

ATENCIÓ A LA GENT GRAN: DISSENY D'UN PROJECTE D'INTERVENCIÓ I PAUTES PER A L'ELABORACIÓ D'UN CODI ÈTIC ESPECÍFIC

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Dr. Antoni Nello Figa



ÍNDEX

- 3** Relació d'autors
- 5** Presentació
- 7** L'envelliment, una aproximació antropològica
- 13** **Les necessitats socio-sanitàries de la gent gran:**
estudi d'un barri de barcelona, el poble sec
- 40** **Disseny d'un projecte d'intervenció socio_sanitària**
adreçada a la gent gran del barri del poble sec de barcelona:
propostes des de diversos àmbits d'atenció
- 48** **Disseny d'un projecte d'intervenció socio_sanitària**
adreçada a la gent gran del barri del poble sec:
proposta d'intervenció coordinada
- 52** **La garantia de qualitat de la resposta socio_sanitària**
a les necessitats de la gent gran:
vers l'elaboració d'un codi ètic de corresponsabilitat
- 65** Annex

RELACIÓ D'AUTORS

COORDINACIÓ

DR. ANTONI NELLO FIGA

Doctor en Teologia Moral (Pontificia Universitat Gregoriana de Roma, 1994). Catedràtic d'Ètica i Antropologia a l'Escola Universitària d'Infermeria, Fisioteràpia i Nutrició Blanquerna de la URL, on actualment imparteix la docència d'Antropologia així com la d'Ètica professional a la Facultat de Psicologia i ciències de l'educació i de l'esport Blanquerna de la URL. Entre d'altres, ha publicat Teorema de la opció fundamental (Roma, 1995), Vers un codi ètic de l'esport (Ethos Ramon Llull 2004) i Vers un codi ètic de l'ensenyament obligatori (www.url.es/cont/ethos/publicacions 2006)

COL.LABORADORS DEL MARC TEÒRIC

DRA. ROSA MARIA BOIXAREU VILAPLANA

Infermera (Sta. Madrona 1966 Sant Pau-UNED 1989), Doctora en Teologia (Facultat de Teologia de Catalunya, 1998), Màster en Antropologia (URV, 2000). Professora d'Antropologia de la salut a l'Escola Universitària d'Infermeria, Fisioteràpia i Nutrició Blanquerna de la URL. Entre d'altres publicacions, co-autora i coordinadora de: De l'Antropologia filosòfica a l'Antropologia de la salut (Barcelona, 2003) i de La gestió de la salut, repte ètic (Barcelona, 2005)

DRA. OLGA BRUNA RABASSA

Doctora en Psicologia (UB, 1992). Professora Titular de Neuropsicologia a la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna de la Universitat Ramon Llull, on actualment imparteix docència en Neuropsicologia i Psicogerontologia. Investigadora principal del Grup de recerca en Neuropsicologia a la FPCEE Blanquerna de la URL. Ha dut a terme publicacions en l'àmbit de la neuropsicologia i l'envelliment i en l'actualitat està participant en diversos projectes de recerca en aquest àmbit

COL.LABORADORS DELS ÀMBITS D'ATENCIÓ SOCIO-SANITÀRIA

LLIC. JOSEP MARIA BASTÚS COMELLES

Llicenciat en psicologia (UB). Professor col·laborador de les Escoles Universitàries de Treball Social i d'Educació Social Pere Tarrés de la URL. Assessor psicopedagògic de l'àmbit de la vellesa de Caritas de Barcelona

LLIC. XAVIER CARDONA IGUACEN

Metge i Màster en Bioètica per la UAB-IBB. Professor de Bioètica a l'Escola Universitària d'Infermeria, Fisioteràpia i Nutrició Blanquerna de la URL. Promotor Comitè d'ètica assistencial en Residències (Llar CaixaTerrassa, Montscapça i Torrassa).

LLIC. ISABEL PEREZ PEREZ

Cap d'estudis d'Infermeria, Professora d'Infermeria comunitària-I i Coordinadora del postgrau d'Infermeria en atenció primària a l'Escola Universitària d'Infermeria, Fisioteràpia i Nutrició Blanquerna de la URL.

LLIC. PALMIRA CALAF BADAL

Metgessa, Postgraduada en Medicina Clínica Preventiva (UB) i en Dietètica i Nutrició (UAB). S'ha format i ha treballat en l'àmbit de la geriatria i gerontologia, com a docent i com a metgessa, i actualment en el de les discapacitats. Professora de l'assignatura de Nutrició i Geriatria, en la Diplomatura de Nutrició a l'Escola Universitària d'Infermeria, Fisioteràpia i Nutrició Blanquerna de la URL.

LLIC. MERCÈ SITJÀ RABERT

Diplomada en fisioteràpia (URL, 1995) i Llicenciada en psicologia clínica (URL, 2000). Coordinadora del Postgrau de Fisioteràpia Geriàtrica i Professora de Fisioteràpia geriàtrica a l'Escola Universitària d'Infermeria, Fisioteràpia i Nutrició, Blanquerna (Universitat Ramon Llull). Experiència com a fisioterapeuta en l'àmbit clínic sobretot a l'entorn socio-sanitari i residencial de gent gran (Mútua de Terrassa).

ASSESSORAMENT DEL TREBALL DE CAMP

DR. ANDER CHAMARRO LUSAR

Doctor en Psicologia per la Universitat de Salamanca, on va rebre el premi extraordinari de doctorat. Professor de l'Àrea de Metodologia de les Ciències de la Conducta de la Facultat de Psicologia i Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna de la URL. Dedicava els seus interessos en recerca a les conductes desadaptatives i els factors psicosocials implicats en la prevenció d'accidents. Berçaris col·laboradors.

LLIC. NOEMÍ CULLELL GOMEZ

Llicenciada en Psicologia per la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna (URL), Màster en Diagnòstic i Rehabilitació neuropsicològica (UAB Hospital de Sant Pau). Coordinadora de formació en el camp sociosanitari en la Fundació Privada Uszheimer per a malalties neurodegeneratives.

LLIC. ANNA DERGHAM

Llicenciada en Psicologia per la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna (URL). Doctoranda al programa de Doctorat en Investigació Psicològica (URL). Psicòloga a la Fundació Privada Uszheimer per a malalties neurodegeneratives. Col·laboradora del Grup de Recerca en Neuropsicologia de la FPCEE Blanquerna (URL)

LLIC. ELISABETH DOMÍNGUEZ

Llicenciada en Psicologia per la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna (URL).

LLIC. JUDIT SUBIRANA MIRETE

Llicenciada en Psicologia per la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna (URL). Màster Oficial en Psicologia Clínica i de la Salut (en curs). Col·laboradora a la Fundació Privada Uszheimer per a malalties neurodegeneratives i del Grup de Recerca en Neuropsicologia de la FPCEE Blanquerna (URL)

PRESENTACIÓ

— DR. ANTONI NELLO

El present treball ha pretès dibuixar el marc i els eixos de coordenades d'una actuació d'intervenció socio-sanitària adreçada a la gent gran d'un barri determinat de la ciutat de Barcelona, el Poble Sec, des d'un marc de comprensió teòric humanista i humanitzador i amb l'explicitació d'unes determinades exigències ètiques. I ho ha fet en el marc acadèmic de l'Escola Universitària d'Infermeria, Fisioteràpia i Nutrició Blanquerna de la URL, en col.laboració amb la Facultat de Psicologia i Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna de la mateixa URL i amb l'ajut de la Fundació Ethos de la Càtedra d'Ètica de la Universitat Ramon Llull.

L'objectiu pràctic d'aquest projecte d'atenció a la gent gran ha exigut una recerca diversificada, però convergent, des de la triple vessant teòrica, estadística i assistencial.

D'una banda s'ha elaborat el marc conceptual en el que volem entendre el fet social de l'envelliment de la població. Substancialment això ha significat el necessari aprofundiment de la comprensió antropològica del peculiar moment humà que suposa l'envelliment. Un moment que comporta aspectes negatius, de pèrdua, sens dubte, però que no podem estigmatitzar com a exclusivament negatiu donat que forma part inexorable de l'aventura de viure. Amb tot, cal determinar les característiques de la gent gran, en termes de possibilitats i de reptes, per tal d'afavorir-ne la vivència en termes de dignitat i de benestar.

Des d'aquest marc teòric hem pretès conèixer sobre el terreny, i a manera de referent significatiu, la situació i les necessitats de la gent gran d'un barri barceloní, el Poble Sec. Tractant-se d'un barri ben delimitat en el mapa urbà, habitacional amb importants deficiències en l'estructura dels habitatges, de tipus socioeconòmic mig-baix, amb un índex important d'envelliment de la seva gent i amb una important població immigrant nou vinguda, hem cregut que l'estudi d'aquest barri podria permetre l'extrapolació a d'altres barris i/o municipis. La voluntat de les institucions de Caritas de les diverses parròquies d'aquest barri

d'endegar un pla conjunt d'atenció a les persones grans, en el marc d'un pla comunitari del Poble Sec, voluntat explicitada amb el reconeixement i el suport a aquest projecte de recerca, han ajudat de manera rellevant a dur a terme el nostre estudi.

A partir del coneixement de la situació i de les necessitats detectades per la gent gran del Poble Sec, hem formulat un marc de corresponsabilitat i hem dissenyat les línies Atenció a la Gent Gran: disseny d'un projecte d'intervenció i pautes per a l'elaboració d'una proposta de codi ètic específic mestres d'un pla d'actuació. Hem pretès oferir un pla d'actuació que parteix de la premissa d'una intervenció integradora de diversos àmbits de l'atenció socio-sanitària, premissa que no exclou l'interès de cada àmbit específic sinó que precisament el potencia en la complementarietat.

Finalment, com a apèndix, però no per això menys important, el present treball ofereix unes pautes per a una futura elaboració d'un codi ètic de l'atenció a la gent gran. Partint de la corresponsabilitat, no només socio-sanitària sinó també social, que parteix de la mateixa gent gran, també ells responsables d'ells mateixos, fins arribar als estament polítics amb les seves intervencions globals, passant pels familiars de la gent gran, pels professionals de la salut i per les institucions sanitàries i socials adreçades a la gent gran, aquesta proposta mostra la necessària confluència de tasques i deures per tal de garantir una adequada atenció a les persones grans, no només a un barri determinat sinó en les seves línies generals d'actuació i de conscienciació social en qualsevol context. Vol, així, omplir el buit creat per l'absència d'una proposta d'aquest tipus i convertir-se en referent a debat per tal d'arribar a una formulació socialment més aprofundida i consolidada.

Els articles 13 i 15 de l'Informe de la II Assemblea Mundial de la ONU sobre l'envelliment, celebrada a Madrid del 8 al 12 d'abril de 2002, en afirmar la responsabilitat primera dels governs per tal d'atendre adequadament a la gent gran, però una responsabilitat oberta a la societat civil,

amb la inclusió de les organitzacions no governamentals, del sector privat, del voluntariat i també de la mateixa gent gran i de les seves associacions, subratllant explícitament el paper dels mateixos familiars de la gent gran, ha esperonat aquest nostre estudi. També ho ha fet l'aprovació en consell de ministres de la Ley Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia que actualmente s'està desplegant a tot el país. Tot plegat mostra la creixent importància que finalment s'està donant a una atenció estructurada i formal a la gent gran. Desitgem que les nostres aportacions hi ajudin.



L'ENVELLIMENT, UNA APROXIMACIÓ ANTROPOLÒGICA

— DRA. ROSA MARIA BOIXAREU

“La vellesa, és un procés inevitable i progressiu de canvi, vitalment desfavorable, generalment lligat al pas del temps que conclou amb la mort”

(cir. Lansing)

1.1 INTRODUCCIÓ

La “mirada” antropològica, observa, analitza, compara, coneix... per comprendre tot allò que ateny l'ésser humà. La “mirada” antropològica, teixeix un discurs a partir d'allò observat i viscut, a partir d'allò real. En el nostre cas, es tracta d'una realitat que es viu en situació de vellesa. El terme “vellesa” és genèric. S'utilitza en referència a la quarta edat humana: infantesa, joventut, maduresa, vellesa. Després, la mort. Però tots sabem que la vida no sempre segueix aquest procés perquè sovint la mort irrompeix en les altres etapes. Es pot mirar la vellesa com un “lloc” de vida que la mateixa vida ha privilegiat. S'hi ha mantingut. La vellesa dels altres és el mirall, la imatge, del que s'esdevindrà: tots som potencialment vells; portadors d'un esgotament intern que no podem evitar. Viure és envellir i fer-se vell.

La vellesa és un procés de desnonament humà, motiu d'interès, de curiositat... és sinònim de decadència, de solitud i pobresa, d'involució; és tal la varietat i la diferència de maneres de ser i estar en la vellesa que es fa gairebé impossible parlar-ne de manera homogènia. Culturalment té un sentit de dignitat, saviesa, respecte, reconeixement. Socialment, en les nostres societats occidentals, sovint, té un sentit pejoratiu que implica marginació social: del treball, del lleure, de la família, de les decisions, de l'escolta, del benestar i del confort. La solitud és una experiència amarga a la vellesa: hom es veu deixat, amb poques possibilitats de renovar o freqüentar relacions. La persona vella veu com progressivament va perdent capacitat de protagonisme social: ni pot, ni la deixen poder. És productivament irrellevant: l'espectacularitat de l'excepció, ho confirma. Té una utilitat interessada: els estalvis, els vots,

el consum... és font de misèria pròpia i dels altres.

La vellesa no té una edat definida. Més aviat es tracta d'una franja de vida: biològicament, les estadístiques fluctuen segons èpoques, llocs, persones; socialment, té una edat prefixada: el moment de la jubilació marca un abans i un després; culturalment, és variable; sanitàriament: una situació a donar-hi resposta. La vellesa, els vells, són una força moral polisèmica però no són una força econòmica ni política malgrat algun esforç recent (Israel) de constituir-se en partit polític i el desig d'imitació en altres llocs.

El benestar a la vellesa depèn de tres factors: nivell socioeconòmic, salut integral, i de l'afectivitat dels altres: és una situació de dependència física, funcional, emocional, econòmica. Els vells tenen sentiments, desitjos, necessitats, carències, com els que no ho són, però els tenen atrapats en un “jo” envellit existencialment i corporalment, un “jo” que va envellint: va perdent capacitats i possibilitats de. Aquesta naturalitat humana, que anomenem vellesa, esdevé, sovint, ridiculitzada, caricaturitzada, als propis ulls i als ulls dels altres. L'art i la literatura, sovint, la mostra amb una imatge venerable, entranyable, interessant, bella. Però també, sovint, mostra una imatge contrària: la bruixa és vella, lletja, dolenta (la fada: jove, bonica, bona).

La vellesa, com a temps de vida, és temps de desfer i tancar; de contemplar; de recordar; d'enyorar. La persona vella accelera la seva mort, va morint en el record dels que ja no hi són: mor més en la mort dels altres que en pròpia. La persona vella, ¿com construirà una actitud positiva davant uns canvis desfavorables, amb unes possibilitats disminuïdes, amb un destí gens afalagador?

Hom no pot “saber” ser vell si l'ambient, i els altres, no l'acompanyen perquè la posició i la dignitat de la vellesa depenen, en gran part, de l'estimació social. El context social al qual pertany la persona vella regula la qualitat de la convivència.

1.2 LA VELLESA COM A SITUACIÓ HUMANA DE CANVI, DE PÈRDUA, DE NECESSITAT I DEPENDÈNCIA

El fet: causes i efectes

La vellesa forma part del procés evolutiu de la vida. És una situació de normalitat biològica: un moment de l'existència que comporta unes novetats en el ser i en el fer. A la vellesa, la biologia hi té molt a dir. L'envelliment és una pèrdua biològica interrelacionada amb l'entorn que afecta negativament la persona en totes les seves dimensions; individualment: l'edat determina comportaments, les discapacitats físiques o mentals són freqüents; biogràficament: en les seves relacions, actituds i comportaments; socialment, en el seu rendiment intel·lectual i productiu.

Totes les classes socials envelleixen, però no de la mateixa manera. Hi ha una percepció subjectiva i objectiva d'aquesta pèrdua, i hi ha una lectura qualitativa de la mateixa. Forma part de la vida. Com la mort. El rellotge biològic marca inexorablement el pas del temps i en ell influeix: l'herència, la genètica, la vida viscuda, l'ambient, les condicions i els estil de vida, la sensibilitat, les emocions, les oportunitats. Un munt de mecanismes vitals que poden accelerar, retardar, mantenir, l'envelliment. Però no hi ha retorn. És irreversible.

Com en les altres etapes de la vida, la vellesa suposa un canvi: un moment d'impasse entre la vida i la mort. Un canvi d'estímul, de referents, en les vivències, el comportament, les perspectives. És un moment d'extrema vulnerabilitat, la persona vella ha de reconduir una vida que se li presenta bastida d'incertesa. Òbviament no podrà fer-ho sola.

L'envelliment de la població és un problema estructural important pel segle XXI que afecta el desenvolupament dels països perquè augmenten les necessitats bàsiques dels vells amb el mateix dret a satisfer-les que qualsevol altre ciutadà. Segons pronòstics, en els països en vies de desenvolupament la proporció de gent gran creixerà del 8 al 19 per cent pel 2050 mentre la proporció d'infants creixerà del 33 al 22 per cent. La perspectiva per a Àsia i Amèrica Llatina és d'un major envelliment de la població. En aquest marc, la situació de la dona vella encara és més punyent perquè es troben entre els sectors més pobres. El desafiament consisteix en integrar els temes de l'envelliment i la vellesa en les estratègies i els processos de desenvolupament fent-ne un compromís eficaç. El desafiament consisteix en donar respostes vàlides i eficaces a la realitat de l'envelliment

concretant-les en les persones, apostant per una vellesa digna, viscuda amb qualitat com correspon.

Velleza i corporeïtat

El cos humà és l'escenari on es representa la vida humana, la pròpia vida. D'aquest "lloc", d'aquesta representació, en dic "corporeïtat". El cos és un recurs natural, i és metàfora de la vida social: el cap d'estat, el cos/braç polític, la corporació, l'organisme... És símbol classificatori: ma dreta-esquerra. En, i a través del cos, es materialitza la vida i, paradoxalment, es sensibilitza i diferencia. El cos marca diferències. Com a éssers humans tenim cossos diferents més enllà del cos sexual. Representem corporeïtats diverses, biografies, itineraris de vida diferents.

El cos és la condició de possibilitat de la vida tal i com la coneixem. És una estructura dinàmica en convivència amb un "medi", el propi; possibilita processos vitals, intel·lectuals, de decisió i d'acció, facilita la relació permetent l'organització social. És la necessitat material per a la pregunta pel "sentit" de l'existència i per la consideració del "misteri": el cos representa allò evident i identificable (allò finit), i la conceptualització d'aquesta finitud (el món de les idees, de la interioritat, de l'esperit, de la recerca del significat i del sentit). Les característiques orgàniques i funcionals del cos humà estan en constant relació amb la cultura, la societat, el temps històric.

A la vellesa el cos es degrada progressiva i inevitablement; el dinamisme disminueix, es deteriora, els processos vitals s'encallen i, més aviat, entorpeixen les relacions (l'organització social, sovint, oblida els vells, no compta amb ells). El cos vell representa la finitud, el límit de l'existència humana: dificultats i ensurts de tota mena acompanyen el cos envellit (mecàniques, funcionals, psicològiques, relacional...). Abans, cal haver construït un itinerari de sentit, d'interès a fi d'evitar, o alleujar, l'impacte del límit.

1.3 LA VELLESA COM A CULTURA I COM A VALOR

Ahir i Avui de la vellesa

Actualment, en els nostres ambients i en termes generals, es viu més i millor. La franja dels 80 anys no sorprèn a ningú. La literatura bíblica concedeix als seus patriarques una durada de vida inusual, fins i tot pel nostre temps, volent així destacar la singularitat i l'autoritat indiscutible dels personatges en un horitzó de sentit religiós que la interpretava com a una "benedicció i signe de preferència divina"; però tampoc s'amaguen els mals que

l'acompanyen: "... No em rebutgis al temps de la vellesa, ara que decau el meu vigor..."; Sl 71, (Qoh 12,1-7). Llegendes, mites, creences... ho constaten.

Tant ahir com avui, la productivitat, la utilitat social, marca un abans i un després en la vida de les persones. No ser capaç de dur a terme les funcions pròpies, és signe d'envelliment. Però a les cultures antigues els vells conservaven una autoritat, un respecte, especial essent objecte de cura familiar i de la comunitat. El vell no servia per a treballar (per produir) però representava el nucli humà capaç de mantenir ferma la comunitat domèstica, grupal. Però no es pot generalitzar perquè en altres societats els vells s'abandonaven (o eren abandonats) a la mort en bé de la supervivència dels vius en una mena de cercle solidari difícil de comprendre des d'altres paràmetres culturals. Si la persona vella fos i es sentís protagonista del seu moment de vida, ¿no faria va el sentiment d'inutilitat?

Les societats modernes mimititzen maneres de fer d'alguns pobles primitius que formen llocs exclusius pels vells. També avui les residències per a vells, els hospitals de dia, les llars de la "tercera edat"... reinventen aquest estil.

1.4 LA VELLESA COM A DESIGUALTAT Velleza-pobresa: un cercle viciós

Viure més i millor depèn de varis factors. El desenvolupament econòmic d'una societat i la distribució equitativa de la riquesa afavoreix la qualitat de vida de la població: això vol dir unes condicions de vida amb millores sanitàries, nutricionals, de serveis, educatives...

La vellesa és el que són les persones velles de la societat a la qual pertanyen. Un nivell socioeconòmic confortable afavoreix una qualitat de vida entesa aquesta des de la perspectiva de formació personal, intel·lectual, professional, cívica. Aquesta és una estratègia de prevenció eficaç per a viure una vellesa de qualitat. L'autonomia és un dels bens més preuats de la condició humana extensible a totes les activitats que ens ocupen: en la gestió de la vida (economia), cal disposar de bens materials suficients per a resoldre satisfactoriament les necessitats bàsiques del dia a dia permetent una capacitat de decisió i d'execució amb la consegüent complaença personal. La "dependència" a la vellesa hauria de ser per justícia, és a dir, perquè li correspon per etapa vital; no una dependència per mancances materials, afectives, relacionals, assistencials, polítiques.

En els sectors benestants dels països desenvolupats ser vell

vol dir tenir una atenció assistencial garantida pels recursos personals. Pot voler dir, també, tenir una perspectiva satisfactòria i lúdica de l'etapa final de la vida perquè hi ha la capacitat (en sentit ampli) de poder transformar "el problema" (ser vell) en oportunitat: gaudir del moment present sabent els límits però també les possibilitats.

A mesura que els sectors de la població s'allunyen del desenvolupament integral i equitatiu disminueix per a la població la possibilitat d'una vellesa de qualitat, digna. Les condicions de vida es malmeten, les polítiques socials són insuficients o no arriben, disminueix el suport material i l'accés a un tipus de serveis no públics interessants: de rehabilitació, de lleure, sanitaris, de confort familiar i domèstic. La pobresa fa estralls a la vellesa, i la vellesa és l'humus de la pobresa: menys beneficis-més despeses, més privacions i penúries a més de la pobresa vital que tan bé alimenta la solitud. Les dificultats de ser vell deterioren les condicions de vida (higiene, relacions, alimentació...), el poder adquisitiu estancat desnivella negativament la balança de possibilitats/necessitats. S'estableix un cercle viciós que la persona vella, per si mateixa, no pot trencar. L'edat determina comportaments dels quals s'emeten judicis de valors: enamorar-se, tenir un fill, divertir-se, vestir-se segons com... no és propi de "certa" edat; la normalitat social demana comportar-se segons uns estereotips heretats i establerts. L'edat és un factor discriminatori, segrega les persones en actives/passives, vàlides/no vàlides, productives/improductives, boniques/lletges, interessants/indiferents, visibles/invisibles.

A la nostra societat la igualtat d'oportunitats és un miratge a tots nivells: des de la vellesa és una fantasia. La valoració de les persones es fa en funció de l'edat, no tant per allò que cadascuna és en si mateixa. Així trobem que val la pena invertir humanament en edats inferiors a la seixantena, més enllà ¿per què? Però ¿si es provés de fixar l'edat de jubilació als 70 anys? ¿Es retardaria la vellesa? Socialment, sí; traslladaríem la frontera de l'edat i, en conseqüència, la percepció de la mateixa recularia cinc anys. I, ¿si l'edat de jubilació s'avança als 60 anys? ¿Es repetiria el mateix fenomen a la inversa? Comencem a envellir des de joves, però ens sentim vells (som vells) quan els nostres projectes vitals no els podem dur a terme, o bé, no interessin.

Hi ha una relació desigual entre els membres d'una mateixa societat a causa de l'edat. Hi ha oportunitats desiguals a causa del deteriorament integral i progressiu a mesura que

s'envelleix: tot vell no perd al mateix ritme, ni és capaç per igual de reconvertir la "pèrdua", ni té la mateixa qualitat humana d'acompanyament. Hi ha un cost econòmic important, públic i particular, a causa de la vellesa: una xarxa pública de qualitat d'atenció i assistència a la persona vella hauria de ser una de les prioritats de les polítiques socials i sanitàries d'un país. Les polítiques educatives haurien de contemplar la vellesa com una època vital oportuna per incentivar l'aprenentatge: tothom hi guanyaria.

El cost de "ser vell". Recursos i prioritats

El cost de ser vell és a tots nivells i en tots els espais (les persones envellim, però les institucions, els costums, les normes i lleis que regulen la consciència i la convivència, també). Així doncs, des d'una perspectiva ampla, allargar la vida, i amb allò que en diem "qualitat", és un objectiu natural humà. La vellesa apunta a un futur que cada dia té més de present amb l'amenaça de la integritat personal, la pèrdua progressiva de la qualitat de vida acompanyada, sovint, de dolor i de sofriment. Donar sentit a aquest procés lesiu és una tasca gairebé impossible si hom no ha donat (trobat) significat i sentit al dia a dia: si aquesta recerca (o troballa) no ha anat formant part de la pròpia personalitat. El dolor pot ser alleujat però el sofriment, a la vellesa, s'accentua, és multicausal, necessita un acompanyament amb unes habilitats i una comprensió humana que supera qualsevol mitjà tècnic, sense poder ser substituït per aquest. L'acompanyament a la vellesa té un cost econòmic important però, sobretot, té un cost humà: necessita una preparació "d'escolta" i una sensibilitat que es faci càrrec (comprengui) que en aquell moment de la vida (la vellesa) no s'està en les millors condicions vitals per fer front a la mateixa vida.

La vellesa és una situació de cronicitat: a partir d'ara, la persona vella, ho serà per a tota la resta de vida. El pacient crònic cerca una vida activa de qualitat, alimenta la por a allò que li sobrevindrà, té por dels canvis perquè suposen pèrdues, això té un cost a tots nivells. Té dret a que tant la societat com la mateixa medicina li procurin ja sia des de la immediatesa de la seva situació, ja sia des de la prevenció (hàbits de vida, assegurances, accés a serveis socials...), informació-educació (necessitats, alternatives, estratègies...).

Hi pot haver certa distància entre el desig natural objectiu a nivell particular, de viure a tota costa, de viure bé, i el plantejament que es faci a nivell d'institució sanitària o d'administració pública. Al meu entendre, és oportú recordar, per una banda, els motius hipocràtics de l'acte

terapèutic que haurien de tenir un abast públic: l'estima per l'art de guarir i cercar el bé del pacient que s'inspira en la idea platònica i aristotèlica de l'amistat; aquests motius informen els principis de la guarició: *primum non nocere*: afavorir, o no perjudicar, que d'això darrer ja s'encarreguen altres. Per altra banda, parlar de salut entesa com a Qualitat de Vida es refereix a:

La qualitat de les condicions de vida d'una persona, La satisfacció experimentada per la persona amb aquestes condicions vitals.

La combinació dels components objectius i subjectius, és a dir, Qualitat de Vida.

definida com la qualitat de las condicions de vida d'una persona juntament.

amb la satisfacció que aquesta experimenta.

La combinació de las condicions de vida i la satisfacció personal ponderades por l'escala de valors, aspiracions i expectatives personals.

La qualitat i la vàlua d'una societat també es mesura per la qualitat dels recursos que empra per tenir cura dels seus membres més febles, i la persona vella n'és un d'ells. Les obligacions tradicionals vers els vells estan en crisi i en tensió perquè està canviant el model tradicional de família i els valors que l'acompanyaven. Ni millor ni pitjor, però cal que el "canvi" social afavoreixi els membres més vulnerables; cal cercar estratègies d'atenció, de cura, d'acompanyament, per a la vellesa.

1.5 VELLESA: LA INTERPRETACIÓ DE L'EXPERIÈNCIA "Els anys no ens fan més savis, sinó més vells" (dita popular)

Quan parlem de les dimensions de la persona ens referim al format que assoleix l'experiència. X. Zubiri parla de tres dimensions: la individual, la social, la històrica, com a exigència específica de la realitat humana. La dimensió individual "com a la unitat primària que es pluralitza en els individus": hi ha una base comuna en la pròpia diferència (per exemple, la biologia). La dimensió social "com a exigència de la pròpia estructura de la realitat humana": la convivència fa i ens fa. La dimensió històrica com a "moviment processual de la convivència": un procés de transmissió biològica que permet transmetre i construir la pròpia realitat, i relatar-la. Tres formats, tres dimensions, per a descriure l'experiència del "jo" possibilitant la construcció del significat i del sentit: és a dir, la vida diu alguna cosa, allò que diu està en relació amb el propi "jo" amb els altres, i interessa. Altres autors anomenen la

mateixa realitat d'altres maneres: tot sabem que cadascú és ell mateix, (tant a prop i tant lluny dels altres), en relació amb els altres i amb l'entorn, fent d'aquesta convivència allò que anomenem experiència.

El "jo" vell, és una forma de l'experiència. Un procés gradual amb una base comuna amb altres "jo" vells però amb una particular, personal, manera d'envellir, de viure l'envelliment: hi ha una consciència, una percepció, particular de la pròpia manera de ser vell, d'estar a la vellesa, no deslligada de l'experiència que s'ha anat construint des de la convivència gens aliena a l'estimació de la mirada dels altres. Una convivència que és relació amb els altres, integració familiar i social, cooperació pública, força vital capaç de donar (trobar) sentit a la vida. Però això s'ha d'haver viscut abans. A la vellesa és difícil aprendre de nou: hom no és vell a esquesnes de l'experiència viscuda. La vellesa és un moment de plenitud perquè acumula tota una vida i, amb ella, encara es pot fer alguna cosa: acceptar-la i gaudir-ne, revoltar-s'hi i doler-se'n. Però, ai!, aquesta plenitud arriba en un moment de mínims: a la vellesa més aviat es vol voler però ¿es pot? ¿com?

La vellesa com a desafiament

La dignitat i el sentit de la vida humana vol dir que aquesta vida, en si mateixa, és portadora d'unes possibilitats que van més enllà d'ella mateixa: poden ser intel·ligibles, implica unes motivacions (unes prioritats-valors) que posen en joc la llibertat de cadascú. Donar sentit a la vida vol dir l'exercici d'aquesta llibertat a l'hora de reconèixer i prioritzar aquestes possibilitats portadores de significat: diuen i em diuen alguna cosa interessant, atractiva, suggerent... per la qual val la pena implicar les decisions. Hom pot donar sentit a la vida perquè, aquesta, prèviament en té.

El sentit de la vellesa rau en la persona vella: aquesta, com a tal, és capaç de trobar i donar sentit a la seva vellesa malgrat la progressiva vulnerabilitat en que es troba perquè en el seu viure la vellesa hi estan implicats valors, decisions, personals. Aquest, és el primer pas. Tot seguit s'ha de dir que la posició i la dignitat a la vellesa depèn de l'estimació social: familiar, relacional, institucional, pública. El context social al qual pertany la persona vella regula la convivència: l'afecte i la cura dels més propers, la qualitat de les relacions amb els altres, o, la xarxa de lleure, educativa, assistència de l'administració pública a través de les polítiques socials. Tot plegat posiciona i dona sentit a una vellesa que, per si mateixa, ja en té.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

LLIBRES:

ALBA, V.

1992

Historia social de la vejez

Barcelona: Laertes

ALTARRIBA, F.X.

1992

Gerontologia. Aspectos biopsicosociales del proceso de envejecer.

Barcelona: Marcombo

AMERY, J.

2001

Reuelta y resignación

Valencia: Pre-Textos

AUER, A.

1997

Envejecer bien. Un estímulo ético-teológico

Barcelona: Herder

BLANCO SOLER

1944

Dos ensayos sobre la vejez y su tratamiento

Madrid: ed. "Cigüena"

BOIXAREU, R.M.

2000

"L'envelliment: una aproximació des de l'antropologia de la salut". En Recull Treball Àrees-1998-1999

Barcelona: EUIFNBlanquerna

BORTHWICK-DUFFY

1992

"Quality of life and quality of care in mental retardation"

L. ROWITZ (ED.)

Mental retardation in the year 2000 (pp.52-66)

Berlin: Springer-Verlag

CALLAHAN, D.

2004

Poner límites. Los fines de la medicina en una sociedad que envejece

Madrid: Triacastela

CICERON, M.T.

2001
De senectute. Acerca de la vejez
Madrid: Triacastela

DE BEAUVOIR, S

1989
"Introducción". En *La vejez*
Barcelona: Edhasa

DE MIGUEL, J.M.

1995
"El último deseo: para una sociología de la muerte en España"
En *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS)*, nm. 71-72, 109-156. Amb àmplia bibliografia sobre la vellesa.

FERICGLA, J.M.

2002
Envejecer. Una antropología de la ancianidad
Barcelona: Herder

GÓMEZ REDONDO, R.

1995
"Vejez prolongada y juventud menguada. Tendencias en la evolución de la esperanza de vida de la población española"
1970-1990. En *REIS*, mn. 71-72, 79-108

GRANJEL, L.S.

1991
Historia de la Vejez
Salamanca: Universidad de Salamanca

HELPAJE INTERNACIONAL

1999
Informe sobre Tercera Edad y Desarrollo: pobreza, independencia y las personas mayores del mundo. Estado mundial de las personas mayores 2002
ISBN: 1 872590 08 X. Web: <http://www.helpage.org>

PIÑON, M.

1999
Los cambios en la red social y en la percepción de la salud en la jubilación. Tesis Doctoral. Departament d'Antropologia Social i Filosofia (URV)
<http://www.tdx.cesca.es/TESIS-URV/AVAILABLE/TDX-0508102-114222//Tesis1.pdf>
[Consulta : 20 febrer 2007]

RIERA, J.M.

2005
Contra la tercera edad. Por una sociedad para todas las edades
Barcelona: Icària.

ZUBIRI, X.

2006
Las tres dimensiones humanas: individual, social, histórica.
Madrid: Alianza Editorial-Fundación X. Zubiri.

REVISTES:

EL CIERVO

2003
Enseñar a envejecer. Monográfico, nm. 627
Barcelona: ed. Multitudes. Humanitas

ENVEJECIMIENTO

1987
Monográfico
Barcelona. Labor Hospitalaria.

"EL PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO".

Barcelona, nm. 245

LECTURES:

DELIBES, M.

1995
Diario de un jubilado
Barcelona: Destino

PÀMIES, T.

2002
L'aventura d'envel·lir
Barcelona: Empúries

PLA, J.

1980
Notes del capvesprol. Barcelona: Destino



LES NECESSITATS SOCIO-SANITÀRIES DE LA GENT GRAN: ESTUDI D'UN BARRI DE BARCELONA, EL POBLE SEC

— DRA. OLGA BRUNA, DR. ÀNDER CHAMARRO, LLIC. NOEMÍ CULLELL, LLIC. ANNA DERGHAM I LLIC. JUDIT SUBIRANA

2.1 INTRODUCCIÓ

La societat en la que vivim va envellint progressivament i s'estima que en els propers 50 anys, la proporció de gent gran en la població augmentarà fins duplicar la seva dimensió actual, podent inclusivament igualar el nombre de persones joves. Aquest increment, lligat a una millora en l'esperança de vida, comporta un important impacte tant en l'àmbit social com de la salut. A més, aquest augment de persones adultes grans ha generat un increment de malalties associades a l'edat, les quals poden incidir greument en la qualitat de vida de les persones afectades i també de la seva família. En aquest sentit, cal tenir present que la dependència pot tenir importants repercussions en la persona gran, en la seva família i en la societat en general, fent augmentar de forma considerable el cost sanitari i social. L'increment considerable de persones afectades per demència, especialment Malaltia d'Àlzheimer, constitueix un problema al qual cal fer front des de molt diverses perspectives. Tanmateix es fa necessari establir estratègies socials i sanitàries que permetin que les persones puguin desenvolupar un envelliment satisfactori o amb èxit, plantejant, a més, l'envelliment com a procés de tota la vida.

L'envelliment constitueix un fenomen tant de la població com de la pròpia persona. Com a fenomen de la població expressa l'èxit de la humanitat, donat que representa el resultat dels descobriments humans i dels avenços en higiene, nutrició, tecnologia mèdica i programes socials, entre d'altres (WHO, 2002). Tanmateix, constitueix un fenomen que implica un enfocament des de la perspectiva biopsicosocial i, per tant, un abordatge interdisciplinari.

L'envelliment humà no pot descriure's, predir-se o explicar-se, sense tenir en compte els tres aspectes principals que el

constitueixen: el biològic, psicològic i social (COP, 2002). En el procés d'envelliment hi ha tota una sèrie de canvis que es manifesten tant a nivell físic, cognitiu, emocional, familiar i social, com a nivell econòmic, la qual cosa implica la necessitat de plantejar plans estratègics d'intervenció socio-sanitaris, psicosocials i econòmics (Ballesteros i cols., 2000). Per tant, l'atenció a les persones grans exigeix la incorporació progressiva de professionals d'àmbits molt diversos. Per tal d'afavorir la qualitat assistencial d'aquesta població cada vegada més nombrosa, és indispensable un abordatge interdisciplinari i el treball en equip. En aquest sentit, des de la Gerontologia es fa necessària la incorporació de professionals de molt diversos àmbits.

Pel que fa a la perspectiva demogràfica, cal considerar el que va suposarà en relació a l'envelliment de la població actual, l'anomenada generació o "cohorte" del "baby boom" que van ser el grup de persones nascudes aproximadament en el període posterior a la 2a Guerra Mundial (1946-1964) i que s'estima que a partir de l'any 2010 tindran més de 65 anys. També cal tenir en compte l'increment de l'esperança de vida a llarg del segle XX que situa l'edat promig en els 76 anys aproximadament, la qual cosa implica un increment en quasi 30 anys. Finalment, també hem de tenir present el moviment de l'estil de vida que cap els anys 1960-70 va promoure l'exercici físic i la dieta (Belsky, 2001).

En l'actualitat ens trobem, doncs, amb un increment progressiu de persones grans i s'estima de l'any 2015 un 8,5% de la població mundial tindrà més de 65 anys. A més, l'increment en l'esperança de vida comportarà un progressiu increment de persones de més de 85 anys i,

per tant, un increment de la dependència. S'estima que actualment hi ha un 3,9% de la població que té més de 80 anys, la qual cosa representa un 23% de les persones grans. Però les estimacions indiquen que al 2050 les persones octogenàries suposaran el 10% de la població general, és a dir, una de cada 3 persones grans tindrà més de 85 anys. A més, el percentatge de persones de 60 anys ó més passarà del 10% al 22% entre 2000 i 2050, any en el que s'igualarà al percentatge de nens (de 0 a 14 anys).

La Primera Assemblea Mundial sobre el envejecimiento va tenir lloc a Viena, l'any 1982, amb el plantejament d'una "Societat per a totes les edats". Les direccions prioritàries plantejades a partir de la II Assemblea sobre Envejecimiento, celebrada l'any 2002 (www.madrid2002-envejecimiento.org), en el marc general d'una societat per a totes les edats, se centren en el desenvolupament per un món que va envellint, en fer arribar la salut i el benestar a la vellesa, per tal de millorar la seva qualitat de vida i en garantir entorns que potenciïn i donin suport a les persones grans. Per tant, les noves aportacions que es vagin fent en l'àmbit de l'envelliment han de girar al voltant d'aquestes propostes consensuades a nivell mundial, plantejant l'envelliment com a procés de tota la vida.

Cal tenir present que en l'àmbit de l'envelliment es fa la diferenciació entre envelliment normal i envelliment patològic. Pel que fa a l'envelliment normal, cal tenir present que en el procés d'envellir, es donen una sèrie de canvis físics (canvis biològics propis de l'edat), emocionals (trets depressius, hipocondriasi, insomni, etc.) i cognitius (memòria, atenció, funcions frontals, velocitat de processament, funcions visoperceptives, etc.) que serien considerats normals per l'edat i pel context social de l'individu. En aquest sentit, els esforços en l'actualitat haurien d'anar adreçats a afavorir l'envelliment actiu i satisfactori, amb la finalitat d'incrementar l'autonomia i el benestar en la vellesa, tant a nivell individual com familiar i social. Aquestes actuacions permetrien afavorir el procés d'envelliment, atenuant així els efectes de la dependència i millorant la qualitat de vida de la gent gran. En aquest sentit, l'atenció a la dependència i a les famílies cuidadores es constitueix com a un dels eixos fonamentals per tal de millorar el benestar personal i familiar de les persones grans.

Pel que fa a l'anomenat envelliment patològic, caldria fer referència al procés pel qual les persones grans tenen una major fragilitat en la seva salut i per tant, major

predisposició a patir malalties associades a l'edat. Ara bé, en aquest punt, cal diferenciar entre el que serien les persones grans-joves, que habitualment cada vegada és més freqüent que gaudeixen d'unes bones condicions de salut, del que serien les persones grans-grans, a partir dels 85 anys, moment en el qual hi ha més fragilitat i més possibilitat de presentar malalties associades a l'edat. Cal tenir present que en els propers anys, anirà augmentant l'esperança de vida, per la qual cosa ens trobarem amb més persones grans que superen els 85 anys i per tant, serà més probable que presentin patologies associades a l'edat, fent augmentar així els percentatges de persones grans amb dependència. Per tant, les conseqüències de l'augment de persones grans a la nostra societat, juntament amb la millora de la qualitat i esperança de vida, comporta un increment de malalties associades a l'edat amb un progressiu increment de la dependència, la qual cosa pot afectar greument la qualitat de vida de les persones afectades i de la seva família.

L'increment considerable de persones afectades per demència, especialment Malaltia d'Alzheimer, que s'està produint en els darrers anys constitueix un problema al qual cal fer front des de molt diverses perspectives. Cal tenir present que la Malaltia d'Alzheimer és la forma de demència més freqüent a tots els països (66%), seguida de les demències vasculars i la demència associada a la Malaltia de Parkinson, amb el 10-14% respectivament (Agüera, Carrasco y Cervilla, 2002). La Malaltia d'Alzheimer és una alteració neurodegenerativa d'inici insidiós i curs progressiu que es caracteritza per la pèrdua de memòria, deteriorament del judici i del raonament, afectació d'altres funcions superiors (llenguatge, praxis, gnosia, entre d'altres), presència de trastorns depressius, psicòtics i del comportament, amb una repercussió en les activitats funcionals, familiars i socials. La prevalència de Malaltia d'Alzheimer als 65-70 anys és del 10% i va augmentant amb l'edat de forma que als 85 anys és del 50% i als 100 anys pot arribar al 80%. A Catalunya s'estima que afecta entre 70.000 i 90.000 persones en edats superiors als 45 anys.

Per tant, podem considerar que caldria tenir present diversos conceptes quan parlem de l'àmbit de les persones grans:

Marc de referència de les Orientacions prioritàries de la "Segona Assemblea sobre envelliment" i la proposta de llei de dependència: -Perspectiva demogràfica de l'envelliment en els propers anys, amb les corresponents repercussions socio sanitàries, polítiques i econòmiques. -Importància de

la formació qualificada de professionals de diferents especialitats en l'atenció a la gent gran. -Coordinació entre diferents serveis en l'atenció a la gent gran -Necessitats físiques, d'atenció mèdica, de recursos econòmics, de coneixement de serveis, d'atenció a domicili, de recursos socials, etc.

Importància de la realització d'activitats a nivell físic (exercici físic), a nivell intel·lectual (tallers de memòria, activitats de la vida quotidiana, etc.), social (evitar l'aïllament, etc.).

Prevenició a nivell personal: hàbits saludables (exercici físic, dieta equilibrada i control del sobrepès, alcohol i tabac, automedicació...), l'activitat intel·lectual i en l'àmbit social, el control de l'estrès, controlar els factors de risc personal (diabetis, hipertensió, etc.), consulta en fases inicials (família i consciència de malaltia), informació accessible, formació, difusió.

Prevenició a nivell social: control de salut, importància del diagnòstic precoç i la coordinació interdisciplinària, atenció a la dependència, s'hauria de dotar les famílies de serveis i de recursos materials i emocionals (atenció domiciliària, ergonomia, recursos econòmics i altres recursos), tenir en compta la importància de la difusió i prevenició (població general i escoles: consum de tabac, alcohol, cocaïna, èxtasi, etc), oferir informació accessible a les famílies i possibles afectats (associacions, conseqüències, etc.), accions i activitats per a mantenir les persones grans amb una actitud intel·lectualment activa i les polítiques d'atenció a les persones grans en situació de risc o ja malaltes i els beneficis dels tractaments farmacològics i no farmacològics.

2.2 SITUACIÓ ACTUAL DE LES PERSONES

GRANS A CATALUNYA

Indicadors demogràfics

Actualment el sector de la població de gent gran s'ha convertit en un col·lectiu molt nombrós a Catalunya. El padró de 2003, comptabilitza 1.149.771 persones de 65 ó més, a Catalunya. Aquest percentatge equival a un 17,2 % de la població catalana.

Així, entre els cens dels anys 1991 i 2003, la població de gent gran ha augmentat a 240.000 persones, el que representa una tasa de creixement acumulat del 28%. En aquest mateix període, la resta de la població, la que compren una edat entre 0 i 64 anys, ha tingut un creixement acumulat del 0,8%. La comparació de l'evolució

de ambdós col·lectius posa de manifest l'envelliment demogràfic que s'ha produït a Catalunya al llarg dels últims anys (Anuario del envejecimiento en Cataluña, 2004).

Segons dades extretes del Banc d'Estadístiques de Municipis i Comarques, gestionat per l'Institut d'Estadística de Catalunya, es preveu que l'any 2010 a Catalunya el grup de població de més de 65 anys augmenti en termes absoluts fins al 1.274.479 persones, augmentant fins al 1.914.432 de persones de cara a l'any 2030. Aquest augment representa un creixement del 66.5% en només tres dècades. Amb aquest ritme de creixement, la població de més de 65 anys representarà, el 2030 el 22,59% de la població catalana mentre que els infants de 0 a 15 anys sols representaran el 15,58% de la població (en termes absoluts, s'estima que el 2030 hi hagi 1.319.880 infants entre 0 i 15 anys).

Aquests canvis repercuteixen també sobre l'índex d'envelliment i de sobreenvelliment de la població com podem veure en la següent taula.

TAULA 1. Estructura per edats, envelliment i dependència – Catalunya.

Estructura per edats, envelliment i dependència Catalunya. Sèrie temporal.

Any	% 0 a 15 anys	% 16 a 64 anys	% 65 anys i més	Índex d'envelliment	Índex de sobreenvelliment	Índex de dependència juvenil	Índex de dependència senil	Índex de dependència global
2005	15,38	68,05	16,57	114	11	31	24	45
2004	15,17	68,26	16,57	116	11	21	24	45
2003	15,04	67,96	17	120	11	20	25	45
2002	14,86	67,89	17,25	124	10	20	25	45
2001	14,82	67,77	17,41	126	10	20	25	45
2000	14,82	67,6	17,57	126	10	20	25	45
1999	14,92	67,78	17,3	123	10	20	25	45
1998	15,07	67,81	17,12	123	10	20	25	45
1997	15,34	67,83	16,83	119	10	20	24	45
1996	15,69	67,82	16,48	114	10	21	24	45
1995	16,17	67,71	16,12	109	10	21	23	45
1994	16,74	67,55	15,7	103	9	22	23	45
1993	17,43	67,25	15,32	97	9	23	22	45
1992	18,13	66,92	14,95	90	9	24	22	46
1991	18,87	66,54	14,6	83	9	25	21	47
1990	19,68	66,1	14,22	79	8	26	21	47
1989	20,51	65,67	13,82	73	8	28	21	48
1988	21,3	65,28	13,42	68	8	29	20	49
1987	22,07	64,9	13,03	64	8	31	20	50
1986	22,79	64,59	12,61	60	7	32	19	51

S'entén per índex d'envelliment la relació entre la població de més de 65 anys i la població de 0 a 14 anys. L'índex de sobreenvelliment fa referència a la relació entre la població de més de 75 anys i la població de més de 65 anys. Per índex de dependència senil entenem el quocient entre el nombre de persones de 65 anys i més i el nombre de persones de 15 a 64 anys. L'índex de dependència global fa referència a la relació de la població major de 64 anys i els menors de 15 anys respecte al grup comprès entre

ambdues edats. Mesura la càrrega que per a la població en edat de treballar representa la població en edats dependents (de 0 a 14 i de més de 65 anys).

Les dades de la taula anterior es mostren a continuació de forma gràfica.

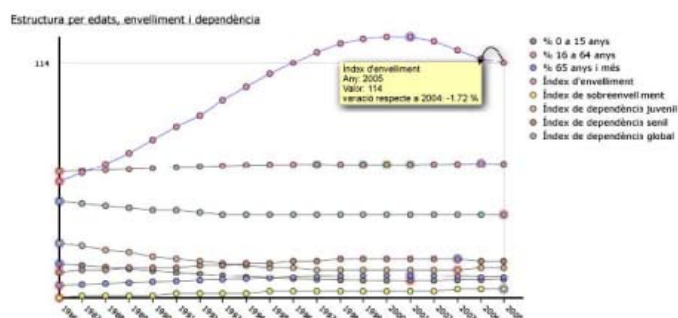


Figura 1: Gràfic de dades de població distribuïda per edat, envelliment i dependència. Font: Institut d'Estadística de Catalunya (www.idescat.net)

INDICADORS SOCIALS

Nivell d'estudis

El nivell d'estudis constitueix un indicador social important degut a que el podem relacionar amb la capacitat que cada individu té per relacionar-se amb el seu entorn social i la seva capacitat econòmica.

Les persones grans tenen un nivell d'estudis baix si el comparem amb la població jove actual. Tot i així, cal valorar l'entorn en el què van créixer les persones que actualment tenen més de 65 anys: el moment històric en el què van viure l'accés a la formació no estava tant desenvolupat com en l'actualitat i acabar els estudis primaris ja era considerat una gran adquisició. Amb tot, segons el cens de l'any 2001, més de la meitat de persones grans té algun tipus d'estudi i només una petita part d'aquest col·lectiu es considera analfabeta.

Persones majors per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2001

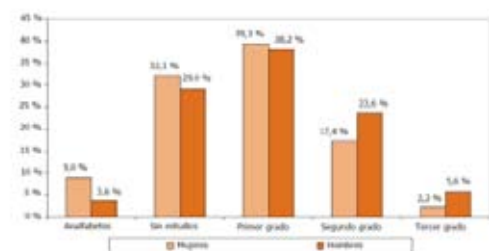


Figura 2: Distribució de persones grans per nivell d'estudis i sexe. Catalunya Font: Cens del 2001 publicat per l'INE (www.ine.es)

Estat Civil i Convivència

L'estat civil de les persones grans resulta d'interès per tractar-se d'un indicador d'accessibilitat a cuidats no professionals en casos de situació de dependència així com també de les situacions de soledat motivades per la defunció del cònjuge.

Segons el cens de l'any 2001, les persones casades constitueixen el grup més nombrós dins del col·lectiu de majors de 65 anys, sobretot entre els homes. Així, el 79,8% dels homes de més de 65 anys està casat enfront del 45,9% de dones. La taxa de viduïtat constitueix el 45,2% de dones majors de 65 anys mentre que només representa el 12,4% dels homes. A més a més, en ambdós sexes s'observa que la taxa de viduïtat augmenta amb l'edat, situant-se en taxes d'entre el 52,5 i el 83,7% respectivament en mostra la següent gràfica.

Proporció de viudus/as en las personas mayores por grupos de edad y sexo. Cataluña, 2001

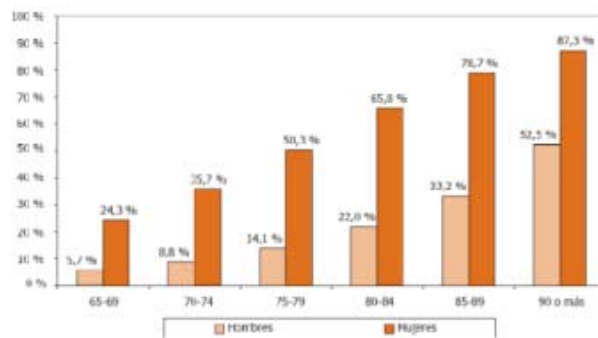


Figura 3: Proporció de vídues i viudus per grups d'edat i sexe. Catalunya Font: Cens del 2001 publicat per l'INE (www.ine.es)

Personas mayores que viven solas por estado civil y sexo. Cataluña, 2001

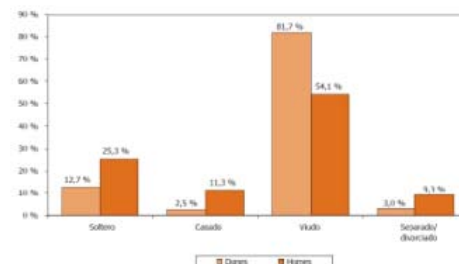


Figura 4: Persones grans que viuen soles distribuïdes per estat civil i sexe Font: Cens del 2001 publicat per l'INE (www.ine.es)

Entre les persones que viuen soles en el seu domicili, predomina l'estat civil de viduïtat, especialment entre les dones. El 81,7% de les dones que viuen soles a Catalunya són vídues enfront al 54,1% d'homes.

Personas mayores por planta de altura de la vivienda y disponibilidad de ascensor en el edificio Cataluña. 2001

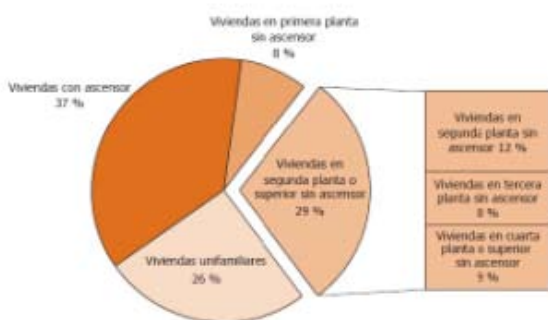


Figura 5: Persones grans i vivenda Font: Cens 2001. Instituto Nacional de Estadística

Vivenda

Les característiques de la vivenda constitueixen un factor de l'entorn que incideix sobre les situacions de fragilitat de les persones, sobretot d'aquelles d'edats avançades. Segons el cens del 2001, a Catalunya, el 29,3% de les persones grans viuen en habitatges situats en un segon o un tercer pis sense ascensor.

A més a més, una tercera part d'aquestes situacions correspon a vivendes que es troben en una quarta planta o superior.

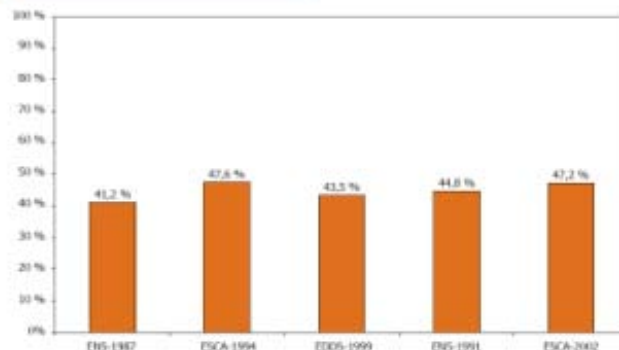
INDICADORS DE SALUT

L'autopercepció de salut és un concepte interessant a tenir en compte ja que tot i que no pot substituir els indicadors objectius ens permet tenir una idea de com es sent el col·lectiu, en aquest cas, de majors de 65 anys.

Segons l'ESCA-2002 (Enquesta de Salut de Catalunya) prop de la meitat de persones majors de 65 anys manifesten tenir un estat de salut bo o excel·lent. Les dones manifesten un estat de salut dolent o regular en major proporció que els homes, un 58,1% enfront un 45,4%. Amb tot, la proporció de persones que manifesten un estat de salut

bo o excel·lent es redueix a mesura que augmenta l'edat.

Personas mayores que manifiestan tener un buen estado de salud. Cataluña.



ESCA: Enquesta de Salut de Catalunya
EDDS: Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud
ENS: Encuesta Nacional de Salud

Figura 6: Percentatges de persones grans que manifesten tenir un bon estat de salut

INDICADORS ECONÒMICS

En general, les persones grans manifesten una relació d'inactivitat respecte al mercat de treball tal i com posa de manifest el cens de l'any 2001. A la població de gent gran hi predominen els pensionistes de jubilació, representant un 67% del total. Aquest percentatge és molt variable segons el gènere i el grup d'edat. Per una banda, el 87% dels homes són pensionistes per jubilació, mentre que sols ho són el 43% de les dones.

Personas mayores por la relación con la actividad económica. Cataluña 2001.

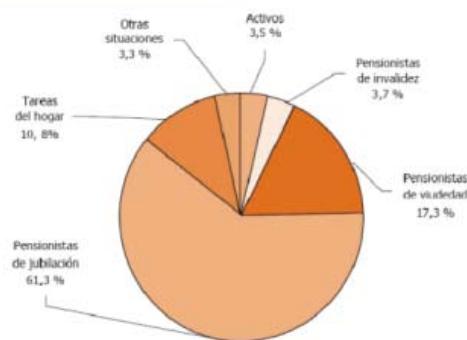


Figura 7: Distribució de les persones grans de Catalunya en funció de la seva activitat econòmica. Font: Cens del 2001 publicat per l'INE (www.ine.es)

Ens trobem principalment dues casuístiques diferenciades. En el cas dels homes, podem observar certa estabilitat al llarg dels diversos trams d'edat. En el cas de les dones en canvi, aquesta estabilitat no hi és. En el cas femení, segons avança l'edat, es redueix la proporció de pensionistes per jubilació i, sobretot, la categoria de "tarees del hogar" i augmenta la proporció de pensionistes de viduïtat.

Mujeres mayores por pensiones de viudedad, de jubilación y por tareas del hogar y grupos de edad. Cataluña, 2001

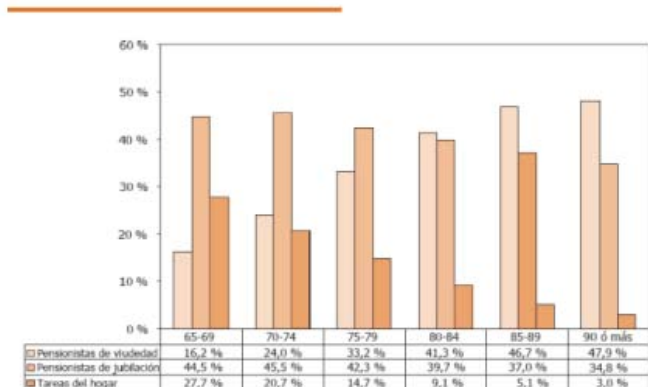


Figura 8: Dones grans catalanes distribuïdes per tipus de pensions. Font: Cens del 2001 publicat per l'INE (www.ine.es)

Amb tot, el tema de pensions és molt extens i molt variable. A continuació però intentarem resumir els principals i més generals tipus de pensions existents en relació a les persones de més de 65 anys.

Podem dividir les pensions existents en dos grans blocs, les pensions contributives i les pensions no contributives.

Pensions Contributives

Són prestacions econòmiques de durada indefinida (tot i que no sempre és així), la concessió de les quals està generalment supeditada a una prèvia relació jurídica amb la Seguretat Social (acreditar un període mínim de cotització) i sempre que es compleixin els altres requisits exigits. La quantia es determina en funció de les aportacions efectuades pel treballador i per l'empresari, si es tracta de treballadors per compte d'altri, durant el període considerat a l'efecte de la base reguladora de la pensió de què es tracta.

Dins de l'acció protectora del Règim General i dels Règims Especials de la Seguretat Social, amb les excepcions que en cada cas i per a cada modalitat s'indiquen en el respectiu règim especial, s'inclouen les pensions següents:

Per jubilació: jubilació ordinària, jubilació anticipada per tenir la condició de mutualista, jubilació anticipada sense tenir la condició de mutualista, jubilació anticipada per reducció de l'edat mínima a causa de la realització d'activitats penoses, tòxiques i insalubres, jubilació anticipada de treballadors discapacitats, jubilació parcial, jubilació flexible i jubilació especial als 64 anys. La prestació per jubilació en la seva modalitat contributiva cobreix la pèrdua d'ingressos que pateix una persona quan, arribada l'edat establerta, cessa el treball per compte d'altri o propi i posa fi així a la seva vida laboral o bé redueix la seva jornada de treball i el seu salari en els termes legalment establerts.

Per incapacitat permanent: total, absoluta i gran invalidesa.

Per defunció: viduïtat, orfandat i a favor de familiars.

Segons dades de la Seguretat Social a data de maig del 2007, la quantia de les pensions contributives a Catalunya era el que es mostra en la següent taula:

TAULA 2: Pensions contributives a data 1 de maigs del 2007

COMUNIDAD AUTÓNOMA	INCAPACIDAD PERMANENTE		JUBILACIÓN		VIUDEDAD		ORFANDAD		FAVOR DE FAMILIARES		TOTAL PENSIONES	
	Número	P. media	Número	P. media	Número	P. media	Número	P. media	Número	P. media	Número	P. media
CATALUÑA	161.637	788,52	902.292	769,63	374.895	502,56	33.830	301,85	1.851	386,50	1.474.495	692,59
Bàrcelona	127.475	807,12	675.474	805,43	280.132	521,08	25.122	310,53	1.427	386,26	1.109.650	719,66
Girona	11.289	672,11	66.603	670,69	34.199	438,46	2.840	266,78	105	400,23	135.036	603,29
Lleida	9.567	699,51	54.229	638,26	24.882	434,18	2.284	272,43	84	392,89	91.046	579,58
Tarragona	15.305	773,11	85.986	702,24	35.672	466,29	3.594	267,57	235	376,52	138.763	637,18

Fuente: Seguridad Social (www.seg-social.es)

Pensions no contributives

Són prestacions econòmiques que es reconeixen a aquelles persones que es troben en situació de necessitat protegible i no tenen recursos suficients per a la seva subsistència en els termes legalment establerts, tot i que no hagin cotitzat mai o el temps suficient per aconseguir les prestacions del nivell contributiu. Dins d'aquesta modalitat hi ha les pensions següents:

Jubilació Invalidesa

Segons dades de la Seguretat Social, la quantia de les pensions no contributives a Espanya el 2007 és el que es mostra en la següent figura:

PRESTACIONES NO CONTRIBUTIVAS		
Clase de prestación (Cuantías máximas)	Importe mensual	Importe anual
Prestación por Hijo a Cargo		
Mayor de 18 años no minusválida (*)	24,25	291,00
Mayor de 18 años con 33% o más	48,47	581,64
Mayor de 18 años con 65% o más	96,94	1.163,28
Mayor de 18 años con 75% y con Necesidad Tercera Persona	484,65	5.815,80
Pensiones no Contributivas		
Jubilación e Invalidez	312,43	3.749,16
Complemento 50% Pension Invalidez con 75% o más y Necesidad Tercera Persona	136,22	1.634,64

OTRAS PRESTACIONES NO CONTRIBUTIVAS		
Clase de prestación (Cuantías máximas)	Importe mensual	Importe anual
LISMI (Ley 13/1982 de 7 de abril)		
Subsidio de Garantía de Ingreso Mínimo	149,86	1.798,32
Subsidio por Ayuda Tercera Persona	58,45	701,40
Subsidio de Movilidad y Compensación por Gastos de Transporte	49,54	594,48
PENSIONES ASISTENCIALES (R.D. 2630/1981 de 24 de julio)		
Enfermedad o Ancianidad	149,86	1.798,32

(*) Límite de ingresos para ser reconocido por hijo a cargo < 18 años no minusválida: 9.828,39 €/año, que se incrementa en un 10% por cada hijo a menor excepto a partir del segundo año incluido. Si el beneficiario forma parte de una familia numerosa, el límite de ingresos ascende a 15.903,65 €/año, incrementándose en 2.575,95 € por cada hijo a partir del cuarto año incluido.

LISMI: Ley de Integración Social del Minusvalido: subsidi compensador genèric de la pobresa com a conseqüència d'una incapacitat per a satisfer les necessitats que la minusvalia genera. Figura 9: Pensions no contributives corresponent a l'any 2007

SOVI: Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez

El SOVI és un règim residual que s'aplica a aquells treballadors i als seus dretahavents que, encara que reuneixin els requisits exigits per la legislació de l'extingit règim, no tenen dret a la pensió de l'actual sistema de la Seguretat Social, amb excepció de les pensions de viduïtat de les que puguin ésser beneficiaris.

Dins la seva acció protectora s'inclouen:

- Jubilació
- Invalidesa
- Viduïtat

Els requisits per tal de poder ésser beneficiari d'una pensió SOVI són:

- Haver acomplert els 65 anys d'edat** o 60 en el supòsit de vellesa per causa d'incapacitat. Aquesta incapacitat ha d'ésser permanent i total per a la professió habitual i no derivada d'accident laboral o malaltia professional.
- No tenir dret a cap altra pensió** a càrrec dels règims que integren el Sistema de la Seguretat Social, o a sectors laborals pendents d'integració en el mateix amb excepció de les pensions de viduïtat de les que puguin ésser beneficiaris.

Haver estat afiliat al Règim del Retir Obrer o tenir coberts 1.800 dies de cotització al Règim de l'Assegurança Obligatòria de Vellesa i Invalidesa (SOVI) abans de l'1 de Gener de 1967.

2.3 SITUACIÓ ACTUAL DE LES PERSONES GRANS A BARCELONA

Les persones grans conformen un dels col·lectius més nombrosos, dinàmics, heterogenis i presents en les relacions veïnals i comunitàries de la ciutat de Barcelona. Són, de forma majoritària, persones actives, autònomes i amb un gran potencial d'implicació en dinàmiques ciutadanes. També entre la gent gran es desencadenen riscos i situacions de desigualtat i exclusió social, derivades d'una multiplicitat de factors on la dependència, la solitud i la vulnerabilitat econòmica tenen un pes molt important.

Els perfils socials i demogràfics de la gent gran de Barcelona marquen actualment alguns punts d'inflexió que cal tenir presents. A Barcelona, la població gran ha crescut a un ritme intens i sostingut al llarg de les dues últimes dècades. Actualment, el ritme ha sofert certa desaceleració i al llarg dels propers 10 anys ens mourem en una franja compresa entre les 332.000 i les 355.000 persones majors de 65 anys a la ciutat. L'arribada de la població jove a la ciutat, en el marc sobretot dels nous fluxos immigratòris, és l'altre element que pot acabar explicant el previsible descens de l'índex d'envelliment de Barcelona en el futur immediat. L'esperança de vida de la gent gran a la ciutat segueix creixent: 3 anys en la última dècada i mitja. Més persones d'edat molt avançada i més persones que viuen soles són el futur perfil de la ciutat.

INDICADORS DEMOGRÀFICS

Barcelona ha experimentat en els darrers vint anys importants canvis en l'estructura de la seva població. El grup de persones en edat laboral, entre 16 i 64 anys, s'ha mantingut estable al llarg dels darrers 25 anys; el nombre d'infants ha disminuït de forma considerable, i el grup de persones de més de 65 anys ha experimentat un gran creixement. Aquest procés d'envelliment de la població, propi de l'evolució demogràfica de les ciutats europees al llarg de les darreres dècades, es presenta de manera intensa en el cas de Barcelona.

El nombre de persones de més de 65 anys ha passat de 234.000 l'any 1981 a 285.000 el 1991 i a 332.794 l'any 2004. Aquest fet representa un increment del 40% i de gairebé 100.000 persones en termes absoluts. Al llarg d'aquest

període la població total de Barcelona ha disminuït un 12%. Ambdues tendències expliquen l'augment del pes relatiu de la gent gran sobre la població de la ciutat, que ha passat del 13,4% l'any 1981 al 21,1% el 2004.

TAULA 3: Evolució de les persones grans de Barcelona. 1981-2004

	1981		1991		2001		2004	
	Nombre	% / pobl. total	Nombre	% / pobl. total	Nombre	% / pobl. total	Nombre	% / pobl. total
Total	234.633	13,4	285.481	17,4	325.859	21,7	332.734	21,1

Font: Departament de Recerca i Coneixement, Sector de Serveis Personals, Ajuntament de Barcelona.

Al llarg dels propers 10 anys el ritme de creixement tendirà a alentir-se. La previsió actual estableix que s'arribarà a 355.000 persones grans l'any 2015 a la ciutat, un 7% més que en l'actualitat.

A Barcelona, l'increment de persones grans entre l'any 81 i el 2001 ha anat acompanyat d'una davallada de la població infantil. L'any 91 hi havia a la ciutat 236.828 persones de 0 a 14 anys. El 2001 la població infantil havia disminuït fins a 173.112 persones. A conseqüència d'aquests canvis, la relació entre ambdós col·lectius s'ha alterat substancialment: l'any 1991 hi havia 120 persones grans per cada 100 infants; l'any 2001 per cada 100 infants el nombre de persones grans havia augmentat fins a 188. Aquesta tendència, però, ha començat a revertir-se. L'any 2001 la població de Barcelona en la franja 0-14 anys havia augmentat a 184.285 infants; al llarg dels propers 10 anys és previsible que arribi a les 242.000. En la mesura que el nombre de gent gran s'estabilitzarà, l'índex d'envelliment de la ciutat el 2015 haurà davallat fins a 147.

TAULA 4: Evolució de la gent gran i de la població infantil. Índex d'envelliment 1991-2004

	2010			2015		
	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones
Població de 0-14 anys	235.557	120.260	115.299	242.090	123.005	119.085
Població de 65 i més	341.888	135.891	205.997	355.001	142.809	212.192
Índex d'envelliment	145	113	179	147	116	178

Font: Mecal. Projeccions de població. Escenari mitjà-alt.

TAULA 5: Tendència de la gent gran i de la població infantil. Índex d'envelliment – Estimació 2010-2015

	2010			2015		
	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones
Població de 0-14 anys	235.557	120.260	115.299	242.090	123.005	119.085
Població de 65 i més	341.888	135.891	205.997	355.001	142.809	212.192
Índex d'envelliment	145	113	179	147	116	178

Font: Mecal. Projeccions de població. Escenari mitjà-alt.

En síntesi, assistim a 3 canvis de tendència a considerar:

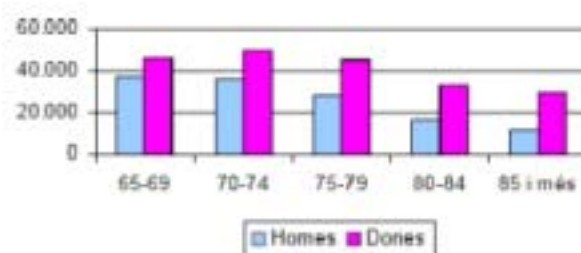
- a. Pel què fa al nombre de persones gran, d'un increment intens a un cert alentiment del ritme de creixement.
- b. Pel què fa al pes relatiu de la gent gran, d'una tendència sostinguda d'augment a una nova pauta d'estancament amb una lleugera tendència a l'alta.
- c. Pel què fa a l'índex d'envelliment, del creixement dels anys noranta a una disminució remarcable al llarg dels propers 10 anys.

El 61% de les persones grans de Barcelona són dones. A mesura que augmenta l'edat la presència relativa de dones també s'incrementa. Si considerem el grup de més de 85 anys, les dones representen el 74% del total de persones. Així doncs, l'envelliment presenta un biaix de gènere remarcable.

TAULA 6: Població de més de 65 anys per franja quinquennal i sexe (2004) i el seu gràfic.

Grups d'edat	Homes	Dones
65-69	37.123	46.036
70-74	36.052	49.718
75-79	28.097	44.834
80-84	16.957	33.472
85 i més	10.688	29.817
Total	128.917 (38,7%)	203.877 (61,3%)

Estructura d'edats i gènere 2004



Les pautes de futur per als propers 10 anys ens indiquen d'una banda que persistirà el diferencial de gènere i que aquest seguirà essent més intens quant més avança la franja d'edat de referència. Tot i així, també aquí serà visible un canvi de tendència: la presència dels homes dins del col·lectiu de gent gran tendirà a incrementar-se en termes relatius.

TAULA 7: Tendència de la gent gran de Barcelona per grups d'edat i sexe. Estimació 2010-2015

Grup d'edat	2010					2015				
	Homes	%	Dones	%	Dones/homes	Homes	%	Dones	%	Dones/homes
65-69 anys	38.110	45,3%	46.045	54,7%	1,2	40.020	44,7%	49.564	55,3%	1,2
70-74 anys	31.264	43,7%	40.271	56,3%	1,3	34.039	43,9%	43.419	56,1%	1,3
75-79 anys	20.649	40,6%	43.393	59,4%	1,5	28.413	41,8%	38.723	58,2%	1,4
80-84 anys	21.187	35,9%	37.750	54,1%	1,8	22.577	37,9%	38.643	62,1%	1,8
85 i +	15.661	28,9%	38.538	71,1%	2,5	19.760	30,3%	45.513	69,7%	2,3
Total	135.891	39,7%	205.997	60,3%	1,5	142.809	40,2%	212.192	59,8%	1,5

Font: Ibsatcol. Projeccions de població. Escenari mitjà-alt.

El pes relatiu de la gent gran als diferents districtes de la ciutat ha tendit a igualar-se. Les diferències interterritorials són actualment sensiblement menors que fa 15 anys.

Així, l'any 1991 la distància entre els districtes més i menys envellit era de 13,6 punts. Al llarg del període 2001-2004 aquesta distància s'ha reduït i establert en els 4.8 punts. Per districtes, l'Eixample es mantindrà com el districte més envellit. En l'altre extrem, Ciutat Vella, les Corts, Sant Andreu i Sant Martí s'aniran consolidant com els territoris amb menys pes relatiu de les persones grans.

Taula 8: Evolució de la gent gran de Barcelona per districtes. Projeccions de futur 2010-2015.

Districtes	1991		2001		2004		2010		2015	
	65 i més	%	65 i més	%	65 i més	%	Població 65 i més	%	Total població	%
1. Ciutat Vella	23.013	28,4	20.122	27,6	19.802	18,5	20.955	19,1%	109.686	20,0%
2. Eixample	61.016	37,7	67.708	24,1	60.522	23,3	63.240	23,9%	164.841	24,9%
3. Sants-Montjuïc	31.111	17,3	35.527	21,3	36.220	28,0	36.932	20,8%	176.924	21,8%
4. Les Corts	11.473	2,8	15.595	19,3	16.379	19,8	16.815	20,9%	83.849	20,3%
5. Sant Andreu	25.845	17,3	29.571	21,5	29.017	20,9	30.218	20,9%	143.692	22,9%
6. Gràcia	28.273	20,4	26.338	20,5	26.448	21,2	27.950	23,9%	120.226	23,9%
7. Horta-Guinardó	28.500	4,4	34.933	20,0	36.718	21,6	37.460	21,6%	170.872	22,7%
8. Nou Barris	28.327	13,9	35.962	22,1	37.016	22,4	37.253	22,2%	165.111	23,3%
9. Sant Martí	28.306	14,0	29.509	19,5	27.168	19,2	27.694	19,3%	141.764	20,2%
10. Sant Miquel	32.930	18,4	41.954	20,2	43.400	19,9	44.177	19,8%	219.938	20,2%
Total	285.481	17,4	325.859	21,7	332.754	21,1	341.883	21,2%	1.590.770	22,3%

Font: Informació facilitada pel Departament de Recerca i Coneixement, Sector de Serveis Personals. Ajuntament de Barcelona.

Gent gran i immigració

La presència de persones grans d'origen estranger a Barcelona es situa encara avui molt per sota de la mitjana de la resta de franges d'edat. La immigració que està rebent Barcelona al llarg dels últims anys és una immigració jove. En conseqüència, l'heterogeneïtat cultural de la població de Barcelona té actualment un impacte menor en el col·lectiu de gent gran. En concret, de les 230.942 persones estrangeres empadronades a Barcelona a principis del 2005, 5.774 eren més grans de 65 anys, cosa que representa un 2,5% del total d'immigrants i un 1,7% del total de la gent gran de Barcelona.

Per col·lectius, el d'origen sud-americà és clarament majoritari, amb 2.138 persones grans (un 37%) seguit de prop pel col·lectiu de la Unió Europea (1887 persones, el 32,6%). La resta presenta una alta fragmentació amb tots els orígens per sota del 10% (Font: Ajuntament de Barcelona).

INDICADORS SOCIALS

En les darreres dècades, les formes de convivència han sofert canvis importants. Per damunt de molts altres indicadors, n'hi ha dos de ben clars: disminueix el nombre de persones per llar i augmenta el nombre de persones que viuen soles. Aquest últim aspecte és especialment significatiu en el cas de les persones grans. L'any 1991 vivien soles a Barcelona 54.054 persones de més de 65 anys, les quals representaven un 18,9% del total de població d'aquest grup d'edat. L'any 2001 aquest nombre havia incrementant fins a 75.539 persones (23,2%) i l'any 2005 ja eren 83.104 persones de més de 65 anys que vivien soles fet que implica el 25% del total de la gent gran de la ciutat.

TAULA 9: Evolució de l'índex de solitud

Grups de població	1991			2001			2005		
	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones
Població de 65 i més	285.481	107.676	177.805	325.859	126.467	199.392	332.794	128.517	204.277
Població de 65 i més que viu sola	54.054	8.622	45.432	75.539	13.876	61.664	83.104	16.571	66.533
Índex de solitud 65 i més	18,9	8,0	25,6	23,2	11,0	30,9	25,0	12,9	32,6

Font: Informació facilitada pel Departament de Recerca i Coneixement, Sector de Serveis Personals. Ajuntament de Barcelona.

Pel què fa a la distribució territorial, Ciutat Vella es manté com el districte amb els índexs de solitud més elevats; en l'altre extrem se situen les Corts, Sarrià-Sant Gervasi i Horta-Guinardó.

TAULA 10. Evolució de l'índex de solitud per districtes

Districtes	Índex de solitud de 65 anys i més				Índex de solitud de 75 anys i més			
	1991	1996	2000	2005	1991	1996	2000	2005
Ciutat Vella	27,3	29,4	32,0	31,7	32,8	35,9	39,1	40,2
Eixample	20,1	23,5	26,4	27,1	22,7	28,3	32,6	34,4
Sants-Montjuïc	20,2	22,0	25,2	25,8	24,2	28,6	31,4	35,5
Les Corts	19,2	17,8	20,7	22,4	17,4	21,9	26,3	30,2
Sarrià-Sant Gervasi	17,1	20,3	22,5	23,8	20,0	25,5	28,6	30,8
Gràcia	20,4	23,3	26,2	27,2	23,7	32,1	34,8	34,8
Horta-Guinardó	15,6	18,5	20,0	22,7	17,2	22,6	27,2	31,3
Nou Barris	15,9	17,9	20,4	22,7	18,0	23,5	28,3	33,2
Sant Andreu	16,4	18,4	21,7	23,5	19,2	22,9	28,0	32,4
Sant Martí	17,1	18,9	21,6	23,4	20,7	23,8	28,2	32,5
Barcelona	18,9	21,2	23,8	25,0	22,1	26,6	30,6	33,6

Font: Departament de Recerca i Coneixement, Sector de Serveis Personals. Ajuntament de Barcelona. Les dades de 2001 i 2005 són del Pla del Centre d'habitants.

INDICADORS DE SALUT

L'índex de discapacitat ens indica el percentatge de persones de més de 65 anys amb certificat emès pel Departament de Benestar i Família de la Generalitat de Catalunya. Les persones majors de 65 anys amb discapacitat administrativament reconeguda mostren una tendència creixent. L'any 2000 hi havia a Barcelona 27.148 persones grans en aquesta situació, un 8,2% del total. El 2004, la xifra havia augmentat fins a 43.797 persones, el 13,2 del total.

TAULA 11: Índex de discapacitat de la població de Barcelona de més de 65 anys.

Grups població	1997	2000	2004
Població de 65 i més	285.481	331.665	332.794
Població de 65 i més amb discapacitat reconeguda	4.801	27.148	43.797
Índex de discapacitat	1,7%	8,2%	13,2%

El gènere, el grau i el tipus de discapacitat són tres variables rellevants. Del total de persones grans amb discapacitat reconeguda, el 57,35% són dones i el 42,64% homes. La gran discapacitat afecta el 27,2% dels homes i el 32,1% de les dones. Finalment, el 69,3% de les discapacitats reconegudes són de caràcter físic, el 16,8% de tipus sensorial (auditives i visuals) i el 12,9% vinculades a patologies mentals.

TAULA 12: Grau de discapacitat i gènere

Grau de discapacitat	Totals	Homes	Dones
33-64 %	21.574	9.906	11.668
65-74%	9.050	3.681	5.369
75% i més	13.173	5.090	8.083
Totals	43.797	18.677	25.120

Font: Departament de Recerca i Coneixement, Sector de Serveis Personals. Ajuntament de Barcelona.

TAULA 13: Tipus de discapacitat entre la població de més de 65 anys

Tipus de discapacitat	de 65 a 74 anys			de 75 o més anys			De 65 o més anys			
	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total	%	Homes	Dones
Fisica motòrica	6.939	2.967	3.972	9.457	3.179	6.279	16.396	37,4%	6.145	10.251
Fisicno motòrica	7.001	4.155	2.846	6.986	3.356	3.628	13.987	31,9%	7.513	6.474
Malalta mental	1.953	737	1.216	3.701	1.010	2.691	5.654	12,9%	1.747	3.907
Visual	1.781	821	960	3.744	1.448	2.296	5.525	12,6%	2.269	3.256
Auditiva	798	350	408	1.090	477	583	1.818	4,2%	827	991
Psíquica	257	107	150	119	58	61	376	0,9%	165	211
Un reconeguda	17	4	13	74	7	67	41	0,1%	11	30
Població amb discapacitat	18.706	9.141	9.565	25.091	9.536	15.555	43.797	100,0%	18.677	25.120

Font: Departament de Benestar i Família de la Generalitat de Catalunya.

La prevalença de la dependència entre la població major de 65 anys a l'Estat Espanyol es situa al voltant de la següent distribució (Fundació La Caixa): autònoms, el 65,8%; dependents només per a les Activitats Instrumentals de la Vida Diària (AIVD), el 20,8%; i dependents en les Activitats Bàsiques de la Vida Diària (ABVD) i les AIVD el 13,4%.

Si s'apliquen aquests percentatges a les 332.794 persones majors de 65 anys de Barcelona s'obté la distribució següent: autònoms, 218.979; dependents AIVD, 69.221; i dependents AIVD i ABVD, 44.594.

INDICADORS ECONÒMICS

L'any 2005, el salari mínim interprofessional (SMI) es situava en una quantia de 513€ mensuals (7182€/anys). L'indicador de suficiència de rendes (ISR) – definit pel Govern Català – es situava en 509€ mensuals (7.137€/any). Ambdues xifres, molt pròximes entre elles, es troben també molt a prop del llindar de vulnerabilitat econòmica de Barcelona, situat a l'entorn d 500 € al mes.

Del conjunt de les 390.084 persones més grans de 52 anys a Barcelona, u 31,69% disposaven, l'any 2004, d'uns ingressos mensuals inferiors al salari mínim interprofessional i presentaven, per tant, una situació de vulnerabilitat econòmica relativa. La distribució territorial d'aquest col·lectiu és desigual. A la banda alta es situen Ciutat Vella, amb un 42,27% i Nou Barris, amb un 40,61%. Sants-Montjuïc, Horta-Guinardó i Sant Martí es situen al voltant del 35%. En l'altre extrem de la distribució, Sarrià-Sant Gervasi, les Corts i l'Eixample tenen un 16,77%, un 23,82% i un 25,21% respectivament de persones grans per sota del SMI.

2.4 DECÀLEG DE SÍNTESE DELS PERFILS DE LA GENT GRAN DE BARCELONA

1. A Barcelona viuen 332.794 ciutadans i ciutadanes de 65 i més anys. La projecció de futur en situa el nombre en unes 355.000 persones l'any 2015, amb una pauta de creixement més moderat que el de les dues últimes dècades.
2. El pes relatiu de les persones grans a la ciutat se situa avui al voltant del 21% de la població. Els propers 10 anys, aquest percentatge tendirà a estabilitzar-se, en contrast també amb el creixement dels últims anys (13,4% el 1981; 17,4% el 1991).

3. Després d'un intens increment durant els anys noranta, l'índex d'envelliment –que mesura el nombre de persones grans amb relació a la població infantil (0-14 anys)– s'ha estabilitzat al llarg dels últims 5 anys: al voltant de 180 persones grans per cada cent infants. Els propers 10 anys la tendència serà la reducció, amb una projecció per al 2015 de 147 persones grans per cada cent infants.

4. Més dones que homes grans. El 61,3% de la gent gran de la ciutat són dones:

203.877 ciutadanes l'any 2004. Aquest tret persistirà per bé que amb una lleugera tendència a l'equilibri: el 2015 les dones representaran el 59,8% de la ciutadania gran de Barcelona.

5. Tendència cap a l'equilibri en les pautes territorials de l'envelliment. Els 10 districtes de la ciutat se situen en una franja que va del 19% al 23% de persones grans sobre la seva població total.
6. Més anys de vida. L'esperança de vida en néixer se situa en 76,2 anys per als homes i en 83 anys per a les dones, amb un increment de 3 anys entre 1991 i 2004. Aquest fet provoca també un augment en l'índex de sobreenvelliment –percentatge de 75 i més anys sobre el total de persones grans– que avui és del 49,2% i arribarà al 54,5% l'any 2010. A Barcelona viuen més de 90.000 persones per sobre dels 80 anys.
7. Més persones grans viuen soles. L'any 2005, 83.104 persones de 65 anys i més viuen soles a Barcelona. La gran majoria són dones, 66.533; i la gran majoria també d'edats avançades: 45.698 d'aquestes dones tenen més de 75 anys.
8. Més autònoms que dependents. L'aplicació del supòsit teòric de distribució autonomia-dependència ens informa d'uns 220.000 ciutadans/es grans completament autònoms per a les activitats de la vida diària. Unes 45.000 persones grans estan afectades de dependència en alguna dimensió de les activitats bàsiques. La discapacitat se situa al voltant del 13,2% de les persones grans.
9. Unes 123.627 persones grans disposen d'uns ingressos inferiors al Salari Mínim Interprofessional. A Barcelona hi ha al voltant de 9.000 persones grans perceptores de pensions no contributives de jubilació, amb una quantia d'uns 300 euros al mes.
10. De les 230.942 persones estrangeres empadronades a Barcelona a principis del 2005, 5.774 eren més grans de 65 anys, cosa que representa un 2,5% del total d'immigrants i un 1,7% del total de la gent gran de Barcelona (Programa Municipal per a la Gent Gran, 2006)

3.5 LES PERSONES GRANS AL BARRI DEL POBLE SEC

El Poble Sec que té entorn a les 70 hs. d'extensió, va ser construït en una estreta zona urbana entre Montjuïc i laavinguda del Paral·lel. Des de molts punts del seu territori pot gaudir-se de la sensació de tenir Barcelona al seus peus



El carrer Lleida, laavinguda de Josep Caner, el Paral·lel i la mateixa muntanya, defineixen els límits del barri que va començar a poblar-se durant la segona meitat del segle XIX, sent el seu creixement, ja des del principi molt especulatiu.

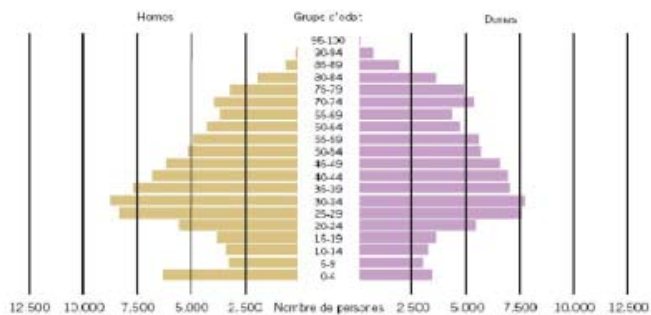
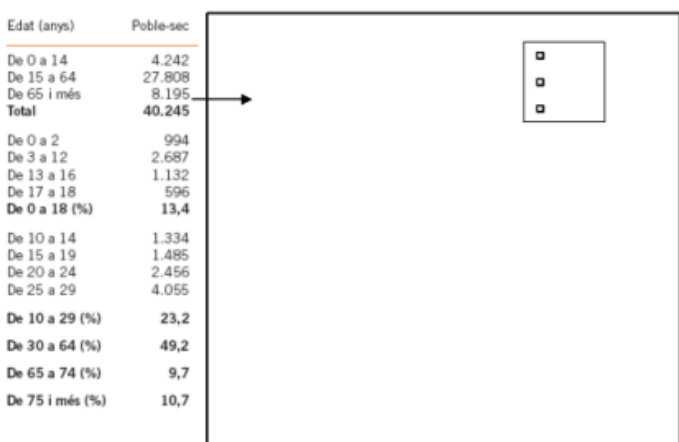
El Poble Sec va ser, de fet, el primer eixample de Barcelona, anterior a el projectat per Ildefons Cerdà. Les muralles de Barcelona van ser destruïdes al 1854 i el pla d'eixample va ser aprovat cinc anys més tard, però els propietaris van endarrerir-se encara uns anys a edificar, per les reticències contra el projecte de Cerdà. Aquest va ser l'origen del Poble Sec.

Els terrenys situats en el costat més pròxim al mar de la muntanya de Montjuïc no quedaven inclosos en el Pla de l'Eixample ni estaven, per tant, subjectes a limitacions urbanístiques. Els propietaris, amb bon ull, van començar a parcel·lar-los segons les conveniències, a partir e 1858, i a edificar senzilles cases per a obrers. Van néixer així, els barris de la Franca Xica, Santa Madrona i les Hortes de Sant Bertran, després agrupats sota el nom genèric del

Poble Sec. Era un sector que quedava molt a prop de l'antic recinte emmurallat de la ciutat i tenia, doncs, totes les avantatges i un únic inconvenient: les fortes pendents.

INDICADORS DEMOGRÀFICS

TAULA 14. Distribució de la població per edats (Any 2005)



Al barri de Poble Sec, l'índex d'envelliment és lleugerament superior al registrat al conjunt de la ciutat de Barcelona. Mentre que a la ciutat l'índex registrat era de 188 persones grans per cada 100 infants entre 0 i 15 anys, al barri del Poble Sec aquesta proporció ascendeix a 193,2. Per altra banda, l'índex de sobreenvelliment calculat per l'any 2005 al conjunt de Catalunya era de 11. Com podem veure, l'índex de sobreenvelliment del Poble Sec per al mateix període és gairebé cinc vegades superior.

De la resta de dades, destacar que el 29,1% de la població de més de 65 anys viu sola i que aquest percentatge augmenta fins el 35,4% en la franja de persones de més de 75 anys.

INDICADORS SOCIALS

Els serveis d'atenció domiciliària (SAD) són un conjunt d'accions i recursos que es duen a terme a la llar de les famílies en situació de manca d'autonomia personal, dificultats o problemàtiques familiars especials. Amb aquestes accions, es vol mantenir les persones en el seu medi en les millors condicions de vida al màxim de temps possible.

Els SAD que ofereix l'Ajuntament de Barcelona són:

Ajut a la llar És un servei que té per objectiu cobrir les necessitats bàsiques i de relació de les persones, donant-los l'ajut necessari perquè desenvolupin les activitats pròpies de la vida diària i procurant que totes les accions promoguin, en la mesura que sigui possible, l'autonomia i les capacitats dels usuaris.

El presta una persona professional del treball familiar. Hi tenen dret les persones de 65 anys i més grans, les persones amb alguna disminució i les famílies amb dificultats econòmiques i amb menors al seu càrrec.

Alarma telefònica Les persones amb disminució o en situació de risc poden disposar, a casa seva, d'un aparell telefònic connectat a una central de recepció de senyals d'emergència que permet obtenir ajuda immediata i específica.

Hi tenen dret les persones de 65 anys i més grans, les persones amb alguna disminució i les famílies amb dificultats econòmiques i amb menors al seu càrrec.

Reforma d'habitatges És un servei d'adequació de les condicions bàsiques d'habitabilitat al domicili de persones grans: se suprimeixen les barreres arquitectòniques, es condicionen les instal·lacions d'aigua, electricitat, fusteria, vidreria, pintura, etc., s'eliminen humitats, es renoven els aparells sanitaris, el mobiliari deteriorat, entre altres serveis.

Hi tenen dret les persones de 65 anys i més grans amb mancances en l'autonomia funcional o social, persones amb disminució, amb recursos econòmics insuficients i les persones a qui la seva família no pot atendre.

Menjars a domicili Diàriament, es proporciona un àpat calent, complet i equilibrat a les persones grans que ho necessiten i no poden ser ateses per la seva família o desplaçar-se a un menjador.

Hi tenen dret les persones de 65 anys i més grans o que tenen mancances en l'autonomia, amb recursos econòmics insuficients, que no poden ser ateses per la seva família i que no es poden desplaçar a un menjador.

Neteja al domicili Professionals especialitzats procuren una neteja de xoc o periòdica a l'interior de l'habitatge de persones grans, persones amb disminució i també de famílies amb dificultats econòmiques amb menors al seu càrrec, perquè puguin mantenir una nivell de vida digne.

Hi tenen dret les persones de 65 anys i més grans, les persones amb alguna disminució i les famílies amb dificultats econòmiques i amb menors al seu càrrec.

Bugaderia Aquest servei renta la roba dels usuaris, quan això sigui més rendible que instal·lar una rentadora al domicili. Habitualment es presta com a complement d'un altre servei d'atenció domiciliària, amb la finalitat que aquest sigui més eficaç.

Hi tenen dret les persones de 65 anys i més grans, les persones amb alguna disminució i famílies amb dificultats econòmiques i amb menors al seu càrrec.

Parament a la llar És un servei que consisteix a proveir les llars de les eines necessàries per evitar-ne el deteriorament (compra de productes de neteja, compra de petits electrodomèstics, etc). Habitualment es presta com a complement d'un altre servei d'atenció domiciliària, amb la finalitat que aquest sigui més eficaç.

Hi tenen dret les persones de 65 anys i més grans, les persones amb alguna disminució i les famílies amb dificultats econòmiques i amb menors al seu càrrec.

El barri disposa d'un menjador social:

MENJADOR SOCIAL PARAL-LEL
Avinguda Paral·lel, 97 – 93.426.98.88

Serveis Socials del Barri
Segons fonts de l'Ajuntament del Barri, a Poble Sec disposen de 32 equipaments relacionats amb serveis socials. D'entre aquests destaquem els que poden tenir relació amb la gent gran del barri:

AULA DE FORMACIÓ D'ADULTS CONSELL DE CENT
Pg. Exposició, 1 – 93.443.81.83

CENTRE DE SERVEIS SOCIALS POBLE SEC
Plaça del Sortidor, 12 – 93.443.43.11

EQUIP DE VALORACIÓ D'ADULTS DE BARCELONA
Avinguda Paral·lel, 145 – 93.425.22.44

PARRÒQUIA SANT PERE CLAVER
DEPARTAMENT SOCIAL
C/ Palaudàries, 23 – 93.441.80.07

PARRÒQUIA SANTA MADRONA – SERVEI DE SUPORT
C/ Tapioles, 10 – 93.441.22.62

SERVEI DE SUPORT MARE DE DÉU DE LOURDES
C/ Mare de Déu del Remei, 38 – 93.423.86.55

UNITAT POLIVALENT DE SALUT MENTAL DEL POBLE SEC LLAR RESIDÈNCIA POBLE SEC
C/ Creu dels Molers, 21-23

Casals de Barri - Poble Sec (2007). Els casals dels quals disposa el barri, segons dades de l'Ajuntament de Barcelona són els següents:

CASAL DEL MAR – ASSOCIACIÓ DE PENSIONISTAS I JUBILATS
C/ Albareda 1-13 – 93.441.48.59

CASAL DE GENT GRAN DEL POBLE SEC
Plaça del Surtidor 12 – 93.443.43.11

INDICADORS SANITARIS
Serveis Sanitaris del barri del Poble Sec
Segons dades de l'Ajuntament del Barri, existeixen dins de la demarcació del Poble Sec 30 equipaments relacionats amb els serveis sanitaris. D'entre aquests, els que poden estar vinculats amb la gent gran del barri són els que destaquem a continuació:

CENTRE D'ATENCIÓ PRIMÀRIA LES HORTES
C/ Nou de la Rambla, 177 – 93.324.91.00

CENTRE DE SALUT MENTAL D'ADULTS (CSMA) DE SANTS-MONTJUÏC
C/ Vila i Vilà, 16 – 93.442.30.00

FUNDACIÓ HOSPITAL SANT PERE CLAVER
HOSPITAL SANT PERE CLAVER
C/ Vila i Vilà, 16 -934423903

UNITAT POLIVALENT DE SALUT MENTAL DEL POBLE SEC
C/ Creu dels Molers, 21-23 – 93.324.96.00

Al barri també consta que hi ha actualment 15 farmàcies.

Serveis Residencials i Assistencials

Segons dades de l'Ajuntament de Barcelona, no consta que al barri hi hagi cap dels següents equipaments: -Centres de Dia -Centres d'Acolliment per gent gran -Habitatges tutelats per gent gran -Associacions -Centres d'informació per a Gent Gran.

Així mateix, com equipaments residencials tan públics com privats circumscrits dins el barri de Poble Sec, segons dades de l'Ajuntament de Barcelona sols consta el següent:

RESIDÈNCIA ASSISTIDA PARE BATLLORI

C/Vila i Vilà 3941 – 93.324.91.40

Servei de Centre de Dia

LLAR RESIDÈNCIA ARTESÀ

Pg. Exposició, 28-32 – 93.443.24.33

UNITAT POLIVALENT DE SALUT MENTAL DEL POBLE SEC

LLAR RESIDÈNCIA POBLE SEC

C/ Creu dels Molers, 21-23

INDICADORS ECONÒMICS

TAULA 17. Prestacions i ingressos de la gent gran i de les persones amb discapacitat del barri del Poble Sec

LISMI: Ley de Integración Social del Minusvalido: subsidi compensador genèric de la pobresa com a conseqüència d'una incapacitat per a satisfer les necessitats que la minusvalia genera.

Subsidi de garantia de ingressos mínims 149,86/mes

Subsidi por ajuda de tercera persona 58,45/mes

Subsidi de mobilitat i transport 49,54/mes

FAS: Fondo de Asistencia Social: 149,86€ mensuals

PNC: Pensió no contributiva

IPREM: Indicador Público de Renta de Efectos

Múltiples: aquest indicador s'utilitza com a referència del nivell de renda que serveix per determinar la quantia de determinades prestacions o per accedir a determinats beneficis, prestacions o serveis públics. Per l'any 2007, les quanties són les següents:

	Poble-sec
Perceptors de LISMI	24
Perceptors de FAS	7
Perceptors de PNC Jubilació	256
Perceptors de PNC Invaïdosa	282
Perceptors totals de PNC	569
Perceptors de PNC / població total	14,1
Perceptors de PNC jubilació / població de 65 anys i més	31,2
Perceptors de la renda mínima d'inserció	nd
Perceptors de la renda mínima d'inserció / població total	nd
Població de 62 anys i més amb ingressos < 1 IPREM	3.660
Població de 62 anys i més amb ingressos > 1 IPREM i < 2 IPREM	2.959

2.6 CONCEPTES AL VOLTANT DE LA GENT GRAN

La població major de 65 anys, com hem vist fins ara, té unes característiques definitòries però, amb tot, també es tracta d'un grup molt heterogeni. Per definir una part d'aquest col·lectiu, la Generalitat de Catalunya va publicar l'any 2002 el Llibre

Blanc de la Gent Gran Activa, fent èmfasi en aquest col·lectiu en la capacitat de desenvolupament personal i social de les persones grans.

Entenem per envelliment actiu el procés d'optimitzar oportunitats per al benestar físic, psíquic i mental a tot el decurs de la vida per tal d'estendre l'expectativa de vida, la productivitat i la qualitat de vida en l'edat avançada (WHO. Health and Ageing. 2001)

Utilitzem el terme envelliment actiu per expressar la idea de la participació continua en activitats socialment productives i treball útil. El mot "actiu" es refereix doncs a la participació continuada en assumptes socials, econòmics,

espirituals i cívics, no només a la capacitat d'estar físicament actiu. (WHO. Health and Ageing. 2001)



Font: World Health Organization. Health and Ageing. A discussion paper. World Health Organization. Department of Health Promotion, Non-Communicable Disease Prevention and Surveillance. Geneva 2001.



Marc de desenvolupament per a les polítiques d'envelliment actiu

Concepte de salut

La Organització Mundial de la Salut descriu a la seva Carta Magna la salut com l'estat de complet benestar físic, mental i social i no només l'absència de malaltia.

L'augment de l'esperança de vida i una bona salut ha fet que una sèrie d'activitats preventives que es recomanaven en l'edat adulta hagin passat també a ser recomanades per a la gent gran. Algunes de les activitats preventives que s'han mostrat eficaces són:

-	Alimentació equilibrada
-	Prevenió d'accidents
-	Activitat física
-	Salut
-	Prevenió de trastorns de la vista i de l'oïda
-	Abandonar l'ús del tabac
-	Controls de pes
-	Prevenió de la desnutrició
-	Controls mèdics

-Ús racional dels medicaments En relació al concepte de salut, cal tenir molt en compte el terme dependència. Segons la IIa Assemblea Mundial sobre Envel·liment (2002), podem descriure la dependència com la necessitat d'ajuda per part d'una tercera persona per a la realització d'activitats quotidianes. Una de les conclusions de l'Assemblea de 2002, la dependència augmenta amb l'edat i els principals grups de risc són les dones, viudess i amb ingressos baixos. Segons l'Institut Nacional de Estadística, el 32,2% de persones amb més de 65 anys presenten una dificultat per a les activitats de la vida diària.

El descans i l'oci

Les edats més grans de la vida, han estat potser fins ara àmbits en què la reducció al rol d'oci ha estat més rígida. Actualment, una visió més integradora de l'envelliment permet una idea més flexible del concepte d'aquest fomentant la formació, el treball i l'oci en totes les etapes de la vida.

Sens dubte, el canvi positiu més important conseguint a la jubilació és la disponibilitat de temps d'oci. Aquesta disponibilitat constitueix una excel·lent oportunitat per compensar els inconvenients de la jubilació amb una major qualitat de vida.

L'estereotip situa la persona gran en situació de "viure de records" però l'experiència real demostra que les actuals persones grans tenen molts interessos i que la jubilació és un bon moment per practicar-los.

L'entorn físic i les condicions de la llar

L'actual normativa de construcció d'habitatges preveu l'accessibilitat exterior però no garanteix les necessitats d'accessibilitat interior.

El nombre de persones que disposen d'adaptacions per a l'accessibilitat al seu domicili està condicionat per una sèrie de factors anomenats les "sis as":

- Availability:** disponibilitat de determinades ajudes tècniques.
- Adequacy:** eficàcia de la tecnologia.
- Affordability:** assequibilitat dels ajuts tècnics.
- Acceptability:** grau d'acceptació entre els usuaris.
- Awareness:** coneixement de la seva existència
- Acces:** accés a una àmplia gamma d'aplicacions tecnològiques destinades a adaptar l'entorn a les necessitats dels seus ocupants

La participació social

La participació de la gent gran pot trobar-se en tres nivells:

- Participació institucional** formada a través de consells, òrgans assessors...
- Participació organitzada** en el món associatiu i de voluntariat
- Participació individual** de proximitat: vida familiar i de microgrups informals, a més de la participació en formació, assessorament o altres.

En relació al present estudi, els conceptes clau que ens serviran per a detectar les necessitats de la gent gran de Poble Sec, per tal d'elaborar una proposta d'intervenció seran:

- Atenció sanitària**
- Mobilitat funcional**
- Aspectes nutricionals**
- Atenció residencial i domiciliària**
- Atenció social -Atenció associativa (casals)**

2.7 MÈTODE

2.7.1. Subjectes

El subjectes eren 23 persones grans i amb autonomia personal residents al barri del Poble Sec de la ciutat de Barcelona. L'anàlisi de les variables sociodemogràfiques indica que l'edat dels subjectes està compresa entre els 63 i els 86 anys d'edat, amb una mitjana de 74,87 anys i una desviació típica de 7,17. En relació al gènere, del total de les 23 persones entrevistades, 18 són dones (78,3%) mentre que els 5 restants són homes (21,7%).

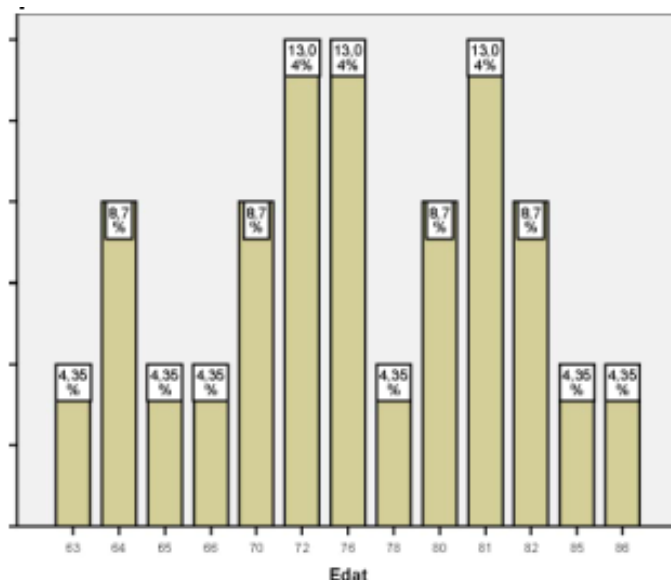
La selecció dels subjectes es va fer pel procediment de "bola de neu", així els investigadors contactaven amb un subjecte que complís les condicions (gran i resident a Poble Sec) i un cop entrevistat aquest ens recomanava a alguna altra persona gran del seu entorn.

L'edat dels subjectes està compresa entre els 63 i els 86 anys

d'edat, amb una mitjana de 74,87 anys i una desviació típica de 7,17 (taula 20). En relació al gènere, del total de les 23 persones entrevistades, 18 són dones (78,3%) mentre que els 5 restants són homes (21,7%) (taula 21).

TAULA 18. Descripció de les mitjanes d'edat de la mostra

Com es pot veure en la Taula 18, la mostra presentava freqüències en un ampli rang d'edats. Ens trobem davant d'un perfil de mostra on la majoria d'individus tenen entre 63 i 86 anys d'edat, fet que identifica a persones grans de totes les franges d'edat.



2.7.2 Instruments

Es va elaborar un model d'entrevista semiestructurada. El model d'entrevista va ser realitzat per una part de l'equip d'investigadors, a partir del marc teòric elaborat i de la documentació prèvia aportada en les primeres reunions de l'equip investigador.

Cada membre del grup encarregat de construir l'entrevista, a partir de la revisió teòrica, va fer una proposta d'entrevista, Posteriorment es van unificar criteris per obtenir el protocol definitiu (veure annex). Bàsicament, les preguntes de l'entrevista estan estructurades al voltant de cinc grans blocs:

- BLOC I:** Identificació de la persona. Dades personals i lloc de residència.
- BLOC II:** Habilitats per a la llar. Descripció de l'entorn de la vivenda i gestió econòmica personal.
- BLOC III:** Entorn

Social. Descripció del barri i utilització de serveis.

BLOC IV: Salut. Estat de salut i necessitats sanitàries.

BLOC V: Oci. Activitats d'oci i relacions socials.

Els entrevistadors van ser entrenats en l'administració de l'entrevista i la utilització de la gravadora digital. Tanmateix, la primera entrevista va ser realitzada conjuntament.

Totes les entrevistes van ser enregistrades en format digital, amb dues gravadores digitals, model Olympus Digital Voice Recorder VN-3100PC. A continuació totes les entrevistes van ser transcrites en format Microsoft Word i posteriorment es van introduir en el programa Atlas.ti v. 5.0. (Muhr, 2004).

2.7.3. Procediment

El pla de recerca es va iniciar el juliol del 2006 i va concloure a finals d'abril del 2007. Després de la primera presa de contacte de tot el grup a la reunió que es va dur a terme a l'Escola Universitària d'Infermeria, Fisioteràpia i Nutrició Blanquerna, al mes de setembre una segona reunió va servir per tal de consensuar la metodologia de treball i l'elaboració del material per dur a terme la recollida de dades i informació per a l'estudi. Va ser en aquest punt on es va acordar que el grup format per Olga Bruna, Noemí Culler i Ànder Chamarro durien a terme la primera fase de l'estudi que consisteix en la recollida de documentació sobre l'àmbit de les persones grans i de dades relacionades amb el Barri del Poble Sec. Aquest grup també ha estat l'encarregat d'elaborar el model d'entrevista i ha coordinat l'administració de les entrevistes per part d'altres investigadores col·laboradores (Anna Dergham, Judit Subirana i Elisabeth Domínguez).

Des del mes d'octubre fins al mes de desembre del 2006, es va dur a terme la recollida de documentació i la revisió dels estudis en relació a l'àmbit i es va elaborar l'instrument definitiu utilitzat per a l'estudi. Des del mes de gener del 2007 i fins l'abril del mateix any, es van dur a terme els contactes necessaris per a la realització de les entrevistes així com les pròpies entrevistes per part de les investigadores col·laboradores Anna Dergham, Judit Subirana i Elisabeth Domínguez, supervisades per Olga Bruna.

A partir del mateix mes d'abril, Ander Chamarro, i Olga Bruna es reuneixen per fer la primera introducció de dades a l'ordinador del Grup de Recerca en Neuropsicologia utilitzant el programa Atlas.ti. Simultàniament, s'inicia

per part d'Anna Dergham i Judit Subirana la transcripció amb el programa Microsoft Word de totes les entrevistes realitzades. En una reunió conjunta entre Ànder Chamarro, Olga Bruna i Judit Subirana s'acorda que aquesta última dugui a terme l'anàlisi de les dades després d'un període d'entrenament.

A finals del mes de maig, ja s'han acabat de realitzar totes les entrevistes i les seves transcripcions i s'està acabant amb l'anàlisi de dades. Posteriorment es realitzen els informes d'aquesta investigació que s'han anat presentant en les diverses reunions amb l'investigador principal d'aquest estudi.

Per a més informació sobre el procediment, consultar l'annex Cronograma.

2.7.4. Anàlisi de dades

S'ha dut a terme l'anàlisi qualitativa de contingut de les entrevistes mitjançant un programa per a l'anàlisi qualitatiu de dades assistit per ordinador. Ja que el text i les imatges poden ésser considerats dades (les paraules són susceptibles de ser enumerades, ordenades i quantificades). En aquests casos, podem utilitzar, mitjançant l'ajut de les noves tecnologies, aquest enfocament d'anàlisi sistemàtic i empíric que és l'anàlisi qualitatiu de contingut.

Respecte del programa que varem triar per la nostra recerca (Atlas.ti v.5.0.), existeix un cert consens en que és un dels millors, si no el millor de tots ells i ha tingut una ràpida divulgació, inclòs el nostre país. En part per la manera en que aquest està concebut i per la seva facilitat d'ús. Atlas.ti està concebut per ser utilitzat de manera visual, de manera que sigui factible destacar les relacions entre els fenòmens, permetent que aquestes siguin visibles i representables de forma gràfica. Per tant en el seu disseny i ús els aspectes gràfics són primordials, per tant tot es desenvolupa a cop (click) de ratolí. Característica que facilita l'anàlisi de dades.

D'aquesta manera, analitzar grans quantitats de dades poc o gens estructurades es relativament fàcil. Però estem parlant d'anàlisis qualitatius. Perquè Atlas.ti està dissenyat per ser utilitzat en base a la Grounded Theory. Aquesta perspectiva teòrica emfatitza que el paper de la ciència és el de construir teories en base a les dades, no en base a altres teories. En definitiva, fer ciència és una activitat inductiva, a l'abast de tots els investigadors (i no investigadors), i que permet explicar millor la realitat que les teories existents, donat que ha estat generada a partir de les dades extretes de la pròpia realitat. Per tant, Atlas.ti té per finalitat facilitar la transformació de les dades en teoria i coneixement.

Les seves funcions més concretes d'Atlas.ti, són: seleccionar, codificar, estructurar la informació i possibilitar l'elaboració de teories. En Atlas.ti aquest procés suposa treballar per passos o etapes. La primera etapa consisteix en assignar els documents que volem que siguin analitzats amb l'ajuda del programa. Posteriorment, el que fem es seleccionar passatges de text, cites textuais, que tenen interès, significat, i són importants per als investigadors. A aquests passatges de text que hem seleccionat les assignarem "etiquetes", paraules clau o codis. En definitiva, es tracta del primer pas del procés de categorització i interpretació de la informació.

La segona fase del procés consisteix en organitzar i estructurar la informació identificada en la etapa anterior. En aquesta etapa, l'analista revisa els codis assignats a les diferents cites textuais seleccionades. És a dir, analitza si els codis assignats o creats es corresponen amb les cites seleccionades i si aquests poden ser recodificats o agrupats en nous codis, amb la finalitat de refinar i integrar els codis en noves categories, teòricament saturades, que representen adequadament les dades. La codificació i recodificació són les tasques principals a realitzar en l'anàlisi qualitatiu.

Un cop realitzat aquest procés, Atlas.ti ens ofereix una de les seves millors eines, un editor gràfic, amb el qual podem representar tots els elements amb els que hem anat treballant fins el moment (quotacions, codis, relacions entre codis...). En aquesta pantalla podem representar el nostre coneixement mitjançant xarxes semàntiques o diagrames de flux, que representen de forma gràfica i intuïtiva la complexa informació subjacent a les nostres dades. En definitiva la network ens permet la visualització de l'estructura de les dades d'una manera més propera a la manera en que els humans representem el nostre coneixement, gràcies a la qual cosa és més fàcil fer emergir l'estructura subjacent a les nostres dades.

D'aquesta manera, el procés d'identificar, codificar i categoritzar el contingut de les entrevistes (l'anàlisi qualitatiu del contingut) és viable i permet identificar el que és realment significatiu dins les dades disponibles.

Aquest punt de vista no implica comptar la quantitat de codis existents en cada categoria, ni per això la importància del constructe. L'objectiu és obtenir dades diverses que representen la multiplicitat de facetes d'un fenomen amb un significat potencialment equivalent.

2.8 ANÀLISI QUALITATIU DE LES ENTREVISTES

2.8.1 Situació personal

La mostra presenta dues principals casuístiques: persones grans qui viuen sols i aquells qui conviuen amb algú. Els principals nuclis de convivència detectats són els fills i els conjugues. Quan el nucli de convivència principal són els fills, aquests habitualment donen suport econòmic i domèstic als seus pares mentre que quan el nucli principal és el cònjuge habitualment no hi ha ajuts. Aquells qui no conviuen amb algú acostumen a rebre diversos tipus d'ajuts.

Els tipus d'ajuts que s'han detectat són:

Ajuts domèstics, si viuen amb els fills normalment aquest ajut prové dels fills.

Ajuts familiars, quan reben ajut d'algun familiar que no forma part del nucli familiar més proper.

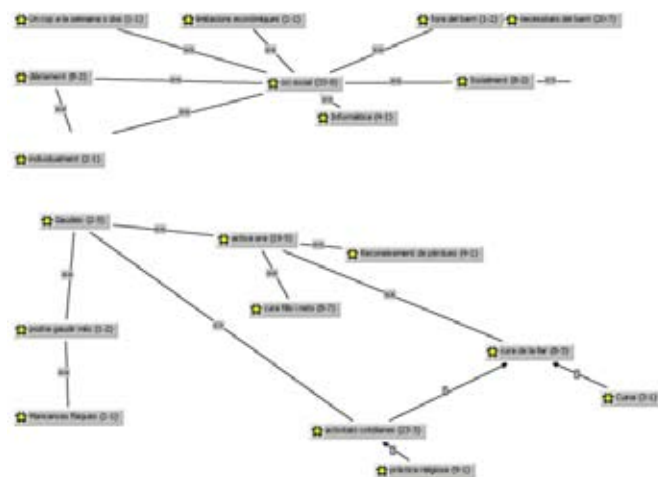
Ajuts del cònjuge, d'aquells qui viuen amb la parella.

Ajuts públics. Alguns dels subjectes reben ajuts públics de l'administració. Normalment són persones que a temps parcial els ajuden amb la compra o la neteja.

La majoria de les persones entrevistades reben una pensió. Amb tot, ens han manifestat que reben diversos tipus de pensió segons cada casuística personal. A la taula 23 es resumeixen els diversos tipus de pensió mencionats al llarg de l'anàlisi de les entrevistes.

Alguns dels subjectes entrevistats es queixen de que no reben suficients ajuts i alguns d'ells no sabrien on demanar-los.

A continuació s'exposa la network que sintetitza part de les respostes d'aquest primer bloc de les persones entrevistades.



Dins de la situació personal, un dels altres aspectes que s'ha valorat són les condicions de la llar. Ens trobem davant d'un perfil de barri on les llars són velles – algunes de més de 120 anys – amb les males condicions que aquest fet comporta. Entre les principals dificultats que han mencionat les persones grans entrevistades trobem la manca d'ascensor o problemes amb la calefacció que no tenen fàcil solució, principalment degut al gran cost econòmic que aquest fet suposa. Amb tot, algunes d'aquestes llars més velles s'han anat adaptant durant dècades anteriors millorant-ne algunes condicions (entrant el bany a dins dels pisos...). La majoria de les llars doncs són velles i com a tal tenen problemes amb l'estructura de l'edifici.

D'aquestes finques més velles algunes han aconseguit realitzar millores com la instal·lació d'ascensors, fet que ha permès millorar les condicions de vida d'algunes d'aquestes persones. Amb tot, aquestes millores han anat a càrrec dels propis veïns fet que els ha suposat una gran inversió econòmica. Alguns comenten que han rebut ajuts de l'Ajuntament de Barcelona però que primer han hagut de realitzar ells la inversió econòmica.

Alguns dels subjectes entrevistats han mencionat que la organització de l'escala està en mans d'un procurador extern.

Finalment, tot i les males condicions d'algunes de les llars, la majoria declaren que es senten segurs i còmodes a casa tot i que com veurem més endavant aquest fet xoca amb la percepció de que el barri necessita més seguretat.

Llar en males condicions



2.8.2 Salut Percebuda

Dins d'aquest apartat, trobem principalment dos perfils principals de persones grans: per una banda aquells qui perceben la seva salut com a bona i aquells qui la perceben com a regular.

Gairebé la totalitat d'aquells qui han declarat tenir bona salut pateixen algun tipus de malaltia. S'han detectat diverses patologies que afecten principalment a la mostra entrevistada i que es resumeixen a la taula 24.

Les persones que han mencionat tenir una bona salut normalment també declaren tenir alguna dificultat sobretot relacionada amb problemes de mobilitat, cansament i dolor.

És un perfil de mostra que es cuida i va al metge – alguns a mútua privada – i que sobretot es mantenen actius (com veurem més endavant en l'apartat d'oci), que ara per ara no demanen ajut i presenten certa seguretat personal. En alguns moments han mostrat la seva preocupació per emmalaltir.

La seva dieta acostuma a ser variada i, tot i que alguns acostumen a tenir prescripcions mèdiques referents a la dieta (restricció d'aliments o de quantitats), la majoria segueixen una dieta en la que mengen de tot sense fer gaire cas de la prescripció mèdica.

Salut percebuda



La percepció de bona salut el trobem relacionat amb l'autonomia i la independència i també amb la percepció de seguretat personal.

D'aquesta manera també queda palesa la relació entre la percepció de bona salut i l'autonomia i, sobretot, la relació amb el fet de que els subjectes es trobin actius.

Com a contraposició, trobem un altre grup de persones grans qui declaren tenir una salut regular. Normalment són aquells qui presenten més de 3 o 4 malalties (categoritzat com a pluripatologia).

Aquest perfil de subjectes acostumen a mencionar dificultats i limitacions per a la realització d'activitats quotidianes però no acostumen a demanar ajuts; són subjectes que majoritàriament es declaren autònoms i independents.

En relació al control mèdic, aquest perfil de pacients acostumen a anar al metge qui els porta un control mèdic. Reconeixen que es cuiden.

Part d'aquests subjectes declaren no sentir-se bé degut a les diverses patologies tot i que també trobem el perfil contrari: gent gran amb diverses malalties qui es senten joves tot i el seu estat de salut.

En relació a l'alimentació aquesta acostuma a ésser variada i tot i que poden tenir limitacions i recomanacions mèdiques de dietes mencionen que mengen de tot – en alguns casos saltant-se les prescripcions mèdiques.

2.8.3 Contactes i Relacions Socials

En aquest apartat podem descriure tres blocs principals: el contacte amb la família, el contacte amb els veïns i el contacte amb els amics.

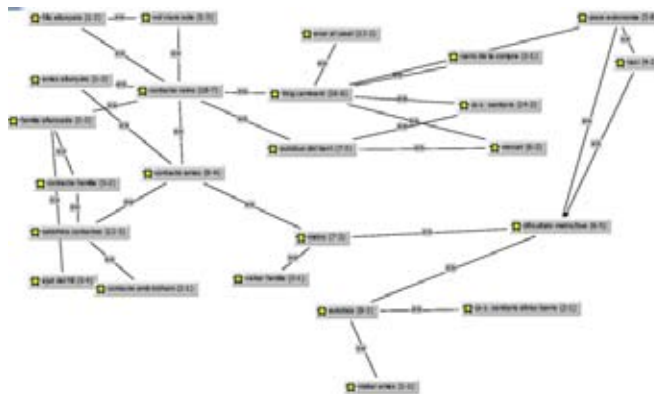
En relació al contacte amb la família, ens trobem que aquesta forma de relació és escassa – a excepció d'aquells qui conviuen amb familiars – degut a que normalment, segons ens comenten, la família i, sobretot els fills es troben allunyats de la zona on viu la persona entrevistada.

La majoria dels subjectes entrevistats menciona mantenir molt bon contacte amb els veïns. Aquests doncs, podríem afirmar que són una de les principals fonts de relació social que mantenen dins l'entorn del barri. Per proximitat, molts dels veïns han passat a ser amics i per tant aquestes dues categories s'han diluït més.

Amb tot, i sobretot recordant que ens trobem enfront un perfil de gent gran activa, el contacte amb amics del mateix barri i de fora d'aquest, va prenent importància degut al gran nombre d'activitats d'oci que realitzen les persones grans entrevistades. El casal o el mercat són grans zones de

relació social amb altres persones i fomenten l'establiment de nous vincles relacionals.

Contactes i relacions socials



En general, la majoria de persones ens han mostrat la seva satisfacció amb la seva xarxa social de relacions, sigui aquesta més o menys extensa.

Un dels altres aspectes que s'han analitzat dins d'aquest bloc és la mobilitat dins del barri.

La majoria dels qui tenen contacte sols amb veïns, acostumen a moure's pel barri caminant o amb l'autobús del barri. La finalitat última d'aquests desplaçaments acostuma a ser anar al mercat, al metge o al casal. Gran part de les persones entrevistades ens comenten que tenen dificultats per accedir al transport públic, sobretot al metro i l'autobús. Aquestes dificultats venen referides als accessos a aquests serveis – escales per accedir al metro, rapidesa de les parades de l'autobús... – i en part també a la resta de passatgers que l'utilitzen. La principal por per accedir al metro o a l'autobús és la por al caure. Per aquest motiu, sobretot les senyores, ens han comentat que els agrada molt utilitzar el bus del barri, perquè és petit i perquè l'utilitza molta gent gran i els funciona pels desplaçaments dins del barri.

Amb tot, però, també trobem persones qui sí utilitzen el metro i autobus per a desplaçaments més llargs fora del barri. La finalitat d'aquests desplaçaments acostuma a ser visitar la família o els amics, realitzar alguna activitat d'oci o utilitzar els serveis sanitaris d'altres barris.

Només una minoria de subjectes entrevistats es mou en taxi o en cotxe quan ha de realitzar algun desplaçament.

2.8.4 Iniciatives D'oci

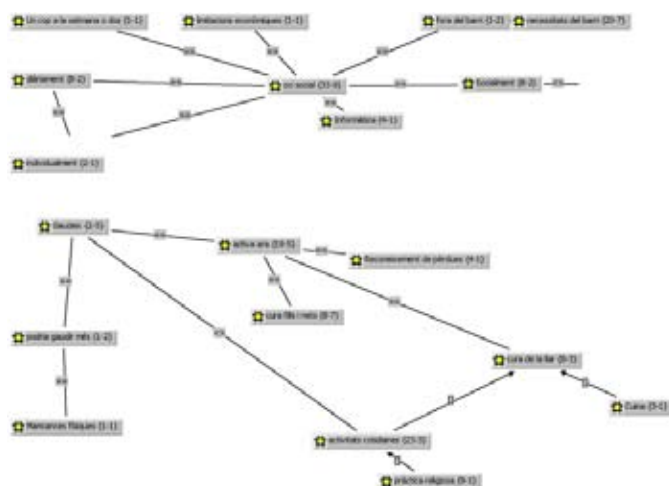
Dins d'aquest apartat parlem del què considerem iniciativa d'oci. De totes les activitats que ens han mencionat al llarg de les entrevistes hem considerat que són iniciatives d'oci aquelles que es realitzen a nivell social i fora de la quotidianitat diària.

El perfil de gent gran amb el qual ens hem trobat és un perfil de gent gran activa i que per tan realitzen activitats d'oci. A més a més, ens trobem amb persones que no sols realitzen activitats sinó que normalment realitzen al llarg de la setmana diverses activitats programades. Totes les activitats que realitzen tenen relació amb el gaudir i el sentir-se bé amb ells mateixos i, sobretot, actius. Les principals característiques d'aquestes activitats d'oci és que es realitzen en el marc d'un entorn social – un casal, un club social, un gimnàs... – que es troba, generalment dins del barri. Aquestes activitats es realitzen com a mínim setmanalment, tot i que depenent dels casos també dos o tres cops per setmana i fins i tot a vegades diàriament.

Tot i el gran nombre d'activitats d'oci que realitzen, també apareixen les limitacions. Alguns es troben amb limitacions físiques però principalment ens mencionen limitacions econòmiques com per exemple les tarifes del gimnàs, el preu de les sortides i de les visites culturals...

A la següent taula es recullen algunes de les iniciatives d'oci que ens han mencionat al llarg de les entrevistes:

Iniciatives d'oci



2.8.5 Necessitats del Barri

La vivència dins d'un entorn al llarg dels anys ha proporcionat una sentència de pertinença al barri que porta a les persones entrevistades a detectar clarament algunes mancances i algunes necessitats dins del barri.

La majoria de subjectes entrevistats detecten grans canvis socials al barri, sobretot en aspectes relacionats amb l'augment de la immigració. Amb tot, les postures i les idees personals envers aquest col·lectiu són molt variades i no sempre ho relacionen amb l'augment de la inseguretat i la delinqüència al barri.

En general, tot i detectar mancances de seguretat –inseguretat al barri– se senten segurs al barri tot i que també mencionen que intenten anar per zones on no hi ha “perill”. En relació al tema d'infraestructures varia segons la zona del barri en la que ens trobem. Alguns subjectes mencionen canvis en el seu carrer com la construcció de jardins o de zones peatonals però altres veuen molt pobre la inversió en infraestructures.

Necessitats del barri

Troblem també un col·lectiu que menciona no veure cap tipus de canvi al barri. En aquest cas ens trobem amb persones qui també refereixen poca mobilitat desconeixement del barri i sobretot amb la manca d'autonomia per poder sortir del domicili particular.

Altres canvis que ens han mencionat les persones entrevistades és un augment de la brutícia a nivell de carrer així com també l'augment del soroll al propi barri.

En general, són persones que tenen molt clares les necessitats del barri i què caldria millorar. Algunes de les necessitats detectades es resumeixen a la taula següent.

2.9. CONCEPTES EMERGENTS

Globalment, segons les entrevistes analitzades podríem destacar alguns conceptes generals que han anat sorgint al llarg de l'anàlisi.

En trobaríem davant d'una població de persones grans que tindrien les següents característiques:

Una població que en general té una bona salut i que no són dependents, que estan actius. Fam règim (encara que diuen que mengen una mica de tot), es cuiden i van

regularment al metge. Acostumen a moure's en l'entorn del propi barri del Poble Sec i es relacionen amb els seus veïns i gent del barri. Gestionen els seus diners i manifesten una preocupació per la seva situació futura ja que detecten diversos problemes i necessitats del seu barri.

Tenint en compte els resultats ja prèviament exposats, cal destacar també que s'observen una sèrie de conceptes que encara que en aquests moments no són prou representatius per al grup total, caldria tenir-los presents i fer-ne un seguiment. Entre aquestes idees desatacaríem:

La preocupació per emmalaltir.

La soledat.

Desconeixement de les vies i serveis per a demanar ajuts.

Servei de Teleassistència (a partir dels 75 anys)

Estratègies d'afrontament de les dificultats.

Atenció a domicili.

3.10 CONCLUSIONS:

PRINCIPALS NECESSITATS DETECTADES

Tenint en compte els resultats prèviament comentats, podríem dividir les necessitats detectades al barri del Poble Sec en quatre grans blocs:

Necessitats Sanitàries

Inclou totes aquelles demandes relacionades tant directa com indirectament amb l'assistència sanitària i la salut percebuda.

Algunes de les demandes realitzades que es podrien incloure en aquest bloc serien:

Millora de l'assistència sanitària i del control mèdic.

Preocupacions en relació amb l'autonomia i la pròpia independència així com en relació a la bona/mala salut.

Necessitats de Seguretat

Aquest bloc de necessitats detectades sorgeix en referència a la pròpia percepció de la gent del barri de diversos canvis socials que s'han donat en els últims anys. Un dels principals canvis detectats segons la població entrevistada és l'augment de la població immigrant. Un dels altres canvis percebuts per la pròpia població del Poble Sec és un considerable augment de la delinqüència. Així doncs, de les necessitats formulades, una bona part es centren en la necessitat de l'augment de la seguretat al barri.

Altres demandes que es poden incloure en aquest grup fan referència a la millora de les infraestructures del barri i a la implementació de nous serveis ja que detecten algunes mancances al barri.

Necessitats econòmiques

Aquest grup de necessitats abraça aspectes més globals, més enllà del barri però que repercuteixen directament en la vida diària. Les principals necessitats en relació a aquest apartat fan referència a les pensions percebudes així com als ajuts als que tenen accés. Una part d'aquestes necessitats refereix a la manca d'informació en relació a la sol·licitud d'ajuts.

Necessitats socials

Dins d'aquest grup és on trobem una carència major i per tant una demanda superior en quan a necessitats percebudes, essent el grup més heterogeni de necessitats detectades.

Per una banda es detecten necessitats relacionades amb l'habitatge, fent referència a l'antiguitat dels edificis on viuen i a la manca d'infraestructures que els dificulten la mobilitat i l'accés als propis edificis de vivendes. Una de les altres necessitats detectades en aquest sentit fa referència a les dificultats d'accés a la xarxa de transport públic degut a la manca d'adaptació de metros i autobús. En aquest aspecte apunten que les principals dificultats d'accés són les escales i l'alçada dels autobusos.

Dins d'aquest bloc també s'inclouen les necessitats de relació. Una de les principals necessitats detectades és la manca d'una xarxa social estable i àmplia que els permeti la interacció i l'activitat relacional.

Finalment, i molt en relació a aquesta última necessitat detectada, i recordant que ens hem trobat davant d'un perfil de persona gran activa, també s'ha fet molta referència a la necessitat que té el barri per dotar-se d'infraestructures relacionades amb l'oci tals com casals nous, parcs, zones d'oci...

Hem de tenir en compte que aquestes necessitats han estat explicitades per un perfil de població concret del barri del Poble Sec concret, amb unes característiques determinades que han estat explicitades anteriorment i que per tant, mostren sols una part de totes aquelles necessitats que podrien sorgir si consultéssim altres col·lectius del mateix barri.

3.11 CONCLUSIONS

L'envelliment, com hem pogut comprovar al llarg del present estudi, constitueix un repte social i un fenomen tant de la població com de la pròpia persona. En l'actualitat ens trobem amb un increment progressiu de persones grans

I s'estima de l'any 2015 un 8,5% de la població mundial tindrà més de 65 anys. A més, l'increment en l'esperança de vida comportarà un progressiu increment de persones de més de 85 anys i, per tant, un increment de la dependència.

L'augment de persones adultes grans ha generat una mancança en l'atenció a les necessitats d'aquest col·lectiu. L'atenció a les persones grans exigeix actualment la incorporació progressiva de professionals d'àmbits molt diversos. Per tal d'afavorir la qualitat assistencial d'aquesta població cada vegada més nombrosa, és indispensable un abordatge interdisciplinari i el treball en equip.

Tenint en compte aquest progressiu augment de l'edat de la població, les necessitats que ja existeixen actualment en aquest col·lectiu poden veure's multiplicades en els propers anys. Per tant una bona detecció en l'actualitat d'aquestes demandes ens permetrà una actuació precoç en aquest àmbit per adaptar-nos a les noves situacions que comportaran aquests canvis en la piràmide poblacional.

Considerem que amb aquestes entrevistes ja tindriem un primer patró de l'estat i de les necessitats del col·lectiu de gent gran del barri del Poble Sec. Aquest perfil de població es podria descriure a través de les següents característiques:

- Gent gran autònoma.
- Vàlida i independent.
- Amb xarxa de relació social a l'entorn del barri.
- Amb certes limitacions econòmiques.
- Activitats de la vida diària rutinàries.
- Població de rics davant dels canvis i augmenta la seva fragilitat amb l'edat
- Realitzen activitats d'oci en la mesura de les seves possibilitats

També s'ha observat que el barri és contenidor de la bona qualitat de vida de les persones grans que hi viuen, però cal considerar el risc que qualsevol canvi sobtat pot precipitar el deteriorament en salut, aspectes emocionals, cognitius i qualitat de vida.

Del propi barri i de les persones que hi viuen han sorgit moltes necessitats detectades pel propi col·lectiu a través de la observació i de la quotidianitat del dia a dia. Aquestes necessitats són àmplies i abracen des de les necessitats més personals a les més col·lectives, però sobretot fent referència a mancances que detecten en el propi barri. Les

principals necessitats fan referència a temes socials, de seguretat, sanitaris i econòmics principalment.

Es planteja per a més endavant la possibilitat de fer grups de discussió amb les persones grans entrevistades, per tal de parlar i aprofundir sobre les necessitats detectades i possibles propostes de millora.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

AGÜERA ORTIZ, LF, MARTÍN, M., CERVILLA, J.

2002

Psiquiatria Geriàtrica

Barcelona: Masson

AJUNTAMENT DE BARCELONA

2005

Memòria de Sants-Montjuïc del 2005

Ajuntament de Barcelona. Districte de Sants-Montjuïc:

Barcelona [En línia] accessible a <http://w3.bcn.cat/fitxers/sants/memoriasspsantsmontjuic05.510.pdf>

AJUNTAMENT DE BARCELONA

2004

Pla Municipal al Barri de Sants-Montjuïc

Ajuntament de Barcelona. Districte de Sants-Montjuïc:

Barcelona [En línia] accessible a <http://w3.bcn.es/fitxers/sants/pad040303.221.pdf>

AJUNTAMENT DE BARCELONA

2006

Programa Municipal per a la Gent Gran

Ajuntament de Barcelona. Regidoria de

Benestar Social: Barcelona. [En línia] accessible

a <http://w3.bcn.es/fitxers/gentgran/programamunicipalgentgran20062010.190.pdf>

ALBERCA R. Y LÓPEZ-POUSA, S.

1998

Enfermedad de Alzheimer y otras demencias

Editorial Médica Panamericana

ALBERCA, R.

1998

Demencias: diagnóstico y tratamiento

Barcelona: Masson

AGÜERA ORTIZ, LF

1998
Demencia: una aproximación práctica
 De Masson

BARRAQUER BORDAS, LL.

1995
El sistema nervioso como un todo. La persona y su enfermedad
 Barcelona: Paidós

BAZO, M.T

1999
Envejecimiento y sociedad
 Panamericana. Madrid

BEAUVOIR, S.

1983
La vejez
 Masson. Barcelona

BELSKY, J.K.

1996
Psicología del envejecimiento
 Barcelona: Masson

BERGER, K.

2001
Psicología del desarrollo: adultez y vejez
 Madrid: Médica Panamericana

BIANCHI H.

1996
La cuestión del envejecimiento. Perspectivas Psicoanalíticas
 Biblioteca Nueva. Madrid

BIRREN, J.E

1996
Handbook of the Psychology of ageing
 Academic Press Inc. Londres

BIRREN, J. E., & DEUTCMAN, D. E.

1991
Guding autobiography groups for older adults.
 Baltimore MD: The Johns Hopkins University Press

BOLLER, F AND GRAFMAN, J.

1990
Handbook of Neuropsychology. Aging and Dementia
 New York: Elsevier

BOTELLA, L. Y FEIXAS, G

1990
El grupo autobiográfico como modelo constructivista de intervención gerontológica primaria: propuesta teórica y estudio de un caso
 Revista de la Facultad de Psicología UB. Anuario de Psicología, 44

BUENDÍA, J.

1994
Envejecimiento y Psicología de la Salud
 Siglo XXI. Madrid

BUENDÍA, J. (ED.)

1997
Gerontología y salud. Perspectivas actuales
 Madrid: Biblioteca Nueva

CAMBIER J., MASSON M., DEHEN H.

1996
Neurología. Manual
 Barcelona: Masson

CORTÉS BLANCO, M.

1993
Aspectos médicos y sociales en el familiar cuidador del demente tipo alzheimer
 Geriatrika, vol 9 (9) 411

CORMÉLIU E. GIRGEA

1995
Envejecimiento cerebral
 Barcelona: Masson

ERIKSON, E.H.

1993
El ciclo vital completado.
 Paidós. Méjico

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.

1996
Calidad de vida en la vejez en distintos contextos
 Madrid: Pirámide

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS. R (ED.)

1997
Sistema de evaluación de residencias de ancianos.SERA
 Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.

2000
Gerontología social
 Madrid: Pirámide

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.

2000
La Gerontología positiva
 Revista Multidisciplinar de Gerontología 10, 143-145

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R., HERNÁNDEZ, J. M., LLORENTE, M. G., IZAL, M., POZO, C. Y DE LA CALLE, A.

1992
Mitos y realidades sobre la vejez y la salud
 Madrid: S. G. Editores. Fundación Caja de Madrid

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R., IZAL, H., MONTORIO, I., DÍAZ, P. Y GONZALEZ, J. L.

1992
Evaluación e intervención en la vejez
 Ediciones Martínez Roca. Barcelona

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R., MOYA, R., IÑIGUEZ, J. Y ZAMARRÓN, M. D.

1999
Qué es la psicología de la vejez
 Madrid: Biblioteca Nueva

FERNÁNDEZ -BALLESTEROS, R. Y OTROS.

2001
Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud
 Madrid: Editorial Síntesis

FERREY G. LE GOUES G. BOLES J

1994
Psicopatología del anciano
 Masson. Barcelona

FREIXAS, A.

1993
Mujer y envejecimiento: aspectos psicosociales
 Barcelona: Editorial Fundación La Caixa

FREUND A. M Y BALTES P. B

1998
Selection, optimization and compensation as strategies of life management : correlations with subjective indications of successful aging.
 Psychology and Aging, 13 (4), 531-543

FUNDACIÓ INSTITUT CATALÀ DE L'ENVELLIMENT. UAB

2004
Anuario del envejecimiento a Cataluña. Situació de l'envelliment a Catalunya
 Glosa: Barcelona [En línia] accessible a <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/fice-anuario2004-01.pdf>

IMERSO

2004
Libro Blanco sobre la "Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España. Instituto de mayores y servicios sociales
 Madrid

IZAL, M. Y MONTORIO, I. (EDS.)

1999
Gerontología conductual.
Bases para la intervención y ámbito de aplicación
 Madrid: Editorial Síntesis Psicológica

IZAL, M. Y MONTORIO, I. (EDS.)

1999
Intervención psicológica en la vejez.
Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud
 Madrid: E. Síntesis Psicológica

JARNE, A.

2000
Manual de psicopatología clínica.
Temas de salud mental Fundación Vidal y Barraquer
 Buenos Aires: Paidós

JUNQUÉ C. Y BARROSO, J.

1994
Neuropsicología
 Madrid: Síntesis

JUNQUÉ C. Y JURADO M.A.

1994
Envejecimiento y Demencias
Barcelona: Martínez Roca

JUNQUÉ C., BRUNA O. Y MATARÓ M.

2004
Neuropsicología del lenguaje. Funcionamiento normal y patológico. Recuperación
Barcelona: Masson

KANE, R. Y KANE, R.

1993
Evaluación de las necesidades de los ancianos
Barcelona: SG Editores

KRASSOREVITCH M.

1993
Psicoterapia Geriátrica
Fondo de Cultura Económica. Méjico

LANTZ, MS.

24-27 de febrero del 2000
Depression awareness in the nursing home. Results from an interdisciplinary staff education program
Comunicación presentada en el 15º Anual Meeting of the American Association for Geriatric Psychiatric.
Orlando

LEHR, U.

1998
Psicología de la senectud. Proceso y aprendizaje del envejecimiento
Herder. Barcelona

MACE, N. Y RABINS, P.

1991
36 horas al día. Guía para los familiares de los pacientes de Alzheimer
Ed. Áncora. Barcelona

MARCHESI, A.; CARRETERO, M. Y PALACIOS, J.

1995
Psicología evolutiva. Tomo III. Adolescencia, madurez y senectud
Madrid: Alianza

MIGUEL A. DE .

2002
Interpersonal skills, intelligence and personality in older people
International journal of Psychology and Psychological Therapy. 2.2 147-171

MONTORIO, I.

1990
Evaluación psicológica en la vejez: Instrumentación desde un enfoque multidimensional. Tesis Doctoral
Madrid: Universidad Autónoma de Madrid

MONTORIO, I.

1994
La persona mayor: guía aplicada de evaluación psicológica
Madrid INSERSO

MONTORIO, I; IZAL, M

1999
Intervención psicológica en la vejez
Síntesis. Madrid

NACIONES UNIDAS

8 a 12 de abril 2002
Informe de la segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. Madrid
[En línea] accesible a <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/onu-informe-01.pdf>

NEYMELLER, R.

1997
Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte.
Barcelona: Paidós

ORTIZ ALONSO, T.

2000
Psicología de la vejez
Revista Multidisciplinar de Gerontología 10 (2), 66-91

POWELL, L. Y COURTICE, K.

1990
La Enfermedad de Alzheimer, una guía para la familia
Ed. Pax Méjico

SALANOVA M. P. Y YANGUAS J.J.

1999
*Dependencia, personas mayores y familia.
De los enunciados a las intervenciones*
Anales de Psicología. 14, 1. 95-104

SALVAREZZA, L.

1996
Psicogeriatría: teoría y clínica
Buenos Aires: Paidós

SALVAREZZA, L.

1998
La vejez. Una mirada gerontológica actual
Paidós. Buenos Aires.

SALVAREZZA, L.

2002
La entrevista diagnóstica en psicogerontología
Actualidad Psicológica
Año XXVII, 301. Buenos Aires.

SUBIRATS J.

1992
*La vejez como oportunidad. Un estudio sobre las políticas
de tiempo libre dirigidas a personas mayores*
Editorial Universitat Autònoma de Barcelona

SUÑOL, R.

2000
*Manual y protocolos asistenciales en residencias
para personas mayores*
Barcelona: Herder

TRIADÓ, C.; MARTÍNEZ, G. Y VILLAR, F.

2000
*Psicología del desenvolupament: adolescència, maduresa
i senectud. UB 43 manuals*
Edicions Universitat de Barcelona

TRIADÓ, C; VILLAR F.

2000
El rol de abuelo: cómo perciben los abuelos a sus nietos
Revista española de Geriatría y Gerontología 35, 30-36

VEGA, J. L.

1990
Psicología de la vejez
Salamanca: Editorial Gráficas Varona. Cervantes

VEGA, J. L. Y BUENO, B.

1995
Desarrollo adulto y envejecimiento
Madrid: Síntesis Psicología

WILSON B.A.

1987
Rehabilitation of memory
New York: The Guilford Press

WORDEN, J. W.

1997
El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia
Barcelona: Paidós.

YANGUAS, JJ.

1998
Intervención Psicosocial en Gerontología
Manual Práctico



DISSENY D'UN PROJECTE D'INTERVENCIÓ SOCIO_SANITÀRIA ADREÇADA A LA GENT GRAN DEL BARRI DEL POBLE SEC DE BARCELONA: PROPOSTES DES DE DIVERSOS ÀMBITS D'ATENCIÓ

— LLIC. ISABEL PÉREZ, LLIC. MERCÈ SITJÀ, LLIC. PALMIRA CALAF, LLIC. XAVIER CARDONA

A partir de l'estudi realitzat que ens ha permès detectar i avaluar les necessitats bàsiques de l'atenció a la gent gran del barri del Poble Sec de Barcelona, ens proposem dissenyar un projecte unitari d'intervenció, a manera de mapa conceptual que orienti les eventuais accions socio-sanitàries que s'hi puguin dur a terme en l'òptica d'una intervenció estructurada i interdisciplinària. Es tracta d'un exercici de mètode de treball que creiem pot ser implementat en altres escenaris socials, sense negar la necessitat de millorar-ne el perfil i els mecanismes.

En concret, presentem en primer lloc les propostes d'intervenció que s'han formulat des de diversos àmbits: infermeria, fisioteràpia, nutrició, residencial i de voluntariat. Hem donat per descontada la intervenció estrictament mèdica que, en tot cas i des de la seva pròpia peculiaritat, s'ha d'inscriure en un ventall més ample d'actuació. I hem afegit, de manera implícita, l'àmbit social en ser-ne el seu autor el mateix que ha dissenyat el mapa final de la intervenció proposada.

3.1 Des de l'atenció i l'acompanyament sanitari

Llic. Isabel Pérez

INTRODUCCIÓ

Les propostes que s'efectuaran, a partir de les característiques de l'estudi, es faran des de la perspectiva infermera del tenir cura¹.

Tenir cura implica accions tal com aquelles destinades a

mantenir una alimentació adient, la temperatura corporal adaptant-se a l'ambient, hàbits d'higiene corporal o de la llar, evitar possibles perills i accidents, sense oblidar totes aquelles altres activitats tant fonamentals pel manteniment d'una vida harmònica i saludable com són el desenvolupament emocional i afectiu, les relacions socials, l'activitat i l'entreteniment. Cuidar és un acte de vida que significa una varietat infinita d'activitats dirigides a mantenir la vida, permetre la continuïtat i la reproducció, per tant es tracta d'un acte personal com un acte de reproçat que suposa ajudar a qualsevol persona que, temporalment o definitivament, necessita ajuda per assumir les seves cures vitals².

La competència de la infermera es prestar cures de salut per al manteniment de la vida basats en tot allò que permet a la persona seguir vivint en la salut; és el conjunt de possibilitats que permeten que la vida continuï, es desenvolupi, inclòs quan hi ha malaltia, i la salut és el conjunt de forces físiques, afectives, psíquiques i socials que es poden mobilitzar per afrontar, compensar la malaltia, deixar-ho enrere o fer-li front³.

¹ Entenen que qualsevol proposta d'intervenció ha d'entendre's des d'una visió multidisciplinària. Totes les disciplines de l'àmbit de la salut estan íntimament relacionades entre si i depenen unes d'altres per assolir el seu objectiu central de vetllar per la salut dels ciutadans i per tant requereix de la interacció dels diferents implicats. Torralba 1998 Antropologia del cuidar. Institut Borja de bioètica. Fundació Mapfre Medicina. Barcelona p 19.

² Collière, Marie Françoise. 1993. Promover la vida. De la practica de mujeres cuidadora a los cuidados de enfermeria. Interamericana. McGraw-hill p.237-238

Les intervencions d'infermeria s'hauran d'emmarcar dins la perspectiva de la promoció de la salut i la prevenció de les malalties des de els centres d'atenció primària de salut, en coordinació amb d'altres sectors socials que es puguin veure involucrats.

La promoció de la salut i la prevenció de les malalties constitueix un dels eixos per millorar la salut de la població. La millora de la salut és una responsabilitat individual, mantenint hàbits saludables, i col·lectiva mitjançant el compromís del sistema sanitari per garantir la salut dels ciutadans.

L'atenció primària de salut com a filosofia, ha de garantir que els serveis sanitaris a qualsevol nivell protegeixin i promoguin la salut, millorin la qualitat de vida, a qualsevol nivell i tractin les malalties, rehabilitin els pacients i tinguin cura de les persones sofrents i els malalts terminals. Ha de reforçar la presa conjunta de decisions del pacient i el proveïdor de l'atenció i promoure la globalitat i la continuïtat de l'atenció dins els seus entorns culturals específics.

Proposta d'intervenció

Les intervencions es plantejaran a diferents nivells entenen que des d'una perspectiva comunitària s'ha d'incidir:

- a nivell personal**, per mantenir la màxima autonomia possible.
- a nivell grup família** (com a grup social primari), La família és el principal sistema de provisió de cures. La família és el lloc on s'estableixen els vincles del tenir cura entenen que quan comença disminuir l'autonomia personal, el fet de viure en un nucli familiar disminueix la institucionalització precipitada. El recolzament familiar i social milloren l'adaptació física i psicològica del subjecte a l'etapa del cicle vital que li toca viure, i per tant a afrontar de millor forma la crisi evolutiva, encara que el cuidar comporta una sèrie de riscos associades al fet de cuidar, anomenades síndrome del cuidador.
- a nivell comunitari** s'hauran de millorar les activitats de promoció de la salut i prevenció de les malalties que en la gent gran, poden evitar o retardar l'aparició de malalties no transmissibles i cròniques, com les cardiopaties, els accidents vasculars cerebrals i el càncer; però també s'hauran d'abordar els problemes psicosocials. Les malalties cròniques requereixen un seguiment per a reduir al mínim les discapacitats associades i els seus efectes

negatius sobre la qualitat de vida. Però els problemes psicosomàtics que apareixen durant el procés d'envelliment, com la disminució d'algunes de les capacitats intel·lectuals (tal com el temps de reacció, la velocitat d'aprenentatge i la memòria) disminueixen de forma natural. Malgrat això, aquestes pèrdues poden compensar-se amb un increment de la saviesa, coneixements i l'experiència. És freqüent que el decliu del rendiment cognitiu es desencadeni per la falta d'ús (manca de comunicació), els factors conductuals, i els factors psicosocials (manca de motivació, de confiança, aïllament, sobrecarrega, familiar, niu vuit, jubilació pròpia o de la parella poden conduir a la depressió) més que per l'envelliment *per se*.

Els serveis d'atenció primària han de proporcionar una atenció accessible, integrada i regular a les persones grans que pateixen aquests trastorns, tant en la pròpia consulta del CAP, com en el seu domicili, i efectuant les intervencions necessàries en els casals i punts de trobada de la gent gran.

El Programa sobre Envel·liment i Salut de l'OMS promou el concepte d'Envel·liment Actiu⁴, fa èmfasi en que les persones d'edat constitueixen un recurs per les seves famílies i les seves comunitats, ofereixen valuosos recursos, sovint ignorats, que suposen una important contribució a l'estructura socioeconòmica de les nostres vides.⁵ Per tant és important elaborar estratègies d'intervenció que els permeti seguir autònoms i actives tot el temps que sigui possible.

Intervencions a nivell individual

Reforçar la sistematització de les visites

al centre d'atenció primària per seguir les activitats preventives adients

Reforçar les capacitats individuals i l'autonomia

³ Collière, Marie Françoise. 1993. *Promover la vida. De la practica de mujeres cuidadora a los cuidados de enfermeria*. Interamericana. McGraw-hill p.289
Atenció a la Gent Gran: disseny d'un projecte d'intervenció i pautes per a l'elaboració d'una proposta de codi ètic específic

⁴ El terme "envelliment actiu" va ser adoptat per l'Organització Mundial de la Salut a finals del segle XX amb la intenció de transmetre un missatge més complet que el de "envelliment saludable" i que reconeix els factors i sectors, a més de la mera atenció sanitària, que afecten a com envelleixen els individus i les poblacions

⁵ OMS (Departamento de Promoción de la Salud, Prevención y Vigilancia de las Enfermedades No Contagiosas) y Health Canadá.. *Salud y envejecimiento. Un documento para el debate: Salud y envejecimiento* Un documento para el debate Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas para el Envejecimiento, Madrid (2002).

personal emfatitzant la importància de mantenir hàbits saludables mitjançant l'educació per a la salut sobre l'alimentació, exercici, gestió de les emocions, estimulació cognitiva, automedicació etc..

Intervencions a nivell familiar

Reforçar les relacions entre els membres de la família.

Planificar intervencions dirigides a millorar els vincles dels les cuidadores familiars, actuals i potencials, per tal de disminuir els símptomes específics de les persones que exerceixen el rol de cuidador (majoritàriament les dones) que ajudin a evitar l'estrès per sobrecarrega; les persones cuidadores ⁶ que comparteixen el rol de cuidar amb altres activitats (tenir cura de la resta de la família, assumir tasques domèstiques, obligacions laborals, etc.) Si la qualitat d'aquests vincles és adient revertirà en una millor atenció a la gent gran. Si la relació es deteriora, i les cuidadores viuen l'experiència de forma negativa, es precipitarà la institucionalització dels ancians.

Les intervencions es dirigiran a detectar de forma precoç les conseqüències de les cures en la vida del cuidador; com cuidar-se per a mantenir la pròpia salut i benestar; com posar límits al cuidado; com gestionar les emocions de forma saludable; com gestionar i buscar la descarrega familiar

Intervencions a nivell comunitari des d'una perspectiva multidisciplinària

Incrementar el seguiment de les persones grans en les activitats preventives des dels centres d'atenció primària de salut. -Millorar l'atenció a domicili, incrementant el nombre de visites i involucrant la persona i la família en el seguiment de les mateixes.

Efectuar intervencions d'educació per a la salut⁷

- dirigides a :
 - Afrontar la jubilació.
 - Afrontar pèrdues personals.
 - Reforçar la comunicació i els vincles comunitaris.
 - Reforçar el manteniment de les activitats de la vida quotidiana.
 - Alimentació.
 - Comunicar-se amb la seva xarxa social propera.
 - Disminuir el sedentarisme -Disminuir l'automedicació.
 - Millorar les relacions intergeneracionals

Conclusions

És necessari que els professionals d'infermeria, des de les intervencions que es realitzen en l'atenció primària, incideixin sobre la persona gran per potenciar al màxim la seva autonomia; també es necessari incidir en els nuclis familiars sobre les cuidadores principals, mitjançant la detecció precoç dels diferents elements que generen estrès, ajudant-les a afrontar el problema i gestionar les emocions per tal de disminuir les fonts de conflicte que sorgeixen fruit de la relació cuidadora-persona gran, perquè puguin continuar oferint aquestes cures, que són bàsics per l'adaptació i l'ajustament dels ancians a l'etapa del cycle vital que estan vivint. La diferència de valors entre generacions i una manca de qualitat en les relacions intergeneracionals pot generar dificultats i distrès en l'àmbit familiar i precipitar la institucionalització de les persones grans. La supervivència dels valors familiars tradicionals, i una gestió adient de les emocions per part de les cuidadores, ajudarà a disminuir l'estrès i pot atenuar el procés d'institucionalització de les persones grans. També es fa necessari planificar intervencions des de les institucions socials i sanitàries que tinguin en compte els diferents actors socials que intervenen en aquestes relacions per tal de coordinar els serveis (casals, voluntariat, parròquia, etc.) per tal de donar suport a la gent gran i al grup de cuidadores que tenen una importància primordial en les xarxes de recolzament social, i que en el nostre context es redueix quasi exclusivament al suport familiar als ancians.

3.2 Des de l'atenció a la mobilitat funcional

Llic. Mercè Sitjà

INTRODUCCIÓ

L'envelliment progressiu dels diferents sistemes i òrgans en la persona és un dels principals causants de la seva pèrdua de mobilitat. Mantenir la capacitat de moure's amb llibertat, independència i seguretat d'un lloc a l'altre és un dels objectius primordials de la fisioteràpia geriàtica (Rose DJ, 2005). Però la mobilitat de la persona no només es pot veure restringida per els aspectes fisiològics i funcionals sinó que també hem de tenir present que els canvis

⁶ Cuidadores: utilitzarem el gènere femení per descriure a les cuidadores familiars, ja que són elles qui assumeixen la majoria de cuidados que precisen els membres de la família, malalts, dependents o amb problemes de salut crònics. Els cuidadors principals, generalment són dones, degut a les influències religioses i educatives, i constitueixen un suport essencial i insubstituïble en l'atenció sociosanitària a l'ancià, independentment del seu estat funcional i psicològic.

⁷ Entenem que les activitats d'educació per a la salut han de tenir com a agent principal de la intervenció les persones a les que es dirigeix la mateixa, implicant-les i aprofitant els seus coneixements, habilitats i saviesa com a recurs i punt de partida de la intervenció

psicològics, socials, familiars, entorn ... que es donen en l'etapa de la vellesa acaben afectant en diferents nivells la mobilitat per activitats que realitzem diàriament, com ara en les transferències (aixecar-se d'una cadira, pujar i baixar escales ...), córrer o en d'altres activitats de caire lúdic com ara ballar, cuidar el jardí ...

Per aquesta raó és necessari un treball interdisciplinari per tal d'elaborar una estratègia davant els possibles problemes que es poden generar quan una persona comença a sentir-se insegura en els desplaçaments i evitar una progressiva immobilitat que comporta problemes de salut i dependència cada vegada més preocupants.

Sabem que les persones grans constitueixen un grup de població molt heterogeni on la manera de percebre i afrontar l'envelliment té significats diferents per a cada persona. Sense perdre de vista aquest aspecte, és possible dirigir les intervencions en consonància amb les necessitats que aquest col·lectiu presenta i oferir recursos que predisposin a la persona cap a un envelliment digne i amb satisfacció.

La Fisioteràpia constitueix una professió autònoma i amb identitat pròpia dins l'àmbit sanitari, l'objectiu de la qual és preservar, restablir i augmentar el nivell de salut dels ciutadans amb la finalitat de millorar les condicions de vida de la persona i de la Comunitat i, específicament, la prevenció, la promoció, el manteniment i la recuperació de la funcionalitat mitjançant qualsevol dels mitjans manuals, físics i químics al seu abast. (Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya, 2007). El fisioterapeuta per tant, té al seu abast les eines per fer front a les necessitats que el col·lectiu de gent gran té davant l'envelliment.

Donat que el perfil de persona que viu al barri del Poble Sec que el treball de camp mostra és el d'un subjecte bàsicament autònom i independent. Les seves necessitats aniran enfocades cap a la prevenció primària, afavorint activitats que mantinguin els costums saludables integrats ja en la seva vida diària (exercici físic, alimentació saludable, evitar l'ingesta de substàncies tòxiques, control del colesterol o HTA ...), activitats que ajudin a controlar l'estrès i afavorir una actitud positiva enfront dels canvis que l'envelliment pugui comportar (malaltia, morts pròximes, canvis de residència, limitacions funcionals ...) i activitats que mantinguin activa l'autonomia, la capacitat de desició, les relacions socials i participació ciutadana en el barri.

Proposta d'intervenció

La proposta d'intervencions van encaminades a:

Fomentar l'activitat física com a eina de vida saludable, introduint aquesta pràctica en casals, centres cívics... Hi ha una estreta relació entre estil de vida saludable i longevitat, fet que comporta poder gaudir d'una vellesa satisfactòria (Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya, 2007).

Creació o adaptació de parcs dirigits a la gent gran del barri. Aquesta experiència ja s'ha començat a implantar en d'altres barris de Barcelona com ara al Carmel on l'Agència de promoció del Carmel en col·laboració amb l'Escola d'Infermeria, Fisioteràpia i Nutrició Blanquerna de la Universitat Ramon Llull, ha posat en marxa el projecte "Entrena't per a la vida". Tots els dimarts, de 9.30 a 11.30 h., aquells que s'apropen a la nova plaça del Carmel compten amb l'assessorament de fisioterapeutes que guien l'usuari per un circuit dirigit a treballar l'equilibri i la marxa i fomentar una bona condició física (Agència de Promoció del Carmel i entorns, 2006).

Educació sanitària: donar informació sobre aquells temes que ja actualment poden començar a preocupar com ara l'envelliment saludable, millora de l'autonomia en l'entorn propi (casa), medicació, evitar riscos a la llar, recursos que disposen per fer front al sedentarisme, recursos socials i sanitaris actuals...

Un altre perfil més minoritari de persones que viuen al barri de Poble Sec es declaren poc autònomes. Aquest seria el subjecte diana de la fisioteràpia, donat que la persona presenta dificultats per la mobilitat, solen ser dependents del cònjuge (generalment també gran), no disposen d'ajuts externs i per tant són persones fràgils, que fàcilment es poden descompensar i caure en un espiral d'immobilitat i per tant de major dependència. Les intervencions en aquest nivell anirien dirigits a la detecció precoç de malalties i sobretot a la rehabilitació per prevenir la dependència.

Posar en coneixement de la persona les vies i serveis per demanar ajudes que millorin la seva autonomia a dins de casa (Sirius, teleassistència, atenció a domicili, domòtica ...), donat que estem davant un barri on les cases solen no tenir ascensors, problemes de calefacció ...

Millorar el servei d'atenció al domicili (SAD), sobretot per facilitar que la persona pugui sortir de casa i evitar l'aïllament.

Oferir una atenció domiciliària de fisioteràpia a casa, sobretot per acondicionar l'entorn més immediat de la persona, rehabilitar l'equilibri i la marxa, i millorar la seva confiança en els desplaçaments.

Prevenió d'accidents que comportarien una restricció de mobilitat de la persona, sobretot en les caigudes donat que el col·lectiu manifesta una por a caure (Rubenstein LZ. & Josephson KR, 2005; Skelton DA et al, 2005).

Formació de cuidadors: el cònjuge o el principal cuidador hauria de rebre una formació per part d'un professional que l'orienti en les transferències de la persona amb mobilitat reduïda, en els acompanyaments de la marxa per tal de garantir el risc de lesió del principal cuidador (Generalitat de Catalunya, 2002).

Evidentment el Poble Sec presenta una xarxa social i sanitària pública que dona atenció a les necessitats que el col·lectiu de gent presenta. Però pensant que l'índex de sobreenvelliment al Poble Sec és del 52,6 respecte el 11 que tenia Catalunya l'any 2005 (Generalitat de Catalunya, 2006) cal pensar en alternatives de millora per fer front a les necessitats que aquest col·lectiu pot anar presentant ara i més d'aquí uns anys.

Les persones grans saben que l'envelliment comporta un grau més o menys alt de dependència i d'aquesta no només la família és qui se n'ha de fer càrrec sinó també recau damunt les administracions proporcionar ajuts. Generalment el problema sol ser econòmic i per tant cal que hi hagi una bona integració dels diferents recursos ja existents, una bona informació als seus usuaris i la creació d'aquells recursos inexistents. Per tant, la proposta va en direcció a adequar els serveis a les persones i al seu entorn familiar i social i no tant les persones als serveis, com passa actualment (Generalitat de Catalunya, 2002). En aquesta línia la proposta d'intervenció és la següent:

Establir canals de comunicació entre els CAPS, centres cívics, casals, parròquies, centres de salut, instal·lacions esportives per treballar conjuntament en els aspectes de promoció de la salut mitjançant una la pràctica d'activitat física....

Promoure la pràctica d'activitat física en casals, centres cívics...

Fomentar l'atenció fisioterapèutica domiciliària

Facilitar que la persona estigui el màxim temps de

permanència a casa seva, conservant la seva autonomia i evitant una institucionalització creant pisos tutelats per a gent gran que pateix mancances lleus, pisos compartits, facilitant estades temporals en hospitals que permetin un respir i tranquil·litat tant per la persona afectada com per als familiars que en tenen cura, o senzillament, aprofitar la bona xarxa veïnal que el barri té i facilitar una convivència comuna (Barenys Pérez, 2002).

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Bibliografia

AGÈNCIA DE PROMOCIÓ DEL CARMEL I ENTORNS

2006

Els dimarts, exercicis per a la gent gran a la plaça del carmel
Agència de Promoció del carmel i entorns [On-line]. Available: <http://www.agenciacarmel.net/magnoliaPublic/NoticiaDetall?referen=29>

BARENYS PÉREZ, M.

2002

Els valors socials i de la gent gran

Revista Catalana de Sociologia 16, 9-26. Ref Type: Journal (Full)

COL·LEGI DE FISIOTERAPEUTES DE CATALUNYA

2007

Codi deontològic

Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya [On-line]. Available: <http://www.fisioterapeutes.com/>

GENERALITAT DE CATALUNYA

2002

Llibre Blanc de la Dependència

Generalitat de Catalunya, Departament de Benestar Social

GENERALITAT DE CATALUNYA

2006

Pla de Salut 2002-2005

Departament de salut

ROSE DJ

2005

Equilibrio y movilidad con personas mayores

Editorial Paidotribo ed.

RUBENSTEIN LZ. & JOSEPHSON KR.

2005

Intervenciones para reducir los riesgos multifactoriales de caídas
 Rev Esp Geriatr Gerontol 40 (Supl2), 45-53

SKELTON DA

2005

Prevención de las caídas basada en la evidencia en Europa.
 Rev Esp Geriatr Gerontol 40 (Supl2), 64-9

3.3 Des de l'atenció als aspectes nutricionals

Llic. Palmira Calaf

INTRODUCCIÓ

L'envelliment és un procés irreversible, gradual i adaptatiu d'origen multifactorial que comprén mecanismes biològics, psicològics i socials i que es presenta i evoluciona de manera individual. En aquest sentit, cada ésser humà envelleixen de manera diferent i la seva edat cronològica no sempre és representativa de la biològica.

La principal característica de l'envelliment és la disminució relativa de la resposta homeostàtica secundària a les modificacions morfològiques, fisiològiques, bioquímiques, psicològiques i socials, propiciades pels canvis inherents a l'edat i al desgast acumulat front les diverses situacions adverses en les que es va trobant l'individu en el decurs de la seva vida en un ambient determinat.

La dieta és un dels components més importants que ajuden a modular el ritme i la qualitat de l'envelliment i fins i tot a voltes la durada de la vida. Actualment ningú no discuteix la relació existent entre la nutrició i l'estat de salut, no només amb relació a la mortalitat sinó també per la seva implicació en la prevenció de malalties i incapacitats en la gent gran.

Alguns dels canvis que acompanyen l'envelliment afecten a l'alimentació i la nutrició, podent afavorir un estat de malnutrició. Existeixen tot un seguit de situacions que poden ser considerades de risc, sobretot quan n'apareixen més d'una a la vegada: la soledat, falta de recursos econòmics, aparició de trastorns funcionals i/o patologies agudes o cròniques, baix nivell sociocultural, alteracions emocionals, barreres arquitectòniques,... Per altra banda, alteracions qualitatives i/o quantitatives dels hàbits alimentaris, juntament amb una manca d'exercici físic regular predisposen a l'aparició de certs trastorns crònics en la gent gran.

Tenint en compte l'augment de l'esperança de vida de la nostra població és fonamental vetllar per a que els nostres avis mantinguin una dieta adequada a la seva situació particular i preservin un correcte estat nutricional, per tal de disminuir el risc de morbimortalitat i millorar-ne la qualitat de vida (la funcionalitat orgànica i mental).

El nutricionista és aquell professional encarregat de:

Dur a terme una valoració nutricional complerta del pacient, enmarcant-lo sempre en la seva situació biològica, psicològica i social; -assessorar i determinar unes pautes nutricionals adequades amb objectius preventius i a voltes també terapèutics o com coadjuvants a altres tractaments.

Fer el seguiment nutricional tot vetllant el manteniment d'un correcte estat nutricional.

Proposta d'intervenció

Per les dades que s'han obtingut en l'estudi realitzat, el tipus de propostes que s'efectuaran seran de caire preventiu.

Gaudir d'un bon estat nutricional és un dels objectius poblacionals alhora de promoure un bon estat de salut i de prevenció de les malalties. Les intervencions a nivell nutricional en el nostre estudi prioritzaran doncs aquests dos aspectes.

El centre neuràlgic d'actuació hauria de ser el centre d'atenció primària de salut, serà imprescindible però la coordinació amb d'altres entitats, sobretot d'àmbit social que puguin afavorir també una via de treball preventiu i sobretot crear una xarxa de suport a l'usuari.

Per una banda, l'intervenció nutricional preventiva ha de començar per l'educació alimentària, a voltes serà el propi avi l'interessat però en altres situacions serà la família i en concret, el principal cuidador el que haurà d'estar ben informat. L'assessorament nutricional hauria de sortir dels centres d'atenció primària de les mans dels nutricionistes o personal sanitari capacitat per a fer-ho, l'àmplia variabilitat interindividual d'aquest col·lectiu quant als seus requeriments nutricionals fa que calgui individualitzar el consell alimentari. El principal objectiu serà millorar els coneixements alimentaris per evitar dietes errònies i estimular la varietat d'ingestes, i per altra banda, fomentar una alimentació saludable i de fàcil preparació.

Existeixen altres vies d'incidència educacional com són els

centres cívics, els casals d'avis, on hi ha sovint més temps i espai per a desenvolupar xerrades, tallers, excursions o festes populars l'eix conductor de les quals siguin el coneixement dels aliments i les seves propietats, la forma de cuinar-los, com en podem fer un correcte consum, compartir els àpats, etc.

És important fomentar aspectes que permetin que els moments dels àpats puguin prendre un caràcter convivencial i lúdic. La conducta alimentària està molt relacionada amb aspectes psíquics i culturals.

Una altra actuació preventiva, hauria de contemplar la realització d'una avaluació bàsica de l'estat nutricional i dels hàbits alimentaris per tal de detectar possibles factors de risc de malnutrició o malnutricions ja instaurades. Existeixen un seguit de qüestionaris, alguns els pot passar personal no sanitari i d'altres han de ser realitzats per professionals especialitzats, que estan pensats per a aquesta finalitat.

Hem de tenir present que estem parlant d'un col·lectiu que es troba sovint amb un ventall de dificultats que dificulten una alimentació correcta, per exemple:

Dificultats econòmiques.

Barreres per sortir de casa i comprar aliments.

Barreres dins del propi domicili.

Estat i manteniment de la cuina.

Dificultats en preparar el menjar (per causa física o mental)

Dificultats en menjar per sí mateix.

Per tant, seria de gran utilitat establir quins nivells de dificultat presenta un avi en concret i oferir el recurs més apropiat en base a la mateixa.

Atès que hi ha molta gent gran que viu sola caldria potenciar els establiments de restauració col·lectiva i els serveis d'alimentació domiciliària, supervisats per personal especialitzat.

Altres tipus de serveis podrien tenir un caire més domiciliari: portar la compra al domicili, ajudar en la preparació dels àpats o facilitar el manteniment de la cuina. Quan existeix una alta dependència, en la qual fa falta fins i tot ajuda per a menjar, s'haurà de gestionar el cas en funció de la situació global de l'avi a nivell de salut i socio-familiar.

Conclusions

Es necessari que els nutricionistes, que són professionals que treballen en l'àmbit de la salut, tinguin cada cop més presència en els centres sanitaris i en qualsevol àmbit on es pugui dur a terme un paper educatiu, preventiu i organitzatiu, des del prisma nutricional.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

SALLERAS LL.

1999

Llibre Blanc d'Activitats preventives per a la gent gran

Departament de Sanitat i Seguretat Social

MATAIX VERDÚ J.

2002.

Nutrición y alimentación humana

Ergon

RODRÍGUEZ GARCÍA, R.

2007

Pràctica de la geriatría

McGrawHill

2003

Cuidem els que cuiden: guia pràctica per a famílies cuidadores (Quaderns Viure en Família)

Departament de Benestar i Família

3.4 Des de l'atenció residencial

Llic. Xavier Cardona

INTRODUCCIÓ

Avui parlar d'àmbit residencial és una realitat en plena expansió i descobriment de noves formes d'intervenció. Saber d'on venim i cap on anem i de quins recursos disposem és imprescindible per veure què podem fer.

Hem passat de les residències quasi com un tabú impronunciable a ser centres des d'on pot girar bona part de l'atenció a la gent gran en la seva àrea de confluència: residència oberta a la comunitat, centres de dia generals i específics per a demències, places temporals, de descans familiar, professionals d'ajuda domiciliària general i específic per a demències, recursos com menjar a domicili, ajuda en les compres, etc.

Hem passat de "a mi no em tanqueu en una residència", per "l'ideal és viure a casa" al em sembla que molt més

afortunat “a cadascú segons les seves necessitats”, l'àmbit residencial ha d'obrir-se a la comunitat on és i ser lloc de trobada i facilitadora de recursos tant interns com externs segons les necessitats.

Proposta d'intervenció

Per això el que es proposa segons la població estudiada és la possibilitat de col·laborar amb les entitats residencials per poder arribar a ser aquest lloc de trobada per la gent gran de la comunitat tinguin les necessitats que tinguin.

Serveis específics residencials

Places permanents

Generals: en alguns casos .

Específics per demències

Places temporals .

En situacions específiques: en algun moment concret: recuperació intervenció, malaltia, etc. .

Descans dels cuidadors

Centres de dia

Generals: oberts a la comunitat, sent lloc de trobada de la gent gran oferint serveis específics.

Menjador.

Tallers.

Altres.

Específics per demències

Ajuda domiciliar

Amb una borsa de recursos múltiple des de l'acompanyament fins a l'ajut en la dependència total.

Menjars preparats.

Ajuda en la compra.

Acompanyament temporal.

Neteja.

Altres.

Conclusions

Òbviament això demana un centres residencials existents i amb aquestes característiques i recursos.

El gran handicap en el cas de la majoria de residències en el nostre àmbit és el seu cost i per tant caldria buscar mesures d'ajut econòmic.

La intervenció infermera i la nutricional es podrien recolzar en moltes de les seves propostes en ells.

3.5 Des de l'atenció associativa

Llic. Xavier Cardona

INTRODUCCIÓ

Parlar de voluntariat és imprescindible en un projecte com aquest, però també pot ser un perill.

Perill en plantejar-se fins on ha d'arribar un servei voluntari, en una societat com la nostra que manta vegades malbarata els diners i demana que sigui la gent de bona voluntat qui resolgui determinades necessitats que demanarien altres tipus d'intervencions, per exemple: i tant que hem de convidar a dinar a algú que ho necessita de forma puntual, però si passem de la situació puntual a una més permanent caldria implantar un altre tipus d'ajut que no pot ser només voluntari.

En aquest cas parlem de voluntariat que hauria de ser base i fonamentació del lligam de la gent gran i la comunitat, per tant d'un espectre generacional ampli, tots podem fer alguna cosa per l'altre que ens necessita. Fer del nostre temps un temps disponible pels altres.

Però no tots ho podem fer tot i en algunes necessitats específiques caldrà la intervenció professional sempre, si cal recolzada per un programa de voluntariat, però amb un pla d'intervenció social clar i precís.

Proposta d'intervenció

Elaborar plans d'intervenció voluntària específica segons les necessitats detectades en les altres propostes d'intervenció.

Formació del voluntariat específica en l'atenció a gent gran.

Espectre generacional ampli.

Borsa de voluntariat puntual: que pot respondre a determinades necessitats puntuals, gràcies a persones que no poden oferir temps disponible continuïtat però sí a determinades “urgències”.

Contactar amb entitats ja existents al barri que poden tenir un teixit de voluntariat.

Conclusions

Moltes de les intervencions proposades podrien tenir el recolzament del voluntariat.



DISSENY D'UN PROJECTE D'INTERVENCIÓ SOCIO_SANITÀRIA ADREÇADA A LA GENT GRAN DEL BARRI DEL POBLE SEC: PROPOSTA D'INTERVENCIÓ COORDINADA

— LLIC. JOSEP MARIA BASTÚS

INTRODUCCIÓ

El barri del Poble Sec de Barcelona, com a qualsevol altre barri, es caracteritza per una extrema complexitat de les seves xarxes relacionals; les interaccions entre els diferents agents que el componen són contínues i de vegades contraposades.

Qualsevol intervenció que es vulgui plantejar al voltant d'un sector concret de la població –en el nostre cas de la Gent Gran del barri– per tal de poder ser exitosa i eficaç ha de tenir en compte necessàriament les següents condicions:

Treball en Xarxa: Cal involucrar el conjunt dels agents que componen i es relacionen amb la Gent Gran del barri, cercant les sinèrgies positives i les complementarietats per tal d'optimitzar l'eficàcia de les actuacions.

Recursos de Proximitat: Les actuacions i els recursos que s'emprin o es proposin han de considerar-se des de la màxima agilitat i accessibilitat per a les persones grans i per tant han d'estar descentralitzats i immediats als espais de convivència de les persones.

Adreçar-se al conjunt de la població gran del barri: promovent actuacions de caràcter preventiu i també les de caràcter assistencial que calguin, per tal de poder atendre a cadascú en funció de les seves necessitats específiques. Això implica la previsió d'una gradació dels recursos que componen la "Xarxa de Recursos de Proximitat".

L'actuació ha de ser integradora: basant-se en la recerca del màxim benestar possible per al col·lectiu de persones grans del barri, ha d'incloure propostes de caire interdisciplinari, interinstitucional i

intergeneracional.

Compartir el mateix objectiu: A tall d'ideari, totes les actuacions han de cercar el màxim de benestar i de felicitat possible per a les persones grans del barri assumint que la felicitat no és una fita merament material, sinó que els seus components més radicals tenen a veure amb les il·lusions i els anhels, les vivències íntimes, els afectes i les emocions. Cada actuació s'hauria de veure impregnada d'aquest ideari en la seva formulació, planificació desenvolupament.

Les accions han de ser respectuoses amb les persones. La recerca del benestar de l'altre no es pot fer a costa de la voluntat de l'altre. Cal doncs, incloure la capacitat de decisió de cadascú sobre el propi futur i sobre la pròpia vida com a característica imprescindible de la Xarxa de Recursos de Proximitat, respectant la voluntat de romandre al propi domicili el màxim de temps possible, adequant els recursos facilitats a aquesta voluntat.

Volem presentar dues propostes concretes que tenen a veure amb els aspectes anteriorment explicats: Una en relació a la dinàmica participativa com a clau de l'eficàcia del conjunt d'actuacions, i l'altra en relació a l'estructura i tipologia d'actuacions inicials necessàries pel barri, en temes de Gent Gran.

Proposta de Model Participatiu

Per garantir l'eficàcia de les actuacions proposem generar un espai formal de participació i de confluència de totes les persones i entitats que actuen en l'àmbit de la Gent Gran que faciliti l'intercanvi i la coresponsabilització de tots els agents socials implicats.

La proposta presentada intenta recollir les característiques reflectides a l'inici i parteix de la consideració de les persones grans com a persones actives i amb capacitats. Es proposa crear l'associació "Gent Gran del Poble Sec", com a eina central per a promoure la participació activa de les persones grans del barri en la resolució de les seves pròpies necessitats, i per a garantir que les actuacions que es realitzin al barri en temes de gent gran siguin realment adequades i eficaces.

Els òrgans d'aquesta associació serien l'Assemblea, la Comissió Organitzadora i els diferents Grups de Treball que es formessin.

L'assemblea estaria formada pel conjunt d'entitats relacionades amb la gent gran: -Regidor/a o el Conseller/a de Gent Gran del districte -Representants dels Serveis Socials -públics i privats-que actuen al barri -Representants de l'Àrea Bàsica de Salut i del Centre d'Atenció Primària del barri -Representants de les entitats que intervenen professionalment amb Gent Gran; -Representants del sector associatiu de la Gent gran: Associacions de veïns, Casals, Centres Cívics, Parròquies; Federació de comerciants; entitats culturals,.... -així com les pròpies persones grans a títol individual.

Funcions de l'Assemblea: -Marcar la línia de treball i les prioritats en les propostes a presentar a les administracions responsables i a les entitats implicades, així com proposar i aprovar les actuacions directes de l'associació al barri en els temes de gent gran, donant l'espai i oportunitat de participar en la presa de decisions a totes aquelles persones interessades i afectades per aquests temes.

La Comissió Organitzadora estaria formada per:

Un representat dels serveis socials d'atenció primària municipals, amb funció de coordinació.

Un representants de l'Àrea Bàsica de Salut o el Centre d'Atenció Primària del barri

Un representant de cada Grup de Treball que estigui funcionant.

Funcions de la comissió Organitzadora:

Fer el "Mapa" de la situació de les persones grans al barri, així com construir la proposta de necessitats a cobrir per la Xarxa de Recursos de Proximitat del barri.

Coordinar les actuacions dels diferents agents socials en l'àmbit de la Gent Gran, per tal d'optimitzar-los.

Vetllar per que les actuacions arribin a la Totalitat de la gent gran del barri, tenint molt present que hi ha una part del col·lectiu que no fa demandes degut al seu aïllament social i personal, i que molt sovint poden estar en una veritable situació de risc.

Planificar les actuacions a realitzar en funció de les necessitats detectades.

Els Grups de Treball es crearien en funció de les persones i entitats interessades en temàtiques concretes i estarien formades per les persones i entitats vinculades al contingut de cada Grup de Treball, així com pels qui voluntàriament s'hi adhereixin, Les seves funcions tindrien a veure amb la formulació de propostes concretes en aquells temes que siguin de responsabilitat de l'administració, així com en la realització de les activitats que estiguin a l'abast de la dinàmica comunitària.

Associació: gent gran del poble sec



Proposta de creació de la "Xarxa de Recursos de Proximitat"

Aquesta proposta pretén incorporar el concepte de "Xarxa", en quant a complementarietats, interaccions i coordinació dels diferents recursos existents i dels que s'hagin de crear per a cobrir les necessitats emergents en el devenir de la vida de les persones grans i del propi barri.

Es tracta de que tots els recursos per a gent gran: Serveis Socials, Sanitat, Casals, recursos públics i privats en general, s'organitzin des del criteri de cercar la màxima eficàcia per a les persones que en són destinatàries, cercant les sinèrgies positives que permeten amplificar la utilitat de cada recurs.

Aquesta xarxa hauria de ser coordinada des dels Serveis Socials d'Atenció Primària, atenent que els Serveis Socials són la porta d'accés de les persones del barri a les diferents prestacions existents, i qui en tenen la responsabilitat

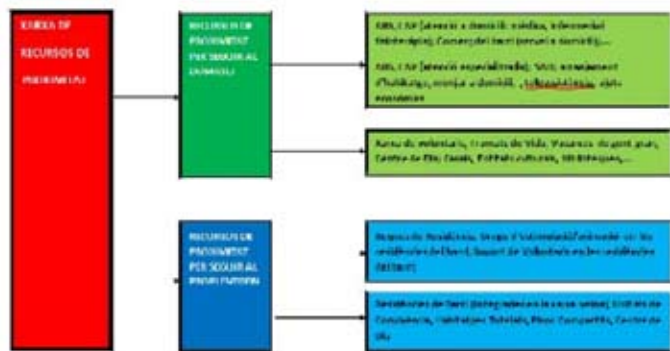
del seu desplegament. Cal fomentar anar més enllà dels Serveis Socials estrictes, per tal d'integrar operativament la realitat del barri: ambulatori, comerç, entitats culturals i voluntariat,...

Els diferents recursos de la Xarxa han de poder garantir l'accés a les diferents prestacions o serveis als que han de tenir Dret la Gent Gran del barri; això implica que cercant les sinèrgies i les complementarietats cal que entre tots els recursos se'n faciliti l'accés, de forma accessible per a tothom, sense haver de duplicar innecessàriament alguns serveis o prestacions. El que importa és que les persones rebin els serveis als que tenen dret, no tant quina entitat el presta, sempre i quan es faci des dels estàndards de qualitat definits per l'administració responsable.

Els recursos estan pensats per als diferents nivells d'autonomia de les persones grans del barri, i han de contemplar tota una perspectiva comunitària que els fa estar presents, a través de la pròpia xarxa i, en el seu cas, de l'Associació "Gent Gran del Poble Sec, en el seu entorn, vetllant per la supressió de barreres arquitectòniques, la creació de "parcs dels sentits" (estimulació sensorial i reminiscència vivencial)..., relacionant-se amb els recursos culturals del barri (biblioteques, escoles, entitats,...), implicant-se en la seva xarxa veïnal i vivencial (Associacions de Veïns, clubs, penyes,...).

Tot seguit presentem l'esquema que podria constituir aquesta xarxa:

Xarxa de recursos de proximitat per a la gent gran del poble sec





LA GARANTIA DE QUALITAT DE LA RESPOSTA SOCIO_SANITÀRIA A LES NECESSITATS DE LA GENT GRAN: VERS L'ELABORACIÓ D'UN CODI ÈTIC DE CORRESPONSABILITAT

— DR. ANTONI NELLO

5.1 El fenomen de la gent gran: un fet social important

A aquestes alçades del treball i de la proposta que es presenta, ja no caldria haver de mostrar la importància emergent del fenomen de la gent gran a les nostres societats del benestar. De tota manera, i a tall de síntesi, podem afirmar que l'augment de la longevitat, resultant de les noves aportacions científiques i les creixents sofisticacions tecnològiques en l'àmbit de l'atenció sanitària, permet una expectativa de vida que és una bona notícia en ella mateixa. Però a la vegada dibuixa una nova presència en la panoràmica social, una presència que no ens és nova però l'abast i les exigències de la qual sí que ens són força novedoses: la presència massificada de la gent gran.

De fet, una de les característiques sanitàries més impactants de l'estat del benestar és la longevitat, el seu augment imparable. A la vegada, però, això va acompanyat de l'aparició massiva d'una nova franja social, la gent gran, que planteja noves necessitats sanitàries. Totes dues coses van lligades, totes dues plantegen llums i ombres.

És indiscutible que l'augment de la longevitat es deu a una sèrie de factors que han de ser lloats, tant des del punt de vista sanitari com social. L'avenç en les recerques mèdico-sanitàries ha aconseguit eliminar moltes de les causes de la mortalitat infantil, força malalties letals de la vida adulta i algunes patologies pròpies de l'anomenada tercera edat. Valguin els plans de vacunació infantil, les noves tecnologies terapèutiques d'intervenció quirúrgica i la prevenció de patologies degeneratives com a exemples genèrics però prou entenedors del que volem expressar.

Es garanteix així un paral·lel decreixement de la mortalitat "anticipada" i un creixement de la mortalitat "aplaçada". També cal esmentar l'augment de la culturització sanitària de la societat, amb la consegüent millora de les condicions de vida, de treball, de convivència... que potencien una més gran i millor expectativa de vida. Valguin aquí també alguns exemples genèrics i significatius: les campanyes de seguretat en el treball, de prevenció de la sinistralitat en la conducció, de denúncia de les conductes de risc sanitari, de difusió d'hàbits de salut a través de l'esport, de la higiene, de l'adequada alimentació... És indubtable que tot plegat ha facilitat l'extensió de la vida humana.

El fet és, però, que la longevitat té com a repercussió immediata l'aparició massiva d'una nova classe social, la gent gran, amb la que fins ara contàvem poc. I paral·lelament amb això, l'aparició de noves patologies, pròpies especialment de la gent gran, que abans tenien una rellevància molt més minsa i que ara demanen un afrontament més global i sistemàtic tant des del punt de vista científic i tecnològic com des de la perspectiva de la despesa sanitària que genera, tant en recursos econòmics com, i sobretot, en recursos humans.

Això no vol dir, evidentment, que abans no hi havia persones grans. Ni volem dir que abans no es prestés atenció a la gent gran⁸. Ben al contrari: la gent gran ha

⁸ Recomanem la lectura de la *Historia de la vejez de Luís Sánchez Granjel* (Ediciones de la Universidad de Salamanca, Salamanca 1991) que mostra les diverses comprensions i abordatges socials i sanitaris davant la gent gran al llarg de la història.

tingut i té, des de sempre, un pes específic en la nostra i en totes les societats. La persona gran ha representat sempre el pes de la història, la materialització de les arrels, la força de la memòria i de l'experiència, la saviesa i la serenitat davant les turbulències de la vida. I davant la persona gran sempre s'han manifestat actituds de respecte, d'atenció, fins i tot de veneració, ja sigui pel que aporten de riquesa, com pel que representen d'afebliment i necessitat ⁹.

El que és nou és l'extensió del fenomen, la seva massificació. El nombre de persones grans representa avui un percentatge en l'espectre social molt més important que fa cent anys. Els nostres joves coneixen els seus avis mentre nosaltres en varem conèixer potser algun i fonamentalment àvia més que no pas avi.

L'extensió del fenomen porta, fins i tot, a fer distincions dintre de les distincions i matisos terminològics. Es parlava dels avis, o dels vells, i varem passar a parlar de la tercera edat, aquella edat que va des de la jubilació fins a la mort, per passar després a distingir entre tercera edat i quarta edat en funció de l'autonomia de la que gaudeix la persona, per passar, ara, a parlar de gent gran en termes més genèrics i amb voluntat de ser més respectuosos, no discriminatoris, i evitar especialment la terminologia de l'envelliment i de la vellesa, estigmatitzades precisament, i això és nou, com a tipologies despectives.

Així doncs, és normal, i sà, que afrontem i repensem el paper, les peculiaritats i les demandes d'aquesta nova franja de població que anomenem gent gran.

5.2. El fenomen de la gent gran: un repte ètic

La història de la humanitat podria escriure's en clau de novetats i de respostes a les novetats, seguint el model de l'atzar i de la necessitat que es pregona com a llei general de l'evolució de les espècies. Novetats culturals, novetats científiques, novetats socials. Les invasions bàrbares, la descoberta de que la terra és rodona, el xoc davant noves races i cultures, les migracions humanes, el desenvolupament del comerç, la revolució industrial i l'aparició de la classe obrera, l'aventura humana a l'espai i l'aventura humana per la supervivència en els països pobres del tercer mon... no es tracte de fer una llista exhaustiva d'aquests fenòmens, però sí de fer notar que cadascun d'ells ha suposat un repte i ha generat, no sense dificultats, ni sempre amb promptitud, una resposta social per fer-hi front, per adequar-s'hi el millor possible, per absorbir

el fenomen i per respondre-hi el més satisfactòriament possible. De vegades amb entusiasme, optimisme i esperança. D'altres, a desgrat, amb por, amb intents de rebuig, quan no de negació. De vegades amb encerts ràpids. D'altres, amb errades i desencerts, amb debats i polèmiques fondes que s'han perllongat durant força temps. Però la història diu que sempre, sempre!, el fenomen acaba imposant-se a la societat, d'una manera o altra. I que aquesta, la societat, canvia precisament en encaixar el fenomen, en absorbir-lo, en redimensionar-lo i interpretar-lo per a poder fer-li front. I que en aquest itinerari la societat canvia, ja no és com abans, millora o empitjora, ara mateix no és encara això el que ens interessa, però sí que ens interessa que canvia, i que ho fa precisament en funció de la provocació del nou fenomen i de la resposta que se li dona.

La grandesa de la humanitat que viu la història i en la història rau, precisament, en la manera humana d'afrontar els fenòmens, les novetats, les irrupcions. Pot fer-se de maneres ben diverses. Passivament, deixant que les coses vagin evolucionant de manera espontània: és amagar el cap sota l'ala, es la claudicació de la veritable humanitat i humanització de la història. Activament, afrontant els nous fenòmens, millor o pitjor, però amb la voluntat de donar-hi sentit i resposta. És el que s'escau a una veritable humanització responsable de la història.

El que sí que volem explicitar en aquest punt del treball és la importància del fenomen de la gent gran com a repte ètic i la urgència d'una resposta seriosa abans que el fenomen ens ofegui i hàgim arribat tard. Una importància i una urgència que ja no es poden menystenir. Precisament perquè la gent gran és alhora la condició de possibilitat i l'anticipació de nosaltres mateixos, les nostres arrels i el nostre futur: d'ells venim i com ells esdevindrem. Ja només per això la qüestió de la gent gran mereix un tractament curós. Però també, i sobretot, malauradament, perquè un fenomen conegut i previsible fa molts anys, massa anys,

⁹ Assenyalem, amb tot, com mol bé nota Diego Gracia ("Historia de la vejez" a Ribera Casado, J.M. – Gil Gregorio, P. (eds.), *Problemas éticos en relación con el paciente anciano*, Editores Médicos, Madrid 1995, pp 11-19), el pas de la cultura jueva, que preconitza el respecte reverencial envers les persones grans que representen el saber i l'experiència, a la cultura grega que començarà a considerar la gent gran (géras) com a malalta, en contraposició a la maduresa (acmé) de la que cal esperar-ho tot en l'organització de la ciutat, tot i que la gent gran mereixi sempre unes atencions com ara "honorar-los segons la seva edat, aixecant-nos per anar-los a l'encontre, cedint-los el seient i altres actes similars de cortesia" (Aristòtil, *Ètica a Nicòmac*, 1165 a 26-28), però de qui caldrà esperar només que sàpiga suportar estoicament les xacres pròpies de l'edat segons el De Senectute de Ciceró. Nosaltres, fills de la conjunció d'aquestes dues cultures, hem escrit una història que oscil·la entre aquestes dues fonamentals actituds davant la gent gran.

ens està retraient un endarreriment excessiu en el seu afrontament. Quan els països veïns ja parlaven del fenomen i procuraven donar-hi resposta, quan les estadístiques demogràfiques parlaven de l'envelliment progressiu de la població, no només pel descens de la natalitat sinó també per l'augment de la longevitat, nosaltres ens hem quedat massa sovint creuats de braços, deixant a la lliure iniciativa i al seu espontani desenvolupament la problemàtica que acompanya la nombrosa presència de gent gran en la nostra societat. Avui la presència massiva de gent gran en les nostres ciutats és un fet innegable i rellevant que demana un abordatge seriós, rigorós i responsable.

5.3. La resposta social responsable al fenomen de la gent gran: una urgència

No podem negar, amb tot, que ara la societat està fent un esforç notable per afrontar totes les problemàtiques que genera la presència nombrosa de la gent gran entre nosaltres. La llei de dependència recentment aprovada al Parlament espanyol n'és, pel que concerneix a la gent gran en situació de dependència, un exemple notori i rellevant en el nostre particular context social i polític. No esmentarem de nou altre documentació transcendental a propòsit de la gent gran que ja ha estat comentada i utilitzada al llarg d'aquest treball, tot i que mereix una especial menció l'informe de la segona assemblea mundial sobre l'envelliment organitzada per la Organització de les Nacions Unides a Madrid el 2002.

És cert, sens dubte, que a casa nostra aquesta resposta al fenomen de la gent gran ha arribat tard, massa tard, però també és cert que arriba, que va arribant, encara que creiem que tot just som al començament d'una acció orgànica i sistemàtica, política i social. Les dades demogràfiques anunciaven el fenomen ja fa temps. Altres països del nostre entorn i de similars característiques socials i polítiques ja l'havien detectat i havien enllestit passes per donar-hi resposta. La previsió i la prospecció és un exercici polític difícil però necessari. I a casa nostra això ha fallat força.

Hem hagut d'assistir a un allau d'anomenades residències geriàtriques de caire privat que s'anticipaven a la resposta pública i ho feien sovint de manera desafortunada, afrontant una problemàtica ben real, però plantejada com a guany econòmic i massa sovint de manera inadequada, insuficient o fins i tot delictiva, i en aquest cas omplint pàgines de premsa groga malauradament plena d'incertesa en la narració d'anècdotes doloroses i reals. Hem hagut de

sentir les reivindicacions dels familiars de molta gent gran afectada de patologies novedoses, com l'alzheimer, que s'han sentit desateses quan no abandonades a les seves pròpies forces i recursos. Hem hagut d'escoltar la veu de persones grans maltractades o desateses pels seus mateixos familiars. Hem hagut de veure les deficiències de l'habitat de molta gent gran en situació de precarietat econòmica que tenen dificultats per poder dur a terme les operacions domèstiques més senzilles i elementals. Hem hagut de sentir l'amenaça que l'Estat del benestar no es podria fer càrrec de les pensions... Massa llums vermelles. Però hi ha, finalment, voluntat política d'afrontar la problemàtica, i això ja és una bona notícia.

És en la òrbita d'aquesta voluntat positiva que s'inscriuen les reflexions i les propostes que ofereix aquest treball. En la òrbita d'una presa de consciència dels deures que té tota la societat envers la gent gran. I en la òrbita de que aquests deures consisteixen, bàsicament, en fer possible la vida de la gent gran en aquesta darrera fase, menys productiva, però no per això menys important, de la seva vida. Deures que s'han de materialitzar en actuacions d'ample espectre, tant pel que fa als implicats en la seva realització com pel que concerneix a la satisfacció de les nombroses necessitats que presenta la gent gran per a que la seva sigui, encara i mentre calgui, fins al seu final inexorable, una vida humana i humanitzada.

5.4 La necessària corresponsabilitat ètica com a teló de fons

La nostra tesi és que la qualitat, és a dir la validesa i idoneïtat d'una resposta ètica a un fenomen social, no és responsabilitat exclusiva de ningú en particular, sinó que és responsabilitat de tots, a cadascú pertocant-li la seva responsabilitat específica. I que aquesta qualitat consisteix precisament en l'articulació, de la manera més harmoniosa possible, de la responsabilitat de tots, en la conjunció d'aquestes responsabilitats.

És el que anomenem, genèricament, la quadratura circumscriu de l'ètica aplicada i que es materialitza, precisament, en la seriosa presa de consciència de les pròpies responsabilitats de tots els implicats en un determinat fenomen social¹⁰. La intuïció és que venim d'una història en la qual ens hem limitat, i acontentat, en exigir als professionals una bona actuació que garantís una

¹⁰ Cfr. Antoni Nello, "La quadratura circumscriu de l'ètica professional" a *Ars Brevis. Anuari de la Càtedra Ramon Llull-Blanquerna* 2000

bona prestació de serveis mentre que, creiem, el que cal és pensar, precisament i sobretot, en la qualitat del servei professional prestat, qualitat que inclou la responsabilitat del professional però no es limita a ell, sinó que inclou a tots els que hi intervenen de manera més o menys directa, fins i tot el mateix receptor del servei professional.

La nostra és, així, una proposta que va més enllà, sense negar-los, dels codis deontològics, estrictament professionals. La grandesa dels codis deontològics, i encara hi ha professions que no han elaborat el seu, és que manifesten i assumeixen socialment la responsabilitat del professional en demanar-li formalment uns nivells, uns indicadors i unes exigències de seriositat i responsabilitat en la seva actuació. Amb això, els codis deontològics expressen abastament el sentit de la responsabilitat professional que s'arrela en el servei socialment necessari, imprescindible, que ofereix una determinada professió a la ciutadania i que per això mateix la societat reclama i tutela a través de la formació i del seguiment dels professionals.

L'àmbit sanitari és, certament, un dels àmbits professionals socialment més rellevants, no només perquè el codi deontològic dels metges s'arrela en el jurament hipocràtic del segle V abans de Jesucrist, mostrant ja la consideració social que des de sempre ha tingut el servei que el metge presta al ciutadà, la seva importància i, per tant, la responsabilitat que li és inherent, sinó perquè és al voltant de la salut on gravita una de les necessitats bàsiques del ciutadà, una d'aquelles necessitats que el ciutadà té i no sap ni pot satisfer autònomament, sense l'ajut específic de l'entès, del tècnic, del professional. El ciutadà necessita del metge pel que fa a la seva salut. El ciutadà és el pacient, en el doble sentit de receptor de la prestació i de expectant de la mateixa. El metge és el subjecte actiu, el protagonista indiscutit, amb el seu saber i les seves tècniques, que s'atansa a resoldre el problema sanitari del pacient. I això dibuixa una relació necessàriament asimètrica entre metge i pacient, i en general entre professional i receptor de la prestació professional. Asimetria que és tradueix també en termes de prestigi social, de reconeixement envers el metge, al temps que en termes de fiabilitat, de confiança i d'exigència, doncs el ciutadà espera del metge el seu saber i el seu saber fer. I qui diu asimetria, diu poder. La relació metge-pacient és, diguem-ho, una relació de poder: el metge disposa d'un "poder fàctic" envers el pacient que depèn d'ell i que es posa a les seves mans. I de la mateixa manera, amb els matisos pertinents, succeeix amb

qualsevol professió: subjecte actiu, el professional, subjecte passiu, el receptor dels serveis professionals, una certa asimetria en la relació i per tant una relació de "poder".

Aquest és l'esquema de comprensió convencional, i encertat, de les professions i del seu rol en la societat. D'aquesta comprensió se'n deriva, precisament, l'elaboració dels codis deontològics que manifesten i asseguren la bona praxis professional per garantir la confiança del ciutadà i arbitrar la vivència responsable per part del professional de la relació asimètrica que genera i l'ús adequat del poder del que gaudeix en l'exercici de la seva professió.

El que nosaltres proposem, però, va més enllà d'aquesta consideració, sense negar-la. Partim d'una observació senzilla. ¿Té algun deure ètic el pacient davant el metge i, en definitiva, davant ell mateix? La resposta és obvia: el pacient ha de fer bé de pacient. Això vol dir que ha de seguir les instruccions del metge, prenent els medicaments que li han estat receptats i seguint les instruccions sanitàries pertinents. Si el pacient no executa adequadament el seu paper de pacient, aleshores és evident que la qualitat i responsabilitat del metge resultaran insuficients i ineficaces per tal de respondre a la situació sanitària que els ha portat a encetar la seva relació terapèutica.

Valgui aquest exemple senzill, que demanaria moltes més precisions en l'escenari de les nostres societats desenvolupades en les que el ciutadà ja no és ni de bon tros l'ignorant que s'entrega confiadament i submissa al metge, per fer veure el que ens interessa: l'èxit de l'acte mèdic, vegis de qualsevol acte professional, no rau exclusivament en el professional, sinó que depèn també de les bones maneres del pacient, vegis del receptor del servei professional. Cadascú amb els seus sabers i les seves competències, tots dos dibuixen una relació de corresponsabilitat que garantirà l'èxit no només de l'acte mèdic, de l'actuació del professional, sinó, i això deu ser l'important, de l'acte sanitari, de l'acte professional entès en sentit ample.

Així, doncs, preferim parlar no tant de l'acte professional com a acte del professional, sinó de l'acte professional com a resposta articulada i corresponsable davant d'una determinada necessitat social bàsica que afecta a la ciutadania. Preferim parlar d'acte sanitari per damunt de l'estricta acte mèdic, com preferim parlar de l'acte legal per damunt de l'estricta acte professional de l'advocat, o d'acte educatiu per damunt del simple acte docent del mestre.

Tot plegat, doncs, el que volem notar és la corresponsabilitat entre professional i receptor del servei professional. O dit d'una manera més complexa, volem notar la participació de diversos protagonismes en qualsevol acte professional, de manera que la responsabilitat que ha de garantir l'èxit de l'acció professional recau, en funció de les seves peculiaritats i possibilitats, en tots els que intervenen, personalment o institucionalment, en aquesta acció professional.

Això vol dir, en el cas de l'atenció sanitària, que és la que embolcalla la qüestió de l'atenció a la gent gran i que constitueix l'objectiu d'aquest treball, que els codis deontològics fixen les condicions d'una bona actuació per part dels professionals de la salut que intervenen en l'acte sanitari, metges, infermers, psicòlegs, treballadors socials... Però que cal encara anar més enllà i determinar quines són les responsabilitats exigides als pacients i al seu entorn familiar. I determinar també quines són les responsabilitats de les institucions sanitàries que donen estada al desenvolupament de l'acte sanitari: hospitals, clíniques, gestors d'institucions sanitàries, públiques o privades... I que cal encara anar més enllà i demanar-se quines són les responsabilitats socials que envolten una determinada prestació professional, responsabilitats que recauen en els estaments polítics, legislatius o executius, certament, però també en el gruix de la societat que com a organisme viu i articulat dels ciutadans marca el llistó ètic i la resposta convenient a les diverses necessitats bàsiques del ciutadà.

L'accés dels immigrants sense papers a les prestacions de la seguretat social a casa nostra és un clar exemple de l'articulació de tots aquests elements com a presa de consciència col·lectiva, decisió política i actuació professional, adreçades a uns ciutadans determinats. Que aquesta complexa trama no estalviï el debat social, i la qüestió dels drets dels immigrants genera prou debats significatius, és una prova palesa precisament del que volem mostrar: la interrelació de diversos agents socials responsables i la necessitat de pactes sempre revisables davant un fenomen emergent. El fenomen de la gent gran, com a fenomen relativament novedós que reclama una resposta social pel seu gruix i per la seva importància, ha de ser afrontat, al nostre parer, no adjudicant tot el pes de la responsabilitat a un determinat estament professional o polític, o simplement limitant-se a atribuir-ne la responsabilitat als eventuais familiars de les persones grans, ni deixant el fenomen a les onades espontànies del

voluntariat social o de la bona voluntat ciutadana, sinó des d'una lectura global que pretén la presa de consciència i la responsabilització de tots els estaments implicats en el fenomen.

5.5. La corresponsabilitat en l'atenció a la gent gran

Identificar els protagonistes implicats socialment en l'atenció a la gent gran comença, evidentment, per la mateixa gent gran. Però possiblement siguin ells, la gent gran, els darrers ha haver de ser esmentats en el capítol de les corresponsabilitats, és a dir com a membres actius i responsables de les atencions que els han de ser prestades i que, ells també, s'han de procurar, en la mesura del possible, a ells mateixos. I han de ser els darrers perquè si bé no estan exempts de responsabilitat, és evident que representen, també i sobretot, no només els destinataris de les atencions sinó uns destinataris, com succeeix sempre en l'àmbit sanitari, especialment afeblits i per això mateix vulnerables i dependents.

De fet, el malalt en general és pacient en el sentit ample de precarietat i necessitat. Vol dir que el malalt no vol estar malalt, que estar malalt el fa sentir malament, l'incomoda, no li permet desenvolupar "normalment" la seva vida. I per tant està en situació de precarietat, de manca de plenitud i del benestar als que està acostumat i que voldria recuperar. Això vol dir viure en precarietat, mancat de quelcom amb el que comptem i del que ara no disposem. I de la precarietat se'n deriva la necessitat: el malalt, que viu la precarietat que li suposa la malaltia, necessita d'una atenció que ell mateix no pot donar-se, per la manca dels coneixements adequats propis de les professions sanitàries, així com per la manca de les destreses, els procediments, les tècniques, pròpies de la professió sanitària. Aquesta precarietat i aquesta necessitat fan del malalt en general una persona dependent, fortament vinculada a un professional en mans del qual es posa i en el qual confia. I com és obvi, aquesta dependència, lligada a la seva precarietat, el fan especialment vulnerable: posar-se en mans de algú és, precisament, acceptar que aquest algú em pot fer el que creu que ha de fer més enllà del "normal" protagonisme i autonomia dels que un mateix pot gaudir normalment en l'evolució de la seva vida.

És per tot això que cal reivindicar el nom de pacient per identificar als receptors de les prestacions sanitàries. Pacient és aquell que rep d'altres, és el subjectiu passiu receptor de l'actuació d'un subjecte actiu. I el malalt rep les atencions sanitàries que ell mateix no sabia donar-se a sí mateix. I les

rep d'uns professionals en les mans dels quals ell es posa i confia. El concepte de pacient que suggereix passiu no exclou, evidentment, les responsabilitats pròpies del malat, però subratlla la seva condició de precarietat, de necessitat i de dependència i, per tot això, de vulnerabilitat.

El pacient és també aquell que pateix. La precarietat que experimenta i que no voldria li suposen un trastorn, un malestar, quan no un dolor, una forta preocupació, fins i tot l'ansietat de qui està malament i no sap que passarà d'ara endavant. I qui pateix és, també, especialment vulnerable. Pacient és també aquell que ha de tenir paciència. I cal tenir paciència per esperar les prestacions sanitàries, "estar a l'espera de", més enllà de la actual situació, esperem que superable, de les llistes d'espera i de les sales d'espera de les nostres institucions sanitàries.

Bé, doncs la gent gran és i la hem de tipificar com a pacient. Això, ho repetim, i en parlarem més endavant, no eximeix a la persona gran de les seves responsabilitats envers ella mateixa, però certament hem de considerar la seva situació, especialment en la nostra societat, activa, trepidant, competitiva, com una situació de pacient. Pacient de malestar, de precarietat: ningú voldria ser vell. Pacient de dependència: cada cop va necessitant més els ajuts dels altres per a resoldre la seva vida quotidiana. Pacient de receptor dels ajuts. Pacient, també, de la paciència que cal tenir per saber-se i sentir-se en mans d'altres.

La gent gran doncs ha de ser responsabilitzada envers ella mateixa però no en primera instància sinó en darrera instància.

En realitat i en general, creiem que cal afirmar que la primera responsabilitat en l'atenció a la gent gran recau sobre els seus familiars immediats. Sovint la gent gran té una família, un fill, uns nets, que haurien de revertir els bens rebuts, la vida i les atencions rebudes, envers ells. No hauríem d'oblidar la càrrega de saviesa i serenitat que els ancians han representat sovint per a moltes cultures de la història de la humanitat. No hauríem d'oblidar tot el que de ells, de la gent gran, hem rebut quan nosaltres els hem necessitat en el nostre procés de construcció i maduració i ells, els que ara són subjectes pacients, eren subjectes madurs i protagonistes de tants avatars de la nostra vida.

Certament l'escenari social dels nostres països del benestar ha canviat notablement, i acceleradament, en el darrer

segle. Hi han participat molts factors determinants. D'entre ells hem de mencionar especialment la creixent invadència del món laboral, amb la seva competitivitat, acceleració, exigència de implicació i de rendiment, sobre la vida de la població adulta. I això, cada cop més, estès tant a la població femenina com masculina. Les repercussions d'aquest escenari laboral del que no en volem ni podem aquí fer la crítica són evidents. Atrapats per les exigències laborals, els nostres adults es veuen afeblits pel que concerneix a la gestió de la seva vida "privada", amb menys temps per dedicar-li i amb menys energies. Amb més necessitats de defugir qualsevol qüestió que soni a "responsabilitat", a "feina", a "tasca". Amb una més explícita necessitat de generar espais d'oci, de lleure, de repòs, de vacances. I, colofó d'aquesta descripció que no vol ser punyent ni crítica, la persona gran que conviu amb nosaltres o que depèn de nosaltres es mostra laboralment improductiva, "classe passiva", i familiarment problemàtica, una "nosa", una estimada "nosa" que exigeix dedicació, atencions, temps i feina.

Amb aquest esguard genèric, amb aquesta tendència, podem afirmar, assumint tantes i tantes excepcions al panorama que hem dibuixat, que si d'una banda els familiars són responsables de la seva gent gran, d'altra banda cada cop es perceben més dificultats per a exercir aquesta responsabilitat. Hi ha, somort, un clam d'ajut per part de moltes famílies que voldrien fer-se càrrec de la seva gent gran però per a les quals això es fa feixuc i difícil.

Hem d'afegir, a més, les complicacions afegides, per damunt d'altres més convencionals, que suposa l'atenció a la gent gran quan aquesta presenta patologies que ens són relativament noves, en l'experiència i en el coneixement, i per tant també en el tractament, precisament per la seva novetat massificada en un ventall de alta longevitat: l'alzheimer, i tota mena de demències senils, o bé patologies greus de la mobilitat que afecten especialment i lògicament a la gent gran, són exemples evidents del que volem expressar. Situacions en les que moltes famílies s'han trobat atrapades, amb la bona voluntat de tenir cura de la seva gent gran però, alhora, amb una enorme dificultat per a dur a terme aquesta tasca.

Els familiars de la gent gran són responsables, en general, de l'atenció que els és deguda, però no podem, de cap manera, fer recaure només sobre els familiars aquesta responsabilitat.

També la societat, en general, i en mesures diverses, té la responsabilitat de l'atenció a la gent gran. Tota societat dibuixa uns models de vida i de convivència que inclouen o exclouen fets i persones. Tot plegat constitueix el llistó ètic de la societat. La percepció social de la dona, de la violència de gènere, de les relacions laborals i afectives, dels immigrants, de la seguretat, del benestar i, com no, també de la gent gran entre d'altres, són temes que generen una determinada consciència social i en conseqüència faciliten unes determinades actuacions per a fer-hi front des de diverses instàncies. La societat com a organisme viu, receptor i creador de criteris i conviccions, xarxa d'interrelacions més o menys influents, té també una responsabilitat en la consideració de l'atenció que mereix la gent gran i les respostes socials que cal aportar a la seva situació diversificada. I la societat som tots, amb major o menor protagonisme, però som tots. Els estudis d'opinió, el pols de la ciutadania, reflecteix bé el que volem dir. Malgrat que és evident que aquesta consciència col·lectiva està directament influenciada per moltes intervencions, dels mitjans de comunicació, de les classes polítiques, dels lideratges socials, de les associacions cíviques, no podem deixar de dir que cal una determinada consideració de la gent gran per part de la ciutadania si li volem garantir una atenció adequada. Tot i afegint que el paper que hi juguen els estaments esmentats és determinant i per tant especialment responsable. Pensem en els mitjans de comunicació, però pensem també en una cultura del consum que genera menyspreu per l'envelliment i per la malaltia davant l'oferta d'un benestar estètic, i pensem també en la cultura de la productivitat que genera implícitament una discriminació envers les classes menys productives de la societat.

De tota manera hem d'afegir ja, i no podem negar-la, la importància decisiva dels professionals de la salut, en el sentit més ample d'aquest espectre professional, que va del metge al treballador social passant per totes les tasques sanitàries específiques, en l'atenció a la gent gran. Són els professionals de la salut els que aporten les respostes més immediates a les necessitats més urgents de la gent gran. La seva responsabilitat no cal explicitar-la més, al contrari, el que cal es adonar-nos que no tota la responsabilitat recau sobre ells. Especialment si tenim en compte que avui la professió sanitària s'exerceix en el marc d'institucions sanitàries, gestionades per qui en té la responsabilitat i seguint criteris no només sanitaris, ja sigui d'interessos privats o públics, i que responen a criteris de gestió social de

la salut que es dibuixen en esferes de responsabilitat política. Cal, així, eixamplar la responsabilitat dels professionals de la salut, sense exonerar-los d'aquesta, als àmbits de gestió de les institucions sanitàries i a les línies mestres de la gestió de política sanitària. És l'articulació de responsabilitats, personals i institucionals, la que pot i ha de garantir una adequada resposta a les necessitats de la gent gran.

També intervenen, davant de determinats fenòmens socials emergents, les associacions cíviques, sovint de voluntariat. Associacions d'iniciativa social que mereixen sens dubte el més alt reconeixement, però a les que cal exigir, també, una saber fer que estigui a l'alçada de les expectatives que generen. No n'hi ha prou amb bones intencions, per molt lloables que siguin, quan el que hi ha en joc és el benestar, l'adequada i merescuda atenció a persones que viuen en la precarietat, en la necessitat i en la dependència.

I encara cal esmentar la responsabilitat política més genèrica. A ella li pertoca, en l'estricta compliment de l'Estat del benestar, garantir el marc legal i l'execució eficaç d'aquelles mesures que respondran correctament a les necessitats bàsiques de la ciutadania. I si bé es cert que el desenvolupament de l'Estat del benestar ha portat a la detecció i identificació de noves necessitats, amb les dificultats que això comporta a l'hora de donar-hi resposta, ja sigui per motius operatius com de recursos, és tasca de les instàncies estrictament polítiques assumir-ne la responsabilitat i donar raó a la ciutadania de la gestió amb la que s'afronten.

Tot plegat el que hem a penes dibuixat és un mapa de corresponsabilitats. És aquest mapa, el seu funcionament orgànic i orquestrat, el que ha de donar resposta als fenòmens socials i, en el nostre cas, i de manera ja urgent, al fenomen de la gent gran i a la satisfacció de les necessitats que planteja. És d'aquestes responsabilitats concretes que ara en volem fer algunes pinzellades, sense ànim d'exhaustivitat, però sí amb l'ànim i la certesa que cal caminar per aquesta pista per poder dissenyar, un dia, un codi ètic d'atenció a la gent gran.

6.6. Eixos de les responsabilitats específiques

No volem elaborar un codi ètic en sentit formal ni exhaustiu. Tampoc és una tasca fàcil. Però volem oferir observacions que reflecteixin les exigències de tots els protagonistes implicats en el fenomen de la gent gran. Es tracta de reflexions que poden i han de ser confrontades,

matissades, adequades a diversos entorns i escenaris de la geografia de la gent gran, però creiem que suficientment vàlides per dibuixar les aportacions de cadascú, gent gran inclosa, que poden permetre una millor, més seriosa, articulada i eficaç atenció socio-sanitària a la gent gran.

Com sempre que es dibuixen les responsabilitats, cal saber que existeixen nombroses excepcions, situacions que van més enllà, de vegades de manera dramàtica, del que és esperable i desitjable. No podem deixar de dir-ho per afegir que l'exigència de responsabilitats demana sempre un anàlisi de la situació real i concreta i no consisteix en la severa i estricta aplicació d'uns principis, criteris o normatives.

5.6.1 La gent gran

Certament cadascú de nosaltres som responsables de nosaltres mateixos, de la nostra vida, també de la nostra salut i del nostre benestar en sentit ample. D'una manera o altre, segons l'edat, els recursos, les possibilitats, l'entorn, la mateixa situació existencial en la que es troba, tota persona humana ha de vetllar per ella i per a ella mateixa.

És evident, ja ho hem explicat, que aquesta responsabilitat en moments concrets i davant situacions determinades no és, ni pot ser, suficient. Ni tant sols, probablement, la primera i més necessària. L'àmbit sanitari n'és l'exemple palès. El malalt depèn fonamentalment de la adequada atenció sanitària i a ella, a l'atenció sanitària, adreça i delega la seva responsabilitat envers sí mateix. I en aquest sentit és obvi que no podem en primera instància exigir del ciutadà malalt la cura de sí mateix. Però això no l'eximeix de responsabilitats, algunes genèriques, d'altres ben concretes i específiques. El malat haurà d'organitzar la seva vida de la manera més adient possible per recuperar o millorar, el màxim possible, la seva salut. Haurà, en concret, de seguir les prescripcions dels professionals de la salut.

De manera similar hem d'abordar la responsabilitat de la gent gran envers ella mateixa. Ser gran no és, en principi, una malaltia, sinó un fet inexorable i natural del procés d'una vida. Però al fet de fer-se gran l'acompanyen sovint, i també de manera inevitable i natural, un seguit de connotacions que fan de la persona gran un subjecte necessitat d'atencions i de cures: pèrdua creixent de l'autonomia i de la mobilitat, pèrdua de protagonisme social, algunes patologies recurrents especialment en aquesta franja de la vida, patologies que a hores d'ara no podem estalviar-nos i que caldrà afrontar

professionalment... tot això dibuixa un perfil de major vulnerabilitat que necessita d'atenció.

Però partint d'aquesta atenció primordial i prioritària, també hem d'expressar en termes ètics, de responsabilitat, els deures envers ella mateixa que pertocuen a la mateixa gent gran. No podem pressuposar una total exempció de responsabilitat de la gent gran envers ella mateixa, ben al contrari, he de comptar amb aquesta responsabilitat i l'hem de formular i explicitar¹¹. La qüestió és com traduir aquesta exigència en termes suficientment genèrics però alhora prou entenedors i concrets per compondre una formulació ètica, un deure de responsabilitat envers un mateix, que cal garantir per a que la nostra vida es desenvolupi de manera el més harmoniosa possible en la franja pròpia de l'envelliment.

En primer lloc cal dir que la gent gran ha de saber acceptar la seva condició, amb tot el que això comporta. Ser gran no és una malaltia sinó la culminació d'una vida que s'ha tingut la oportunitat de desenvolupar, i a la vegada un nou i divers escenari lògic del recorregut existencial de la persona humana. Vol dir que ser gran ha de portar una dosi d'agraïment, encara soc viu, d'altres no hi han pogut arribar, i d'acceptació, aquesta és la vida de la que ara dispo i que cal viure de la millor manera possible.

Afegim que és exigible a la gent gran que juntament amb el dol per tantes pèrdues, no només humanes, de persones que ja no hi son, sinó sobretot per la pèrdua de moltes de les pròpies facultats i capacitats de les que abans es disposava amb força, es doni també la voluntat d'explorar el millor possible les facultats i capacitats de les que encara es disposa. Sovint sentim a la gent gran l'expressió d'un sentiment d'imptència: "ja no serveixo per a res". Res més lluny de la realitat, la persona gran serveix en la mesura que sap fer de persona gran, aportant i gaudint de la seva experiència, certament, però també aportant i gaudint de les possibilitats reals de les que disposa. Hi ha una diferència substancial entre la persona gran que accepta la seva situació i la gestiona amb bona voluntat existencial i convivencial i la persona gran que rebutja aquesta situació,

¹¹ Fer-se gran forma part de la vida humana i per tant és un esdeveniment que cal assumir de manera humana i responsable. No és fàcil, ni personalment ni socialment, però tampoc podem obviar aquesta exigència, una exigència a la que cal respondre de manera quasi bé artística, artesanal, personalitzada. En tenim exemples ben palesos i documentats, certament de personatges notoris que estan obrint camins cap a una comprensió correcta, no només negativa, de l'envelliment. En destaquem, sense cap voluntat de ser exhaustius, la magnífica L'aventura d'envel·lir de Teresa Pàmies (Editorial Empúries, Barcelona 2002)

la viu amb amargor i difon aquesta mateixa amargor al seu voltant, exclouent-se de qualsevol rol que no sigui el de lamentar-se i esperar, passivament, les atencions dels altres i la vinguda de la mort.

També cal pretendre de les persones grans que vetllin per assolir el millor nivell de salut possible en el marc de la seva real situació sanitària. Si les patologies acumulades i les pròpies de l'envelliment són inevitables, no s'ha de derivar d'això una actitud d'impotència i de deixadesa, d'abandó, de claudicació de la tasca de viure. En termes sanitaris aquesta observació vol dir que cal pretendre i demanar a la gent gran que segueixi les prescripcions sanitàries i porti la vida més idònia per garantir la conservació, en la mesura del possible, del millor estat de salut, d'aquell estat de salut que li permeti al màxim el desenvolupament de la pròpia autonomia i de les pròpies capacitats i, en definitiva, li permeti viure com a protagonista aquesta fase darrera de la seva vida.

5.6.2 Els familiars de la gent gran

Els primers responsables de la cura i l'atenció de la gent gran són els seus propis familiars. D'ells n'han rebut la vida, els ajuts i l'acompanyament que els ha permès créixer i desenvolupar-se autònomament. És un deure de reciprocitat que a poc a poc, tot i que sovint ens n'adonem sobtadament, els fills s'ocupin dels seus pares, fills i pares entesos no només en sentit estret de consanguinitat, sinó en sentit més ample de família extensa.

Evidentment cal matisar aquesta vàlida però genèrica afirmació. Hi ha escenaris familiars ben diversos i diferenciats. Històries de lligams afectius, de deutes i de greuges, d'agraïment o de rancúnia, de placidesa o tensiunitat en la relació, molt diferents les unes de les altres. I de vegades, cal tenir-ho present, les històries són la resultant de tants esdeveniments encertats i desencertats que recauen sobre tots els membres de la família i que s'arrossegueu de manera satisfactòria o feixuga, segons en sigui la naturalesa.

Hi ha també situacions familiars ben diverses en l'ordre de les possibilitats reals de tenir cura de la seva gent gran. Per motius professionals, d'habitat, de recursos econòmics. Cal tenir-ho en compte per ubicar adequadament el registre de responsabilitat que gravita en cada cas sobre l'entorn familiar de la persona gran. Però malgrat aquestes necessàries consideracions, no podem deixar d'expressar la

fonamental responsabilitat de l'entorn familiar en l'atenció a la gent gran. D'una manera o altra, amb més o menys dedicació, possibilitats, recursos... tota família ha de sentir el pes de la responsabilitat envers els seus membres envellits i per això mateix necessitats d'atenció.

La família constitueix, així, l'entorn més natural per, en la mesura del possible, tenir cura de les persones grans. Cal dir-ho. La família pot i ha de demanar els ajuts pertinents i necessaris, però no pot desentendre's de l'atenció als seus membres més grans.

En primer lloc, la família ha de "reconèixer" la gent gran, la pròpia gent gran. Això vol dir que és responsabilitat de la família entendre i acceptar els canvis que es van produint en els parents que es van fent grans i donar-los cabuda al sí de la comunitat de vida que formen amb ells. Són canvis que es van donant pausadament, de vegades sobtadament, i que demanen capacitat de integració, d'adequació. L'envelliment dels nostres familiars hauria de ser quelcom que no ens agafés per sorpresa, caldria saber-ho i saber-ho preveure. Però, en qualsevol cas, l'envelliment redimensiona certament el rol i les expectatives que la família ha de donar i demanar als propis membres que han assolit aquesta fase. Dependrà, de ben segur, de les característiques de cada persona gran: alguns podran exercir un paper actiu i ben necessari al sí de la família, d'altres representaran, en canvi, un esforç de dedicació envers ells sense que se'n puguin esperar contrapartides operatives de tipus eficaç i operatiu. En tot cas, és important que la família sigui capaç de redimensionar-se en funció dels canvis, de la mateixa manera que s'haurà fet en funció del creixement dels infants i el seu trànsit, mai fàcil, per l'adolescència, i que possiblement també s'haurà fet davant altres novetats que modifiquen l'organització familiar.

La tasca de re-organitzar la pròpia vida familiar en funció de l'aparició de l'envelliment d'algun dels seus membres no és sempre fàcil, ni està exempta de dificultats i de tensions, d'experiències reeixides i de esdeveniments punyents i potser dolorosos. Però hi ha un ample marge de maniobra dintre del qual podem parlar de salut familiar, quan hi ha la ferma voluntat d'encarar i afrontar les necessitats i el paper de la gent gran al seu sí. Més enllà d'aquest marge podem percebre, també, la frontera de l'èticament inadmissible: l'abandó, el maltractament... hi ha conductes dels familiars envers el propis parents envellits que són irresponsables, condemnables, fins i tot denunciabls.

Finalment, creiem que una de les tasques pròpies dels familiars de la gent gran consisteix en la adequada col·laboració amb la de ben segur necessària atenció social i sanitària que requerirà la persona gran. Serà, en qualsevol dels escenaris que això es doni, la correcta conjunció de les atencions, familiars i professionals la que permetrà a la persona gran fruir el millor possible de la seva condició. Ja sigui en el cas de la vida en el propi domicili, ja sigui en un nucli familiar ample, ja sigui en l'ingrés en una residència per a la gent gran, el paper dels familiars que envolten les persones grans sempre serà necessari en termes d'eficàcia i necessari en termes de responsabilitat.

5.6.3 La ciutadania en general

¿Que hi tinc a veure jo, ciutadà mig, en l'atenció a la gent gran? ¿Que no tenen família? ¿Ni atenció social i sanitària oferta per l'Estat?... Sovint aquest clam surt de molts ciutadans davant els fenòmens socials emergents i delicats que demanen resposta però que aparentment i per ara no l'afecten directament. És, diguem-ho, el clam de la inconsciència i de l'egoisme al que, malauradament, ens aboca un estil de vida sovint molt individualista i plàcid. Som fills de l'Estat del benestar i això ha creat, en la perversió de la seva genialitat, una estranya sensació ciutadana de que tot ens és degut a canvi de res, mentre complim la llei i paguem els impostos. L'Estat és el responsable de la satisfacció de totes les necessitats bàsiques del ciutadà, al menys subsidiàriament, i això també concerneix a l'atenció a la gent gran, responsabilitat pròpia dels seus familiars propers i de l'Estat, en les seves polítiques assistencials i sanitàries, per tal d'arribar allà on els individus concrets, o les seves famílies, no poden arribar.

No volem negar en absolut les adquisicions valuoses de l'Estat del benestar. Ben al contrari, cal garantir-les i possiblement aprofundir-les, i fins i tot millorar-les. Però aquesta afirmació no ha de suposar la negació de la responsabilitat ciutadana en tantes qüestions que ens impliquen a tots i que concerneixen el marc conceptual i existencial de la nostra convivència. Això s'aplica a tots els reptes que apareixen en la convivència social, però molt especialment davant aquells fenòmens emergents als que cal donar resposta col·lectiva. I l'aparició massiva de la gent gran en la convivència ciutadana n'és un d'ells.

El primer que hem d'afirmar és la importància d'unes actituds i conductes que manifestin el degut respecte envers la gent gran. No són la rèmorra de la societat,

sinó les seves arrels. I per això, amb els seus avantatges i inconvenients, mereixen respecte i consideració. Volem invocar aquí quelcom que pot semblar d'alguna manera eteri, però que tanmateix és identificable en qualsevol convivència humana: la societat respira una cultura de respecte i atenció envers la gent gran o, a l'inrevés, respira el desinterès i l'abandó de la seva gent gran. Aquesta és una qüestió social i cultural que ens sembla important i exigible, tant com el respecte pel medi ambient, con l'adequada integració dels immigrants, con la consideració de les minories de qualsevol caire al sí de qualsevol societat.

Es tracta, en definitiva, d'una qüestió de consciència col·lectiva. La consciència que la gent gran mereix un reconeixement i un tracte dignes, especialment en funció de la seva precarietat i de les seves noves necessitats. I això en ells mateixos, però també com a resposta a les seves aportacions que constitueixen el rerefons històric del que avui som i vivim. Sembla fàcil però no ho és, especialment en una societat desenvolupada on el que compta és la productivitat i la competitivitat, paràmetres que certament deixen enrere a les persones grans. Una cultura que no valori i estimi la gent gran afavoreix el sentiment d'impotència i d'inutilitat que ja és inherent, per a molts, al mateix fet de fer-se gran i com a percepció de pèrdua de facultats.

La cultura que respecta la gent gran és, necessàriament, aquella que respecta la vida humana en qualsevol de les seves fases i manifestacions. Una cultura de la vida no s'ha de limitar a enaltir la fase juvenil o madura de la vida, sinó tota la vida i tota vida humana. Ha de ser la cultura que assumeix la malaltia, que encaixa l'envelliment, que afronta les diferències, que respecta a tothom.

5.6.4 Els professionals de la salut

Finalment arribem als professionals de la salut. Aparentment, en el nostre Estat del benestar, sembla que són ells els que han de tenir cura de la gent gran. Tenen, pensem sovint, la nostra delegació pel que fa a fer-se càrrec responsablement de la gent gran, de la nostra gent gran. Sentim que és la societat, a través dels seus professionals de la salut, la que ha d'assumir la cura de la gent gran. Però en realitat això no és més veritat que en qualsevol fase de la vida: els professionals de la salut han de garantir l'atenció sanitària adequada a tots els ciutadans, promovent, responnent i acompanyant els processos de salut-malaltia que ens afecten. El que sí hem d'afirmar és que aquesta peculiar fase de la vida que hem anomenat vellesa presenta

unes característiques sanitàries pròpies i específiques, algunes d'elles significant la irrupció d'unes novetats fins ara irrelevantes o desconegudes, que agreugen la necessitat de l'atenció sanitària especialitzada.

El que podem esperar, doncs, dels professionals de la salut en l'atenció sanitària de la gent gran és la materialització del que en podem i hem d'esperar en qualsevol moment de la nostra trajectòria vital. Així, els principis bàsics de la deontologia professional en l'àmbit de la salut han de ser respectats: principis de beneficència, de no maleficència, d'autonomia i de justícia. El mateix passa amb les regles bàsiques de la praxis professional, regles de veracitat, de confidencialitat i de fidelitat. La qüestió és la necessària adequació d'aquests principis i regles a la peculiar situació que viuen les persones grans, adequació que ens planteja qüestionaments importants i no sempre fàcils de resoldre.

Cal preguntar-se quin és el bé de la persona gran, partint de la premissa que freqüentment l'edat comporta certes patologies que ja són irreversibles i inexorables, així com de la certesa que significarà un progressiu deteriorament sanitari inevitable. Cal plantejar també el degut respecte a l'autonomia personal sobretot quan aquesta comença a minvar. L'atenció a la gent gran no es pot oferir professionalment contra la voluntat de la gent gran sinó que, al contrari, i en la mesura del possible, caldrà posar en joc la pròpia autonomia de la gent gran, no només com a signe del respecte degut sinó també com a eina terapèutica que perllonga la presa de decisions, la capacitat d'autogestió i, en definitiva, la consciència del propi protagonisme en la pròpia vida. Però és ben cert que caldrà un professional de la salut atent al grau real d'autonomia del que la persona gran disposa per tal d'anar dosificant el to de la intervenció.

De la mateixa manera passarà amb la resta de principis i regles de la deontologia professional. La necessària transparència que reclama l'autonomia del pacient, que s'expressa amb la regla de veracitat i que es recull amb el dret promulgat del malalt a saber allò que el concerneix, haurà de ser gestionada sàviament, sense renunciar-hi mai, sense ser-ne tampoc un simple executor fred.

La peculiar fragilitat que es va manifestant amb l'envelliment i que genera una especial vulnerabilitat per part de la persona gran, és un element paradigmàtic que caldrà tenir en compte en tota atenció sanitària i en qualsevol grau i nivell en el que es doni la intervenció.

Només volem afegir a aquestes reflexions la necessitat d'aprofundir en la recerca de les característiques d'aquesta fase de la vida per tal de saber-ne destriar els indicadors de salut i de benestar esperables, així com les manifestacions patològiques inevitables. I finalment, però no menys important, la necessitat de reafirmar en el col·lectiu dels professionals de la salut el seu compromís per una cultura de la vida, especialment quan aquesta esdevé feble. Una cultura de la vida que s'esforça per afinar totes les atencions necessàries en l'acompanyament de la feblesa irreparable, i també per acompanyar la proximitat de la mort inaplaçable.

5.6.5 Les institucions sanitàries específiques

La gent gran i/o els seus familiars recorren sovint a institucions sanitàries que tinguin cura de d'ells. Les dificultats d'una vida que esdevé cada cop menys autònoma, juntament amb les dificultats familiars per fer-se càrrec dels propis membres que han arribat a l'edat avançada, han fet sorgir les residències de gent gran. Tot recordant el que ja hem dit a propòsit de la responsabilitat de la mateixa gent gran evers ella mateixa, però sobretot a propòsit de la responsabilitats dels propis familiars, hem de constatar la vàlua d'una proposta residencial que atengui i cuidi de la gent gran en la darrera etapa de la seva vida. La qüestió és que això es faci amb veritable i eficaç esperit de servei.

En primer lloc cal constatar que la majoria de residències adreçades a la gent gran han aparegut en l'àmbit privat. A poc a poc, la resposta social i pública es va millorant i incrementant. Però el procés està lluny d'assolir la seva culminació adequada i satisfactòria.

En aquest context han estat molts els avantatges oferts per la proposta de residències geriàtriques. Però també moltes les dificultats i el reptes que s'han anat manifestant, sovint envoltats d'escàndol i de seriosa preocupació social. Procurant fer-ne una ràpida però explícita reflexió en termes d'exigència ètica, podem enunciar algunes pautes significatives, que no pas exhaustives.

Les residències geriàtriques, privades o públiques que siguin, han d'estar veritablement al servei del benestar de la gent gran. Representen espais de vida i de convivència on es desenvolupa el darrer tram del recorregut existencial de moltes persones. Això vol dir que han de garantir una qualitat de vida i de convivència que es vagi adaptant i vagi respectant les característiques de les persones que s'hi acullen.

Una residència geriàtrica ha d'allunyar-se radicalment de percepcions que podem associar a l'internament, àdhuc a l'empresonament. És, aquesta, una afirmació genèrica, però creiem que prou entenedora de l'expectativa social i de la consegüent exigència ètica en la gestió global d'aquests tipus d'institucions.

Tots els implicats en la gestió de les residències geriàtriques, en la necessària diversificació de tasques i responsabilitats, han de tenir una especial cura per garantir unes condicions de convivència que faci agradable l'estada, així com el màxim respecte possible envers els marges d'autonomia dels interns. Les malaurades experiències que s'han fet públiques en aquest sentit han de servir de clar avís del que mai es pot donar, des de la nutrició escassa i inadequada fins a la violació de les llibertats en ordre d'una suposada major seguretat que s'ha volgut garantir delictivament amb el manteniment d'algunes persones lligades i prostrades, passant per la carència de dinàmiques de convivència que procuressin fer agradable la vida dels conjunt dels interns.

També caldrà tenir una especial sensibilitat per afavorir la relació del resident intern amb la seva família, en l'ample ventall de situacions que això pot suposar.

I creiem que la complexitat organitzativa d'una residència geriàtrica demana, com en tota tasca sanitària, però amb un accent especial donada la peculiaritat dels beneficiaris de l'atenció i del tram de la vida en la que reben aquesta atenció, un especial esforç d'interdisciplinarietat. I això amb totes les feines que s'hi desenvolupen, no només amb les específiques de l'àmbit sanitari, sinó també amb totes aquelles que aporten la seva contribució a la construcció i animació d'un habitat que ha de ser càlid i sà per als seus principals destinataris, la gent gran ingressada.

Una menció especial mereixen els centres de dia, centres que s'ocupen i ocupen a la gent gran.

5.6.7 Les entitats de voluntariat

Certament un dels fenòmens emergents més rellevants en l'estructuració social dels darrers anys ha estat l'aparició de les organitzacions de voluntariat, organitzacions no governamentals d'ampli espectre que sorgeixen en funció, precisament, de la voluntat de respondre a necessitats i reptes específics de la societat. Entre elles, com no podia ser d'altre manera, han aparegut també les organitzacions de voluntariat adreçades a la gent gran, ja sigui com a

organització de la mateixa gent gran, com també en la forma de entitat assistencial que vol prestar serveis concrets a les persones grans. El primer que cal dir és la lloança d'aquestes iniciatives, sovint capdavanteres en la detecció de les necessitats socials a les que encara no s'ha donat resposta política sistemàtica i satisfactòria. Es tracta, sens dubte, d'unes entitats i d'unes intervencions que tenen el doble rol de forçar la presa de consciència social davant noves problemàtiques i de donar sortida a les energies i a les bones voluntats de persones que no troben altres canals de participació política i social que les convenci. I deixem de banda, perquè aquest no és el lloc de afrontar-ho, l'anàlisi de la simptomatologia socio-política que representa l'èxit aclaparador d'aquest tipus d'iniciativa social.

Davant les exigències que presenta l'atenció a la gent gran, els reptes ètics mes punyents en la òrbita del voluntariat són l'eficàcia i la seriositat. Cal una orquestració adequada de les accions voluntàries i gratuïtes per tal que no quedin en l'àmbit de les bones voluntats de caire assistencial i benèfic. I per això, la primera exigència és la de l'eficàcia. No es tracta d'oferir allò que es vol oferir, sinó sobre tot de respondre adequadament a les necessitats reals que presenta la gent gran. I assolir aquesta fita demana un doble esforç, d'anàlisi situacional de la gent gran concreta a la que es vol atendre, i de col·laboració orgànica amb les altres iniciatives, de caire públic o privat, que ja existeixen en l'escenari concret on es vol desenvolupar la intervenció. El perill, malgrat la alta consideració que mereixen la bona voluntat i l'esperit desinteressat, està en l'oferiment de prestacions innecessàries, tant com en la redundància en l'oferta de prestacions que ja s'estan duent a terme.

La segona exigència és la de seriositat. Pot passar, i de vegades malauradament passa, que sota la qualificació de acció voluntària, generosa, desinteressada, fins i tot gratuïta, s'hi amagui la pretesa d'una acció que no compromet més enllà de la lliure i espontània disponibilitat. I aquesta és una seriosa irresponsabilitat que cal fer notar, especialment en endegar un servei de voluntariat. Quan una persona o un col·lectiu es comprometen a dur a terme una acció solidària de resposta a una necessitat social, cal saber que aquest compromís vincula, al menys en terminis establerts formalment, en l'assoliment efectiu del servei que es vol prestar. Si oferim una prestació i la fem dependre de la lliure disponibilitat de grups i persones, el que queda en joc és la recepció efectiva d'aquest servei per part dels seus destinataris als quals, certament, hem generat una

expectativa que no pot ser defraudada, precisament perquè la seva necessitat és ben real i necessitada de resposta.

Aquesta doble exigència s'expressa de vegades en termes de "professionalització" del voluntariat i malgrat que l'ús del terme sigui discutible, manifesta ben bé el que s'espera de les persones implicades en aquest tipus de prestació de serveis. Serveixi un exemple palès: si algú, en nom d'una organització de voluntariat, es compromet a anar a fer la compra a gent gran que per la seva dificultat de mobilitat no pot fer-ho, aquesta compra s'haurà de garantir en el termes i ritmes compromesos donat que si manca el servei, això deixarà a la persona gran desatesa, amb l'agreujant de la comprensible frustració que li comportarà el gest i que li farà sentir, ben fort, el pes feixuc de la seva situació de precarietat social.

5.6.8 Les instàncies polítiques i socials

Hem parlat de l'Estat del Benestar com a marc en el que cal escriure els reptes i les responsabilitats davant els fenòmens emergents: la immigració, la gent gran, les addiccions, la seguretat viària... És precisament aquest Estat del Benestar que volem i que hem anat construint el que ha de garantir la resposta orgànica a les necessitats bàsiques de la ciutadania. I ho ha de fer de manera sistemàtica i institucional.

La primera exigència adreçada a les instàncies polítiques i socials és la detecció, la presa de consciència i la voluntat d'afrontament dels problemes socials emergents. Sembla obvi i tanmateix cal dir-ho. La situació de la gent gran és un exemple palès d'un cert endormiscament de les diverses administracions que, davant un escenari demogràficament i sanitariament previsible, no ha sabut anticipar-se als fets de manera efectiva. Hem hagut d'assistir a massa casos d'abús per part d'iniciatives privades, i sovint amb un estricte ànim lucratiu, especialment pel que fa a residències geriàtriques, abans que l'administració pública prengués mesures i adoptés una iniciativa pública certament indispensable. Qüestions com l'atenció a la gent gran, l'ajut a les seves famílies, l'atenció a les persones amb un alt grau de dependència, i tantes altres d'àmbits diversos de la convivència social i les necessitats que plantegen, arriben sovint tard. La tasca prospectiva és inherent a la responsabilitat política i com a tal exigible.

També és esperable de les institucions públiques l'establiment d'un cos legislatiu que contempli i respongui a les noves necessitats, així com la creació d'una

consciència col·lectiva del problema, que faciliti una major sensibilització per part de tota la ciutadania. Certament cal reconèixer la tasca feta en aquest sentit, la llei de dependència n'és un exemple concret i recent, però això no impedeix adreçar l'exigència formal de seguir avançant en aquest sentit, millorant el marc legal i la creació de les estructures adequades per respondre amb qualitat a l'escenari d'un nombre important de persones grans que presenten unes precarietats i necessitats que han de ser socialment satisfetes.

De les instàncies polítiques i socials cal destacar, en cada cas, aquelles més directament implicades en una determinada problemàtica. En el nostre cas, l'atenció a la gent gran afecta ben especialment a sanitat i a benestar social. És exigible que esmercin esforços per organitzar la resposta orgànica que sigui necessària, pública i privada, per atendre a les persones grans i ajudar-les a viure el darrer tram de la seva vida en termes de qualitat. I això vol dir, certament, la dotació dels recursos necessaris per a que els objectius siguin assolibles. Recursos materials, econòmics i en infraestructures, i recursos humans. La problemàtica de la gestió dels recursos en la societat del benestar és certament important, de vegades greu, sens dubte. Però cal garantir la certesa per part de la ciutadania que s'està fent el possible. I cal, sobre tot, generar la certesa de la ciutadania que no s'estan dilapidant els recursos de manera insatisfactòria en matèries a les que la mateixa ciutadania no dona una prioritat essencial. En aquest sentit és exigible un esforç de diàleg social, en la òrbita d'una ètica civil, que permeti la complicitat global i el consens indispensable sobre quines són les matèries que mereixen atenció prioritària.

Referències bibliogràfiques

DE BEAUVOIR, S.

1989.

La vejez

Edhasa, Barcelona

NELLO, A.

2000.

"La quadratura circumscribita de l'ètica professional" a *Ars Brevis*.

Anuari de la Càtedra Ramon Llull-Blanquerna

SANCHEZ GRANJEL, L.

1991

Historia de la vejez

Ediciones Universidad de Salamanca, Salamanca

RIBERA CASADO, J.M. - GIL GREGORIO, P. (EDS.),

1995

Problemas éticos en relación con el paciente anciano,

Editores Médicos, Madrid

ANNEX

DOCUMENTACIÓ RELLEVANT

S'ha realitzat una recollida de documents relacionats amb l'àmbit de les persones grans, per tal d'elaborar el marc teòric de l'estudi. Aquest material també inclou, documentació específica relativa al barri del Poble Sec de Barcelona, per tal de recollir dades específiques d'aquesta població.

S'ha realitzat una recerca de dades, que van des d'una perspectiva més general, com és el cas del Llibre Blanc de la dependència que ens dona una visió àmplia de la situació que hi ha a Espanya de les persones grans amb dependència, fins a dades que es centren exclusivament al barri del Poble Sec, com és el cas de la memòria de Sants-Montjuïc. D'aquesta manera hem pogut conèixer quines són les necessitats de les persones grans que hi ha documentades i quines són les línies d'actuació en aquesta població.

Ajuntament de Barcelona (2006). Programa Municipal per a la Gent Gran. Ajuntament de Barcelona. Regidoria de Benestar Social: Barcelona.

En aquest document es recull un anàlisi dels perfils socials i demogràfics de les persones grans de la ciutat, les pautes evolutives d'aquests perfils, i els canvis accelerats en les estructures familiars, de suport i de convivència a Barcelona.

Aquest programa de l'Ajuntament de Barcelona, ens ha proporcionat dades rellevants dels diferents districtes de Barcelona, Així doncs, ens ha donat la opció a poder comparar indicadors demogràfics i socials del districte de Sants Montjuïc (Districte del Barri del Poble Sec) amb altres districtes de Barcelona, així, cada vegada més, hem anat concretant la situació del barri del Poble-sec.

En aquest document, també, es fan presents les necessitats i dependències de les persones grans a Barcelona, la situació econòmica, entre altres. A partir d'aquest anàlisi, en el programa, es recull el Decàleg de Síntesi dels Perfils de la gent gran amb dependència.

A partir d'aquí, el document, presenta una oferta de serveis (ofertes de serveis per a la gent gran de Barcelona-2005),

i les propostes dels Consells de Participació Social, que es presenten en el Programa d'Actuació Municipal 2004-2007. Aquesta informació és de gran rellevància, per a comparar quins són els criteris d'actuació per part de l'administració, i quines són les demandes que fa la gent gran, d'aquesta manera, podrem conèixer es fan presents noves necessitats que no apareixen en el pla d'actuació.

Ajuntament de Barcelona (2005). Memòria de Sants-Montjuïc del 2005. Ajuntament de Barcelona. Districte de Sants-Montjuïc: Barcelona

La memòria ens ha proporcionat moltes dades sobre el barri del Poble-sec. Dades Socio-demogràfiques, els recursos humans de les persones del barri, la salut pública, serveis socials, la integració de les persones amb discapacitat, l'educació, la cultura, els esports, la promoció social en la gent gran, dones, infància, joventut i, cooperació i solidaritat.

Aquesta memòria ens proporciona dades sobre els anteriors punts, fent referència als diferents barris del districtes, Poble Sec, Montjuïc, Zona Franca-Port, Font de la Guatlla, Bordeta-Hostafrancs i Sants. D'aquesta manera podem conèixer quins són els serveis que s'ofereixen als diferents barris.

Ajuntament de Barcelona. (2004) Pla Municipal al Barri de Sants-Montjuïc. Ajuntament de Barcelona. Districte de Sants-Montjuïc: Barcelona

El PAD és un document que s'ha concebut, tenint en compte les obligacions que la legislació planteja, l'assignació de competències i la dotació de recursos econòmics, materials i personals. El PAD vol ser un instrument de futur flexible i adaptable.

El procés participatiu que s'ha portat a terme per la redacció d'aquest Pla ha tingut, i tindrà, un seguiment igualment obert a la participació de la ciutadania i de les entitats del Districte. El Consell de Districte, els Consells

Sectorials, els Consells d'Equipament, així com les Comissions Consultives de Govern, són òrgans dels quals es revisen públicament la concreció del PAD. Per tant, des d'aquest document, hem abstret dades que ens informen sobre quines són i seran, les pautes d'actuació en el Districte de Sants-Montjuïc, en concret en el Barri del Poble Sec. Per tant, ens permet contrastar aquesta informació amb la visió de la gent gran que viu al barri.

Document de la II Convenció de les Veus de la Gent Gran de Barcelona. Data: 31 de gener i 1 de febrer del 2007.

Es tracta d'un document sobre estratègies de l'Ajuntament de Barcelona, consensuat amb les pròpies persones grans així com també amb professionals del sector, per tal de millorar la qualitat de vida i els recursos de la ciutat.

Fundació Institut Català de l'Envel·liment. UAB (2004). Anuario del envejecimiento a Cataluña. Situació de l'envel·liment a Catalunya. Glosa: Barcelona

Aquest document ens ha proporcionat dades sobre la situació de la gent gran a Catalunya. Les dades fan referència als indicadors demogràfics, als indicadors socials, als indicadors de salut i als recursos socials i sanitaris. D'aquesta manera, aquestes dades ens han aproximat a una situació cada vegada més propera a la nostra població de gent gran.

Aquest estudi, presenta una recollida sistemàtica d'informació sobre les persones grans a Catalunya. Per tant, aporta una recopilació de les principals dades i a la vegada, nous anàlisis i informació a partir de les principals enquestes disponibles.

D'altra banda, es presenta una planificació i presa de decisions que afecten a la vida quotidiana de les persones grans a Catalunya.

Aquesta informació ens és útil per a contrastar-la amb les dades que tenim sobre el barri del Poble Sec. D'aquesta manera observem si les línies proposades de planificació a la població de la gent gran a Catalunya, es veuen beneficiades en el barri del Poble Sec.

IMSERSO (2004). Libro Blanco sobre la "Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España. Instituto de mayores y servicios sociales: Madrid

Aquest document ens ha proporcionat una visió general de quines són les bases demogràfiques, característiques i perfils, de les persones amb dependència a Espanya. Aquest llibre ens ha proporcionat informació sobre quins són els recursos socials per a l'atenció a les persones grans en situació de dependència. També, hem obtingut dades rellevants sobre quin és el sistema sanitari per a l'atenció a aquestes persones i com es coordina aquest sistema.

També, en aquest llibre, es fa un anàlisis de quins són els models d'atenció a la dependència existents en l'actualitat en la Unió Europea i OCDE.

Llibre Blanc de la gent gran activa. El paper actiu de la gent gran a la nova societat. Propostes de millora i recomanacions. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar i salut. Octubre de 2002.

Es tracta d'un llibre editat per la Generalitat de Catalunya, per tal de donar a conèixer les principals orientacions en relació al benestar integral de la persona i promoure estratègies d'intervenció per a millorar la qualitat de vida de la gent gran activa a la nostra societat.

Llibre Blanc de la dependència. . Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar i salut. Octubre de 2002.

Es tracta d'un llibre editat per la Generalitat de Catalunya, per tal de donar a conèixer les principals orientacions en relació al benestar de les persones grans amb dependència i les seves famílies.

Ley de la Dependencia (2006). Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

L'atenció a les persones en situació de dependència i la promoció de la seva autonomia personal constitueix un dels principals reptes de la política social dels països desenvolupats. El repte no és altre que atendre a les necessitats d'aquelles persones qu, per trobar-se en situació d'especial vulnerabilitat, requereixen recolzament per tal de dur a terme les activitats essencials de la vida diària, adquirir una major autonomia personal i poder exercir plenament els seus drets de ciutadania.

La present Llei regula les condicions bàsiques de promoció de l'autonomia personal i d'atenció a les persones en

situación de dependència mitjançant la creació d'un Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD), amb la col·laboració i participació de totes les administracions públiques.

El Sistema té com a finalitat principal el garantir les condicions bàsiques i la previsió dels nivells de protecció a què refereix la present Llei. A tal efecte, serveix com a canalitzador per a la col·laboració i participació de les Administracions Públiques i per optimitzar els recursos públics i privats disponibles. D'aquesta forma, configura un dret subjectiu que es fonamenta en els principis d'universalitat, equitat i accessibilitat, desenvolupant un model d'atenció integral al ciutadà, al que es reconeix com a beneficiari la seva participació en el Sistema.

Es tracta doncs de desenvolupar, a partir del marc competencial, un model innovador integrat basat en la cooperació interadministrativa i en el respecte a les competències.

Naciones Unidas (2002). Informe de la segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, 8 a 12 de abril, Madrid.

Aquest document ens ha proporcionat informació molt rellevant sobre quines són les propostes d'actuació a la població de la gent gran. En aquest pla d'actuació es reconeixen les característiques comuns de l'envelliment i els problemes que presenta, i es formulen actuacions concretes adaptables a les diverses circumstàncies de cada país. En aquest Pla es tenen en compte les diferents etapes del desenvolupament i les transicions que es donen a diverses regions, així com la interdependència de tots els països en la present època de globalització.

L'assemblea proposa les següents recomanacions per a l'adopció de mesures:

Les persones grans i el desenvolupament
Participació activa en la societat i el desenvolupament
El treball i l'envelliment del força del treball
Desenvolupament rural, migració i urbanització
Accés al coneixement, la educació i la capacitat
Solidaritat intergeneracional
Eradicació de la pobresa
Seguretat del ingressos, protecció social i prevenció de la pobresa.
Situacions d'emergència

El fonament de la salut i el benestar en la vellesa
El fonament de la salut i el benestar durant tota la vida
Elaboració de polítiques per prevenir la mala salut entre les persones d'edat
Accés universal i equitatiu als serveis d'atenció de la salut
Les persones d'edat i el SIDA
Capacitació dels proveïdors de serveis de salut i dels professionals de la salut
Les persones d'edat amb discapacitat
Orientació prioritària
Creació d'un entorn propici i favorable.
La vivenda i les condicions de vida
Assistència i recolzament a les persones que proporcionen assistència
Abandonament, maltractament i violència
Imatges de l'envelliment.

L'assemblea tracta sobre quines aplicacions i seguiments tenen aquestes mesures en l'àmbit nacional i internacional. Per tant, aquestes dades ens serveixen per a observar de quina manera es porten aquestes línies d'actuació, si es segueixen també en àmbits més concrets com poden ser Barcelona, i encara més, el barri del Poble Sec.