'envelliment. El pas següent consistia a beneficiar-se d'aquestes bones pràctiques i a transferir-les a altres regions. Per tant, aquest projecte en xarxa pretén satisfer aquesta necessitat difonent-ne l'ús i l'aplicació a través de plans d'acció en onze regions associades de vuit països de la UE.
- Cooperació en matèria d'envelliment a la regió del mar Bàltic: els que millor envelleixen (*best agers*): se centra en persones més grans de 55 anys. Té l'objectiu de fomentar la innovació intergeneracional i aconseguir que els *best agers* cooperin amb els més joves en àmbits del desenvolupament empresarial i de coneixements, la generació de noves idees i l'intercanvi d'experiències i de coneixements.



## 4.5. Línia estratègica 4. Formació i aprenentatge

### 4.5.1. Evidència

La promoció de l'aprenentatge permanent és una altra de les maneres d'estimular la inclusió social i un envelliment actiu. Aprendre implica, entre altres coses, ampliar coneixements sobre diversos camps temàtics, fer treballar la memòria i el cervell, establir relacions socials intrageneracionals i intergeneracionals, i, producte de tot plegat, guanyar autoestima. Segons la Conferència de Salut Mental de la UE, l'aprenentatge al llarg de la vida és un mitjà eficaç per incrementar l'activitat i la responsabilitat i reduir la dependència (EuroHealthNet i BzgA, 2012). També la recerca gerontològica ha demostrat que els entorns que propicien l'aprenentatge poden contribuir a reduir el declivi cognitiu vinculat a l'envelliment i ajudar a superar trastorns com la depressió o la baixa autoestima (Fernández-Ballesteros, 2008).

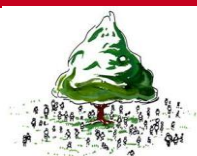
A més, a casa nostra, la formació i l'aprenentatge permanents poden actuar com a mitjà pal·liatiu per compensar els notables dèficits dels sistemes educatius previs a la generalització de l'escolarització obligatòria, que han comportat l'existència d'una xifra important d'analfabetització i de baixa formació en les cohorts de més edat.

Hi ha dos camps formatius que són especialment importants. D'una banda, una part substancial de les persones grans (especialment les d'estatus socioeconòmic baix o que formen part de minories) no tenen accés a les noves tecnologies de la informació i la comunicació, que cada cop més condicionen les nostres relacions socials i la qualitat de vida, ni posseeixen les habilitats mínimes per emprar-les. Aquestes habilitats són necessàries per accedir a una important font d'aprenentatge que pot, alhora, estimular la participació i la inclusió social (EuroHealthNet i BzgA, 2012).

D'altra banda, l'educació per a la salut permet apoderar i incrementar el grau d'autonomia dels receptors gràcies a la millora de l'autoconeixement del cos i de les malalties, l'adquisició d'informació sobre hàbits saludables o sobre el funcionament dels serveis de salut.

### 4.5.2. Situació actual a Catalunya

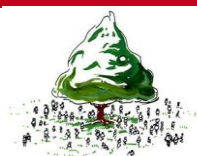
El nivell formatiu de partida de la població de 65 anys i més a Catalunya respon, com dèiem, a un grau de desenvolupament social i, més en concret, del sistema educatiu, previ als anys setanta del segle passat, substancialment diferent del que coneixem avui dia. Així, si ens



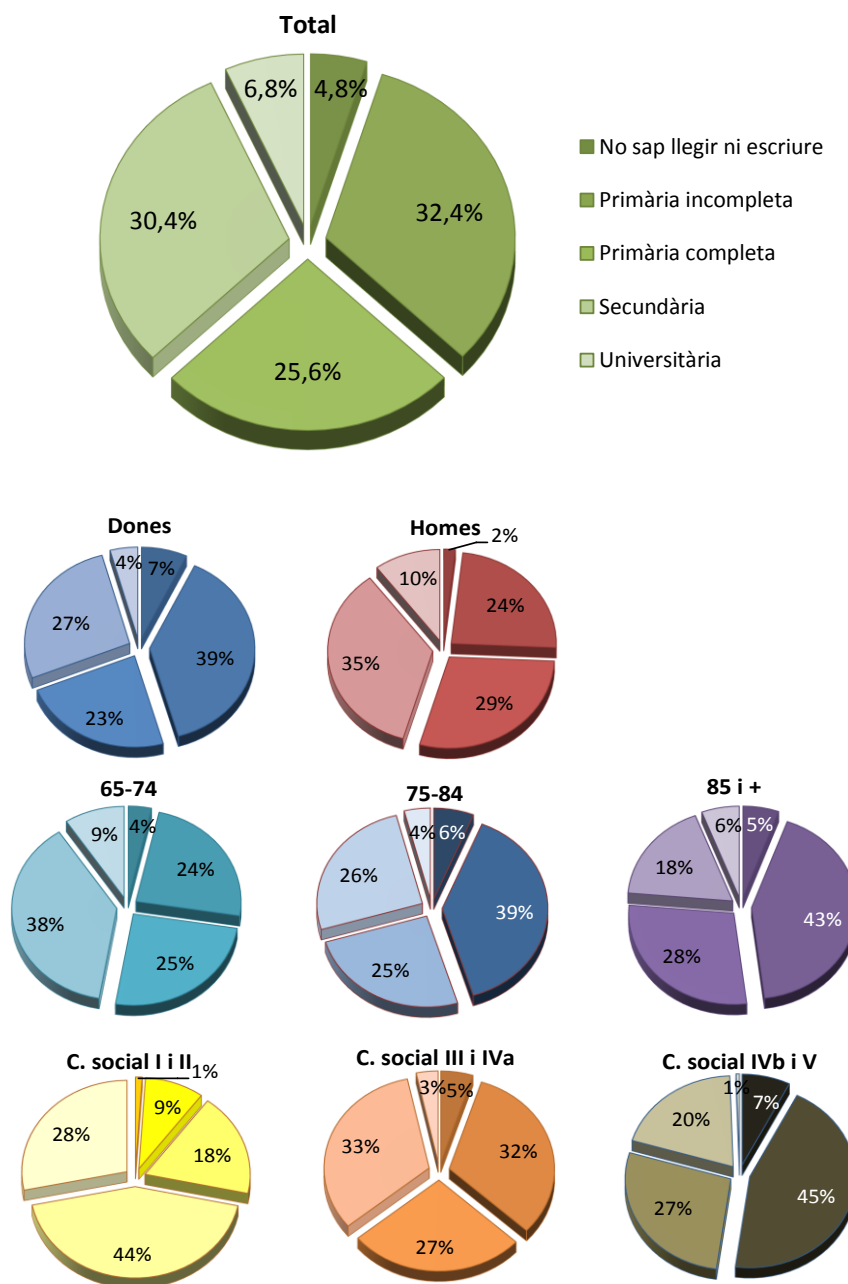
---

fixem en el nivell màxim d'estudis finalitzats que consta a l'ESCA 2011 (figura 24), el gruix dels més grans de 64 anys no ha cursat estudis de secundària. Hi ha encara un volum significatiu de persones que no sap llegir ni escriure (5%), i el grup més nombrós el constitueixen aquells que han iniciat estudis equivalents de primària però no els han completat (32%). Només un 7% han completat un nivell universitari.

Per sexes, s'observen diferències importants entre homes i dones: les dones presenten un perfil que, en general, és menys format, amb més percentatge d'analfabetisme i de primària incompleta i menys dels tres segments de més formació. Per edats, es detecta igualment un patró de més formació entre les persones grans més joves i de menys formació en les de més edat. Finalment, per classe social també és clarament observable una tipologia formativa diferent entre les classes més benestants, amb pesos molt superiors dels grups amb educació secundària i universitària, que es podrien considerar classes mitjanes, amb un repartiment molt similar al del global de població de més de 64 anys, i les menys afavorides, on la majoria de la població no ha arribat a completar estudis de primària.

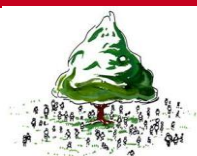


**Figura 24. Nivell d'estudis finalitzats de la gent gran per sexe, grup d'edat i classe social a Catalunya (2011)**



Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Enquesta de salut de Catalunya 2011 (2a i 3a onada).

Si ens fixem en el grau de participació de la gent gran en activitats formatives que s'hi adrecen específicament, val a dir que, durant els darrers anys, crida l'atenció el creixement d'usuaris de les aules de la gent gran, que s'han anat multiplicant arreu de Catalunya, i que, d'acord amb les fonts disponibles (Universitat Pompeu Fabra), assolixen xifres properes als



10.000 a l'any. Amb tot, aquest volum de participants és encara una part molt petita del conjunt de la població catalana més gran de 64 anys.

Finalment, el nivell d'utilització d'Internet proporciona una certa idea aproximativa del domini de les noves TIC entre la gent gran. Segons la darrera Enquesta sobre equipament i ús de tecnologies de la informació i la comunicació a les llars de l'INE, l'any 2012 només un 48% de la població entre els 55 i els 64 anys, i tan sols un 30% entre els 65 i els 74 utilitzava Internet, davant el 75% del global d'usuaris entre els 16 i els 74 anys. Malgrat que la tendència amb relació als anys anteriors és creixent (l'any 2006, els percentatges eren del 19%, el 6% i el 53%, respectivament), i que cada cop hi ha més persones grans competents en l'ús d'Internet, la fractura digital, és a dir, les diferències importants en la utilització de tecnologies digitals entre diferents col·lectius, és encara considerable.

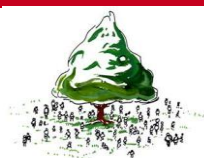
#### 4.5.3. Efectivitat de les intervencions

S'ha demostrat l'efectivitat de les intervencions que prenen en consideració el coneixement ja existent entre la gent gran, les que comporten l'aprenentatge en grups o xarxes i les que utilitzen plataformes virtuals. Alhora, els millors resultats s'assoleixen quan la gent gran participa a dissenyar i implementar aquests projectes, i quan hi contribueix també com a formadora o generadora de continguts (EuroHealthNet i BzgA, 2012).

#### 4.5.4. Objectiu i proposta d'actuacions

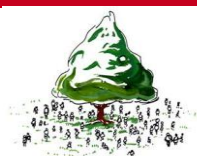
**Promoure l'aprenentatge permanent de totes les persones grans a través de recursos educatius necessaris per a aquesta finalitat, vetllant especialment per l'accés d'alguns col·lectius diana en particular, entre els quals, els que no han finalitzat el nivell bàsic d'estudis reglats.**

- Expandir els recursos educatius formals i informals per a la gent gran, especialment les aules d'extensió universitària.
- Potenciar com a camps formatius preferents les noves TIC i l'educació per a la salut.
- Potenciar el paper de les persones grans com a formadors i generadors de continguts formatius, aprofitant-ne el bagatge de coneixements acumulats i l'experiència vital.



#### 4.5.5. Bones pràctiques

- Aules d'extensió universitària (UB, UAB, UPC, UPF, URV, UVic, UdL, UdG i AFOPA – Agrupació de Formació Permanent i de les Aules per a la Gent Gran de Catalunya). Des del 1982, 40 aules en diferents universitats de Catalunya imparteixen classes i seminaris sobre temes diversos per a persones d'entre 60 i 80 anys. Cada any es programen unes 1.300 hores lectives, impartides amb la col·laboració de prop de 400 professors universitaris. L'AFOPA, plataforma que agrupa les 45 aules que es dediquen a la promoció i la difusió de la cultura per a la gent gran d'arreu de Catalunya (amb un consell interuniversitari format per representants de les universitats catalanes i de l'Associació Internacional d'Universitats per a la Tercera Edat) és responsable també de les "aules de difusió cultural", que imparteixen classes sense tutela universitària, complementant la seva activitat amb la pràctica de tallers d'oficis i de manualitats i organitzant visites i viatges culturals i altres activitats de caràcter acadèmic i de lleure.
- Aules d'informàtica dels casals i els espais de gent gran (Ajuntament de Barcelona). Aules amb una programació específicament adreçada a les persones grans, amb cursos trimestrals gratuïts sobre iniciació al món de la informàtica, les eines d'Internet (correu electrònic, cercadors, xats...), taller de fotografia digital i taller d'edició per aprendre a utilitzar un processador de textos.
- Escola de salut per a la gent gran (CAP Barceloneta). Té com a objectiu principal donar més grau d'autonomia a la gent gran (més grans de 60 anys), augmentant-ne el grau de coneixement del seu cos, així com de l'estructura sanitària i dels serveis. Consisteix a assistir a classes teòriques, pràctiques i seminaris de 60 minuts, organitzats en blocs temàtics.
- Programa SEELERnetz –Sèniors Europeus Aprenen en Xarxa (Programa d'Aprenentatge al llarg de la Vida de la UE). Té com a objectiu crear oportunitats perquè les persones més grans i les que treballen amb elles participin millor en els processos d'aprenentatge integrant-se en xarxes socials. Amb socis en cinc països europeus, el projecte vol promoure l'aprenentatge entre les persones grans poc avesades a rebre formació en temes relacionats amb les activitats de la vida diària. El projecte publicarà recomanacions sobre l'aprenentatge a través de xarxes i com incideix en la participació social i la qualitat de vida de les persones de més edat.
- "Instituts del poble" –Folkehøjskoler, Folk High Schools (Dinamarca). Ofereixen educació no formal per a persones adultes. Atès que es tracta d'escoles residencials, esdevenen societats microscòpiques on els estudiants i el personal docent comparteixen



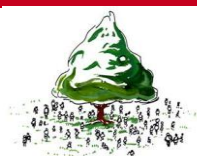
les mateixes rutines diàries, els àpats i el lloc on viuen durant tot el curs. Proporcionen un espai per al compromís social i l'aprenentatge continuat, i tenen un paper significatiu en la promoció de l'envelliment actiu a Dinamarca: cada any, molts milers de persones grans actives fan els cursos, les activitats i les excursions que ofereixen aquests establiments. Hi ha quatre escoles que estan dedicades especialment a l'educació de la gent gran. Els cursos que ofereixen inclouen música i art, exercici físic i esports, i temes "acadèmics", així com presentacions i debats. Moltes persones jubilades opten per beneficiar-se d'aquestes ofertes amb el propòsit de mantenir i construir les seves xarxes socials, a més d'adquirir noves habilitats i competències. Un exemple d'aquest tipus d'escola és la Rude Strand Senior High School, on cada any unes 1.500 persones grans fan cursos de dues setmanes de durada. Segons el director (Age Augustinus), la clientela és sobretot gent d'ingressos baixos i mitjans, i la mitjana d'edat és d'uns 70 anys. Tot i que els efectes d'aquestes activitats en la salut no s'han avaluat formalment, els professionals sanitaris no dubten que aquestes escoles tenen una repercussió molt significativa en l'envelliment saludable gràcies al contacte social i a l'estimulació intel·lectual.

## 4.6. Línia estratègica 5. Alimentació, activitat física i salut mental

### 4.6.1. Evidència

Una alimentació saludable i una activitat física suficient són dos components bàsics d'un bon envelliment, ja que milloren el benestar físic, i alhora regulen el nivell d'estrès i promouen la inclusió social i la participació (EuroHealthNet i BzgA, 2012).

Les necessitats nutricionals de les persones es van modificant al llarg del curs vital, i quan se superen els 50 anys, cada cop són necessàries més quantitats de nutrients i menys aportacions de calories per a una protecció efectiva de la salut i la qualitat de vida. Una alimentació que equilibra bé les quantitats d'energia i de nutrients (reduint el consum de greixos saturats, sal i sucre, i incrementant el de fruita, verdures i altres aliments rics en fibres, calci i vitamina D), que distribueix bé els àpats al llarg del dia (tres de principals i entre dos i tres de lleugers), i que s'associa a una activitat agradable, redueix i endarrereix el risc de contraure malalties (com la diabetis tipus de 2, la hipertensió, les malalties coronàries i determinats càncers) i evita el sobrepès i l'obesitat (*Guide to Community Preventive Services. Promoting Good Nutrition*, 2012). Si, contràriament, s'adopten hàbits d'alimentació

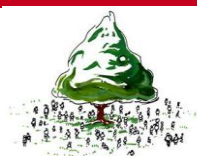




inadequats, es pot tenir més risc d'efectes adversos i de complicacions per a la salut derivats de la malnutrició o del sobrepès o l'obesitat. L'adopció d'aquests hàbits poc saludables està relacionada amb factors com l'ansietat o la depressió (sovint lligada a la pèrdua d'éssers estimats), els canvis fisiològics o les malalties que fan perdre la gana, el consum de medicaments que alteren el gust i l'olfacte, la pèrdua del sentit del gust o els problemes de dentició o de deglució, entre d'altres (SNIPH, 2007).

El nivell d'activitat física està associat a importants guanys en salut, tant en termes de prevenció de malalties com en manteniment de funcionalitat i d'autonomia. La pràctica regular d'activitat física adequada redueix el risc de desenvolupar malalties cardiovasculars, accidents cerebrovasculars, càncer colorectal o osteoporosi; disminueix la pressió arterial; permet controlar millor factors de risc de patir caigudes com la debilitat muscular o la manca d'equilibri, i té un efecte positiu sobre la sensibilitat a la insulina. També la salut mental en general millora amb l'activitat física, tant perquè s'incrementa la protecció respecte de trastorns com la depressió, l'ansietat o fins i tot la demència, com per la possibilitat de fomentar les xarxes i les relacions socials (SNIPH, 2007). Cal tenir molt en compte que l'activitat física i l'alimentació actuen de manera sinèrgica i afavoreixen el manteniment de les funcions i les estructures corporals.

La salut mental és un altre camp d'una gran importància a l'efecte d'envellir activament i saludablement, i el qual, malgrat això, encara rep poca atenció per part dels poders públics. Mantenir una bona salut mental és una condició necessària per gaudir de la vida: permet ser conscient de les pròpies capacitats i aptituds, gestionar i resoldre satisfactòriament problemes i situacions, aprendre i desenvolupar activitats productives, i fer contribucions útils a la societat. L'envelliment no està indissolublement associat a una mala salut mental, però trastorns com la depressió, l'ansietat o la demència són altament freqüents entre les persones grans, i estan directament vinculats a factors de risc molt presents en aquest col·lectiu, com la solitud i l'aïllament, la manca de salut física, o la pobresa i l'exclusió social. Hi ha un altre col·lectiu, a més, especialment propens a patir una mala salut mental: els cuidadors informals. Aquests cuidadors, sovint també persones grans, tenen també més risc de desenvolupar trastorns mentals i de veure greument afectada la seva capacitat per realitzar no tan sols moltes de les tasques bàsiques de la seva vida diària, sinó també la tasca de vetllar per la salut d'una altra persona que en depèn (ASPB, 2009).



#### 4.6.2. Situació actual a Catalunya

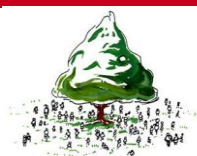
Segons l'ESCA 2011, el consum de fruites i de verdures en les quantitats recomanades (cinc racions al dia) entre la gent gran és encara minoritari (19%). És més freqüent entre les dones, el grup d'edat entre 75 i 84 anys, i les classes socials més altes (en el cas de les dones, amb una diferència molt marcada) i les mitjanes (en el cas dels homes).

**Figura 25. Consum recomanat de fruita i verdura de la gent gran per sexe, grup d'edat i classe social a Catalunya (2011)**

Subgrup	Total		Dones		Homes	
	%	N	%	N	%	N
65-74 anys	<b>18,9</b>	<b>111.588</b>	21,4	67.080	16,1	44.508
75-84 anys	<b>20,8</b>	<b>93.837</b>	21,8	56.137	19,4	37.700
85 i més anys	<b>15,5</b>	<b>18.167</b>	17,0	12.769	12,9	5.398
C. social I i II	<b>22,6</b>	<b>46.191</b>	38,9	35.210	9,6	10.981
C. social III i IVa	<b>19,6</b>	<b>108.968</b>	17,8	53.510	21,8	55.458
C. social IVb i V	<b>16,2</b>	<b>54.047</b>	17,3	33.044	14,7	21.003
<b>Total</b>	<b>19,3</b>	<b>223.592</b>	<b>21,0</b>	<b>135.986</b>	<b>17,1</b>	<b>87.606</b>

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Enquesta de salut de Catalunya 2011 (2a i 3a onada).

Pel que fa a l'activitat física, l'ESCA permet conèixer quanta població és habitualment sedentària (és a dir, quantes persones diuen que no fan cap activitat moderada o intensa durant la setmana i estan asseguts durant la major part de la jornada). Entre la gent gran, aquest grau de sedentarisme és elevat (33%), sense que s'observin diferències generals entre sexes, però sí per edat (creixent amb els anys, amb més sedentarisme entre els homes entre els 65 i 84 anys i entre les dones un cop superats els 84), i per classe social (inferior entre les classes altes, sobretot entre els homes).

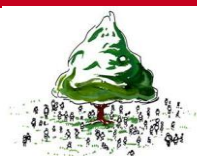


**Figura 26. Prevalença de sedentarisme de la gent gran per sexe, grup d'edat i classe social a Catalunya (2011)**

Subgrup	Total		Dones		Homes	
	%	N	%	N	%	N
65-74 anys	<b>23,4</b>	<b>137.897</b>	21,4	67.189	25,6	70.708
75-84 anys	<b>37,0</b>	<b>166.875</b>	34,9	89.769	39,8	77.106
85 i més anys	<b>67,7</b>	<b>79.269</b>	72,3	54.365	59,6	24.904
C. social I i II	<b>26,8</b>	<b>54.758</b>	29,0	26.237	25,0	28.521
C. social III i IVa	<b>32,8</b>	<b>182.018</b>	30,3	90.990	35,8	91.028
C. social IVb i V	<b>34,1</b>	<b>113.548</b>	31,8	60.543	37,2	53.005
<b>Total</b>	<b>33,2</b>	<b>384.042</b>	<b>32,7</b>	<b>211.323</b>	<b>33,8</b>	<b>172.719</b>

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Enquesta de salut de Catalunya 2011 (2a i 3a onada).

L'índex de massa corporal (IMC), la mesura que s'utilitza per categoritzar el pes de la població, i amb una relació evident tant amb l'activitat física com amb l'alimentació, és un bon indicador de l'estat de salut general de la població gran de Catalunya. D'acord novament amb l'ESCA 2011, s'observa que una part molt important de la gent gran (un 43%) presenta sobrepès (és a dir, té un IMC amb valors iguals o superiors a 25 i fins a 30), amb una prevalença més acusada entre els homes, entre els grups d'edat més joves (sobretot entre les dones), i tot i que amb menys intensitat, entre la classe social més benestant (sobretot entre els homes). Més enllà del sobrepès, però, hi ha un altre percentatge important de població gran (22%) que és obesa (IMC igual o superior a 30), en aquest cas, un xic més prevalent entre les dones i menys entre els grups de més edat i entre les classes socials benestants. Finalment, a l'altra banda de l'espectre hi ha una petita part de la gent gran (0,8%, una mica menys de 10.000 persones) que té infrapès (és a dir, un IMC per sota de 18,5). Aquesta situació afecta principalment les dones (1,1%) i, sobretot, el grup d'edat de 85 anys i més (4%).



**Figura 27. Prevalença de sobrepès de la gent gran per sexe, grup d'edat i classe social a Catalunya (2011)**

Subgrup	Total		Dones		Homes	
	%	N	%	N	%	N
65-74 anys	<b>46,4</b>	<b>283.341</b>	43,8	142.569	49,3	140.773
75-84 anys	<b>41,0</b>	<b>197.207</b>	38,5	108.971	44,6	88.236
85 i més anys	<b>35,4</b>	<b>65.285</b>	29,8	37.868	47,8	27.417
C. social I i II	<b>51,2</b>	<b>112.671</b>	45,0	45.679	56,6	66.992
C. social III i IVa	<b>39,5</b>	<b>242.586</b>	35,5	122.575	44,6	120.010
C. social IVb i V	<b>45,6</b>	<b>167.264</b>	45,5	97.840	45,6	69.425
<b>Total</b>	<b>42,8</b>	<b>545.835</b>	<b>39,4</b>	<b>289.408</b>	<b>47,4</b>	<b>256.427</b>

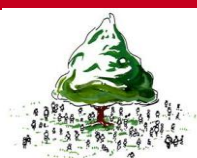
Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Enquesta de salut de Catalunya 2011 (2a i 3a onada).

**Figura 28. Prevalença d'obesitat de la gent gran per sexe, grup d'edat i classe social a Catalunya (2011)**

Subgrup	Total		Dones		Homes	
	%	N	%	N	%	N
65-74 anys	<b>22,8</b>	<b>139.508</b>	24,1	78.331	21,4	61.177
75-84 anys	<b>21,9</b>	<b>105.509</b>	22,2	62.854	21,6	42.655
85 i més anys	<b>16,5</b>	<b>30.387</b>	19,4	24.688	9,9	5.699
C. social I i II	<b>15,2</b>	<b>33.510</b>	15,2	15.444	15,3	18.066
C. social III i IVa	<b>23,7</b>	<b>145.839</b>	25,6	88.378	21,3	57.460
C. social IVb i V	<b>21,0</b>	<b>77.037</b>	20,0	43.033	22,3	34.004
<b>Total</b>	<b>21,6</b>	<b>275.404</b>	<b>22,6</b>	<b>165.873</b>	<b>20,3</b>	<b>109.531</b>

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Enquesta de salut de Catalunya 2011 (2a i 3a onada).

Sobre la salut mental, l'ESCA també incorpora dotze preguntes específiques (el qüestionari Goldberg) que permeten establir, a partir del nombre de respostes positives, si hi ha risc de mala salut. En el cas de la població gran, els que presenten aquest risc són una proporció força important (el 14%, més de 160.000), amb una prevalença entre les dones que duplica la dels homes, i una presència, en el cas dels homes, més destacada a mesura que n'augmenta l'edat i en disminueix la classe social.



**Figura 29. Prevalença de risc de mala salut mental de la gent gran per sexe, grup d'edat i classe social a Catalunya (2011)**

Subgrup	Total		Dones		Homes	
	%	N	%	N	%	N
65-74 anys	<b>13,1</b>	<b>77.508</b>	18,5	58.031	7,1	19.477
75-84 anys	<b>14,6</b>	<b>65.781</b>	18,8	48.321	9,0	17.460
85 i més anys	<b>17,0</b>	<b>19.863</b>	14,6	10.960	21,3	8.903
C. social I i II	<b>11,0</b>	<b>22.507</b>	17,7	16.050	5,7	6.457
C. social III i IVa	<b>12,6</b>	<b>70.063</b>	14,9	44.880	9,9	25.183
C. social IVb i V	<b>15,5</b>	<b>51.713</b>	19,7	37.512	10,0	14.201
<b>Total</b>	<b>14,1</b>	<b>163.152</b>	<b>18,1</b>	<b>117.312</b>	<b>9,0</b>	<b>45.840</b>

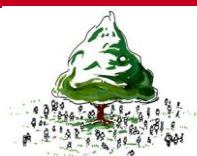
Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Enquesta de salut de Catalunya 2011 (2a i 3a onada).

Una darrera manera d'aproximar-se a la salut mental de la gent gran és parar esment a la prevalença de trastorns mentals crònics com la depressió o l'ansietat. D'acord amb l'ESCA 2011, un 31% dels més grans de 64 anys afirmaven patir-ne, amb percentatges entre les dones que de nou tornen a duplicar els dels homes i que, en termes d'edat, sembla reduir-se en els grups amb més anys en el cas de les dones, però sembla incrementar-se lleugerament en el dels homes, sense que se'n detecti un patró clar pel que fa a les classes socials.

**Figura 30. Prevalença de depressió i/o ansietat de la gent gran per sexe, grup d'edat i classe social a Catalunya (2011)**

Subgrup	Total		Dones		Homes	
	%	N	%	N	%	N
65-74 anys	<b>31,8</b>	<b>193.994</b>	42,4	137.894	19,6	56.100
75-84 anys	<b>30,4</b>	<b>146.165</b>	37,6	106.514	20,1	39.651
85 i més anys	<b>28,9</b>	<b>53.365</b>	32,4	41.199	21,2	12.166
C. social I i II	<b>28,9</b>	<b>63.531</b>	35,1	35.699	23,5	27.832
C. social III i IVa	<b>31,4</b>	<b>192.612</b>	42,7	147.288	16,8	45.323
C. social IVb i V	<b>30,3</b>	<b>111.446</b>	35,8	76.849	22,7	34.598
<b>Total</b>	<b>30,8</b>	<b>393.524</b>	<b>38,8</b>	<b>285.606</b>	<b>20,0</b>	<b>107.918</b>

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Enquesta de salut de Catalunya 2011 (2a i 3a onada).

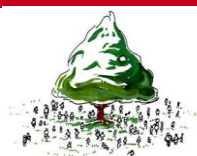


### 4.6.3. Efectivitat de les intervencions

En l'àmbit de l'alimentació saludable, una recomanació plenament contrastada que assegura la ingesta necessària diària de nutrients passa per incorporar a la dieta diària cinc racions de fruita i/o verdura, una quantitat que està associada a una reducció del risc a desenvolupar malalties cardiovasculars i certs càncers. Més concretament, el consum de verdures és efectiu per reduir el risc de càncer per a les persones d'entre 40 i 80 anys. S'ha demostrat també que el consum conjunt de calci i de vitamina D3 és molt recomanable a l'efecte de reduir el risc de fractura òssia en persones grans fràgils, particularment el de fractura de maluc entre les dones (SNIPH, 2007).

Pel que fa a l'activitat física, gaudeix ja d'un ple reconeixement la recomanació d'acumular com a mínim 30 minuts d'activitat física moderada o intensa cinc dies o més a la setmana per a tots els adults, complementant-la, en el cas de les persones grans, amb exercicis de tonificació, equilibri i flexibilitat (ASPB, 2009). Per assegurar aquesta freqüència i quantitat d'exercici, s'han demostrat efectives les intervencions que combinen una activitat d'intensitat moderada, el seguiment i el registre de l'activitat física per part dels mateixos participants, el seguiment per part d'un especialista i la realització en un centre. En la gent gran que viu sola, a més, aquest component de realització en un centre pot tenir guanys encara superiors a l'efecte d'establir relacions socials. Aquest tipus d'intervencions, si es concentren únicament en el camp de l'activitat física, funcionen millor que quan volen abordar alhora múltiples factors de risc (sedentarisme i tabaquisme, nutrició o consum d'alcohol, entre d'altres). També els aconsellaments breus (d'entre 3 i 10 minuts) que es fan des de l'atenció primària, secundats per materials escrits, s'ha demostrat que són efectius a l'hora d'augmentar l'activitat física de la gent gran (SNIPH, 2007). Finalment, les derivacions a un especialista en activitat física, que adapta les recomanacions en exercici a les necessitats de cadascú i fixa objectius d'assoliment, són també intervencions efectives (SNIPH, 2007, i *Guide to Community Preventive Services. Behavioral and Social Approaches to Increase Physical Activity: Individually-Adapted Health Behavior Change Programs*, 2011).

Finalment, les intervencions psicoterapèutiques i psicosocials (com ara les tècniques de relaxació o l'entrenament en habilitats cognitives) adreçades a les persones grans milloren el benestar psicològic subjectiu, amb una efectivitat encara més gran quan els destinataris són interns d'una residència. Igualment, les actuacions que inclouen l'assessorament individual i familiar, els grups d'ajuda mútua o l'educació i la formació en habilitats poden ser efectives



per reduir l'angoixa psicològica i millorar les habilitats dels cuidadors per fer front a les dificultats inherents a la seva tasca, així com la relació amb la persona que cuiden (SNIPH, 2007).

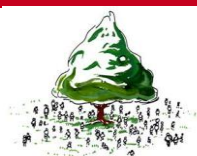
D'altra banda, els programes d'activitat física comunitaris i les rutes per caminar d'intensitat moderada i baixa són dues actuacions associades a la reducció del risc de depressió i a la millora general del benestar mental (reducció de l'ansietat, millora de l'estat d'ànim i de l'autoestima), més enllà dels guanys per a la salut física. També la teràpia ocupacional, adreçada tant a les persones grans com als cuidadors, i unida a accions formatives dirigides als terapeutes per adaptar-ne l'activitat a les particularitats del col·lectiu de gent gran, és un tipus d'intervenció potencialment eficaç (NICE, 2008).

En el cas de les persones afectades per depressió més grans de 60 anys, l'atenció centrada en actuacions domiciliàries, basada en la gestió de casos i amb la supervisió d'especialistes en psiquiatria, millora a curt termini els resultats per a aquest trastorn (*Guide to Community Preventive Services. Interventions to Reduce Depression among Older Adults: Home-Based Depression Care Management*, 2011).

#### 4.6.4. Objectiu i proposta d'actuacions

**Promoure l'alimentació i l'activitat física saludables entre la població general i la gent gran en particular, amb una atenció especial als col·lectius que presenten pitjors resultats de partida. Millorar el coneixement i desenvolupar actuacions específiques sobre la salut mental de les persones grans.**

- Fomentar el consum de fruites, verdures i aliments rics en fibres i la reducció de la ingesta de greixos saturats.
- Emprendre actuacions per millorar la detecció i el tractament de trastorns nutricionals en les persones grans.
- Incentivar l'activitat física, amb l'objectiu d'assolir un mínim de 30 minuts d'exercici aeròbic d'intensitat moderada cinc dies a la setmana, i exercicis d'equilibri, de tonificació i de flexibilitat dos dies per setmana.
- Promoure el desenvolupament en l'àmbit local d'infraestructures i d'espais adequats per practicar-hi exercici.



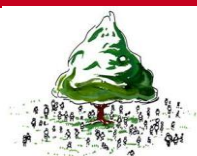


- Conscienciar la població i els poders públics sobre la importància d'una bona salut mental.
- Emprendre actuacions per millorar la detecció i el tractament de les persones grans que presenten trastorns mentals o nutricionals.

#### 4.6.5. Bones pràctiques

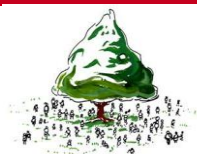
Tallers d'alimentació saludable i activitat física "Viure més i millor" (Departament de Salut, Fundació Dieta Mediterrània i la Fundació La Caixa). En el marc del Pla d'activitat física i alimentació saludable, i amb l'objectiu d'afavorir la pràctica d'estils de vida saludables entre la gent gran, es van fer 4 conferències i 189 tallers de promoció d'activitat física i d'alimentació saludable als casals de La Caixa, amb l'assistència de més de 6.000 participants als tallers i de 1.050 participants a les conferències. Es va elaborar, a més, un manual, i es va repartir i explicar el funcionament de podòmetres.

- "Ve de gust... menjar bé!" (Departament de Salut i Corporació Catalana de Mitjans Audiovisuals). Campanya mediàtica duta a terme durant tota una setmana (la darrera del mes de maig de 2006) d'alt impacte, dissenyada per promoure l'alimentació i l'activitat física saludables, amb un focus específic en l'alimentació saludable.
- Campanya 30 + 5 (Departament de Salut i CCMA). Amb el lema "Treu profit de la teva vida diària per fer salut", la campanya, duta a terme de l'1 al 23 de febrer de 2010 i adreçada a adults d'entre 30 i 70 anys, volia recordar que és possible i fàcil fer salut cada dia, proporcionant idees per integrar l'activitat física moderada i el consum de fruita i verdura en la vida quotidiana mitjançant espots publicitaris de 29" de durada emesos per televisió en les franges de màxima audiència i altres mitjans de suport gràfic (opis, anuncis en premsa, banderoles, ràdio, metro, bus i Internet). Dins del marc de la campanya, es va fer un joc interactiu i una acció especial de màrqueting directe a Barcelona consistent a donar una poma.
- Pla d'activitat física, esport i salut –PAFES– (Departament de Salut, Secretaria General de l'Esport i ajuntaments). Programa que, des del 2007, impulsa l'aconsellament i la prescripció d'activitat física des de l'atenció primària (amb previsió d'estendre's a totes les ABS de Catalunya) per a persones adultes sedentàries amb factors de risc cardiovascular, utilitzant els equipaments esportius i cívics municipals o les rutes saludables (unes 650 rutes en uns 197 municipis). El pla inclou metges d'educació física i de l'esport com a consultors a l'atenció primària de salut, i estableix circuits entre els



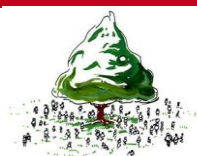
centres d'atenció primària de salut i els llicenciats en activitat física i esport ubicats als equipaments esportius municipals. L'actualització de coneixements dels professionals sanitaris es du a terme partint de la *Guia de prescripció d'exercici físic per a la salut* elaborada pel Consell Assessor d'Activitat Física de Catalunya.

- *Recomanacions d'alimentació i activitat física per a centres d'acolliment residencial per a persones grans* (Departament de Salut). Editat l'any 2010, aquest manual s'adreça als professionals i a la direcció d'aquests centres, i inclou recomanacions sobre alimentació i activitat física específiques per a persones grans formulades de manera clara, amb exemples pràctics aplicables fàcilment en l'entorn residencial.
- Programa "Activa't als parcs de Barcelona" (Ajuntament i Diputació de Barcelona). Sessions gratuïtes d'activitat física dirigida realitzades en parcs urbans, que inclouen tai-txi i txi-kung, caminades suaus i exercicis d'atenció i de memòria. Tenen com a finalitat afavorir l'autonomia i la salut de la ciutadania, especialment dels més grans de 40 anys.
- Barnatresc (Ajuntament de Barcelona i l'Associació d'Entitats Excursionistes del Barcelonès). Caminades per Barcelona, amb una longitud d'uns 12-15 km, amb suport logístic i aptes per a totes les edats per promocionar la pràctica del senderisme urbà.
- Horts urbans (Ajuntament de Barcelona). Cessió durant cinc anys d'una parcel·la d'hort urbà de 25 a 40 m<sup>2</sup> (220 parcel·les en total, adjudicades per sorteig entre tots els inscrits, que han d'estar capacitats físicament per al treball agrícola) per conrear-hi hortalisses, verdures, plantes aromàtiques i flors de temporada. El programa s'adreça majoritàriament a persones de 65 anys i més.
- Pas a pas (Ajuntament de Barcelona). Caminades per a adults i gent gran.
- Xarxa d'Itineraris Saludables i Parcs Urbans de Salut (Dipsalut i ajuntaments de la demarcació de Girona). Un total de 181 parcs urbans de salut emplaçats a l'aire lliure i a l'espai públic, oberts permanentment, i 105 xarxes d'itineraris saludables d'aproximadament 10 kilòmetres cada una, per fer exercici físic moderat. Per promoure l'ús d'aquests equipaments, es programen sessions d'exercici en grup dirigides per professionals especialitzats per tal d'ensenyar als usuaris a realitzar correctament els exercicis, donar a conèixer les possibilitat d'ús dels equipaments, fidelitzar-los i transmetre'ls hàbits de vida saludables.
- *Orientació inicial dels trastorns de la salut mental més prevalents a l'atenció primària* (ICS - Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat). Guia editada l'any 2009 per proporcionar als professionals de l'atenció primària uns criteris mínims d'orientació dels trastorns de la salut mental més prevalents per a la detecció precoç, el diagnòstic i el



tractament. La guia també vol servir per establir les atribucions i els límits de la responsabilitat del professional d'atenció primària, així com uns criteris de derivació a altres nivells assistencials, i vincular els continguts de les orientacions a necessitats formatives. Bona part del contingut s'adreça específicament a trastorns d'adults i de gent gran: trastorn d'ansietat, depressió, distímia, trastorn psicòtic, trastorn de la personalitat, somatització, trastorn adaptatiu, trastorn de la conducta alimentària, alcoholisme i altres drogodependències, addicció al joc, demència, dol i pèrdua afectiva, i violència de gènere o maltractament a les persones grans.

- Tallers de memòria (casals i entitats de gent gran).
- ActivaLaMent (Obra Social La Caixa). Plataforma d'estimulació cognitiva dissenyada per professionals de la neuropsicologia i pensada perquè la gent gran posi la ment en forma. El programa ofereix més de 1.200 exercicis enfocats a treballar sis àrees cognitives principals: el llenguatge, la memòria, l'atenció i la concentració, el processament visual i l'auditiu, i les funcions executives.
- DataPrev. Facilita l'intercanvi de coneixement entre els professionals que treballen en la salut mental de la gent gran. Aquest projecte (2007-2009) va ser finançat pel VI programa marc i va estar coordinat per la Universitat de Radboud, als Països Baixos, amb el suport del Servei Català de la Salut. El projecte tenia com a propòsit augmentar el coneixement i la comprensió de la promoció de la salut mental partint d'una base empírica i mitjançant les polítiques i pràctiques per a la prevenció de malalties de tota la UE. També pretenia que els professionals, les parts interessades i els legisladors europeus tinguessin més accés a aquests coneixements a fi de facilitar una pràctica i una formulació de polítiques basades en evidències. Una part del projecte es va centrar específicament a investigar la salut mental entre les persones més grans.
- “Avis rondinaires?” (*Grouchy Old Men?*) *Promoting mental health by offering support services to vulnerable older men* (Regne Unit). Aquest projecte (2008-2010) del Regne Unit tenia com a objectiu promoure i donar suport a una bona salut mental entre els homes grans (50 anys i més) que estan aïllats i es troben en risc de patir una depressió o de suïcidar-se. Un fullet elaborat en el marc d'aquest projecte pretenia sensibilitzar les organitzacions que estan en contacte amb homes d'edat avançada per ajudar-les a interactuar de manera més eficaç amb aquest grup de persones i a millorar els serveis que presten.
- “Futurs brillants” (Fundació de Salut Mental d'Escòcia). Futurs brillants - Promoure la salut mental entre la gent gran oferint-los un contacte social i activitats. La Fundació de



Salut Mental d'Escòcia, en col·laboració amb altres organitzacions associades, va endegar un servei pilot de tutoria entre iguals per a persones grans aïllades. L'objectiu consistia a millorar significativament la qualitat de vida de la gent gran mitjançant la millora de les seves xarxes socials i de la seva salut mental, i alhora se'ls oferia la possibilitat de fer activitats satisfactòries. Els voluntaris feien servir els seus coneixements i la seva experiència per ajudar les persones grans a involucrar-se d'una manera més activa en la seva comunitat. Aquesta tasca es va dur a terme amb la participació directa de més de 1.000 persones grans d'Escòcia i va permetre comprendre millor les qüestions clau a què han de fer front i que afecten la seva salut mental, com ara la pobresa, la discriminació per raó d'edat, la salut, les relacions i la manca d'oportunitats significatives per contribuir activament a la societat.

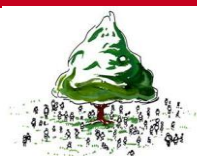
- "Fit as a Fiddle". Programa que dona suport a persones de més de 50 anys proporcionant-los exercici físic, una alimentació saludable i benestar mental. Aquest programa, en què van participar 4.500 voluntaris, abastava 24 projectes diferents que més de 500 organitzacions duen a terme al Regne Unit. Gràcies a aquesta iniciativa, unes 250.000 persones grans fan exercici físic i més de 200.000 es beneficien d'intervencions adreçades a proporcionar-los una alimentació saludable. Les entrevistes d'avaluació realitzades han demostrat que les persones grans que participen en aquest programa (Age UK) són més independents i tenen més oportunitats d'inclusió social.

## 4.7. Línia estratègica 6. Prevenció de lesions no intencionades

### 4.7.1. Evidència

Les lesions no intencionades, com ara les caigudes, les intoxicacions, les cremades o les lesions de trànsit, són un problema de primera magnitud entre la gent gran, ateses les conseqüències nefastes que generen en termes de pèrdua d'autonomia i, de retruc, en costos econòmics i socials. I és que no tan sols són una de les primeres causes de mort entre la gent gran, sinó que, massa sovint, quan no deriven en decés, esdevenen la causa que precipita la institucionalització de persones que, altrament, podrien haver viscut molts anys autònomament.

En el cas de les caigudes –el principal tipus de lesió no intencionada entre les persones grans–, hi ha diversos factors de risc relacionats amb els individus o amb l'entorn, bona part dels quals són susceptibles de ser objecte d'actuacions per part dels poders públics: l'estat



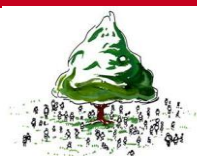
físic de la persona (condicionat pel sexe –amb més fragilitat femenina a causa de l'osteoporosi i de la debilitat muscular, l'edat, l'existència de trastorns de la salut o de discapacitats), la seva conducta (el consum de medicaments, els hàbits d'alimentació o l'activitat física, o l'adopció o no de comportaments de risc), l'entorn (presència d'obstacles i de riscos a la llar o a l'exterior, com ara banyeres, estores, escales, paviment desigual o mala il·luminació, entre d'altres), o els recursos econòmics i socials que té a l'abast (qualitat dels acabats de les llars, accés a serveis socials i de salut i a informació). Alhora, convé tenir present que les caigudes a casa o a l'exterior, fins i tot quan no provoquen lesions, poden generar una por en les persones grans que l'han sofert que, en el futur, en limita les sortides al carrer, l'activitat física o el contacte social i, per tant, produeixen un empitjorament general de l'estat de salut i incrementen el risc de tornar a caure (ASPB, 2009).

Tot i que molt menys freqüents, les lesions de trànsit són un altre tipus de lesió no intencionada de gran impacte sobre la salut per la gravetat que acostumen a comportar, ja que ocasionen nombrosos lesionats moderats, greus i morts. La gent gran és una de les poblacions més afectades pels atropellaments urbans, els quals comporten contusions i fractures a les extremitats inferiors i lesions internes al cap o al coll, entre altres afectacions sobre la salut (ASPB, 2010).

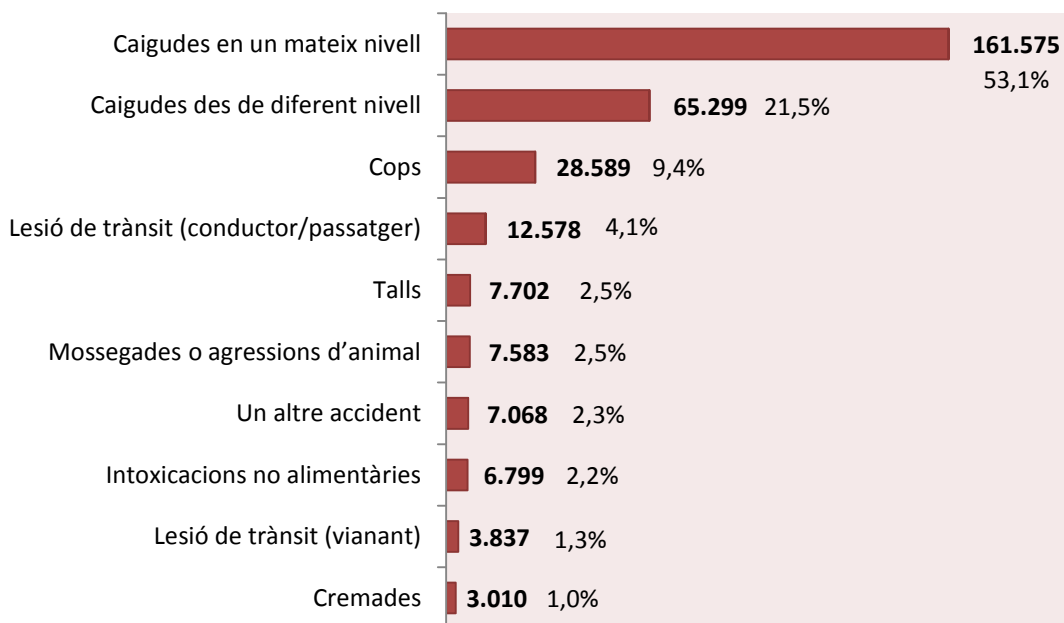
És pertinent tenir en compte que totes aquestes lesions, sovint etiquetades com a accidents, no són fets imprevisibles conseqüència de la mala sort. Tal com ja s'ha apuntat amb referència a les caigudes, són danys que en molts casos admeten mesures de prevenció orientades a millorar l'entorn i els productes de consum, evitar situacions de risc i modificar el comportament de les persones.

#### **4.7.2. Situació actual a Catalunya**

Prenent altra vegada les dades de l'ESCA 2011, un de cada cinc catalans i catalanes més grans de 64 anys (uns 260.000, el 20,4%) ha patit com a mínim una lesió no intencionada en el darrer any (un 6%, dues o més). El gruix dels lesionats ho ha estat per caigudes, bé sigui del mateix nivell o de diferents nivells.



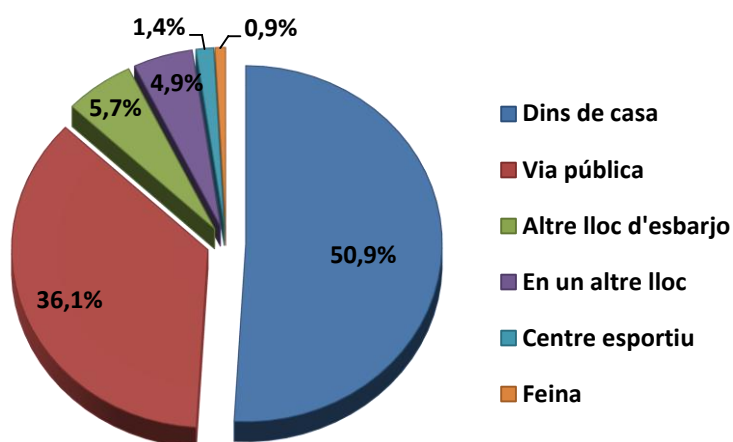
**Figura 31. Gent gran que ha patit alguna lesió no intencionada durant el darrer any segons tipologia a Catalunya (2011)**



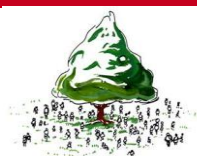
Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Enquesta de salut de Catalunya 2011 (2a i 3a onada).

La majoria d'aquestes lesions s'han produït o bé a l'interior de l'habitatge o bé a la via pública.

**Figura 32. Localització de l'última lesió no intencionada patida en el darrer any per la gent gran a Catalunya (2011)**



Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Enquesta de salut de Catalunya 2011 (2a i 3a onada).



Si analitzem més en detall la composició interna de les persones grans que han patit com a mínim una lesió en el darrer any, detectem novament una afectació molt més elevada entre les dones, els grups de més edat (amb un salt important a partir dels 75 anys) i les classes socials més desfavorides.

**Figura 33. Gent gran que ha patit alguna lesió no intencionada durant el darrer any per sexe, grup d'edat i classe social a Catalunya (2011)**

Subgrup	Total		Dones		Homes	
	%	N	%	N	%	N
65-74 anys	15,2	92.584	20,1	65.221	9,6	27.363
75-84 anys	24,7	118.862	29,6	83.853	17,7	35.009
85 i més anys	26,4	48.638	27,6	35.105	23,6	13.533
C. social I i II	15,1	33.218	21,4	21.762	9,7	11.456
C. social III i IVa	19,4	118.874	24,7	85.195	12,5	33.679
C. social IVb i V	25,6	93.822	29,3	63.052	20,2	30.771
<b>Total</b>	<b>20,4</b>	<b>260.085</b>	<b>25,0</b>	<b>184.179</b>	<b>14,0</b>	<b>75.906</b>

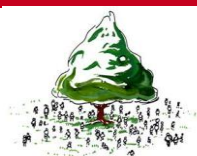
Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Enquesta de salut de Catalunya 2011 (2a i 3a onada).

Tornant als lesionats de trànsit, d'acord amb els anuaris del Servei Català de Trànsit, l'any 2011 hi va haver 364 morts i lesionats greus de trànsit de més de 64 anys. Si posem en relació aquestes xifres amb el volum global de població (per mil), hi detectem un pes relatiu força superior per als homes, sobretot els del grup de més edat.

**Figura 34. Morts i lesionats greus de trànsit de 65 anys i més per sexe i grup d'edat a Catalunya (2011)**

Subgrup	Total		Dones		Homes	
	‰	N	‰	N	‰	N
65-74 anys	0,26	155	0,23	73	0,29	82
75 i més anys	0,32	209	0,24	97	0,44	112
<b>Total</b>	<b>0,29</b>	<b>364</b>	<b>0,23</b>	<b>170</b>	<b>0,36</b>	<b>194</b>

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Anuari estadístic d'accidents de trànsit a Catalunya 2011.

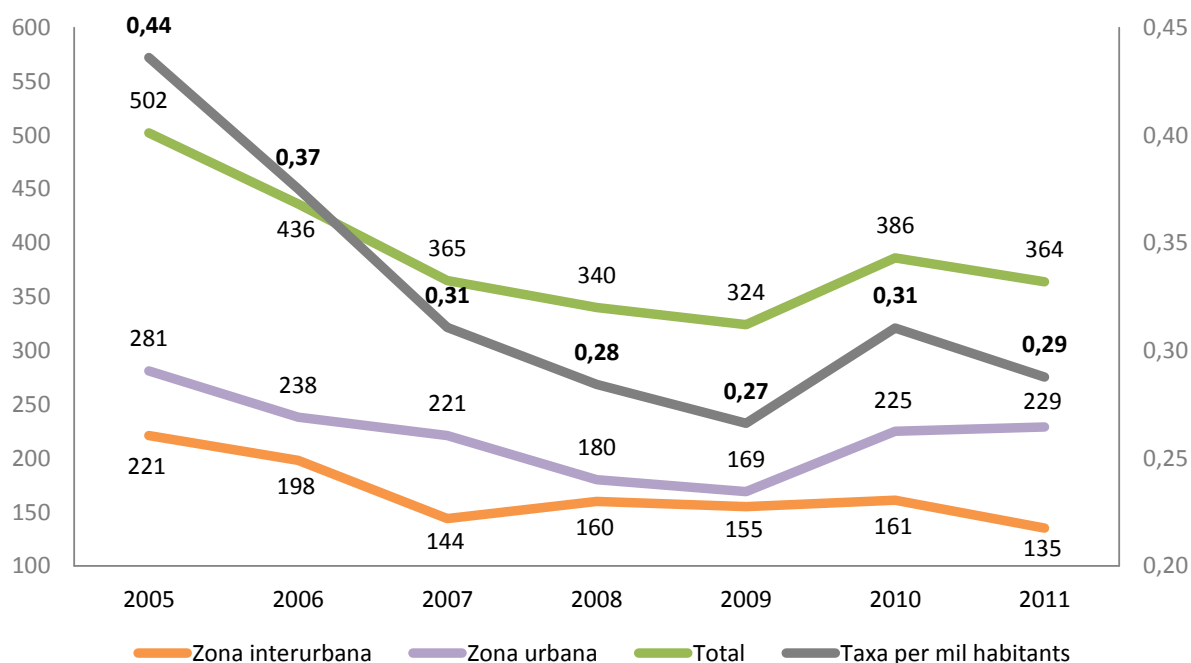




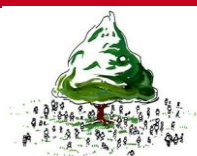
El 63% d'aquests lesionats (el 72% en el cas de les dones, per només el 55% en el cas dels homes) es produeixen en zones urbanes, i si ens fixem només en les víctimes mortals, els atropellaments representaven l'any anterior gairebé la totalitat d'aquestes morts: 28 de les 32, un 88% (*Anuari estadístic d'accidents de trànsit a Catalunya 2010*).

I és que malgrat la reducció notòria que ha experimentat en els darrers anys general tant l'accidentalitat com el nombre de lesionats de trànsit, cal dir que, en el cas dels més grans de 64 anys, el nombre de lesionats greus i morts s'ha estabilitzat en els darrers cinc anys en termes de taxa per mil habitants, i, en el cas dels ocorreguts en zona urbana, han experimentat fins i tot un lleuger repunt en els darrers dos anys.

**Figura 35. Morts i lesionats greus de trànsit de 65 anys i més per zona a Catalunya (2005-2011)**



Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'*Anuari estadístic d'accidents de trànsit a Catalunya 2011*.

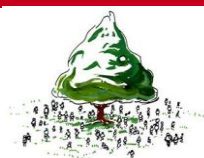


### 4.7.3. Efectivitat de les intervencions

Per a les caigudes que es produeixen a la llar, especialment en el cas de les persones que ja n'han patit alguna, s'han demostrat efectives les avaluacions multifactorials del risc de caure realitzades per professionals de la salut, preferiblement, equips especialitzats en caigudes. Aquestes valoracions poden prendre en consideració, a més de l'historial de caigudes de la persona en qüestió, l'equilibri i la mobilitat, la debilitat muscular, el risc d'osteoporosi, la capacitat funcional percebuda i la por de caure, la discapacitat visual, el grau de deteriorament cognitiu, la incontinència urinària, la salut cardiovascular, la medicació, així com de les condicions de l'habitatge i els riscos a la llar (*Guia clínica 21* del NICE, 2004). Les valoracions poden derivar en intervencions d'efectivitat provada, com ara l'entrenament físic de força i equilibri, la modificació dels elements de risc a la llar, la derivació a especialitats d'oftalmologia o la revisió de medicaments prescrits i la possible reducció o eliminació d'algun (com ara els psicofàrmacs).

Així, totes les intervencions orientades a potenciar la realització d'activitat física, sobretot les que busquen incrementar l'exercici d'alta intensitat, poden ser efectives per reduir el risc de caiguda. Els exercicis per augmentar la força muscular i l'equilibri són especialment adients quan són realitzats individualment, a casa, i sota la supervisió de professionals sanitaris entrenats. Disciplines com el tai-txi en podrien ser una bona síntesi. Complementàriament, l'oferiment d'informació oral i escrita sobre mesures per reduir el risc de caure a persones grans propenses a les caigudes o als seus cuidadors és una altra actuació pertinent. Per a les persones amb un risc molt elevat de patir fractura i que viu institucionalitzada, els protectors de maluc poden ser d'ajuda, sense que l'evidència doni també cobertura a l'extensió a les llars particulars.

Finalment, en el camp de la seguretat viària, una de les mesures que ha demostrat que té més efecte en la reducció de les lesions de trànsit per atropellament és l'establiment de zones 30 en àrees residencials transitades per col·lectius vulnerables, entre els quals, les persones de més edat. En aquestes zones, en què la velocitat màxima de circulació és de 30 km/h, els vianants tenen un 90% de probabilitats de sobreviure a un atropellament, molt per sobre del 50% a partir dels 45 km/h. Aquesta intervenció, alhora, pot tenir altres efectes positius per a la salut en termes de reducció dels problemes respiratoris associats a les emissions de carburants.



#### 4.7.4. Objectiu i proposta d'actuacions

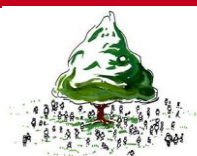
**Incorporar actuacions per a la prevenció de lesions no intencionades en tota la diversitat de programes sectorials que actuen sobre la gent gran: activitat física i alimentació saludable, prescripció de medicaments, circuits de derivació a especialistes, i seguretat en l'habitatge i en els espais públics, principalment.**

79

- Potenciar els programes d'avaluació del risc individual de caiguda de les persones grans (que incloguin la importància dels cribratges d'alteracions de la vista, de l'oïda i dels peus) a la llar o als centres residencials, especialment d'aquelles persones que ja han caigut alguna vegada, així com el conjunt d'intervencions per reduir-les.
- Proporcionar informació oral i escrita sobre les actuacions de reducció del risc de caiguda als col·lectius més propensos.
- Fomentar les activitats d'exercici de la força muscular i l'equilibri entre la gent gran.
- Revisar el disseny dels espais públics, modificant-ne o eliminant-ne tots aquells elements que puguin afavorir les lesions no intencionades.

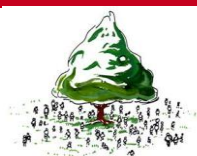
#### 4.7.5. Bones pràctiques

- Unitat de Recerca i Prevenció de Caigudes de la Colúmbia Britànica – BC Injury Research & Prevention Unit (Província de Colúmbia Britànica, Canadà). El 1999, el Ministeri de Salut de la província de la Colúmbia Britànica va endegar un procés de col·laboració adreçat a establir prioritats per reduir les taxes de caigudes i de lesions relacionades amb caigudes de la província. El procés va consistir en una anàlisi de dades regionals sobre l'abast i la naturalesa del problema, en combinació amb reunions de les parts interessades regionals per identificar les àrees prioritàries per al canvi. El producte final va ser un informe exhaustiu de la morbiditat i la mortalitat relacionades amb les caigudes, una revisió de la literatura sobre els factors de risc de caiguda i les estratègies de prevenció provades, així com 31 recomanacions prioritàries per a la formulació de polítiques i prevenció. El procés de participació significativa de les parts interessades en l'elaboració d'aquestes recomanacions va ser fonamental per a l'èxit d'aquest model de lideratge. Des de la publicació d'aquest informe s'ha produït un



augment substancial en el nombre de programes de prevenció de caigudes i una reducció significativa en les morts i les hospitalitzacions relacionades amb les caigudes en persones d'edat avançada a la Colúmbia Britànica.

- Coalició Falls Free Coalition (EUA). És un col·lectiu de representants d'organitzacions nacionals i de coalicions estatals que treballa per reduir el nombre creixent de caigudes i de lesions relacionades amb caigudes entre les persones grans. Amb el suport de la Fundació Archstone i d'organitzacions sense ànim de lucre del Consell de Seguretat a la Llar, els membres de la Coalició "Falls Free Coalition" es van reunir per primera vegada el 2004 per elaborar el Pla d'acció nacional per evitar les caigudes. El Pla descriu estratègies i plans d'acció clau per prevenir les caigudes i abordar les cinc àrees prioritàries següents: mobilitat física; gestió dels medicaments; seguretat a la llar; seguretat ambiental a la comunitat; i qüestions interrelacionades, com ara advocació, formulació de polítiques, vincles amb els sistemes d'atenció sanitària i integració d'activitats interdisciplinàries.
- Xarxa Europea de Prevenció de les Caigudes (ProFaNE). Programa ja finalitzat. És una xarxa temàtica finançada per la Comunitat Europea per promoure pràctiques eficaces per a la prevenció de caigudes entre la gent gran. Amb més de 1.100 persones de més de trenta països registrades a la seva pàgina web, un fòrum de debat actiu i prop de 900 recursos, ProFaNE difon bones pràctiques posant tots els seus recursos a disposició pública.
- Programa FallProof d'Equilibri i Mobilitat (Universitat Estatal de Califòrnia, EUA). Programa complet de formació en equilibri i mobilitat dissenyat per a instructors d'activitat física i professionals sanitaris per disposar de les competències necessàries per reduir el risc de caiguda entre les persones d'edat avançada de la comunitat. Basat en una sòlida comprensió de la fisiologia de l'envelliment, en la teoria de l'educació d'adults i en evidència de prevenció de caigudes, aquest programa proporciona instruccions per a l'aplicació pràctica d'avaluació i d'intervenció en mobilitat i equilibri.
- *Prevention of Falls and Fall Injuries in the Older Adult Best Practice Guideline* ("Guia de Bones Pràctiques de Prevenció de Caigudes i Lesions entre persones grans") de l'Associació d'Infermeres Certificades d'Ontario (Associació d'Infermeres Certificades d'Ontario, Canadà). La Guia de l'Associació va ser dissenyada per personal d'infermeria intensiva i d'assistència a llarg termini per millorar els seus coneixements i les seves competències en l'avaluació i la prevenció de riscos. El propòsit d'aquesta guia és augmentar la confiança, els coneixements, les habilitats i les competències de tot el



personal d'infermeria a l'hora d'identificar les persones adultes en instal·lacions sanitàries en risc de caure i de definir intervencions per a la prevenció de caigudes.

## 4.8. Línia estratègica 7. Prevenció de riscos

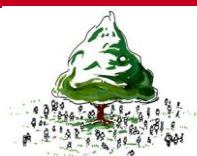
### 4.8.1. Evidència

81

Un dels riscos per a la salut de les persones grans més preocupants –i, malgrat tot, menys visible– és el de patir maltractaments. Aquests maltractaments es propinen a les mateixes llars en els centres d'internament, ja sigui per acció (bé sigui per maltractament físic, psicològic, abús econòmic o abús sexual) o per omissió (és a dir, la negligència o l'abandonament). Els maltractaments tenen un efecte evident sobre el benestar físic i mental de les persones grans, en forma de lesions, angoixa, deteriorament de la qualitat de vida, conculcació de drets individuals i, de vegades, la mort.

Elements com la fragilitat física o psicològica, la demència, l'aïllament social, l'existència de relacions familiars tibants producte de la dependència i la necessitat de cura, l'escassetat de recursos econòmics d'algunes famílies o la formació inadequada i les excessives càrregues de feina d'alguns cuidadors formals són factors afavoridors dels maltractaments que es presenten amb freqüència entre la gent gran. En els darrers anys hi ha, a més, una percepció creixent entre els treballadors socials, els psicòlegs i els responsables de residències d'avis que l'abús econòmic de les persones s'incrementa, afavorit per la crisi econòmica i el seu trasllat a les economies familiars. I és que, a causa de l'atur, moltes unitats familiars viuen pràcticament sense ingressos, i la pensió o les diverses prestacions econòmiques que les persones grans reben, o l'habitatge de lloguer o de propietat que aquestes habiten poden esdevenir objecte d'usurpació per part de l'entorn familiar més proper, de maneres més o menys forçades.

D'altra banda, el tabaquisme o el consum excessiu d'alcohol són dos hàbits no saludables relativament freqüents entre la gent gran: estan relacionats amb bona part de les malalties cròniques i constitueixen un risc evident per a la salut. El tabaquisme s'associa a importants increments del risc de contraure fins a quaranta malalties diferents, i és causa de càncers, malalties pulmonars obstructives cròniques (MPOC) i altres malalties pulmonars, malalties vasculares, malalties gastrointestinals i osteoporosi, entre d'altres. El consum abusiu d'alcohol és objecte d'atenció pública sobretot en la franja més jove de la població, però també està relacionat amb nombrosos efectes adversos per a la salut de les persones grans, tant en el



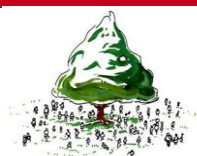
desenvolupament de malalties com en l'empitjorament d'altres, les interaccions amb el consum de medicaments (molt freqüents en aquests grups d'edat) i el declivi general del nivell de salut (SNIPH, 2007). Les manifestacions de l'alcoholisme en la gent gran, a més, són manifestament diferents de les d'altres franges d'edat, amb tipologies molt distintives com ho són les del bevedor que acumula un consum excessiu durant tota la vida, les del qui s'hi inicia just aleshores o el qui consumeix quantitats baixes d'alcohol però les barreja, i passa de manera inadvertida, amb medicaments amb efectes potencialment molt nocius.

Revertir aquests hàbits no saludables, però, comporta guanys notables per a la salut, fins i tot en edats molt avançades. I és que, com ja s'ha avançat en el capítol segon, deixar de fumar entre els 60 i els 75 anys comporta menys beneficis que si es fa en edats més joves, però així i tot encara s'associa a reduccions de l'ordre del 50% del risc de mort prematura (EuroHealthNet i BzGA, 2012).

#### **4.8.2. Situació actual a Catalunya**

L'any 2012, els Mossos d'Esquadra van realitzar 1.224 actuacions relacionades amb la violència familiar dels més grans de 64 anys, que van derivar en 707 denúncies i 716 víctimes ateses, tres de les quals mortals. Aquestes xifres representen un increment lleuger respecte del 2011, primer any amb dades publicades, en termes d'actuacions (+ 8%) i víctimes (+ 8% de víctimes ateses i + 50% de mortals —de 2 a 3—), però no així en denúncies (– 1%). Si analitzem les 1.380 víctimes ateses en aquests dos anys, s'observa que són majoritàriament dones (62% sobre el total) i del grup d'edat més jove (79% entre 65 i 79 anys, també sobre el total).

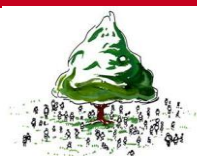
Amb tot, cal tenir molt present que aquestes dades només recullen una part del total de gent gran afectada per maltractaments, ja que, segons alguns estudis, només es detectarien entre un 5 i un 20% dels casos (vegeu Navarro, 2009; VII Curs sobre violència domèstica de l'Hospital de la Vall d'Hebron, 2008), atesa l'existència d'uns tabús socials i d'una indefensió pròpia de totes les víctimes que pateixen la violència en l'àmbit domèstic que fan que la majoria de les víctimes no arribi a presentar denúncia. D'acord amb l'OMS, però, fins a un 6% de la gent gran es trobaria en una situació de risc de maltractament en l'àmbit domèstic, una xifra que a Catalunya comportaria, per a l'any 2011, un volum potencial de més de 75.000 persones grans en risc de ser maltractades. La Xarxa Internacional per la Prevenció del Maltractament a la Gent Gran (INPEA) coincideix amb aquesta proporció i l'augmenta



---

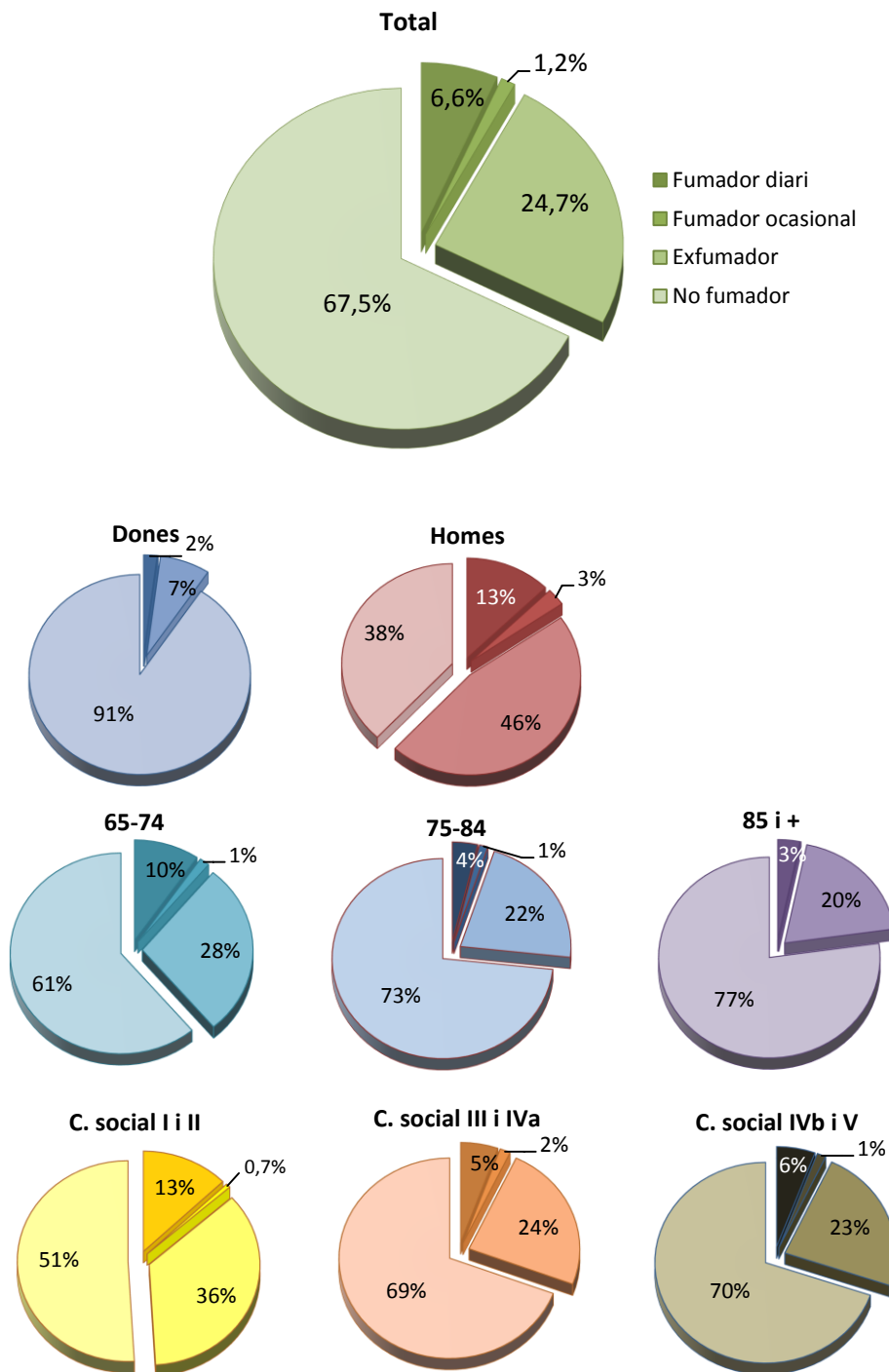
fins a un 10% per a aquelles persones grans que es troben institucionalitzats en residències o centres de dia (Departament de Benestar i Família, 2012).

Quant a la prevalença d'hàbits no saludables, l'ESCA 2011 apunta a un volum de fumadors diaris de gairebé el 7% entre la gent gran de Catalunya (prop de 77.000 persones), amb un pes molt superior entre els homes que entre les dones, més elevat en el grup d'edat més jove, i també força per sobre de la mitjana entre les classes socials més benestants. Hi ha també un percentatge reduït de fumadors ocasionals (és a dir, que fumen menys d'una vegada al dia) que, si es computessin juntament amb els diaris, donarien una prevalença final de tabaquisme entre la gent gran de gairebé el 8% (unes 91.000 persones). En darrer lloc, ja al marge d'aquest hàbit hi ha el gruix de la població: un 25% d'exfumadors i un 68% de no fumadors.

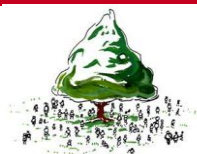




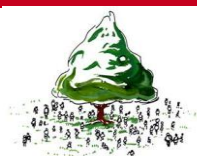
**Figura 36. Consum de tabac de la gent gran per sexe, grup d'edat i classe social a Catalunya (2011)**



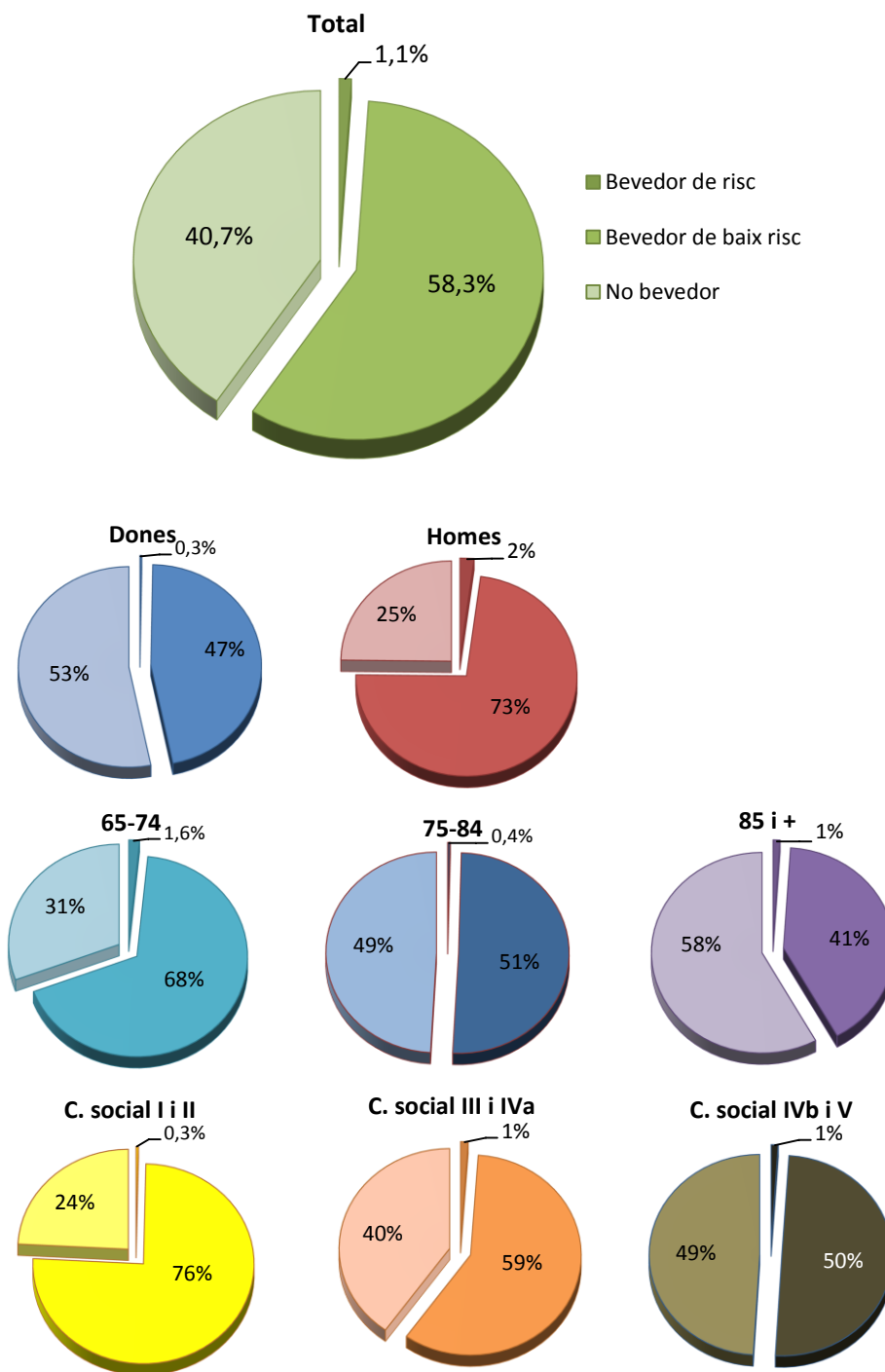
Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Enquesta de salut de Catalunya 2011 (2a i 3a onada).



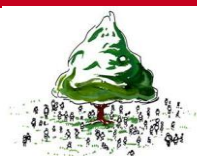
El consum d'alcohol, si més no el considerat de risc (és a dir, haver consumit 28 unitats de beguda estàndard –UBE– o més a la setmana els homes, 17 UBE o més a la setmana les dones, o 5 UBE seguides almenys un cop al mes. L'UBE és una xifra de referència que equival a 10 grams d'alcohol pur, una quantitat que més o menys conté 1 canya de cervesa –250 ml–, 1 got de vi –100 ml–, 1 copa de cava –100 ml– o mitja copa de licor –30 ml–) és encara menys freqüent entre la gent gran: únicament un 1,1% entra dins aquesta categoria (poc més de 12.000 persones), amb una presència més gran entre els homes i gairebé inexistent entre les dones, aparentment més perceptible en el grup d'edat més jove i que gairebé no es registra entre les classes socials més ben situades. Més enllà d'aquest petit grup, però, la major part de la gent gran (el 58%, unes 675.000 persones) és consumidora d'alcohol de baix risc, si bé la població abstèmia (el 41%) és majoritària entre les dones i el grup de més edat.



**Figura 37. Consum d'alcohol de la gent gran per sexe, grup d'edat i classe social a Catalunya (2011)**



Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Enquesta de salut de Catalunya 2011 (2a i 3a onada).



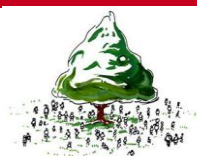
### 4.8.3. Efectivitat de les intervencions

S'han pogut identificar poques intervencions que versin sobre el maltractament a les persones grans i sobre les quals hi hagi una evidència d'efectivitat. Una actuació efectiva per identificar i gestionar casos potencials i sospitosos de maltractaments a persones grans amb demència es basaria en la formació transversal, l'ús d'eines de cribatge i de protocols de derivació per part de professionals i voluntaris dels serveis relacionats amb la protecció de la gent gran (Anetzberger *et al.*, 2000). D'acord amb un altre article del *Journal of Interpersonal Violence* (Campbell i Brown, 2002), una intervenció psicològica educativa sobre maltractadors de persones grans dependents per abús físic i per negligència basada en la gestió de l'agressivitat és efectiva si es redueixen els nivells de tensió, d'ansietat i de depressió d'aquests agressors. En qualsevol cas, al marge de l'efectivitat contrastada, totes les fonts consultades apunten a la necessitat de dirigir les intervencions a sensibilitzar la població, la recerca, la formació del personal de les residències i la coordinació dels diferents serveis que tracten amb la gent gran i l'ús d'eines per a la detecció i la gestió de casos.

Amb relació al tabaquisme, els programes de cessació són el mètode més efectiu per reduir les malalties relacionades amb el tabac en totes les franges d'edat, i també entre la gent gran. És més difícil que els fumadors de més edat entrin en programes de deshabitació, però una vegada ho fan, registren millors resultats que no pas els joves.

En el cas del consum d'alcohol, més enllà de les intervencions també generals centrades en la deshabitació dels bevedors de risc per a tots els grups d'edat (les intervencions breus són molt efectives: cinc minuts d'aconsellament personalitzat poden contribuir a reduir fins a un 25% tant les quantitats d'alcohol ingerides com la prevalença de les persones bevedores de risc), cal tenir present que no s'ha generat encara prou evidència sobre l'efectivitat de les recomanacions d'un consum moderat de vi o altres tipus d'alcohol per a una millor salut cardiovascular.

Com en altres casos, però, l'òptim és la intervenció combinada sobre diversos factors relacionats amb els estils de vida, sobretot en pacients amb un risc elevat de malaltia cardiovascular relacionat amb múltiples factors. Així, juntament amb l'adopció d'hàbits saludables, com ara un nivell d'activitat física elevat, tant els no fumadors com els exfumadors tenen fins a dues vegades i mitja més de probabilitats d'envellir saludablement que els qui no han fumat mai però són sedentaris (SNIPH, 2007).



#### 4.8.4. Objectiu i proposta d'actuacions

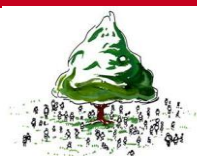
**Fer aflorar el fenomen dels maltractaments a la gent gran i desenvolupar les accions necessàries per prevenir-los, per mitjà de la sensibilització, la formació i la recerca. Combatre el consum no saludable que, com el tabac i l'excés d'alcohol, incrementen el risc de mala salut de la gent gran.**

88

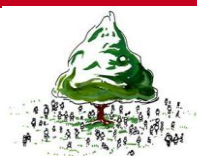
- Sensibilitzar la població en general i la gent gran en particular sobre l'existència de maltractaments a les persones grans, la seva naturalesa i conseqüències, i les accions a dur a terme per tal de posar-hi fi o evitar-los.
- Potenciar la formació dels professionals i les persones cuidadores de persones grans, i els professionals socials i de la salut amb relació als maltractaments, posant èmfasi en l'educació en valors com el respecte o la dignitat.
- Potenciar la recerca sobre els maltractaments a la gent gran.
- Millorar els mecanismes de detecció de casos i de coordinació entre els serveis socials, de salut, policials i judicials.
- Promoure l'abandonament del tabac i del consum excessiu d'alcohol en totes les franges d'edat.

#### 4.8.5. Bones pràctiques

- Protocol marc i orientacions d'actuació contra els maltractaments a les persones grans (Departament de Benestar i Família). Aprovat el juliol de 2012 i elaborat per la Secretaria de Família amb la col·laboració del Departament d'Interior, el Consell de la Gent Gran de Catalunya i l'Equip per a la Investigació del Maltractament de l'Ancià (EIMA), vol servir com a eina concreta perquè els professionals dels serveis socials millorin el coneixement d'aquesta matèria, així com les seves competències i habilitats, a través de pautes concretes d'avaluació i d'actuació. En aquest sentit, s'ha creat una comissió tècnica interdepartamental de seguiment d'aquest protocol.
- EuROPEAN. Marc europeu de referència per a la prevenció de l'abús i l'abandonament de les persones grans.



- MILCEA. Control de l'abús de les persones grans a la Unió Europea per mitjà dels sistemes públics sanitaris i d'atenció de llarga durada.
- WeDO. Associació Europea per al Benestar i la Dignitat de les Persones Grans.
- Programa ABUEL. Ofereix una enquesta multinacional sobre la prevalença de l'abús de les persones grans, en el marc del Programa d'acció en l'àmbit de la salut pública.
- "Breaking the Taboo 2" ("Trenquem el tabú 2", Programa Daphne). Lluita contra l'abús en el si de les famílies. Treballa per desenvolupar les capacitats dels professionals sanitaris i dels serveis socials perquè lluitin contra la violència exercida a les dones grans en el si de les famílies.
- "Atenció primària sense fum". Iniciativa promoguda des del 2002 per la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, l'Associació Catalana d'Infermeria, l'Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya i l'Agència de Salut Pública de Catalunya per tal de facilitar la disminució de la prevalença de l'hàbit tabàquic en els professionals que hi treballen i en la població en general.
- Xarxa de farmàcies sense fum. Programa de cessació tabàquica que l'any 1998 va posar en marxa el Col·legi de Farmacèutics de Barcelona.
- Xarxa Catalana d'Hospitals sense fum (Departament de Salut). Desplegar entre els seus hospitals membres el Programa de deshabitució tabàquica adreçat al personal sanitari i al pacient hospitalitzat.
- Centres de referència en deshabitució tabàquica (Departament de Salut). Un total de 24 centres als quals es poden derivar les persones fumadores que requereixen tractaments més especialitzats.
- Unitat de Tractament del Tabaquisme de l'Hospital Universitari de Bellvitge.
- Programa "Beveu menys" (Departament de Salut). Orientat a la detecció precoç de les persones bevedores de risc i la intervenció consegüent perquè redueixin el consum. Iniciat l'any 2002, l'objectiu general del programa és sensibilitzar la població general sobre els danys ocasionats pel consum de risc d'alcohol, i l'objectiu operatiu és dotar l'atenció primària de salut de les eines per a la identificació precoç i la intervenció breu en els problemes d'alcohol.



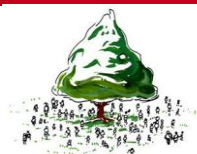
## 4.9. Línia estratègica 8. Serveis de salut

### 4.9.1. Evidència

Els serveis de salut són el principal mitjà per materialitzar les mesures de prevenció que han de permetre la detecció precoç i la gestió de les malalties cròniques de les persones grans, així com la disminució dels factors de risc i l'increment dels factors protectors. Són també, doncs, un recurs important de promoció de la salut que pot propiciar un canvi en els estils de vida. En països com el Japó, la combinació entre un sistema eficaç de detecció i de tractament de la hipertensió i una estratègia de reducció del consum de sal en els aliments s'ha revelat com un dels factors amb més pes per explicar la coneguda longevitat dels seus habitants (World Health Organization, 2012). Si els serveis de salut ofereixen les prestacions necessàries per dur a terme aquesta tasca preventiva i promotora, i són utilitzats efectivament per part de la gent gran, s'aconseguirà evitar o endarrerir l'aparició de malalties cròniques i limitants que acaben portant a la dependència i a la necessitat de serveis de llarga durada, i també s'aconseguirà reduir-ne la mortalitat prematura.

En aquest sentit, l'accessibilitat de la gent gran als serveis de salut és un dels primers elements que cal considerar. Algunes persones tenen obstacles per accedir-hi, bé sigui de tipus econòmic (copagaments), administratiu (circuitos burocràtics), físic (distància i disponibilitat de transport), cultural (llengua i religió), educatiu (nivell de coneixements sobre salut) o social (suport social de l'entorn per utilitzar els serveis). Certs grups especialment vulnerables, com la població de nivell socioeconòmic baix, la que es troba en situació d'exclusió social o les minories ètniques, topen amb més dificultats. Pel que fa a les econòmiques, convé no perdre de vista l'existència d'uns quants estudis que indiquen que un increment en la participació dels pacients en els costos dels serveis sanitaris redueix la freqüència de visites mèdiques, especialment entre les classes socials més baixes (Murata *et al.*, 2010).

La disponibilitat d'una bona oferta de serveis preventius amb vocació universal, com les vacunacions contra la grip, el control de la tensió arterial o del nivell de colesterol, o els cribatges de càncer, i la utilització específica d'aquestes prestacions per part de la gent gran són dos altres aspectes ben rellevants que condicionen la utilitat dels serveis de salut per millorar-ne efectivament la salut. També en aquest cas cal tenir novament presents els grups que, com les persones grans amb baixos coneixements sobre salut, o les de classes





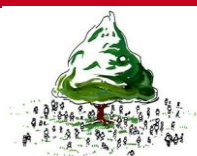
desfavorides, poden tenir participacions més baixes en els cribratges i les vacunacions, un fet que, inevitablement, deriva en uns pitjors resultats en càncer, per exemple (SNIPH, 2007).

Un altre element relacionat amb els serveis de salut és l'ús dels medicaments. Les persones grans en són les més grans consumidores, un fet que accentua problemes molt relacionats amb l'elevat nombre de fàrmacs simultàniament consumits: errors en la prescripció (receptant, per exemple, medicacions sense tenir en compte la funció renal o el pes del pacient, o benzodiazepines de llarga vida mitjana quan no tocaria), reaccions adverses (en l'origen de moltes lesions per caigudes), interaccions (entre medicaments, o entre medicaments i altres malalties, que sovint tots els prescriptors que actuen sobre la persona amb perspectiva global no tenen en compte), o incompliments o baix compliment dels tractaments prescrits per part dels pacients (SNIPH, 2007).

Altres problemes tenen més a veure amb els obstacles a l'accés als serveis i als medicaments ja apuntades. A més de la seva afectació sobre l'accés, aspectes com els coneixements sobre salut de qui pren la medicació o el suport social rebut poden actuar, alhora, com a elements que en dificulten un ús correcte. D'altra banda, molts medicaments consumits per persones grans rarament han estat incorporats en la fase d'assaig clínic. En altres casos en què les poblacions de més de 64 anys sí que n'han format part, els assajos no han durat prou temps com per obtenir informació fiable sobre els seus efectes a llarg termini (SNIPH 2007 i EuroHealthNet i Bzga, 2012). Tots aquests problemes, en definitiva, poden derivar en la reducció de l'eficàcia dels tractaments i, el que és pitjor, en problemes de seguretat que poden posar greument en perill la salut de les persones grans.

#### 4.9.2. Situació actual a Catalunya

Si ens fixem en les activitats preventives que, d'acord amb l'ESCA 2011, han realitzat les persones grans, dues de cada tres (un 67%) es vacunen periòdicament contra la grip; en canvi, els percentatges de les que es revisen periòdicament la tensió arterial (90%) i el nivell de colesterol (87%) encara són més elevats. A mesura que augmenta l'edat, aquestes pràctiques augmenten, a excepció del control del colesterol, en què el grup de 85 anys i més es troba per sota dels dos més joves. No s'observen diferències importants de sexe, tret d'una lleugera pràctica preventiva més acusada entre les dones en el cas de la tensió arterial i el colesterol. Pel que fa a les diferències per classes socials, són poc remarcables,



tot i que en el cas de la vacunació de la grip, les més benestants mostren un patró menys preventiu, especialment entre les dones.

**Figura 38. Prevalença de vacunació de la grip de forma regular de la gent gran per sexe, grup d'edat i classe social a Catalunya (2011)**

92

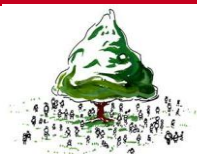
Subgrup	Total		Dones		Homes	
	%	N	%	N	%	N
65-74 anys	<b>58,3</b>	<b>342.457</b>	59,1	185.484	57,4	156.973
75-84 anys	<b>76,3</b>	<b>344.064</b>	74,0	190.512	79,2	153.552
85 i més anys	<b>76,5</b>	<b>89.535</b>	76,9	57.847	75,8	31.688
C. social I i II	<b>56,8</b>	<b>116.063</b>	53,6	48.472	59,3	67.591
C. social III i IVa	<b>72,0</b>	<b>398.015</b>	71,8	215.883	72,2	182.132
C. social IVb i V	<b>65,6</b>	<b>218.512</b>	66,2	126.023	64,8	92.489
<b>Total</b>	<b>67,2</b>	<b>776.056</b>	<b>67,1</b>	<b>433.843</b>	<b>67,2</b>	<b>342.213</b>

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Enquesta de salut de Catalunya 2011 (2a i 3a onada).

**Figura 39. Prevalença de mesurament periòdic de la tensió arterial de la gent gran per sexe, grup d'edat i classe social a Catalunya (2011)**

Subgrup	Total		Dones		Homes	
	%	N	%	N	%	N
65-74 anys	<b>88,7</b>	<b>523.197</b>	90,6	284.442	86,6	238.755
75-84 anys	<b>90,8</b>	<b>409.781</b>	92,5	237.983	88,6	171.798
85 i més anys	<b>91,2</b>	<b>106.733</b>	92,0	69.203	89,8	37.530
C. social I i II	<b>89,7</b>	<b>183.412</b>	88,9	80.383	90,4	103.029
C. social III i IVa	<b>91,3</b>	<b>506.711</b>	91,7	275.586	90,8	231.125
C. social IVb i V	<b>87,2</b>	<b>290.445</b>	92,7	176.680	79,7	113.765
<b>Total</b>	<b>89,8</b>	<b>1.039.712</b>	<b>91,5</b>	<b>591.628</b>	<b>87,6</b>	<b>448.084</b>

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Enquesta de salut de Catalunya 2011 (2a i 3a onada).

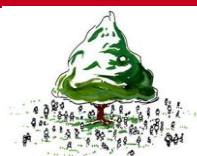


**Figura 40. Prevalença de la revisió periòdica del nivell de colesterol de la gent gran per sexe, grup d'edat i classe social a Catalunya (2011)**

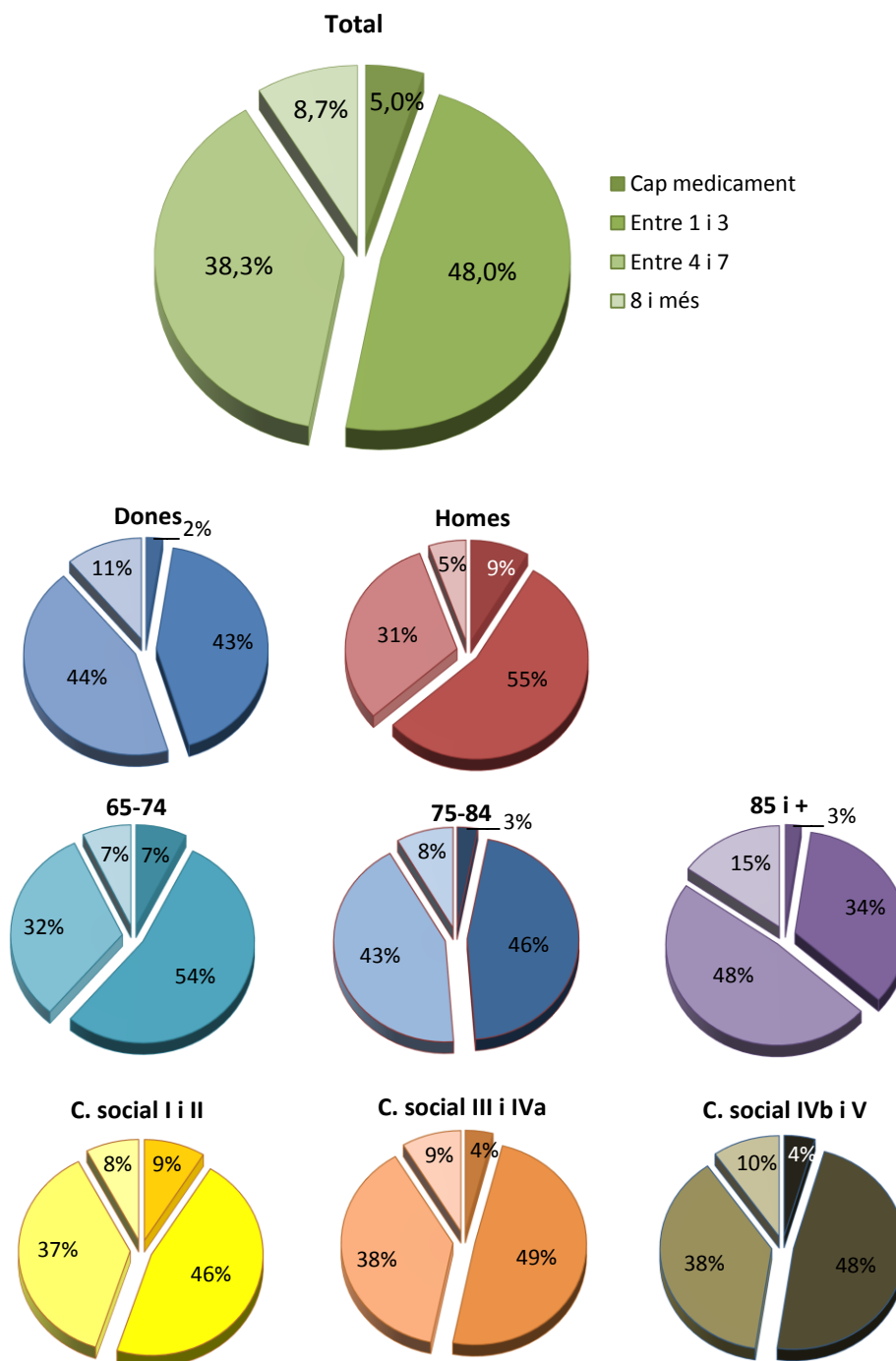
Subgrup	Total		Dones		Homes	
	%	N	%	N	%	N
65-74 anys	<b>85,1</b>	<b>501.462</b>	87,7	275.168	82,1	226.294
75-84 anys	<b>90,1</b>	<b>406.521</b>	89,6	230.487	90,8	176.034
85 i més anys	<b>82,3</b>	<b>96.298</b>	86,0	64.656	75,7	31.642
C. social I i II	<b>87,2</b>	<b>178.269</b>	89,0	80.513	85,8	97.756
C. social III i IVa	<b>88,6</b>	<b>491.623</b>	90,3	271.489	86,5	220.134
C. social IVb i V	<b>84,2</b>	<b>280.426</b>	86,4	164.510	81,3	115.916
<b>Total</b>	<b>86,7</b>	<b>1.004.283</b>	<b>88,2</b>	<b>570.312</b>	<b>84,9</b>	<b>433.971</b>

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Enquesta de salut de Catalunya 2011 (2a i 3a onada).

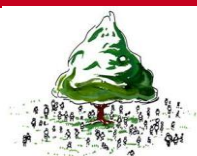
Amb relació a l'ús dels medicaments, l'ESCA permet constatar l'elevat nombre de fàrmacs que acostuma a prendre la gent gran. Un 95% afirma haver-ne pres com a mínim un en els darrers dos dies, i per bé que el segment més nombrós el representen els que s'han medicat entre 1 i 3 vegades (48%), els polimedicats moderats, és a dir, els que han pres entre 4 i 7 medicaments, i els més extrems (8 o més) constitueixen gairebé la meitat de la població catalana de més de 64 anys (amb pesos del 38 i el 9%, respectivament). Són ben perceptibles les diferències en els patrons de consum entre les dones i els grups de més edat, amb menys percentatges de consum baix o absència de consum i més consums més alts, i els homes i els grups de menys edat, que es troben en la situació oposada. En el cas de la classe social, en canvi, no es detecten variacions tan marcades entre els diferents grups.



**Figura 41. Nombre de medicaments presos en els darrers 2 dies per la gent gran per sexe, grup d'edat i classe social a Catalunya (2011)**



Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Enquesta de salut de Catalunya 2011 (2a i 3a onada).



Si centrem l'atenció en el percentatge de persones grans que es poden considerar polimedicades, és a dir, les que consumeixen quatre o més medicaments simultàniament (e-Farma, 2008), observarem les mateixes diferències apuntades entre grups.

**Figura 42. Nombre de medicaments presos en els darrers dos dies per la gent gran per sexe, grup d'edat i classe social a Catalunya (2011)**

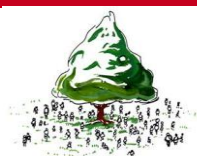
Subgrup	Total		Dones		Homes	
	%	N	%	N	%	N
65-74 anys	<b>38,8</b>	<b>236.924</b>	47,1	153.067	29,4	83.857
75-84 anys	<b>51,2</b>	<b>246.050</b>	57,2	161.990	42,5	84.060
85 i més anys	<b>63,4</b>	<b>116.997</b>	68,7	87.292	51,8	29.705
C. social I i II	<b>45,0</b>	<b>98.999</b>	57,8	58.723	34,0	40.276
C. social III i IVa	<b>46,8</b>	<b>287.601</b>	54,5	188.101	37,0	99.499
C. social IVb i V	<b>47,6</b>	<b>174.964</b>	54,8	117.764	37,6	57.202
<b>Total</b>	<b>47,0</b>	<b>599.969</b>	<b>54,7</b>	<b>402.347</b>	<b>36,5</b>	<b>197.621</b>

Font: elaboració pròpia a partir de dades de l'Enquesta de salut de Catalunya 2011 (2a i 3a onada).

### 4.9.3. Efectivitat de les intervencions

Pel que fa a les intervencions orientades a facilitar l'accés de les persones grans als serveis de salut, més enllà de la lògica efectivitat que podem associar a més disponibilitat de centres de salut a l'abast de les poblacions, d'una bona xarxa de transport públic que hi faciliti l'accés, o de l'existència de mesures que garanteixin a tots els col·lectius l'absència de dificultats econòmiques per accedir a les prestacions de salut, hi ha determinades actuacions que s'han demostrat particularment efectives. Les visites domiciliàries poden tenir efectes moderats de reducció de la mortalitat per al grup d'entre 73 i 78 anys, molt més feble per als de més de 80 anys, tot i que sí que són efectives a l'hora de limitar la institucionalització, sobretot si van acompanyats de 10 o més visites de seguiment a l'any. Més enllà d'aquestes visites, les intervencions de cura a domicili són efectives per reduir els reingressos hospitalaris (SNIPH, 2007).

Quant a les activitats preventives, la vacuna contra la grip és efectiva per reduir l'elevada morbiditat de la grip estacional (s'estima que pot afectar entre el 5% i el 20% de la població general), que, en el cas de les persones que formen part del grup de risc, entre les quals les d'edat avançada, pot tenir més gravetat i derivar en ingressos hospitalaris per malalties pulmonars, cardiovasculars o cerebrovasculars, i causar mortalitat. Hi ha un acord general, avalat per un gran nombre d'estudis, que la vacuna antigripal és el millor mètode, i el més

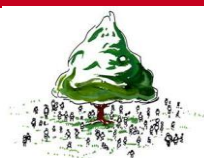


eficaç, per controlar la malaltia, per bé que hi ha encara incertesa sobre la magnitud de l'efectivitat clínica entre la gent gran, o amb comorbiditat. Amb tot, la vacunació antigripal estacional de la població de risc és recomanada de manera general per les autoritats i els organismes sanitaris i les societats de tot el món. Així, les persones de 60 anys o més, juntament amb les internades en institucions tancades (entre els quals, les residències geriàtriques) i les que presenten malalties pulmonars o cardiovasculars cròniques, es consideren una de les tres poblacions de risc que cal vacunar abans de l'inici de la temporada gripal, entre l'1 d'octubre i el 30 de novembre (Departament de Salut, 2012).

D'altra banda, el bon control de la pressió arterial continua sent el factor més important en la reducció de la morbimortalitat cardiovascular. És recomanable determinar-la regularment en les persones que formen part del grup de risc (persones de més de 60 anys de les quals es desconeguin les xifres de tensió arterial o que no s'hagin pres la tensió arterial en els darrers dos anys, i totes les que presenten altres factors de risc cardiovascular i siguin familiars d'hipertensos coneguts) i cada dos anys com a mínim en la població sana i asimptomàtica (Departament de Salut, 2006).

El cribratge del nivell de colesterol de la població és efectiu per identificar la prevalença de la hipercolesterolèmia, un dels factors de risc de les malalties cardiovasculars més estesos. Hi ha una evidència clara que el tractament farmacològic de la hipercolesterolèmia redueix la incidència d'esdeveniments coronaris de la població de risc (homes d'entre 35 i 65 anys, sobretot si tenen altres factors de risc cardiovascular, dones més grans de 45 anys i persones amb antecedents familiars de primer grau de cardiopatia isquèmica o mort sobtada prematura abans dels 45 anys). El cribratge sistemàtic recomanat es fa amb la determinació del colesterol total a la sang, amb una periodicitat de cinc anys en la població de més de 20 anys sana, asimptomàtica i sense altres factors de risc cardiovascular, i amb més freqüència en la població de risc (Departament de Salut, 2006).

Per fer front als problemes associats a l'ús dels medicaments, s'han demostrat efectives la utilització d'indicadors de qualitat del consum de fàrmacs, la revisió sistemàtica dels tractaments rebuts pel pacient (emprant com a recurs principal la tecnologia informàtica) i la inclusió de les persones grans en els assaigs clínics (SNIPH, 2007).



#### 4.9.4. Objectiu i proposta d'actuacions

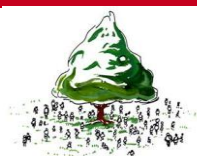
**Adequar el funcionament dels serveis de salut a les necessitats de les persones grans: garantint-n'hi l'accés, millorant-ne el grau de participació en les activitats preventives, formant els professionals per brindar-los una atenció més adaptada i desenvolupant els mecanismes que assegurin un millor ús dels medicaments.**

97

- Millorar l'accessibilitat de les persones grans als serveis de salut, especialment les més fràgils i les de nivell socioeconòmic baix. Mitigar les dificultats econòmiques, administratives, físiques, culturals i socials que poden limitar-ne l'accés, vetllant alhora per la utilització d'un llenguatge senzill i adequat al nivell de coneixements sobre salut de les persones grans.
- Ampliar la cobertura poblacional de la gent gran en les diferents activitats preventives que es realitzen des dels serveis de salut.
- Proporcionar formació a tots els professionals dels serveis de salut, independentment de la seva especialització, sobre les especificitats de l'atenció a les persones grans.
- Reduir els problemes associats a l'ús de medicaments per part de la gent gran, millorant-ne la prescripció i la dispensació, la claredat de la informació proporcionada a pacients i cuidadors sobre els efectes i les interaccions dels fàrmacs, i el seguiment i la supervisió coordinats de les teràpies.
- Fomentar la inclusió de les persones grans en els assajos clínics per a nous medicaments.

#### 4.9.5. Bones pràctiques

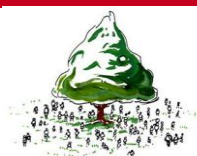
- Xarxa Catalana d'Hospitals i Centres Promotors de la Salut.
- Programa d'educació sanitària a la gent gran (PESGG) en el bon ús dels medicaments (Departament de Salut).  
"Atenció de Qualitat per a un Envelliment de Qualitat" ("Quality Care for Quality Ageing", cofinançat pel programa PROGRESS). Se centra en els serveis i les intervencions





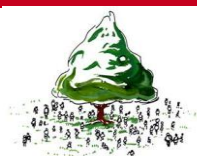
d'atenció social i domèstica en el context de les necessitats de cura a llarg termini per part de la gent gran. Parteix del supòsit que els serveis socials locals i regionals seran l'eina principal per satisfer les necessitats d'atenció de les persones grans i que la reforma del benestar actual no aborda amb prou rapidesa el creixement potencial de la demanda d'atenció a llarg termini. Organitzacions associades de set països socis estan analitzant les tendències en les condicions sanitàries i la legislació vigent. Intercanvien bones pràctiques relacionades amb la supervisió i l'avaluació dels serveis sanitaris a la llar per tal de fomentar intervencions d'assistència mèdica domiciliària que en el futur siguin més eficaces.

- HealthQuest - Qualitat i igualtat en l'accés als serveis de salut – “Quality in and Equality of Access to Healthcare Services” (Associació Europea de Gestió Sanitària –EHMA–, Centre Europeu de Polítiques de Benestar Social i Recerca cofinançat per la Comissió Europea). Aquest projecte de dotze mesos de durada (2007-2008) va investigar les dificultats en l'accés a l'assistència sanitària i va identificar i va analitzar els obstacles d'accés als serveis d'atenció sanitària que pateixen els grups vulnerables de la societat i les persones més exposades a l'exclusió social, principalment la gent gran, les persones immigrants i la gent amb problemes de salut mental. El projecte va revisar diverses iniciatives de polítiques adoptades pels estats membres per tal d'assolir l'objectiu que tothom tingui accés a una atenció sanitària, a més de destacar i de descriure les mesures de polítiques més eficaces per garantir que les persones més desfavorides tenen accés a una atenció mèdica. Els resultats obtinguts s'han incorporat en un informe final que també recull conclusions i recomanacions detallades i informes de vuit països (com ara Anglaterra, Alemanya, Finlàndia, Espanya i els Països Baixos).
- Partenariats per a projectes de la gent gran (“Partnerships for Older People Projects” – POPP (Regne Unit, Ministeri de Salut). A l'hora de dissenyar i d'implementar serveis i iniciatives adreçats a la gent gran, és fonamental partir d'una base de coneixements sòlida i aprendre d'altres projectes que tenen objectius similars. Per això, el Departament de Salut del Regne Unit va crear els “Partenariats per a la gent gran” (2005-2009), que tenen per objecte proporcionar evidència d'intervencions preventives que funcionen per maximitzar la qualitat de vida de les persones grans i donar-los suport perquè estiguin sanes, es mantinguin actives i siguin independents durant més de temps. Els POPP han desenvolupat i avaluat serveis i iniciatives per a gent gran orientats a promoure la salut, el benestar i la independència, i a prevenir o retardar la necessitat d'atenció més intensa o d'internament. Les experiències dels diferents projectes tenen el propòsit d'enfortir la



---

base d'evidències i d'orientar els plantejaments futurs cap a la inversió en iniciatives rendibles i eficients i en el seu desenvolupament. La pàgina web de POPP recull enllaços a informes d'avaluació, informes estratègics i altres recursos relacionats.



## 5. DOCUMENTS DE REFERÈNCIA

Agència de Salut Pública de Barcelona. Persones lesionades per accident de trànsit ateses als serveis d'urgències de Barcelona 2003-2008. ASPB 2010.

Agència de Salut Pública. Generalitat de Catalunya. Guia tècnica per a la campanya de vacunació antigripal estacional 2012. Campanya 2012-2013. Programa de vacunacions.

Georgia J, Anetzberger GJ, Barbara R, Palmisano BR, Sanders M, Bass D, Dayton C, Eckert S, Schimer MR. A model intervention for elder abuse and dementia. The Gerontologist. 2000;40(4):492-7.

Artazcoz L, Pérez G, Rueda S, Rodríguez M, González G. Bases per a un envelliment actiu i saludable a Barcelona. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2009.

Campbell Reay AM, Brown KD. The effectiveness of psychological interventions with individuals who physically abuse or neglect their elderly dependents. J Interpers Violence. 2002;17:416.

Comisión Europea. La aportación de la UE al envejecimiento activo y a la solidaridad entre las generaciones; 2012.

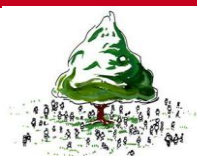
Consell Assessor de la Gent Gran. Ajuntament de Barcelona. Disponible a: <http://w110.bcn.cat/portal/site/ConsellAssessorGentGran>

Departament de Benestar i Família. Protocol marc i orientacions d'actuació contra els maltractaments a les persones grans. Departament de Benestar i Família; 2012.

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Recomanacions d'alimentació i activitat física per a centres d'acolliment residencial per a persones grans; 2010. Disponible a: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir1921/recoaliacti2010.pdf>

Departament de Salut. Enquesta de salut de Catalunya 2011: informe dels principals resultats. 4a edició: agost de 2012. Departament de Salut; 2012.

Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Llibre blanc: consens sobre les activitats preventives a l'edat adulta dins l'atenció primària. Barcelona: Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2006.



EAPN ES. Guía de estilo para periodistas sobre personas mayores. EAPN ES. Disponible a: [www.eapnmadrid.org](http://www.eapnmadrid.org)

EuroHealthNet. Healthy and active ageing. Brussel-les; gener del 2012.

European Commission, Committee of the Regions, AGE Platform Europe. How to promote active ageing in Europe. AGE; setembre del 2011.

European Commission. Special Eurobarometer 378: active ageing report. Setembre-novembre de 2011; juny de 2012.

Fernández-Ballesteros R, Ashland OH. Active aging: the contribution of psychology. Estats Units: Hogrefe & Huber Publishers. 2008; VII 193 pp.

Guide to Community Preventive Services. Promoting Good Nutrition. Darrera actualització: 29/03/2012. Disponible a: [www.thecommunityguide.org/nutrition/index.html](http://www.thecommunityguide.org/nutrition/index.html).

Incavol. Dades bàsiques de l'estudi "Els catalans i el voluntariat 2001"; 2001.

IMSERSO. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Envejecimiento activo: libro blanco. Madrid: IMSERSO. Secretaría General de Política Social y Consumo. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; novembre del 2011.

Murata C, Yamada T, Chen C-C, Ojima T, Hirai H, Kondo K. Barriers to health care among the elderly in Japan. Int J Environ Res Public Health. 2010;7:1330-41.

NICE. Guia clínica 21. Falls: the assessment and prevention of falls in older people. 2004 National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care; 2004.

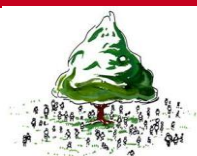
NICE. Guia de salut pública 16. Mental wellbeing and older people; 2008.

Organisation Mondiale de la Santé. Guide mondial des villes-amies des aînés; 2007.

Organisation Panaméricane de la Santé, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Santé Canada. Guide d'élaboration d'un système de soutien complet pour la promotion de la vieillesse active.

Rey ME, Tamarit L. La polimediació: un repte compartit. E-farma 2008; 2.

Salvà A. Criteris per a l'avaluació de les bones pràctiques en les polítiques municipals adreçades a les persones grans. Barcelona: Institut de l'Envel·liment UAB; 2009.



---

Swedish National Institute of Public Health. Healthy ageing: a challenge for Europe. Estocolm; desembre del 2006.

Union Européenne. Comité des Régions. Comment promouvoir le bien vieillir en Europe; octobre de 2009. Disponible a: [info@age-platform.org](mailto:info@age-platform.org)

Unitat de Suport a l'Atenció de Víctimes del Departament d'Interior. Dades sobre violència domèstica - gent gran. Anys 2011 i 2012.

World Health Organization. Active ageing: a policy framework; 2002. Disponible a: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?ua=1)

World Health Organization. Global age-friendly cities: a guide; 2007. Disponible a: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241547307\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241547307_eng.pdf?ua=1)

