



Debats Catalunya Social

Propostes des
del Tercer Sector



Taula d'entitats
del Tercer Sector Social
de Catalunya

núm. 69
setembre de 2024

Envelliment(s):
protagonistes, diversitat i
avenç cap a un nou model
d'acompanyament integral



Envelliment(s): protagonistes, diversitat i avenç cap a un nou model d'acompanyament integral

Carlos Chirinos

Universitat Rovira i Virgili.

Doctor en antropologia i comunicació per la Universitat Rovira i Virgili (URV, 2021), màster en antropologia mèdica i salut internacional (URV, 2015), i llicenciat en antropologia social (Universitat Pontifícia Catòlica del Perú, 2010). Ha estat investigador postdoctoral Margarita Salas (2022-2024) a l'Oxford Brookes University i a la URV. Actualment és investigador postdoctoral Marie Skłodowska-Curie (2024-2027) al Centre em Rede d'Investigação em Antropologia (CRIA) i al Population Studies and Training Center (PSTC) de la Brown University. El seu projecte estudia l'organització social de les cures de l'envelliment i les experiències de cura de la gent gran en el context de crisi climàtica a pobles de la frontera hispanoportuguesa. Les seves línies de recerca principals es basen en l'experiència de la malaltia i la discapacitat; la construcció cultural del gènere i el parentiu; les cures quotidianes de llarga durada, i els processos i els significats sobre l'envelliment. És membre de l'equip de recerca de la URV dels projectes competitius R+D següents: GenderCare (2018-2021), CUMADE (2020-2021), CareModel (2021-2024), RETCOV(2022-2025) i ALTERCARE (2024-2027).

Índex

1. Introducció	4
▶ 1.1. Què és l'envel·liment?	4
▶ 1.2. Transicions demogràfiques i crisi de la cura a l'envel·liment.....	7
▶ 1.3. Les persones grans com a agents actius	11
▶ 1.4. La perspectiva del model d'atenció centrada en la persona i la interseccionalitat	13
2. Prestacions i serveis actuals d'acompanyament a l'envel·liment	16
▶ 2.1. Els recursos des de la perspectiva de la prevenció	16
▶ 2.2. Recursos disponibles des de la situació de dependència.....	23
3. Els reptes de l'atenció a l'envel·liment	29
▶ 3.1. Ecosistemes locals de cura: per què poden ser útils?	29
▶ 3.2. La participació de les persones grans en la presa de decisions.....	30
▶ 3.3. El paper de la llar i la comunitat	34
▶ 3.4. El model residencial i el procés de desinstitucionalització	38
▶ 3.5. La soledat no desitjada	44
▶ 3.6. La bretxa digital	46
4. Experiències en primera persona de l'acompanyament a l'envel·liment...51	
▶ 4.1. La Pepa i la Indira. L'acompanyament a l'hemiplegia i la postració.....	52
▶ 4.2. L'Alfonso i la Maria. L'acompanyament a la fragilitat i la demència	56
▶ 4.3. El Jordi i la Clàudia. L'acompanyament a la discapacitat i la salut mental.....	59
5. Conclusions	62
▶ 5.1. Reptes del sistema actual	63
▶ 5.2. Cap a un model integral d'acompanyament a l'envel·liment.....	66
6. Referències.....	69

1. Introducció

Aquest document té com a objectiu oferir un apropament sobre l'acompanyament a l'envelliment a Catalunya, és a dir, sobre com convergeixen les polítiques socials existents, els agents públics, socials, mercantils, comunitaris i familiars, i les experiències de les persones grans en el procés d'atenció a l'envelliment. Explorar aquesta dimensió relacional de l'envelliment té com a finalitat visibilitzar els reptes actuals del sistema i convidar a la reflexió per a l'adequació d'un model d'acompanyament més integral que doni respostes a les principals necessitats de les persones grans. Per a aquesta anàlisi és clau reposar la mirada en la transversalitat dels models d'atenció centrats en la persona i en la idea d'interseccionalitat en les trajectòries d'atenció de les persones grans. Així mateix, encara que l'envelliment comprèn múltiples fases, el focus d'aquest document se centra majoritàriament en les persones grans en situació de vulnerabilitat i dependència.

1.1. Què és l'envelliment?

L'envelliment és una categoria heterogènia i dinàmica. No es tracta d'un estat estàtic de la nostra condició humana, sinó d'una experiència variable que flueix i que actua de forma diversa en les persones. Per tant, no podem parlar d'un tipus d'envelliment, sinó d'una diversitat d'envelliments influenciats, no només per la nostra condició biològica, sinó també per les condicions polítiques, socials i econòmiques d'on vivim i ens relacionem.

Tot i que des d'un punt de vista biològic, i tal com ho defineix l'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2022), l'envelliment pot entendre's com l'acumulació de danys cel·lulars, el descens gradual de les capacitats físiques i mentals, un major risc de malaltia i, en última instància, la mort, l'envelliment és un terme encara més complex. No s'envelleix únicament des de la individualitat dels nostres cossos, sinó que s'envelleix en societat; això és, des del cúmul de relacions socials que establim al llarg de la nostra vida, sigui en l'àmbit familiar o comunitari, com a subjectes polítics capaços de decidir per nosaltres mateixos i com a ciutadania amb

polítiques públiques que ens garanteixin una qualitat de vida adequada davant les nostres demandes i necessitats.

En termes estrictes, per envellir només cal néixer. Envellim cada segon que passa. No obstant això, no envellim sota les mateixes condicions ni oportunitats. Envellim determinats per la classe social, pel gènere, pel lloc d'origen, per l'ètnia, per la nostra diversitat sexual o per la nostra discapacitat.

Hi ha persones que envelleixen amb discapacitats físiques, orgàniques, sensorials i intel·lectuals i que han hagut de lluitar amb estigmes i barreres d'accessibilitat. Hi ha persones que envelleixen amb malalties cròniques que han requerit intervencions i tractaments mèdics consecutius. Mentre que hi ha altres persones que han hagut de lluitar contra la pobresa, l'exclusió i la violència. Tots aquests factors desgasten de manera notable les persones conduint-les cap a un envelliment prematur. En algunes circumstàncies es tracta de persones que no han arribat als 40 o 50 anys, però que mostren signes visibles d'una major fragilitat. Es tracta, doncs, d'un tipus d'envelliment socialment poc visible i problematitzat que requereix un tipus d'acompanyament d'acord amb les seves vulnerabilitats clarament no determinades per l'edat.

Socialment, compartim la idea que una persona és gran quan s'acosta a l'edat de jubilació. A les societats industrialitzades la vellesa ha estat construïda socialment sota els paradigmes biològics i productivistes. Els cicles de vida comunament coneguts com a infància, adolescència, edat adulta i vellesa responen a aquest mateix model que porta a naturalitzar aquestes etapes des d'una perspectiva cronològica. No obstant això, l'envelliment no té una vinculació relativa a l'edat. Un ni es fa gran de forma sobtada ni després de jubilar-se. El problema subjacent de naturalitzar aquesta relació de l'envelliment amb l'edat és el consegüent edatisme en el qual es troben immerses les nostres societats. L'edatisme és un tipus de discriminació basat en els prejudicis per edat que pateixen moltes persones grans. El problema que comporten aquests estereotips és que tendeixen a homogeneïtzar un grup de persones grans àmpliament divers, de manera que se les percep com a persones passives i dependents bàsicament pel seu

antagonisme amb els models productivistes en els quals es basen les nostres societats capitalistes. D'aquí que socialment es consideri l'edat de 65 anys (edat mitjana de jubilació) la de tall per mesurar i categoritzar el període d'envelliment. Una percepció social que cala en diverses capes de la societat i es tradueix en discursos i polítiques que exclouen les persones grans com a ciutadans i ciutadanes lliures de la seva pròpia autodeterminació.

No hi ha vellesa en singular, sinó velleses en plural. I l'envelliment no és un fet estàtic, sinó una experiència processual que denota canvis en la nostra corporalitat i subjectivitat sobre com ens entenem i posicionem en la societat. Aquesta pluralitat comporta la necessitat de pensar en nous termes per explicar aquesta variabilitat de l'envelliment. Com "segona edat adulta" (Bateson, 2013), que busca visibilitzar l'autonomia de les persones grans amb la consecució de projectes educatius com anar a la universitat o fer viatges pendents. O termes com "envelliment exitós" (Lamb, 2019), que pretén ressaltar el grau actiu de les persones grans respecte a la seva salut i les relacions socials en els seus entorns locals. Encara que aquests termes reivindiquen l'envelliment des del seu costat més actiu, queda clar que aquest "èxit" dependrà dels condicionaments socials i de classe en els quals s'envelleix. Si pensem, per exemple, en una persona gran magrebí que viu al Raval de Barcelona, la seva taxa d'èxit és la mateixa que la mitjana de la població gran catalana de classe mitjana? L'important en aquest punt és comprendre que l'envelliment és múltiple i que no s'ha de basar en l'edat i el model productivista, sinó en la lliure autodeterminació de les persones grans com a ciutadanes i subjectes polítics independentment de la classe i la procedència.

Quan la fragilitat i la vulnerabilitat s'accentuen en les persones grans ho fan dins d'un marc temporal i progressiu. Queda clar que les dependències poden arribar després d'un accident, com a resultat d'una malaltia crònica o sota una violència estructural determinada per desigualtats socials. No obstant això, el que es pretén en aquest apartat és pensar l'envelliment posant distància respecte als patrons reduccionistes i lineals sobre els quals s'ha construït convencionalment, i possibilitar una comprensió

més dinàmica i complexa del terme que inclou totes les persones al llarg de l'envelliment, amb independència de la seva edat i incloent-hi les persones en envelliment prematur a causa de problemes de salut o discapacitat.

Al llarg de tot el dossier ens referim a les persones grans sempre des d'aquesta aproximació en un sentit ampli del terme, incorporant-hi també les persones que pateixen un envelliment prematur.

1.2. Transicions demogràfiques i crisi de la cura a l'envelliment

L'augment de la longevitat ha de ser entès com un dels grans èxits de la humanitat. Els progressos mèdics han estat un factor determinant, però poc s'hauria aconseguit sense polítiques socials que apliquessin aquests avenços en la salut en les diverses capes de la societat. Segons l'Institut Nacional d'Estadística (2022), Catalunya és una de les quatre comunitats autònomes amb l'esperança de vida en el moment de néixer més alta de l'Estat espanyol. Entre el període 2018-2022, Catalunya va registrar una esperança de vida de 80,4 anys per als homes i 85,9 anys per a les dones (Idescat, 2024). Si s'observa l'evolució d'aquestes dades a la província de Barcelona es pot entendre aquesta magnitud demogràfica. Mentre que l'any 1900 les persones vivien com a mitjana fins als 31,6 anys, l'any 2020 aquesta mitjana va assolir els 82,6 anys (Ajuntament de Barcelona, 2022). En cent vint anys, la capital de Catalunya quasi ha triplicat l'esperança de vida, i amb això ha redefinit el concepte de longevitat i de població gran.

Tanmateix, així com s'ha experimentat una longevitat important en els últims anys, també s'ha experimentat una reducció de la taxa de natalitat. Des de fa més de quaranta anys, Catalunya presenta indicadors negatius, de manera que s'ha passat de 2,72 fills per dona l'any 1975 a 1,17 l'any 2022 (Idescat, 2024). Aquest indicador poblacional obeeix a un fenomen social més complex relacionat

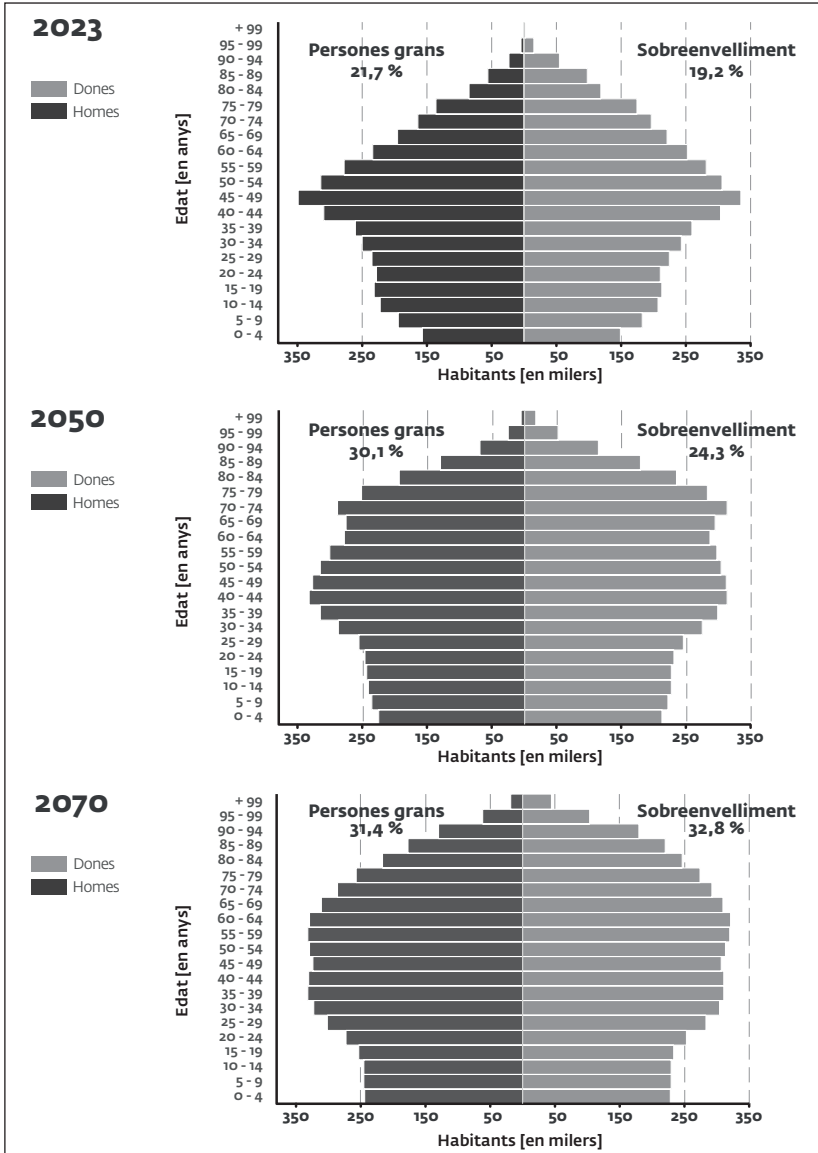
1 En aquest document, cura i atenció es consideren termes equivalents i intercanviables.

amb els canvis en els models de gènere i el paper de les dones a la nostra societat. L'espai domèstic tradicionalment reservat al món femení ha estat subvertit, trencant els models patriarcals que relegaven les dones únicament a la llar. Actualment, el model de gènere en les nostres societats s'ha transformat, fet que es demostra amb la importància de la participació de les dones al mercat laboral. No obstant això, el temps que comporta formar-se en un ofici o una professió, així com el temps a assolir els projectes professionals i laborals, ha contribuït a endarrerir el naixement del primer fill i, amb això, la reducció de la taxa de natalitat.

Amb tot, l'increment de l'esperança de vida i la disminució de la natalitat ha generat grans canvis demogràfics. Catalunya, com altres societats occidentals, és una societat envellida. L'any 2023, les persones de més de 65 anys representaven una mica més d'una cinquena part de la població total (un 21,7 %). Per a l'any 2050 s'espera que aquest grup superi la quarta part de la població (un 30,1 %) i per al 2070 que es mantingui aquesta tendència (un 31,4 %) (Idescat, 2024).

Aquesta situació comporta una sèrie de problemes socials encadenats. No només serem una societat envellida, sinó sobreenvellida. El 2023, el grup de persones majors de 84 anys ja representava el 19,2 % de la població total més gran de 65 anys (Idescat, 2022). Això vol dir que el grup de persones de més de 85 anys serà superior en els anys vinents (un 24,3 % per al 2050 i un 32,8 % per al 2070), amb el corresponent increment de la demanda d'atenció i cura. Durant el 2023, el Departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya va constatar que un 15,8 % de la població catalana de 65 anys o més tenia una dependència reconeguda (Generalitat de Catalunya, 2023). Un percentatge que se supera si es considera les persones grans encara pendents d'una resolució definitiva. Si a aquesta situació de longevitat i major dependència se li suma la baixa natalitat, observarem un canvi intergeneracional insuficient per afrontar les demandes de cura d'una població cada vegada més envellida i en transició.

Gràfic 1. Població Catalunya 2023 i projeccions 2050 i 2070. Persones grans i sobreenvelliment



Font: Idescat, 2024, 2022.

Més enllà d'això, el model familiar, principal actor social que atén les persones grans, es troba en transformació. El model familiar d'un home proveïdor i una dona cuidadora s'ha substituït per un model familiar de doble ingrés, en què ambdós membres de la parella han de treballar si desitgen una manutenció de qualitat. Tanmateix, encara que s'ha transformat el model de família, els rols de gènere han patit poca variació. Les dones continuen sent les principals treballadores de l'espai domèstic i els pilars de cura. En alguns casos, depenent del poder adquisitiu, les dones decideixen no cuidar directament els seus familiars grans, de manera que externalitzen la cura al mercat; generalment, es diposita en dones d'origen migrat i en ocupacions precàries. No obstant això, la gran majoria de les persones no poden accedir a aquest tipus de recurs, per la qual cosa moltes dones de la família han de lluitar amb les atencions de les persones grans dependents i, alhora, amb la vida laboral i els treballs domèstics i familiars; una situació que les esgota, les sobrecarrega i vulnera la seva condició com a cuidadores i ciutadanes.

Aquesta situació ha comportat una crisi de la cura de les persones grans. Els canvis demogràfics derivats de la longevitat i la natalitat, així com els canvis socials respecte als models familiars i el paper de les dones en el mercat laboral, adverteixen sobre un escenari cada cop més diligent en l'atenció a l'envelliment a Catalunya. Com en altres societats mediterrànies, l'acompanyament a l'envelliment a Catalunya actualment es basa en un model familiarista fracturat.

L'actual context de crisi ens suggereix que aquest model és insuficient i injust socialment per a les persones grans i per a les persones cuidadores (majoritàriament, dones). Per tant, es necessita un compromís social més sòlid que vinculi l'experiència d'envellir amb polítiques socials que facilitin l'acompanyament integral de les persones grans, respectant-ne l'autonomia, la relació amb l'entorn, la família i la comunitat, i les seves demandes i necessitats segons el grau de dependència i vulnerabilitat.

1.3. Les persones grans com a agents actius

Com ja s'ha assenyalat anteriorment, el procés d'envelliment és ampli i plural i està determinat tant per la condició biològica com per factors socials, culturals, econòmics i polítics. El principi bàsic que ha de regir aquest procés multidimensional d'envellir es fonamenta en la noció de benestar. I el benestar no només correspon a l'accés a serveis mèdics o socials, sinó també a la dimensió subjectiva de com volem viure les nostres velleses. Per això és clau el respecte i el dret a la lliure autodeterminació de les persones grans. Gran part d'aquest respecte sorgeix de reconèixer les persones grans com a agents actius.

Ser una persona gran no és sinònim de dependència. Tampoc fa referència a una agència passiva. Ser una persona gran comprèn un llarg període de vida que pot situar-se en termes estadístics des dels 65 fins als 100 anys o més. En tot aquest procés perdem progressivament funcions físiques i cognitives, així com relacions socials a causa de la major fragilitat o mort d'amics i parents propers. Però no perdem la nostra condició com a subjectes polítics, encara que la salut es deteriori.

Fins i tot en situacions de malalties mentals degeneratives, la persona pot perdre gradualment la memòria, però qui la cuida ha de respectar els seus desitjos de com ser cuidada en un procés de negociació que s'inicia des dels primers símptomes fins a la pèrdua de la memòria i de la identitat, de forma quotidiana i contínua. No es cuida des de la individualitat i la immediatesa, sinó des del reconeixement de la història personal i col·lectiva.

Actualment, hi ha una diversitat de conceptes que busquen reivindicar el paper actiu de les persones grans a la nostra societat, com la ja citada "segona edat adulta". Gran part d'aquests conceptes es basen en l'etapa immediata a la jubilació i està dirigida a un tipus de vellesa amb escassa dependència. Aquesta fase pot considerar-se com la que socialment és més activa. Veiem les persones grans conduint, fent encàrrecs. Les veiem comprant. Les veiem entre amistats i persones conegudes xerrant en un bar. Les veiem interactuant amb plantes i animals en els horts. O les

veiem fent esport. Són agents actius del seu propi benestar. I, al mateix temps, són també agents actius del benestar d'altres i de la reproducció social. Paradoxalment, malgrat la seva gran contribució a la societat, sol ser la fase menys visible. Les persones grans aporten a la societat cuidant els nets i netes. Aporten quan compren o preparen el menjar dels fills i filles ja independitzats. Aporten quan deixen herències. I, sobretot, aporten quan han de mantenir amb les seves jubilacions els seus parents propers que perden la feina i fins i tot la llar. Si no, pensem en qui sostenia moltes famílies durant la crisi econòmica del 2008.

No obstant això, els conceptes que reivindiquen la posició activa de les persones grans solen centrar-se en aquesta condició física més saludable del continu procés d'envelliment. L'important és no basar-se únicament en les condicions biològiques i mèdiques de l'envelliment per comprendre l'agència activa de les persones grans. Els éssers humans som interdependents durant tota la nostra vida, des que naixem fins que morim (Held, 2006). Ens necessitem els uns als altres per a la sostenibilitat de la vida, que està garantida per l'aliment o l'accés a la salut, com a elements bàsics i necessaris per a l'existència, i també per valors associats a la dignitat, l'afecte i la companyia, com a elements essencials per al nostre benestar i la convivència en societat.

El que es vol remarcar és que la qualitat de la persona gran com a agent actiu no conclou amb el pas del temps. En l'etapa en què apareixen les dependències i la fragilitat es tendeixen a reforçar socialment els estigmes, la infantilització i l'edatisme, i en conseqüència es creen barreres davant la capacitat activa, la condició política i el benestar de les persones grans. Hem de comprendre que les persones envellides no perden la seva agència malgrat l'increment de les vulnerabilitats i dependències. Aquesta condició no ha d'associar-se únicament al procés biològic de declivi de les funcions corporals i mentals, sinó que s'ha de relacionar amb la condició humana i la qualitat com a ciutadans i ciutadanes. Tot això implica entendre les vulnerabilitats associades a l'envelliment, respectar els entorns i significats, i enfortir les relacions socials i l'acompanyament sense que això comporti desvincular-los com a

subjectes autònoms. L'agència activa no es mesura des de la individualitat, sinó des de les històries particulars de les persones grans com a subjectes polítics i socials.

1.4. La perspectiva del model d'atenció centrada en la persona i la interseccionalitat

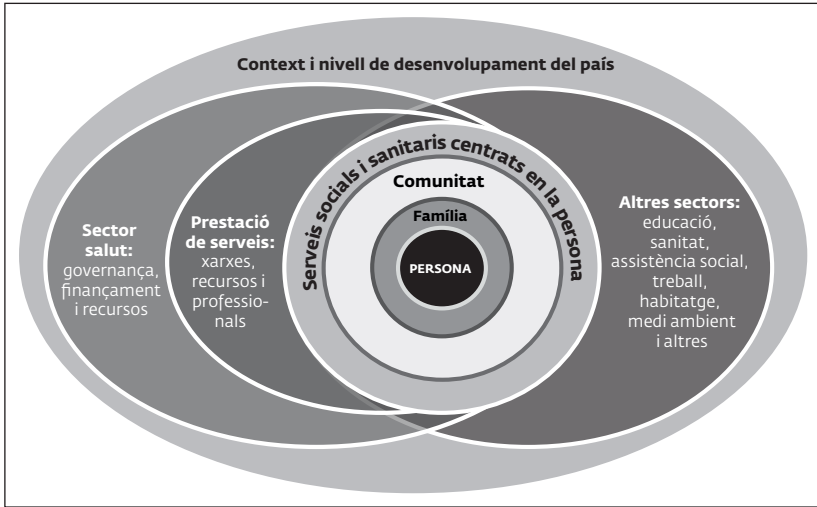
A continuació, es resumeixen dos conceptes clau que són necessaris per a la cerca d'un model d'acompanyament més integral en els processos d'envelliment. La seva adaptació als serveis socials i a les polítiques públiques d'atenció a les persones grans ha de constituir la base de la seva activitat i organització.

MODEL D'ATENCIÓ CENTRAT EN LA PERSONA

L'atenció centrada en la persona és un model que en els últims anys ha rebut un interès especial per la seva importància en la recerca del canvi de paradigma en l'atenció professional sanitària i sociosanitària (Organització Mundial de la Salut, 2015). La seva importància resideix en el fet que l'enfocament no ha de dipositar-se en la classificació de les malalties i els condicionants organitzatius, sinó en la perspectiva holística i humana de la persona atesa com a base per al reconeixement de la seva lliure determinació. En aquest sentit, el model d'atenció centrat en la persona aplicada a l'envelliment consisteix en el reconeixement de les capacitats de les persones grans, del seu valor i singularitat, i no pas en les seves dependències (Martínez Rodríguez *et al.*, 2015).

Això implica un treball conjunt. D'una banda, un compromís social i intersectorial que suposi la relació activa entre els diversos agents socials, com la família, la comunitat i els serveis sociosanitaris, amb polítiques públiques coherents. D'altra banda, comporta que les relacions quotidianes d'atenció professional es construeixin considerant les històries de vida de les persones grans per potenciar les seves capacitats i la lliure determinació.

Gràfic 2. Marc conceptual sobre el model centrat en les persones



Font: OMS, 2015.

Per tant, no es tracta de persones grans adaptant-se a un model, sinó tot el contrari, d'un model integral que ha d'adaptar-se a les necessitats i demandes d'atenció de les persones grans, respectant la seva singularitat com a individus dins del seu entorn social immediat (famílies i comunitats). El benestar que procura aquest model no es basa únicament en l'atenció a l'individu i les seves corporalitats, sinó a comprendre la persona com un subjecte social, és a dir, immers en un món de significats particulars que només cobra coherència en col·lectivitat. D'aquí la importància d'entendre aquest model des d'una perspectiva holística i intersectorial.

INTERSECCIONALITAT

La interseccionalitat és un terme que es treballa des de fa una mica més de quatre dècades amb una llarga tradició en els moviments feministes i afroamericans als Estats Units, originat principalment per les desigualtats estructurals que vinculaven les dones negres amb actes de discriminació racial i de gènere (Crenshaw, 1991).

Actualment es tracta d'un concepte versàtil àmpliament usat a l'acadèmia i debatut en el disseny i implementació de les polítiques públiques. Un terme que ha transcendit més enllà de les categories de gènere i raça, que aborda moltes altres categories de desigualtats socials segons els contextos locals. Així, per exemple, la mirada interseccional és útil en les polítiques d'envelliment, perquè permet desemascarar les diferents categories socials que potencien l'exclusió i la desigualtat de les persones grans a Catalunya, com podrien ser l'edat, la classe social, el gènere, la sexualitat, la discapacitat, l'origen, etc.

És important comprendre dos elements essencials de la interseccionalitat com a eina d'anàlisi i de disseny i implementació de polítiques. El primer és que la interseccionalitat té l'objectiu de comprendre les desigualtats estructurals que afecten les persones en un temps i un context social determinat; és a dir, aquesta aproximació només és vàlida per a un grup de persones específiques que reuneixen una sèrie de criteris (Expósito, 2012). Per tant, no es tracta d'una aproximació universal, sinó que comprèn l'heterogeneïtat entre els grups socials i dins dels grups socials. Així, en el cas de les persones grans, no és el mateix analitzar les desigualtats socials que afecten les persones d'origen immigratori a Catalunya que les que afecten les persones grans nascudes a Catalunya. Encara que formen part del mateix col·lectiu, les desigualtats de gènere, classe o llengua seran diferents.

Un segon element essencial que defineix la interseccionalitat com a aproximació analítica és que busca entendre la desigualtat a partir de la interrelació de les formes estructurals de discriminació. Això implica preguntar-se com interactuen diverses categories socials com l'edatisme, el classisme, la xenofòbia i totes les fòbies i "ismes" des d'una perspectiva simultània (Platero, 2012). És a dir, no es tracta de la suma de desigualtats, sinó de com es relacionen creant un únic sistema. Abordar-ho de manera separada significaria excloure tota una població que es veu afectada per un conjunt de desigualtats.

Aquests dos elements són essencials per (re)conèixer l'exclusió estructural de les persones grans i com condiona

l'acompanyament a l'envelliment a Catalunya, així com per generar estratègies d'afrontament. Es tracta, doncs, d'una aproximació que permet visibilitzar i reconèixer els problemes socials en contextos locals i de vida quotidiana. No es tracta només d'un enfocament que s'ha d'implementar en les polítiques públiques, sinó que també hi ha de ser en protocols d'espais tan locals com residències o centres de dia. Es tracta de visibilitzar les desigualtats que acompanyen els processos d'envelliment, actuar per fer-hi front i qüestionar-se si les administracions potencien la igualtat o si perpetuen les desigualtats.

2. Prestacions i serveis actuals d'acompanyament a l'envelliment

Aquesta secció intenta fer una mirada general sobre la situació dels principals recursos, prestacions i serveis de què es disposa actualment destinats a les persones grans a Catalunya. Per a aquest propòsit, s'ha considerat oportú dividir aquest exercici descriptiu en dos nivells: (1) els recursos que es destinen a la prevenció i (2) els recursos disponibles a partir de les situacions de dependència.

2.1. Els recursos des de la perspectiva de la prevenció

Des de la perspectiva de la prevenció, i deixant de banda els recursos que pot proporcionar el Sistema per a l'autonomia i l'atenció de la dependència (SAAD) sobre aquest tema, es pot assenyalar que existeixen diversos recursos socials a Catalunya que acompanyen en l'envelliment. Tanmateix, es tracta de recursos molt atomitzats segons els entorns locals. La falta de fonts que sistematitzin els recursos de prevenció a Catalunya dificulten que els puguem treballar a bastament en aquest dossier. Existeixen diverses iniciatives i programes segons les localitats. Per això, els exemples que se citen en aquesta secció corresponen a iniciatives principalment

provinents del govern autonòmic català i de l'Ajuntament de Barcelona, a més d'alguna iniciativa de la societat civil. Es tracta, doncs, d'una aproximació als recursos socials de la prevenció en l'envelliment a Catalunya. A continuació, s'expliquen tres punts que es consideren clau per comprendre de què parlem quan fem referència a la prevenció en l'envelliment.

SOBRE LA PREVENCIÓ

La prevenció és una noció que es mou entre els àmbits sanitari i social. Encara que, si hem de posar en una balança tots dos sistemes i contrastar-los respecte a la seva aplicabilitat, es podria dir que la prevenció en l'envelliment a Catalunya té una orientació principalment sanitària per l'èmfasi en l'estat de salut de les persones grans i de les seves fragilitats. Pel que fa a aquesta prevenció, el Canal Salut del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (2022) apunta el següent:

Si bé cal adoptar estils de vida saludables des de la infància per prevenir-les, mai no és tard per incorporar noves conductes, accions o actituds en benefici de la salut. Fer-se gran no vol dir emmalaltir. És un procés d'adaptació a una nova situació física i psicològica que requereix mantenir uns estils de vida saludables adaptats a aquesta nova etapa de la vida, tenint molt en compte que petits canvis mantinguts de l'estil de vida tenen grans efectes sobre la salut. (Canal Salut, 2022)

D'aquí que quan es fan les primeres recerques sobre el tema de la prevenció en les persones grans, els portals autonòmics i locals recomanin fonamentalment mesures de prevenció en relació amb l'activitat física, l'alimentació, l'ús de medicaments, les vacunes, els trastorns en l'estat d'ànim, etc.

Si cal mencionar guies o plans de prevenció respecte a un àmbit social en concret, és possible que la soledat no desitjada sigui un dels temes més problematitzats, el qual es desenvolupa més endavant en les seccions posteriors d'aquest dossier. La Generalitat de Catalunya, així com l'Ajuntament de Barcelona, són les

administracions que més visibilitzen aquesta qüestió. Pot consultar-se, per exemple, la *Guia per a la prevenció, detecció i acompanyament de persones grans en situacions de soledat. Estratègia municipal contra la soledat 2020-2030*, de l'Ajuntament de Barcelona (2023).

De la mateixa manera, encara que amb una perspectiva sociosanitària, hi ha la prevenció contra les inclemències climàtiques, principalment referida a recomanacions cap a les persones grans; en concret, tracta l'adopció de mesures per part dels diversos ajuntaments i municipis de Catalunya per prevenir defalliments deguts a l'augment de la temperatura en temporades estivals. Només cal recordar que l'estiu del 2023 a Catalunya les persones més grans de 65 anys van representar el 89 % del total de morts atribuïbles a les altes temperatures (MoMo, 2024). Prova d'aquesta situació és la xarxa de refugis climàtics que es promocionen des de diversos ajuntaments catalans, com ara biblioteques, casals de persones grans, centres cívics, poliesportius, etc. Com a exemple, l'Ajuntament de Barcelona compta amb una xarxa de 210 refugis climàtics per a l'estiu distribuïts entre els deu districtes municipals (Ajuntament de Barcelona, 2024).

Pel que fa a qüestions relatives a la prevenció de la pobresa o les vulnerabilitats socials —com, per exemple, en el cas de les persones grans en situació de sensellarisme—, es disposa de menys dades sistematitzades.

SOBRE EL MODEL DE LA PREVENCIÓ EN L'ENVELLIMENT

Actualment, a Catalunya, la implementació de polítiques, programes i iniciatives locals de prevenció per a les persones grans es basa en dos conceptes provinents de marcs supranacionals com són l'OMS i la Unió Europea: "envelliment actiu" i "envelliment saludable" (Generalitat de Catalunya, 2024). Ambdós termes fan referència a les oportunitats de salut en els processos d'envelliment que garanteixen la qualitat de vida, el benestar, l'autonomia i la no discriminació. Aquests models es fonamenten en una aproximació holística de la persona gran que, encara que prioritza clarament la salut, intenta integrar les dimensions social, cultural i política per

garantir un enfocament més integral sobre la complexitat del ben-estar de les persones grans.

Conseqüentment, tal com volen transmetre els programes i les iniciatives del govern autonòmic i dels ajuntaments de Catalunya, el model de prevenció pretén ser inclusiu independentment dels graus de dependència. És possible que quan es pensi en prevenció, només es faci des de l'escenari de les persones grans actives i sense dependències. No obstant això, si es té en compte la tipologia habitual (vegeu el quadre) es podrà veure que existeixen tres tipus de prevenció, dels quals dos tenen en compte els estats més vulnerables i fràgils de les persones grans.

Tipus de prevenció

- Prevenció primària: intenta evitar l'aparició de la dependència. Centrada en les persones grans no dependents.
- Prevenció secundària: quan hi ha una dependència inicial i es procura millorar-ne el pronòstic. Centrada principalment en persones grans lleument dependents.
- Prevenció terciària: quan hi ha una dependència consolidada i es busca pal·liar-ne les conseqüències. Centrada en persones grans amb dependències accentuades.

En aquest sentit, els diversos recursos de prevenció en l'envelliment es destinen tant a les persones grans no dependents com a les dependents —encara que aquestes últimes poden accedir, també, com a beneficiàries del SAAD, a prestacions i serveis orientats a la prevenció—. Un exemple d'això poden ser els refugis climàtics, en què els plans d'acció es destinen a persones grans amb discapacitat o sense, precisament per prevenir majors riscos davant l'increment de les temperatures.

És necessari comprendre que la noció de prevenció a la qual es fa referència en aquesta secció està orientada a tota la població envellida, independentment dels graus de fragilitat, ja que

se centra a evitar l'aparició de les dependències. Els conceptes "envelliment actiu" i "envelliment saludable", que donen forma al model actual de prevenció, pretenen ser inclusius pel que fa als diferents tipus de persones grans. El que interessa emfatitzar en aquest punt és que la prevenció en l'envelliment, tal com està configurada actualment, procura esdevenir un dret transversal i plural independentment de si les dependències han estat reconegudes o no.

Així mateix, és important destacar que, encara que els recursos d'actuació en la prevenció tinguin una lògica principalment sanitària, potencien, al mateix temps, la capacitat d'autonomia de les persones grans i el seu reconeixement social. En altres paraules, la prevenció des del model de "l'envelliment actiu" i de "l'envelliment saludable", encara que tingui una base sòlida en la salut, tracta de tenir en compte la salut conjuntament amb el context social i polític de les persones envellides.

COM S'ORGANITZA LA PREVENCIÓ

A grans trets, es podria assenyalar que la prevenció en l'envelliment a Catalunya s'organitza en àrees bàsiques, siguin consells comarcals, ajuntaments o municipalitats, regits pels serveis de salut com poden ser els centres d'atenció primària (CAP) i els serveis socials. Així mateix, els CAP són una peça clau en l'entramat de la prevenció, ja que acostumen a ser les primeres instàncies a identificar els factors de risc de la població més gran segons els seus entorns locals. Catalunya compta amb 419 CAP (INE, 2022) arreu del territori, la qual cosa la converteix en la xarxa més extensa respecte a la resta de comunitats autònomes i, per tant, en el territori amb majors recursos per a la identificació de les problemàtiques locals associades a la prevenció de les persones grans. Cal deixar clar que per a la identificació dels riscos i la implementació de programes de prevenció és bàsic el treball en equip entre els serveis

socials i sanitaris, en què destaquen el personal de treball social, el d'infermeria comunitària i el de medicina de família.²

Per tant, la prevenció no ha de ser entesa necessàriament com un exercici fruit de les polítiques autonòmiques, sinó preferentment com a iniciatives públiques locals que responguin a demandes específiques de la seva població. És clar que en l'àmbit autonòmic existeixen unes línies de prevenció generals que són transversals a tot el territori català. Tanmateix, la identificació i les iniciatives particulars corresponen en gran part a demandes locals en què els CAP i els serveis socials tenen un paper fonamental.

Això té sentit, ja que no seria el mateix implementar un pla de prevenció en una localitat urbana amb una població de persones grans migrades que implantar-lo en una localitat rural amb una població de persones grans nascudes a Catalunya en habitatges dispersos geogràficament, encara que és el govern autonòmic el que pauta les línies generals d'actuació sobre les quals han de basar-se les particularitats i l'aplicació de cada àrea bàsica. Per exemple, actualment, la crisi climàtica s'accentua i l'increment de temperatures impacta en la vida quotidiana i la salut de les persones grans, així que no és el mateix impulsar programes de prevenció a l'hivern que a l'estiu, en un entorn rural o en un entorn urbà. Per tant, la iniciativa en qüestió dependrà de la geografia, la demografia i els recursos disponibles de cada municipi.

Així doncs, els equips que han de desenvolupar aquests plans no han de regir-se només pels factors de risc cap a aquest tipus de població des del pla sanitari (dietes, malalties, deshidratacions, etc.), sinó que també han de comprendre la cultura local, la llengua, els costums i les vulnerabilitats socials (pobresa, exclusió, discriminació, etc.) que condicionen el benestar d'aquestes poblacions. Un element, l'intercultural, que pot comportar l'increment de la demanda d'iniciatives de prevenció més complexes.

2 Així ho mostra la implementació del model d'infermeria de gestió de casos, que treballa amb models predictius per fer front de manera preventiva als problemes de les persones grans amb indicadors de fragilitat (Institut Català de la Salut, 2010).

Taula 1. Programes públics promoguts per l'Agència de Salut Pública de Catalunya i l'Ajuntament de Barcelona, 2024

Institució	Programes	Iniciatives
Agència de Salut Pública de Catalunya	Accions territorials del PINSAP centrades en l'envelliment	Envelliment i noves tecnologies (Alt Pirineu i Aran)
		Promoció de l'envelliment actiu (Barcelona)
		Projecte "Tracta'm bé" (Catalunya central)
		Envelliment actiu i vincles intergeneracionals (Girona)
		Apoderament i reconeixement de les persones grans (Lleida)
		Envelliment i despoblació (Terres de l'Ebre)
	Jornades i esdeveniments periòdics	Jornades PAAS Dia Internacional de les Persones Grans Dia Mundial de l'Activitat Física
Ajuntament de Barcelona	Recursos d'Envelliment actiu	Casals i espais de gent gran Horts urbans "Fes esport" "Canta Gran!"
	Projecte d'acció comunitària Radars	
	Servei d'acompanyament a les persones grans que pateixen soledat i aïllament	
	Pla Barcelona, ciutat amigable amb les persones grans 2022-2030	

Font: elaboració pròpia.

Les anteriors són iniciatives que podríem anomenar de política pública local. No obstant això, és també necessari ressaltar les iniciatives locals comunitàries que provenen de la societat civil, és a dir, de l'associativitat de col·lectius locals i associacions. Aquest tipus d'iniciatives de prevenció són un element essencialment

comunitari, ja que parteix de persones i veïnat que viuen en entorns locals, coneixen la seva història i treballen d'acord amb les problemàtiques socials específiques que els afecten directament. Són aquests tipus d'iniciatives locals, impulsades per la societat civil, les que es troben en el territori català, la qual cosa fa complexa la seva identificació en nombre i objecte de creació.

Cal destacar que, en algunes situacions, per tractar-se d'iniciatives socials promogudes per les persones grans mateixes, visibilitzen la seva pròpia autonomia i capacitat activa, ja que es tracta de persones grans exercint i reivindicant el seu dret ciutadà i col·lectiu. Un exemple d'aquest tipus és SeniorLab, una associació de Reus promoguda per persones grans locals amb la finalitat de "redefinir les necessitats i el valor d'una societat longeva" (SeniorLab, 2024). Algunes de les seves línies d'actuació orientades a la prevenció són la promoció en el benestar i la cura; l'afrontament de l'exclusió digital i tecnològica, i la reversió de les desigualtats en l'envelliment. És important destacar en aquest punt la necessitat d'una major sistematització a escala autonòmica sobre aquestes iniciatives socials per valorar i comprendre el seu rol i l'impacte en l'acompanyament a l'envelliment a Catalunya.

2.2. Recursos disponibles des de la situació de dependència

Tal com indica l'Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), el SAAD és el conjunt de serveis i prestacions econòmiques dedicat a la promoció de l'autonomia personal, l'atenció i la protecció a les persones en situació de dependència, a través de serveis públics i privats concertats degudament acreditats (IMSERSO, 2022). A Catalunya, el SAAD es va implementar el 2008, any en què es va oferir a la població el servei d'avaluació de la situació de dependència i, per tant, el dret a rebre una prestació.

Encara que en aquest apartat no es farà una anàlisi detallada del SAAD a Catalunya, sí que es vol destacar alguns elements centrals que orienten aquesta radiografia general dels recursos a la dependència de les persones grans. Primerament, que el SAAD ha patit

variacions importants des de la seva aplicació que han afectat les valoracions i les prestacions concedides. La crisi econòmica i el Reial decret 20/2012 són els esdeveniments que més han afectat el pressupost del SAAD i, per tant, el dret a rebre una prestació. Com a dada, a Catalunya, el nombre de persones amb dret a prestació no ateses (en llista d'espera per rebre la prestació) va passar de 20.077 el 2013 (el 12,5 %) a 90.673 el 2016 (el 41,7 %) (Martínez-Buján *et al.*, 2021). Des de l'any 2016, que és l'any amb més persones en llista d'espera, el percentatge de resolucions favorables no ateses va començar a baixar, però no ha baixat mai del 25 % (Martínez-Buján *et al.*, 2021).

Segons el XXIII Dictamen de l'Observatori de la Dependència (Associació Estatal de Directores i Gerents en Serveis Socials, 2023) Catalunya continua mantenint la pitjor "taxa del llimb de la dependència" (nombre de sol·licituds ateses i valorades però amb el servei o la prestació pendent de concedir) de totes les comunitats autònomes, amb més del 27,1 % sobre el total de les persones sol·licitants, mentre que la mitjana se situa en l'11,9 %. Segons aquest informe, si segueix aquest ritme de (des)atenció dels últims tres anys, encara trigariem vuit anys a atendre la llista d'espera de les 69.770 persones en situació de dependència que es troben a l'espera de rebre una prestació (llimb). Tal com ho indica Martínez-Buján *et al.* (2021), aquestes dades expressen el col·lapse del sistema de valoració i reconeixement de la situació de dependència i la incapacitat d'assumir econòmicament les prestacions associades al dictamen favorable.

D'altra banda, encara que els serveis i prestacions són per a qualsevol persona que, independentment de l'edat, pugui demostrar un grau d'invalidesa per discapacitat, són les persones grans el grup de població amb un major nombre de sol·licituds. Així doncs, a 31 de març del 2023, de les 361.875 sol·licituds presentades a Catalunya, 272.217 corresponien a persones entre els 65 i més de 80 anys (IMSERSO, 2023), és a dir, una mica més del 75 % de les sol·licituds totals. Aquest perfil poblacional determina certs tipus de serveis i prestacions del SAAD, que veurem a continuació.

Entre els serveis socials bàsics, facilitats des de les àrees bàsiques de serveis socials en els municipis de més de 20.000 habitants i serveis comarcals en els municipis més petits, es troben el servei d'ajuda a

domicili (SAD) i el servei de teleassistència. Entre els serveis especialitzats, competència dels consells comarcals, destaquen els centres de dia i residencials. La llei catalana preveu, també, per a les persones grans, els habitatges tutelats i el servei d'atenció integral per a l'àmbit rural (SAIAR). En el quadre podem parar atenció en aquells recursos destinats a les persones grans, com ara centres de dia, residències, SAD o teleassistència, i adonar-nos del nombre de persones beneficiàries dels diversos serveis a l'envelliment a Catalunya fins al desembre del 2023 (Generalitat de Catalunya, 2023).

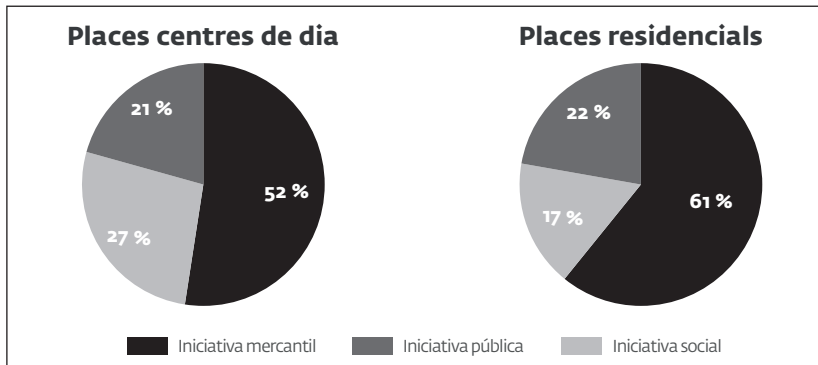
Taula 2. Prestacions i serveis actius a 31 de desembre del 2023

Nombre actual de prestacions i serveis	Total: 244.089
Serveis	136.423
Centre de dia gent gran	6.243
Residència gent gran	27.767
Sociosanitari	167
Atenció diürna per a persones amb discapacitat	7.618
Llar residència per a persones amb discapacitat	3.287
Residència per a persones amb discapacitat	4.059
Assistent personal	99
Servei promoció autonomia personal	842
Llar amb suport per a persones amb malaltia mental	257
Llar residència per a persones amb malaltia mental	1.087
Llarga estada salut mental	357
Servei d'atenció domiciliària	33.851
Teleassistència	27.622
Vinculada a centre de dia	1.890
Vinculada a residència	10.893
Vinculada a SAD	10.384
Prestacions	107.666
Cuidador no professional	107.666

Font: Generalitat de Catalunya, 2023.

Així mateix, es considera important conèixer com es reparteix la titularitat dels serveis i la relació públicoprivada destinada a l'atenció de les persones grans. No només és important saber quins recursos existeixen, sinó com es reparteixen els interessos públics i privats. Tal com s'esmenta en l'Informe CUMADE (Martínez-Buján *et al.*, 2021: 88), a Catalunya té una gran incidència el règim de concerts en el sistema de serveis socials. La xarxa de serveis de titularitat pública integra els serveis estrictament públics, però també els prestadors de serveis que han estat acreditats per la Generalitat de Catalunya, de manera que se'ls reconeix el dret a oferir prestacions i serveis públics. L'aplicació de la Llei de la dependència va suposar una forta ampliació dels serveis subministrats per entitats socials o per empreses mercantils que, al seu torn, reben diners públics a partir de la concertació de places (Comas-d'Argemir, 2015: 399). Hi ha diferents modalitats de concert i de relació públicoprivada. A tall d'exemple, es presenten les dades sobre com es distribueixen les places de centres de dia i centres residencials per a persones grans, perquè es consideren les més representatives. D'un total de 19.571 places a centres de dia existents a Catalunya el 2022, tan sols 5.254 (el 21 %) són d'iniciativa pública (Idescat, 2023). En el cas dels centres residencials, el predomini del sector privat és evident: més del 60 % de les places les ofereix el sector privat (Idescat, 2023).

Gràfic 3. Titularitat de les places en centres de dia i residencials, 2022

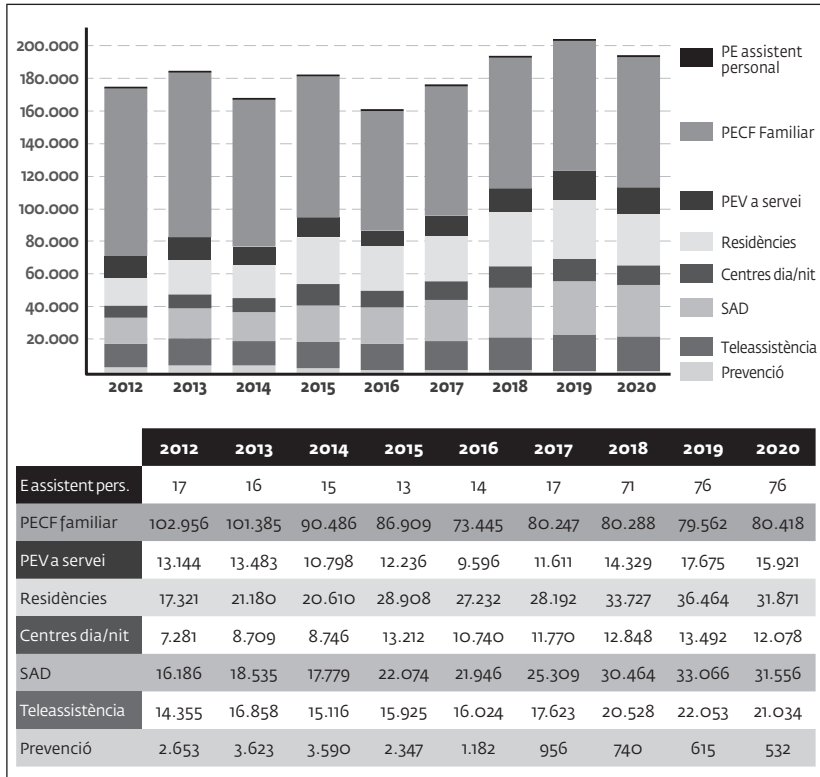


Font: Idescat, 2023.

Així mateix, cal destacar la importància del tercer sector en la provisió de serveis d'acompanyament a l'envelliment com un model intermedi entre l'Administració i les organitzacions lucratives, en què la ciutadania organitzada té un paper preponderant. Tal com ho confirma el Baròmetre de la Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya (2023), les persones grans representen el col·lectiu amb el nivell més alt de suport (un 26 %), seguides de les persones amb discapacitat (un 19,8 %) i infància (un 13,1 %). Aquest fet confirma que les entitats socials catalanes són un actor clau en la canalització i resposta a les demandes de l'envelliment. Seguint de prop el Gràfic 3, les iniciatives socials representen una mica més de la cinquena part de les places ofertes en centres de dia i residències a Catalunya (un 21 % i un 22 %, respectivament). Això il·lustra el paper primordial que exerceix aquest sector en la cobertura dels serveis socials, sobretot en situacions d'envelliment amb majors vulnerabilitats.

Finalment, en relació amb el tipus de prestacions, com indica l'Informe CUMADE (Martínez-Buján *et al.*, 2021: 88), la cura familiar es manté com el tipus de prestació més freqüent, però amb tendència a disminuir. Segons el gràfic que s'exposa a continuació, Catalunya va passar de tenir 107.826 prestacions econòmiques destinades a donar suport a la cura familiar (més del 50 % del total) el 2012, a tenir-ne 72.268 el 2019 (una reducció del 33 %). Malgrat això, el 2019 es registra que encara és la prestació més atorgada (un 39,2 %).

Gràfic 4. Evolució de les prestacions del SAAD a Catalunya, 2012-2020



Font: Martínez-Buján *et al.*, 2021.

Seguint el mateix gràfic, veiem que es produeix un increment del SAD, una prestació subjecta a un règim de copagament que no acostuma a garantir més d'una o dues hores diàries de cura i que, a més, no atén els caps de setmana ni en horari nocturn. Les prestacions d'aquest servei passen de representar el 7 % el 2012 al 15 % el 2020, duplicant la seva demanda durant vuit anys. Un servei de cura de baix cost que resulta insuficient per atendre les necessitats de les persones beneficiàries de la prestació i per alliberar càrrega de treball de cura familiar.

S'observa, també, un increment progressiu, encara que no gaire significatiu, de la prestació de centres residencials i de centres de

dia per al mateix període (un 6 % i un 5 %, respectivament), uns increments que no poden absorbir la demanda, ja que les llistes d'espera per accedir a aquestes institucions són elevades. Per aquesta raó, moltes persones en espera d'una plaça en una institució són ateses en els domicilis mitjançant el treball familiar o remunerat de cura.

3. Els reptes de l'atenció a l'envelliment

L'envelliment a Catalunya presenta grans desafiaments. Alguns d'aquests reptes es dedueixen de l'apartat anterior en què hem abordat els recursos socials que atenen l'envelliment, especialment en les etapes de major fragilitat. En aquest apartat reflexionem sobre quant hem avançat i el camí que encara ens queda per recórrer.

Per entendre millor la perspectiva sobre el que significa fer un acompanyament integral a l'envelliment a Catalunya, cal considerar el concepte clau "ecosistemes locals de cura".³

3.1. Ecosistemes locals de cura: per què poden ser útils?

El concepte d'ecosistemes locals de cura és especialment útil perquè permet entendre l'atenció a l'envelliment des d'una perspectiva local, comunitària i centrada en la persona. Es tracta d'un concepte amb mesures aplicables a les polítiques públiques i que emergeix precisament en els debats actuals sobre la desinstitucionalització de la cura. Partint del principi que els agents d'atenció a les persones grans treballen de forma desarticulada, la idea

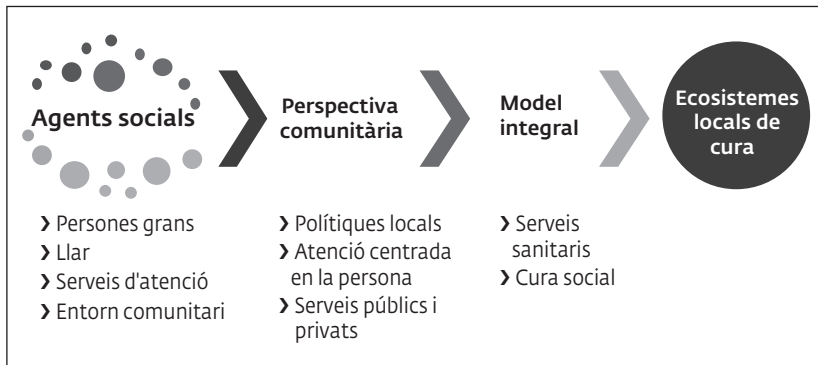
3 És un nou concepte que ha entrat en la reflexió acadèmica i en l'agenda política, i que alguns municipis han començat a implementar. Un exemple d'això és l'experiència d'alguns municipis de Guipúscoa que els estan implantant amb el suport del Govern del País Basc. Vegeu Barañano-Uribarri, Uriarte-Goikoetxea i Legarreta-Iza (2024).

d'ecosistema convida a replantejar un model integral que vinculi els serveis de cura social amb els serveis sanitaris i l'àmbit comunitari (Comas-d'Argemir, en premsa).

L'objectiu d'aquest model és ampliar i reforçar els serveis de cura de proximitat (públics, privats i comunitaris) en àmbits territorials relativament reduïts perquè les persones grans puguin ser ateses localment, sense que això impliqui desvincular-se del seu entorn. Per això, és important coordinar els diversos serveis locals (teleassistència, centres de dia, assistència domiciliària...) per garantir una atenció centrada en les persones grans.

D'acord amb les idees de proximitat i interrelació dels agents clau, com són les persones, la llar, la comunitat i els serveis d'atenció a l'envelliment, les següents seccions es desenvolupen en aquest marc, vinculant els agents entre si.

Gràfic 5. Ecosistemes locals de cura



Font: elaboració pròpia.

3.2. La participació de les persones grans en la presa de decisions

Les persones grans no participen sempre en la presa de decisions sobre el seu envelliment. En gran part, les seves capacitats per decidir i actuar lliurement es veuen profundament rebaixades en

una societat que privilegia la producció, la immediatesa i la individualitat. És cert que a mesura que les persones envelleixen perden certes capacitats, però no tots envellim de la mateixa manera. Amb tot, finalment, tots acabem mostrant una certa fragilitat, i és en aquest moment quan es veu més afectada l'autodeterminació i, per tant, la presa de decisions sobre la pròpia cura.

Els factors esmentats actuen com a capes pesades que se superposen i intercepten en els processos d'envelliment, alhora que retallen la veu i l'autodeterminació de les persones grans. Anteriorment ja hem comentat la importància de veure aquestes capes profundes des de la interseccionalitat. La migració, la pobresa, el gènere, l'edatisme, l'homofòbia i la infantilització són capes que es reforcen per donar lloc a un resultat majoritari i socialment compartit. És una violència estructural que configura subjectivament les maneres d'experimentar la vellesa, influint en tots els àmbits de la societat.

Malgrat això, des de la perspectiva ciutadana, existeixen tota una sèrie d'iniciatives i mecanismes que promouen la participació de les persones grans contrarestant aquest model persistent d'exclusió. Un exemple d'això són els consells municipals de les persones grans disseminats per tot el territori català que formen part de l'estructura política dels principals ajuntaments, com ara l'Ajuntament de Girona, l'Ajuntament de Lleida, l'Ajuntament de Tarragona i el denominat Consell Assessor de les Persones Grans de Barcelona, de l'Ajuntament de Barcelona, o el Consell de la Gent Gran de Catalunya. És destacable que en aquests espais de participació es garanteixen la veu i el vot de les persones grans i s'obren canals de debat i de coordinació que afronten les seves principals problemàtiques. L'objectiu és generar polítiques urbanes i entorns ciutadans que estimulin la seva autonomia i participació, els quals poden ser des de situacions puntuals com l'accessibilitat a espais d'oci de teatres i cinemes (rampes, dificultats en l'audició, etc.) (Ajuntament de Tarragona, 2018), fins a grans projectes urbanístics per al foment de l'envelliment actiu (superilles de Barcelona) (Fiori *et al.*, 2024).

A més, l'any 2021 es va promulgar la Llei orgànica 3/2021 de regulació de l'eutanàsia (LORE) a l'Estat espanyol, la qual demostra un

gran avenç en el reconeixement de la presa de decisions de les persones afectades per malalties greus i referma el reconeixement de l'autonomia de les persones grans. Durant l'any 2022, a Catalunya, la població més gran de 60 anys va representar el gruix de la població sol·licitant (un 82 %) i de la població que va rebre aquesta prestació (un 85 %) (Generalitat de Catalunya, 2023). A més, Catalunya va ser, durant el mateix període, el territori amb més quantitat de sol·licituds (un 30 %) i prestacions (un 32 %), de manera que va representar gairebé un terç del total de les comunitats (Ministeri de Sanitat, 2023). Aquest escenari possiblement respon als recursos de què disposa Catalunya pel que fa al dret de morir dignament provinents de la Generalitat de Catalunya i l'Ajuntament de Barcelona, la ciutat amb la quantitat més gran de demanda de tot Catalunya. La conscienciació sobre aquest dret i la reivindicació de la capacitat de decidir de les persones grans en situacions de malaltia es du a terme amb jornades informatives, com xerrades per a familiars, persones afectades, personal sanitari, tallers, etc., i gràcies a entitats civils, com l'Associació Dret a Morir Dignament Catalunya.

El model d'atenció centrat en la persona es posiciona precisament en aquest àmbit, ja que cerca el reconeixement del dret de les persones grans a exercir el control sobre la seva vida i el seu dret a la cura; fins i tot, quan la seva capacitat de prendre decisions es veu afectada per la demència o la discapacitat intel·lectual. Tanmateix, es considera que, per tal que l'atenció centrada en la persona sigui efectiva, ha de reconèixer dos principis mínims:

- Ha de ser un model multidireccional, que reconegui la interrelació de dos subjectes polítics o més, amb la persona gran com a protagonista.
- Aquest reconeixement només és possible en esferes properes i situades; és a dir, la interrelació ha de gestar-se des de baix o, més ben dit, des de la micro i meso escala cap a l'escala macrosocial, si realment es vol incorporar la veu de les persones grans.

Els ecosistemes locals de cura compleixen aquests requisits per la seva perspectiva local i relacional i busquen no desvincular les persones grans del seu entorn proper, fent-les participants de la seva cura i tenint-les en compte com a agents autònoms.

Les nostres societats han anat desempoderant les persones grans. La nostra tasca com a societat és retornar-los la dignitat legítima com a ciutadans i ciutadanes, fent-les participar de com volen viure, ser ateses i morir. Es tracta de no despersonalitzar-les i reforçar el seu sentit de pertinença, les seves relacions i identitats. És una tasca que —és important deixar-ho clar— demanda una gran quantitat de temps, recursos, treball i empatia. Vegem l'exemple del Vicente, un home cuidador gran, que tracta d'encaixar el reconeixement de la seva dona com a persona, el suport a l'autodeterminació i els reptes de la cura des de la proximitat.

Tot i que hi ha situacions en què el Vicente es veu aclaparat per les ofenses de la Lola, hi ha un reconeixement que les tensions es creen a partir de les actituds d'una esposa regida per la lògica de l'Alzheimer (...). Quan la Lola insisteix a recuperar la roba bruta, la seva acció no respon necessàriament a un acte de rebel·lia i confrontació cap a un marit que li explica, des d'una lògica antagònica, que aquella roba no hauria de fer-la servir perquè fa mala olor. Les seves lògiques són diferents. Tot i les conjectures del Vicente, entén que la seva lògica no és la mateixa que la de la Lola, però també entén que ha de respectar els seus desitjos. Espera pacientment en una altra habitació fins que la Lola, al cap de dos o tres minuts, oblida el seu acte "rebel" (...). Quan passa això, el Vicente l'ajuda a vestir-se amb veu suau, com si no hagués passat res (...). Encara que la Lola deixi de ser ella mateixa a causa de la malaltia, per al Vicente, continuarà sent la seva dona. (Chirinos, 2021: 427-428) (Traducció del castellà.)

3.3. El paper de la llar i la comunitat

LA LLAR

A Catalunya, la llar és sens dubte el recurs més bàsic per a l'acompanyament a l'envelliment. És important tenir en compte que quan parlem de llar, parlem de família, i quan parlem de família, parlem de dones. La cura de les persones grans a Catalunya, com a la resta de societats mediterrànies, es basa en un model essencialment familiarista i generitzat.

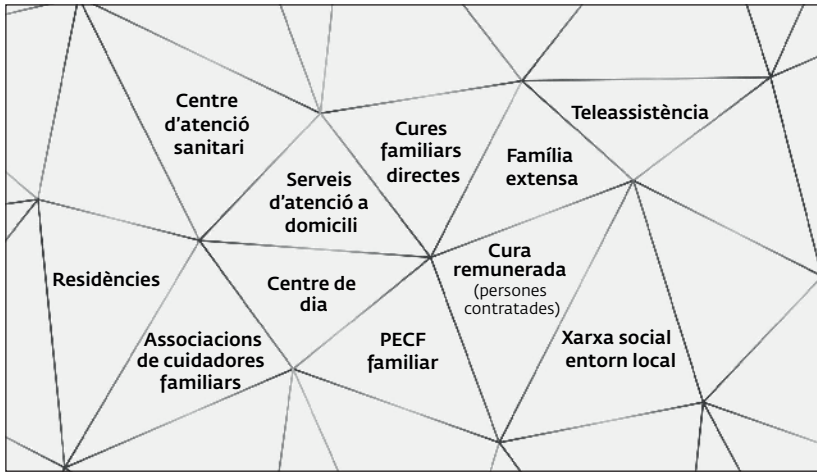
Prova del fet que és familiarista són les xifres de prestacions econòmiques per cura familiar a Catalunya (vegeu el Gràfic 4 i la Taula 1). I prova del fet que és generitzat és l'obligació moral amb què les dones s'hi veuen sotmeses per la societat i el sentiment de culpa que senten quan intenten escapar d'aquesta obligació moral envers els seus familiars grans. D'aquí la importància de revertir aquest model amb més implicació i compromís dels homes en la cura, un canvi necessari per garantir l'equitat de gènere.

Tanmateix, també és important entendre que quan parlem de cura familiar, parlem de llar, un espai ple de significats. L'atenció a l'envelliment no passa a qualsevol lloc, sinó dins d'un entorn material i immaterial construït des de la identitat i el sentit de pertinença a una família. En aquest espai convergeixen la gratitud, el compromís i l'amor, però també aspectes problemàtics que poden generar conflictes entre els familiars per les desigualtats en els seus compromisos, punts de vista o qüestions materials i econòmiques.

El més destacable és que cuidar en aquest entorn significa fer-ho amb pocs recursos, sobretot en el cas de les persones en situació de més exclusió. Es tracta de trobar solucions creatives (i sovint desesperades) per afrontar les situacions quotidianes. En l'acompanyament a l'envelliment a la llar es fan servir diversos recursos fragmentats: la família extensa, els serveis públics o les prestacions, el mercat i la comunitat. És el que Montserrat Soronellas *et al.* (2021) han anomenat "mosaic de recursos de cura", un trencaclosques que representa el repte d'encaixar les diverses peces

d'atenció: les ajudes del SAAD, la persona cuidadora contractada que assisteix unes hores a casa, el familiar que hi va de visita, el centre de dia, el centre sanitari, el veïnat, les amistats, etc. És un mosaic complex, amb peces disperses que la família ha de fer encaixar.

Gràfic 6. Mosaic de recursos de cura



Font: elaboració pròpia.

Curiosament, la llar com a centre d'acompanyament a l'envel·liment ofereix una barreja de sentiments contradictoris. D'una banda, mostra la seva cara menys amable, ja que reproduïx una injustícia social construïda sobre l'obligació moral de les dones de la família de tenir-ne cura, i, quan hi ha recursos, sovint s'opta per dones d'origen immigratori contractades que perpetuen el mateix model de gènere, fet que sovint també alimenta l'economia submergida. Així mateix, mostra la injustícia social sobre les persones grans i les seves famílies, que han de fer front a les dificultats per accedir a prestacions i serveis públics, així com la vulnerabilitat social de llars, amb entorns precaris, insalubres i d'accés difícil (pisos sense ascensors o escales estretes).

D'altra banda, paradoxalment, la llar és el lloc on la majoria de les persones grans volen envellir. La llar és una representació cultural construïda a partir de les emocions i les experiències en un entorn ple de vida, relacions i cultura material que ens recorda contínuament qui som en relació amb les nostres històries familiars.⁴ Només cal fixar-se en el significat que tenen les fotografies, els mobles del menjador o les olors de la cuina. A la llar es cuida des de les pràctiques d'atenció, i també des de la simbologia de l'entorn, tan personal i significativa que s'idealitza i crea una cosmovisió, una manera particular de veure els nostres mons familiars (Danely, 2022).

Per revertir aquestes paradoxes és important incorporar a la llar una perspectiva local i ecosistèmica, connectant de manera efectiva els serveis de cura social amb els serveis sanitaris i els diversos agents comunitaris. Això és el que es coneix com l'atenció integrada social i sanitària de base comunitària.

LA COMUNITAT

Cal entendre que la llar no es limita només a l'habitatge. La llar també és el teixit social en què aquest habitatge s'integra. Per tant, envellir a la llar no és només fer-ho a casa i en família, sinó en un entorn comunitari. Els entorns locals, com els barris, pobles i pedanies, tenen un gran significat de pertinença per a les persones grans.

Què s'entén per comunitat? D'una banda, la comunitat és el conjunt de relacions i vincles construïts en un procés de vida col·lectiva, en què els seus habitants s'identifiquen com a membres d'un espai geogràfic i la seva història. Es pot resumir com el sentiment local que es reforça ritualment en la vida quotidiana, com quan una persona gran saluda al veïnat, va a comprar a la fleca, la peixateria i la carnisseria o a pentinar-se a la perruqueria.

4 Una mostra sobre aquest poder simbòlic la podem trobar a la pel·lícula *La Casa* (2024), d'Alex Montoya, basada en el còmic de Paco Roca. En la literatura, un viu exemple n'és també *Cien años de soledad*, de Gabriel García Márquez, entre d'altres.

Aquestes pràctiques socials no només són transaccions comercials, sinó que també impliquen vincles interpersonals acompanyats de converses, complicitats i xafarderies. Són experiències locals i col·lectives que generen benestar a les persones grans pels llaços afectius, el sentit de pertinença i el reconeixement com a subjectes polítics amb una identitat i història personal. Per això és tan important que, quan les xarxes socials de les persones grans comencen a desaparèixer (coetanis que emmalalteixen i moren), es fomenti la creació de nous vincles intergeneracionals per evitar l'aïllament social i la soledat no desitjada. En aquest sentit, les superilles⁵ de l'Ajuntament de Barcelona promogudes des de l'any 2016 són un clar exemple urbanístic que pretén reforçar els vincles socials i de proximitat entre les diferents generacions d'un barri. Uns vincles que sovint s'esquerden pels processos accelerats d'anonimat social característics de les grans urbs.

D'altra banda, la comunitat també són els serveis de proximitat per a l'atenció a l'envelliment. Aquests serveis inclouen els CAP, els centres de dia, les residències, el SAD, les farmàcies i els casals per a les persones grans, entre d'altres. Són agents de cura amb els quals les persones grans han establert vincles estrets. Així, es genera una xarxa col·lectiva que no es basa en l'anonimat, sinó en la proximitat entre les persones, en què l'entorn també té un paper fonamental. Durant el 2022, la superilla de l'Eixample, per exemple, va promoure entorns socials per a les persones grans ateses en centres de dia i residències, de manera que es van desenvolupar espais adaptats, amb vegetació i punts d'ombra en l'àmbit de 32 residències i 10 centres de dia, d'un total de 87 i 33 locals, respectivament, que componen el districte (Ajuntament de Barcelona, 2022).

5 Es poden mencionar dos projectes de superilles. Una primera de tipus urbanístic, la més comuna i difosa, que fa referència al desenvolupament de zones verdes, comunitàries i de pacificació del trànsit. I una segona, denominada superilla social, que afecta l'organització de la cura a través de polítiques públiques locals i que proposa la integració dels àmbits social i sanitari, com s'esmenta en l'apartat La soledat no desitjada d'aquest dossier. A pesar que hi ha una diferenciació entre ambdós projectes, en aquest document es pretén ressaltar la iniciativa pública local en les experiències de cura quotidiana, independentment del tipus que sigui.

Cal entendre que tots aquests vincles comunals que les persones grans han construït es barregen amb un entorn natural a voltes invisi­bilitzat, com ara parcs, horts i animals. En estudis recents sobre la cura i l'envelliment a Catalunya⁶ s'han considerat els recorreguts de les persones grans pels espais locals i s'ha pogut comprendre la importància que té la natura en els processos de cura i benestar. El suport afectiu que proporcionen els gossos i gats és molt destaca­ble, així com el sentit de benestar que ofereixen els horts, plantant o collint verdures, o amb la cria de gallines. En entorns rurals, cal destacar el valor del paisatge, el clima i les muntanyes, així com la sensi­bilitat a les olors naturals i el que evoca en les persones grans.

Per això és tan important el paper dels entorns comunitaris quan l'envelliment arriba a les etapes més fràgils. Desvincular-se d'aquesta xarxa col·lectiva significa trencar un llarg procés de ben­estar centrat en la col·lectivitat i l'entorn natural. Per tant, es neces­sitin pobles i ciutats que cuidin tant a través d'una xarxa de serveis de proximitat com mitjançant els vincles socials i l'urbanisme. No només les cases han d'estar adaptades per respectar la lliure circula­ció de les persones grans, sinó també els recorreguts públics i comu­nitaris que proporcionen benestar i dignitat al procés d'envelliment.

3.4. El model residencial i el procés de desinstitucionalització

És important assenyalar que el model residencial en l'acompanya­ment a l'envelliment comprèn diverses possibilitats, entre les quals hi ha la llar (que ja hem analitzat) i, des d'una perspectiva de serveis, altres alternatives com els habitatges tutelats (per a persones grans amb un grau d'autonomia suficient) i els centres residencials (per a persones grans amb un grau d'autonomia insuficient), que poden ser públics, privats o concertats. També són destacables iniciatives

6 Projecte CareModel. El model de cures de llarga durada en transició: estratègies polítiques, familiars i comunitàries per afrontar les conseqüències de la pandèmia covid-19. Universitat Rovira i Virgili. (PID2020-114887RB-C31).

recents com els coneguts *cohousings* o habitatges col·laboratius autogestionats.

Encara que aquesta secció se centra bàsicament en els centres residencials i el paper que tenen en el procés de desinstitucionalització a Catalunya, és vital tenir constància que el model residencial obeeix a un ventall d'opcions en què conflueix el desig (i dret) de les persones grans sobre on volen envellir i la residència a la qual poden accedir. Una tasca d'encaix en la qual no sempre coincideixen el tipus de residència a què s'accedeix i els desitjos d'on es vol envellir.

ELS CENTRES RESIDENCIALS

Es podria afirmar que les persones grans no van voluntàriament a un centre residencial; hi són portades. La residència és l'última opció per a les famílies: quan és pràcticament impossible cuidar a la llar, s'activa tot un itinerari institucional. Parlem d'itinerari perquè el procés no és immediat. Ho és si es tracta d'una plaça privada, però no quan és pública. Com indica l'Informe CUMADE (Comas-d'Argemir i Bofill-Poch, 2021), hi ha una llista d'espera que pot anar dels sis mesos als cinc anys, cosa que genera ineludiblement un procés de selecció social. Aquells que no disposen de recursos han d'esperar, i això es transforma en una experiència esgotadora i extenuant tant per a les famílies cuidadores com per a les persones grans. També hi ha l'opció de sol·licitar una prestació vinculada al servei (PEVS), cosa que implica que la família assumeixi part de la plaça, una quantitat que pot arribar fins als 2.000 euros, fet que no totes les famílies es poden permetre d'assumir.

A Catalunya, tot i que les residències són un recurs, accedir-hi no és fàcil, ni tampoc ho és el desig de fer-ho. El model residencial continua tenint un fort estigma social segons el qual s'hi va per a no tornar-ne. Catalunya compta amb diferents tipus de models residencials i de diferents dimensions: actualment, un 17,1 % de les residències té menys de 25 places, mentre que un 59,1 % en té menys de 50 (Comas-d'Argemir i Bofill-Poch, 2021).

Gran part d'aquest model residencial respon a com s'han organitzat aquestes institucions des dels sectors social i sanitari respectivament. Tot i que Catalunya té un llarg recorregut en relació amb polítiques que busquen la transformació residencial i del sistema assistencial a la vellesa, com el programa Vida als anys, del 1986,⁷ la coordinació entre el sistema social i el sanitari continua fracturada. Aquest problema crònic s'ha agreujat amb les retallades econòmiques dels darrers anys i la manca de priorització política.

Malgrat aquesta situació, moltes residències s'han distanciat d'aquest model tradicional, transformant els entorns i ritmes d'atenció i convivència. Els centres residencials del tercer sector han fet un paper fonamental en aquest canvi de paradigma, una punta de llança que es basa en el model d'atenció centrada en la persona. Es tracta, doncs, d'un model residencial en transformació que pretén desenvolupar ambients de convivència i d'acompanyament propers, personalitzats i no restrictius que es materialitzen en petites unitats de convivència, seguint el model de llar des d'un enfocament d'atenció centrada en les persones⁸ (Sancho i Martínez, 2021).

Tot i que l'imaginari col·lectiu de les residències tradicionals persisteix, els centres residencials no han de ser una opció inadequada per a l'acompanyament a l'envelliment. Viure en una residència s'ha de traduir, doncs, a viure en una nova llar, amb la possibilitat de decidir i negociar sobre els horaris de visites, els moments de servei (higiene, àpats...) o el desig sobre el propi entorn, amb animals de

7 L'origen de l'atenció integrada a Catalunya es remunta al programa Vida als anys, creat l'any 1986 en un context de governança compartida entre els departaments de Salut i Benestar Social. Aquesta iniciativa va representar aleshores un impuls real i pioner en la planificació i coordinació de l'atenció social i sanitària a les persones grans malaltes. Anys més tard, el 2011, es va crear el Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC), amb una perspectiva molt allunyada de la transversalitat del programa Vida als anys (Comas-d'Argemir *et al.*, 2021: 249).

8 És important destacar que les transformacions d'aquest model han de continuar integrant la perspectiva de la discapacitat, per evitar que quan les persones amb discapacitat física i intel·lectual presentin un alt grau d'afectació (evidenciant un envelliment prematur) o facin els 65 anys, se les derivin a recursos per a persones grans no especialitzats.

companyia, plantes, etc., per tal que el fet de viure en una residència s'experimenti quotidianament com viure en la mateixa llar i no com viure en una "institució total" rígida i absent de participació i autonomia.

El més important en la qüestió dels centres residencials és notar que existeix un espai de transició que assenyalava una transformació basada en la millora de l'atenció residencial, tot i que en certs sectors continuen prevalent models tradicionals i escassament articulats amb altres actors clau de l'acompanyament a l'envelliment (serveis socials, CAP, equips d'atenció residencial i famílies) que afecten l'experiència de cura de les persones grans i de les treballadores de la cura (cuidadores geriàtriques, principalment).⁹

La recent pandèmia va deixar clars dos fets: que el model tradicional residencial s'ha de canviar i que cal seguir potenciant iniciatives d'atenció centrada en la persona i en la proximitat local, un nou model que encaixa en els debats actuals de desinstitucionalització de la cura.

EL PROCÉS DE DESINSTITUCIONALITZACIÓ

Com s'ha assenyalat, les persones grans —i les seves famílies— volen envellir i ser cuidades a casa. El model institucional residencial només es veu com una opció quan les atencions a la llar ja no es poden assumir. A Catalunya, com a la resta de l'Estat espanyol, es vol revertir el binomi domicili-residències a partir d'un model de base local i comunitària, una iniciativa que forma part del procés de desinstitucionalització¹⁰ que es promou des de diverses institucions públiques i del tercer sector social, i que es va fer més visible després de la pandèmia provocada per la COVID-19.

9 Per saber més sobre aquest tema de desarticulació residencial, consulteu la secció Residències de l'Informe CUMADE (Comas-d'Argemir i Bofill-Poch, 2021).

10 El procés de desinstitucionalització té el seu origen en la dècada dels anys 40 del segle xx. Va ser un moviment social, científic i ètic en l'àmbit de la discapacitat i de la infància, que després de l'impacte de la Segona Guerra Mundial en qüestions d'integració social de les persones refugiades i desplaçades, va conduir a l'avaluació crítica de l'atenció institucional (Ministeri de Drets Socials i Agenda 2030, 2023).

La pandèmia va posar de manifest un assumpte inqüestionable. D'una banda, que l'acompanyament a l'envelliment era incompatible amb el model familiarista i el model residencial institucional. D'altra banda, va evidenciar que la cura ha de passar pel vincle, les relacions i la proximitat. Tres elements que van ser retallats durant els confinaments i que van posar de manifest la incompatibilitat de la vida des de l'aïllament.

Com explica Dolors Comas-d'Argemir (2023:12), "la tendència social i política actual va encaminada a reforçar les atencions a la llar, des del vincle i la col·lectivitat". Després de la pandèmia s'ha consolidat un discurs polític de desinstitucionalització de la cura, la personalització de l'atenció i el dret a la lliure elecció, tal com expressa la *Lancet Commission* (Pot et al., 2023) i l'Estratègia europea de les cures (2022). No obstant això, com subratlla la mateixa autora, "hem de considerar que l'atenció personalitzada de base local i comunitària requereix més recursos públics, més suport a les cuidadores familiars, una millora substancial en la qualitat de l'ocupació i una coordinació social i sanitària". No considerar aquests punts suposaria un miratge del procés de desinstitucionalització, perquè la fórmula seguiria sent la mateixa: famílies i dones sobrecarregades, i un increment més elevat de les desigualtats en l'accés als recursos de la cura.

Així mateix, desinstitucionalitzar és també desfamiliaritzar. Tot i que la llar sigui l'epicentre de la cura, on les persones grans volen envellir, això no significa reproduir el mateix model injust en què la família s'ha de fer càrrec de cuidar amb totes les dificultats que això suposa. Envellir a casa ha de ser sinònim d'envellir amb drets personalitzats i enfocament comunitari.

El model d'ecosistemes de la cura comentat anteriorment convida, precisament, a promoure l'atenció domiciliària i comunitària, incrementant els serveis de proximitat. Podem dir que l'experiència de Catalunya ja va encaminada en aquest sentit pels diversos projectes socials i programes públics desenvolupats. Per exemple, es pot esmentar el Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS), del qual parteix el model d'atenció integrat dels sistemes socials i de salut en el territori català; el projecte

europèu SUSTAIN, sobre les iniciatives locals d'atenció integrada amb persones grans d'Osona i Sabadell (Reynolds *et al.*, 2019), o el projecte de les superilles de l'Ajuntament de Barcelona. Es tracta de programes socials, sanitaris i urbanístics que, tot i que centren el seu acompanyament a l'envelliment de forma integral i vinculant, encara són referents que tenen limitacions i que no estan consolidats per a tot Catalunya.

A més a més, tot i que es defensi aquest model d'ecosistemes locals, cal ser clars: les residències continuaran sent un agent clau de l'atenció a l'envelliment, sobretot en els casos de més dependència. I, per tant, han de transformar-se en aliades en l'acompanyament a l'envelliment, de manera que cal passar de l'imaginari social persistent de ser una institució controladora a un altre en què es valori que garanteix l'autonomia, el vincle i la proximitat. L'important és transformar el model residencial promovent ambients més propers i familiars, reduint les places, augmentant les ràtios de personal i respectant el dret laboral de les persones treballadores, així com fomentant l'accés igualitari. En resum: cal canviar els ritmes i les lògiques de convivència i atenció per convertir-los en espais acollidors i d'atenció centrada en la persona, abans que en institucions despersonalitzadores.

Catalunya té un enorme repte en aquest sentit, ja que es tracta d'un nou model de base local i comunitària que té dificultats importants per aplicar-se. En primer lloc, ha de tenir cabuda en el debat polític, de manera que s'ha d'acceptar com a nou model dins del marc de desinstitucionalització.¹¹ En segon lloc, en ser un model de proximitat, els municipis n'han de ser protagonistes. La coordinació política i de recursos en aquest sentit és crucial. En darrer lloc, les residències han de modificar la seva organització, un repte majúscul en l'àmbit pràctic —i no tan discursiu (per l'atenció centrada en la persona ja assimilada)—, en què cal que

11 En el cas de Catalunya, es pot revisar l'Avantprojecte de Llei de l'Agència d'Atenció Integrada Social i Sanitària (Generalitat de Catalunya, 2022), que tracta, entre altres temes, el procés de desinstitucionalització com a part de la necessitat d'integrar els sistemes de salut i social.

es plasmi un canvi de paradigma de l'atenció cap a experiències de cura i entorns més integradors i personalitzats, capaços de revertir l'imaginari col·lectiu de desvinculació cap a un nou imaginari de llar, per a totes aquelles persones grans que decideixin i puguin accedir a aquesta opció.

3.5. La soledat no desitjada

La soledat no desitjada és un fenomen que es pot definir com la percepció de manca de vincles afectius i relacionals. Aquesta percepció de solitud té una estreta vinculació amb la falta de pràctiques comunitàries i de participació social. La soledat no desitjada afecta tots els grups d'edat, si bé la incidència en l'envelliment és força significativa, tal com demostra el primer informe sobre la solitud no volguda a Catalunya de la Creu Roja (2022), segons el qual el 69 % de les persones de més de 65 anys es considera que estan soles en diferents graus d'afectació (moderat, greu i molt greu). A més, es tracta d'un fenomen que té una incidència creixent en la nostra societat, tal com mostra l'enquesta Òmnibus de l'Ajuntament de Barcelona (2023), en la qual les persones més grans de 65 anys han quasi duplicat la seva sensació de solitud d'un 6 % a un 11 % entre els anys 2020 i 2023.

Encara que el sentiment de solitud no es dona necessàriament en persones grans que viuen soles, és important remarcar aquesta situació, ja que pot determinar la falta de relacions o la seva vinculació amb la comunitat, encara més si hi ha barreres arquitectòniques als habitatges que impedeixen el seu vincle amb la societat (falta d'ascensors i rampes d'accés als edificis). Segons dades de l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat, 2021), durant el 2021, 323.799 persones més grans de 65 anys vivien soles, la qual cosa representava un 42 % del total de persones que vivien soles a Catalunya. Segons el primer informe sobre la solitud no volguda a Catalunya de la Creu Roja (2022), el percentatge de persones que viuen soles s'incrementa amb l'edat fins a quasi la meitat (49 %) a partir dels 80 anys, amb una diferència important de gènere (un 14 % d'homes i un 58 % de dones).

Aquesta situació d'aïllament i soledat no desitjada té una estreta relació amb la pèrdua de les xarxes socials a mesura que les persones envelleixen, ja que poden patir pèrdues de familiars, parelles i amistats. Una situació que s'incrementa en situacions de vulnerabilitat marcades per malalties cròniques, discapacitats, recursos econòmics, origen, etc. Per això és necessària la implementació de projectes socials i programes públics que pal·liïn aquesta situació, sobretot en nuclis urbans densament poblats —encara que no únicament, ja que les zones rurals també es veuen afectades per aquest fenomen, sobretot en processos de despoblament aguts per la pèrdua d'interacció intergeneracional—.

Els projectes mencionats en la secció anterior treballen en aquesta línia, tal com fa el model d'ecosistemes locals de cura que es mencionava en la introducció d'aquest apartat. Es destaca, entre aquests projectes, la iniciativa de les superilles socials impulsada per l'Ajuntament de Barcelona (Ajuntament de Barcelona, 2017), la qual intenta implementar cures comunitàries i sanitàries dins d'una xarxa local i veïnal principalment amb la participació del SAD (Moreno-Colom, 2021). Malgrat que aquest programa té encara reptes per superar, és important esmentar-lo, donat que el futur de l'acompanyament de l'envelliment i la lluita contra la soledat no desitjada a Catalunya implicarà cuidar a la llar i des de la comunitat, on exerciran un rol fonamental¹² les polítiques públiques locals i la participació del tercer sector pels seus alts nivells de proximitat i atenció presencial, amb un 78 % d'entitats que intervenen a escala de barris, districtes i municipis (Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya, 2022).

En el context de creixement de la longevitat a Catalunya que hem advertit en seccions anteriors, el recurs residencial (centres o institucions residencials) serà limitat davant d'una demanda que

12 Un altre projecte a destacar és el projecte comunitari Radars, de l'Ajuntament de Barcelona, que té com a objectiu pal·liar els efectes de la soledat no desitjada de les persones grans implicant la participació conjunta del veïnat, comerços, farmàcies i persones voluntàries.

s'incrementarà exponencialment. Al mateix temps, hem de ser conscients que gran part de la població catalana desitja envellir a la llar. A Catalunya, per exemple, una de cada tres persones menors de 65 anys desitja viure sola a casa quan arribi a la vellesa (Creu Roja, 2022).

Això constata que durant l'envelliment (en funció dels recursos i accessos) ni es podrà ni es voldrà viure fora de la llar. En canvi, demanarem progressivament més serveis socials i sanitaris, així com suport emocional, de manera que l'aïllament i la soledat no desitjada seran temes encara vigents. En aquests contextos, models de comunitat o ecosistemes locals de cura, basats en els principis d'*age-friendly* i *smart cities*, seran alternatives a continuar explorant, tenint en compte que la revolució tecnològica i digital facilita noves possibilitats d'interacció i serveis, i aporta eines i solucions útils per afrontar les situacions d'aïllament i solitud durant l'envelliment.

3.6. La bretxa digital

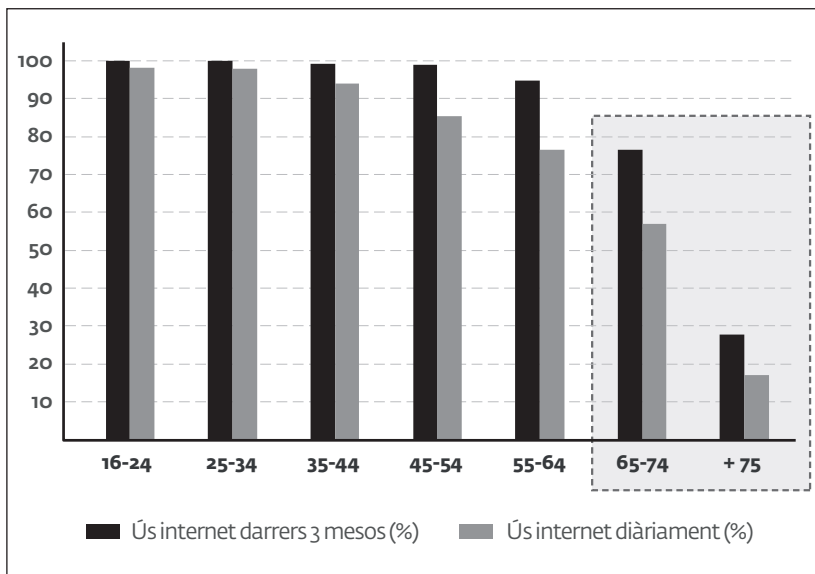
Els problemes que comporta la bretxa digital a Catalunya en relació amb les persones grans són amplis i complexos. Aquest apartat fa una aproximació general a aquest tema emfatitzant només alguns aspectes puntuals que es considera que aporten alguna cosa a la mirada ecosistèmica sobre l'atenció a l'envelliment que s'ha anat desenvolupant.

QUIN ÉS EL PANORAMA ACTUAL?

Segons l'informe Desigualtat digital i vellesa: la bretxa digital que encara cal tancar (Fernández-Ardèvol *et al.*, 2023), la bretxa digital a Catalunya és un tema preocupant, sobretot tenint en compte la poca informació disponible en l'àmbit autonòmic sobre aquesta població pel que fa a l'accés, ús i coneixement de les tecnologies de la informació i comunicació (TIC), un reflex de la invisibilitat de les persones grans i el problema social en relació amb la tecnologia i les polítiques de digitalització.

Com a principal premissa, i tal com es pot observar en el Gràfic 7, pel que fa a l'ús d'internet a Catalunya hi ha una marcada bretxa digital a partir dels 65 anys i, molt especialment, a partir dels 75 anys, amb un ús d'internet que baixa fins i tot gairebé a la meitat (en un 49 % en ús dels últims tres mesos) entre aquests dos grups d'edat. Per tant, es pot afirmar que les generacions més envellides (i sobretot la població sobreenvellida) són les que tendeixen a establir menys relació amb la tecnologia i, així, menys apropiació i aprofitament pel que fa l'ús habitual i esporàdic.

Gràfic 7. Ús d'internet segons grups d'edat a Catalunya, 2020



Font: INE, 2020.

Segons els diversos elements que destaca l'informe sobre desigualtat digital i vellesa, es vol puntualitzar alguns aspectes que es consideren centrals:

Taula 3. Bretxa digital i vellesa

Cobertura i ús	<p>Pel que fa a la cobertura, a Catalunya hi ha un desequilibri entre zones rurals i urbanes, amb dades més favorables per als municipis amb 10.000 habitants o més, és a dir, zones majoritàriament urbanes. La ruralitat és un aspecte fonamental en l'envelliment, i per tant les desigualtats digitals són més probables en aquest entorn i població.</p>
Bretxa digital i desigualtat	<p>Les persones grans més afectades per la bretxa digital se situen en el grup d'edat de 75 anys o més, per a les quals la informació disponible, a més, és nul·la o limitada. Això vol dir que es coneix poc un tipus de població que representarà una majoria en els propers anys a Catalunya.</p> <hr/> <p>Hi ha una marcada desigualtat digital basada en els nivells educatius, de renda i ruralitat de les persones grans. Per tant, s'ha de tenir en compte que la bretxa digital, en termes d'accés i competències digitals, està influenciada per les condicions socials, econòmiques, culturals i de gènere de les persones grans.</p>
Digitalització	<p>El procés de digitalització ha experimentat una acceleració després de la pandèmia. Un fet que no ha anat acompanyat de plans i programes d'inclusió per a les persones grans per reduir aquesta bretxa digital que ja arrosseguem des de fa anys.</p> <hr/> <p>Hi ha una vulneració de les persones grans com a agents actius dins del procés de digitalització i tecnològic. Les persones grans no participen en el disseny de productes i serveis digitals, o ho fan de manera molt limitada, la qual cosa reforça les desigualtats i els estereotips relacionats amb l'edat, com l'edatisme i l'infantilisme.</p>

Font: Fernández-Ardèvol *et al.*, 2023.

ELS PROBLEMES QUE COMPORTA

La bretxa digital és un problema que s'arrossega des de fa anys i que requereix una orientació urgent, especialment després del salt digital que va provocar la pandèmia. Tal com s'està posant de manifest, les persones grans no estan sent un col·lectiu prioritari, i encara menys la població sobreenvellida. Els punts esmentats anteriorment a la Taula 3 són essencials per entendre l'estat de la relació entre el món digital i les persones grans pel que fa al seu accés i inclusió des de les polítiques públiques, però també des de la perspectiva social i quotidiana. Tanmateix, se'ns escapa una cosa, que és el poc que se sap sobre aquesta bretxa digital en els processos de més vulnerabilitat i fragilitat de les persones grans. A continuació s'expliquen dos exemples per comprendre'n l'abast.

Per exemple, si es reconeix que la teleassistència és útil en contextos de dependència, i, en algunes situacions, ja no només es tracta de prémer un botó d'alerta, sinó que hi ha sensors que permeten detectar els moviments i advertir de situacions inusuals. Es transforma, així, en un servei essencialment útil per a les persones grans que viuen soles o que passen moltes hores soles. La tecnologia es constitueix com un element fonamental per a l'atenció a l'envelliment. Però com es pot envellir a casa i amb dependència si hi afegim l'entorn rural (amb escassa cobertura) a l'exemple anterior? És possible implementar aquesta tecnologia en aquests casos i que funcioni de manera eficient? En qualsevol cas, si es fa servir només en zones urbanes amb bona cobertura, no es perpetuen les diferències de classe i s'accentuen les desigualtats en l'acompanyament a l'envelliment?

Un altre exemple és la problemàtica de la reestructuració del sector bancari amb l'accés en línia, el tancament d'oficines i la limitació dels serveis. Un fet que afecta massivament les persones grans, que estan acostumades a fer gestions de manera presencial. Aquest contacte presencial crea un vincle social essencial per a la seva quotidianitat. Ara pensem, sota aquesta mateixa premissa, en els plans de digitalització que han implementat les

administracions públiques. Pensem en el que això pot implicar per a una persona gran que ha de demanar cita en línia.¹³ O una persona cuidadora que ha de fer qualsevol tràmit amb Cl@ve o amb la signatura digital. Moltes persones cuidadores no només són filles o fills, sinó també parelles, per la qual cosa també ens referim a persones grans. Els serveis digitals públics no són simples ni de qualitat, i encara menys adequats per a les persones grans amb dependència o sense. A més a més, els processos burocràtics en l'atenció a l'envelliment requereixen temps i esforç. En definitiva, encara queda molt per fer quan es parla d'inclusió digital de les persones grans.

Tot i això, queda clar que la tecnologia és un recurs d'acompanyament a l'envelliment, sobretot si pensem en clau de serveis de comunicació que poden pal·liar les situacions d'aïllament i soledat no desitjada. El servei de teleassistència és un recurs vital si pensem en persones grans que viuen soles, però també són útils altres serveis com la missatgeria instantània o les videotrucades (les quals es van començar a utilitzar més durant la pandèmia) perquè permeten relacionar-se amb familiars, amistats i serveis socials i sanitaris. Diversos recursos tecnològics serveixen com a eines per a la interacció social i comunitària i han de valorar-se com a eixos de prioritització en els processos d'envelliment en contextos locals.

Finalment, cal fer esment al fet que els drets vinculats a la digitalització i les tecnologies estan poc problematitzats. Socialment, les opcions analògiques es consideren primitives, i aquest estigma genera un tipus d'analfabetisme tecnològic. La realitat és que la digitalització és un model hegemònic que segueix un únic corrent i consolida estigmes. La bretxa digital només és part del problema, però també tenim el dret a no haver de fer-ne ús. La Carta catalana

13 Un exemple sobre les dificultats que suposa aquesta digitalització de l'Administració i els seus processos d'atenció es pot trobar en la crònica de Sara Mesa (2019), *Silencio administrativo. La pobreza en el laberinto burocrático*, sobre una persona en situació de sensellarisme i amb clars indicis d'envelliment prematur a causa de la seva situació de vulnerabilitat social.

per als drets i les responsabilitats digitals assenyalava la universalització de l'accés a internet com un dret fonamental. Però, com diu Fernández-Ardèvol *et al.* (2023:12), "dret d'accés i dret d'ús no volen dir obligació d'ús d'internet", i s'afegeix a aquesta afirmació altres tecnologies i mitjans digitals.

És clar que la tendència d'adaptar-nos com a ciutadans i ciutadanes al món virtual és un fet ineludible. Però s'han de garantir alternatives no digitals per a aquelles persones que no vulguin (o no puguin) fer-les servir, sense vulnerar la seva autonomia. Actualment, la digitalització no acompanya en termes d'equitat les persones grans, encara menys les més envellides, sinó que només serveix per reforçar les diferències i desigualtats socials ja conegudes, arrelades a la classe social, el gènere, l'origen i l'edat.

4. Experiències en primera persona de l'acompanyament a l'envelliment

Aquesta última secció exposa alguns casos pràctics sobre l'acompanyament a l'envelliment amb la finalitat d'exemplificar en experiències concretes els diversos punts tractats en aquest document. Els casos formen part de les investigacions El model de cura de llarga durada en transició: estratègies polítiques, familiars i comunitàries per afrontar les conseqüències de la pandèmia COVID-19 (2021-2024) i Homes cuidadors. Reptes i oportunitats per reduir les desigualtats de gènere i afrontar les noves necessitats de cura (2015-2017), fetes a la Universitat Rovira i Virgili.

Atesa la naturalesa d'aquest dossier i la seva extensió, els casos només reflecteixen una part acotada de la immensa complexitat de l'atenció a les persones grans, els seus canvis i les seves tensions. Bàsicament, la idea d'aquesta secció és comprendre des d'un marc aproximatiu els recursos d'atenció amb els quals compten les persones grans i amb els quals poden comptar en situacions de major vulnerabilitat i dependència, com s'integren i en què es

diferencien segons certs determinants socials. Cal assenyalar que aquests casos són desenvolupats des de la percepció de les famílies cuidadores (germanes, filles o parelles), principals agents en l'organització social de la cura en l'envelliment.

Amb la finalitat de visualitzar els processos i les relacions en l'acompanyament a l'envelliment, s'ha optat per desenvolupar per a cada cas gràfics sota el títol Constel·lacions de cura (Chirinos *et al.*, 2024). Es tracta d'un concepte discutit en la línia dels ecosistemes locals de la cura, que té com a objectiu ressaltar com es teixeixen i desteeixen els vincles entre els diversos agents socials de la cura i la seva implicació en l'atenció a les persones grans.

4.1. La Pepa i la Indira. L'acompanyament a l'hemiplegia i la postració

La Pepa i la Indira són dues germanes grans (de 72 i 82 anys, respectivament) que conviuen en un xalet de dues plantes en una urbanització d'un poble de Girona. No han tingut fills, però tenen una xarxa familiar àmplia amb la qual mantenen una relació estreta: nebodes i germanes. Des de fa catorze anys la Pepa cuida de la Indira a causa d'una malaltia degenerativa deguda a un aneurisma que, en els darrers anys, ha desembocat en una hemiplegia que l'ha mantingut postrada, sense possibilitats de mobilitzar-se ni comunicar-se.

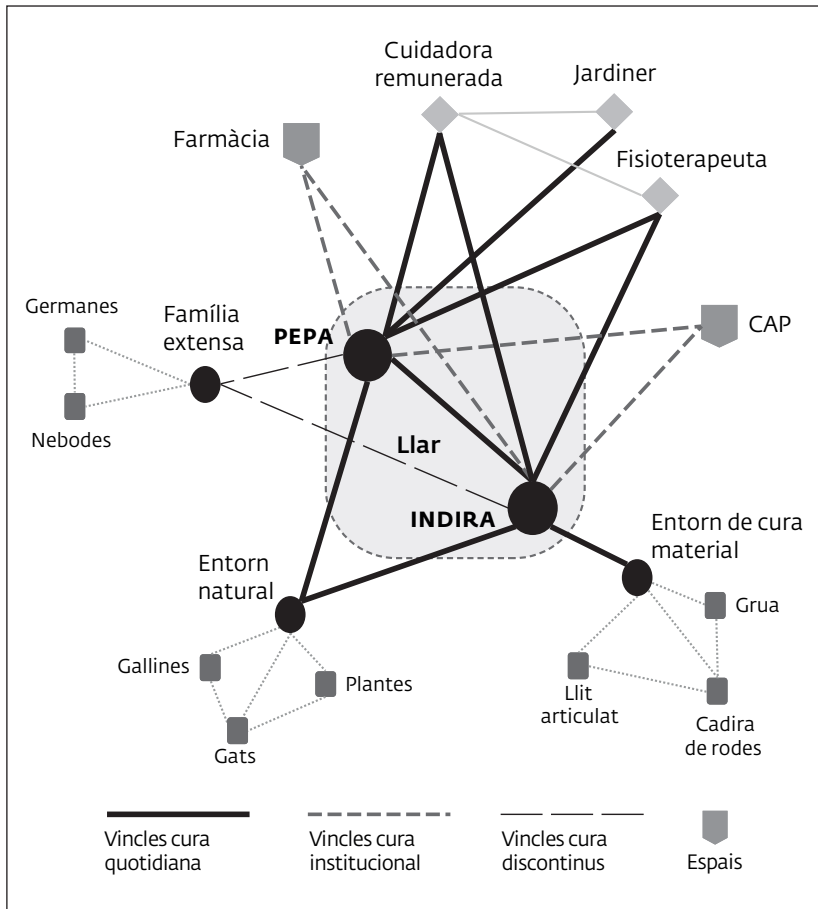
La Pepa també té certes fragilitats pròpies de l'edat, com ara el malestar al maluc, del qual s'ha hagut d'operar. Es tracta d'un cas d'una persona gran que en cuida una altra. Les dues pensions de jubilades han permès a la Pepa contractar un fisioterapeuta i una cuidadora informal per a la cura de la Indira. A més, la Pepa compta amb el suport d'un jardiner que cuida les plantes i l'ajuda amb certs arranjaments a l'habitatge que ella no pot assumir per la seva fragilitat.

La Pepa s'encarrega de canviar els bolquers a la seva germana cada quatre hores i de donar-li consol cada cop que es desperta desorientada. La cuidadora contractada s'encarrega de banyar la Indira i de la seva cura íntima. Amb el temps, la llar ha passat a ser un entorn cada cop més medicalitzat. El paisatge de la llar el determina la cadira de rodes, on col·loquen la Indira per al passeig diari, i tot l'equip que acompanya la seva postració: un llit articulat amb matalàs antiescares i una grua que facilita el seu moviment i la seva cura íntima. Tots aquests recursos han estat finançats pels propis estalvis de les germanes.

La cura a la llar passa també per la música que la Pepa selecciona per a la seva germana per crear un ambient relaxat, però, sobretot, pel paisatge natural: l'espès jardí i les seves plantes, els gats que entren i surten de la casa, així com les gallines i els galls que escataïnen al voltant de l'habitatge. Els sons i les olors de la llar són elements que cuiden des de la sensorialitat i donen identitat. La Pepa es nega rotundament a enviar la seva germana a una residència i prefereix habilitar tots els recursos disponibles per tal de garantir el seu benestar des de la proximitat de la cura.

El CAP també ha tingut un vincle freqüent amb les vides de les germanes. No ha deixat de ser un recurs disponible des que la Indira va emmalaltir. Al mateix temps, la farmàcia i les seves treballadores han estat un agent local important, sobretot durant la pandèmia, ja que els portaven els medicaments al domicili durant els períodes de confinament. Durant aquest període pandèmic van iniciar, també, les gestions administratives per al reconeixement de la situació de dependència per al suport d'un treballador social del CAP. Un recurs públic al qual finalment no van poder accedir per la mort de la Indira.

Gràfic 8. Constel·lació de cura de la Pepa i la Indira



Font: elaboració pròpia.

LA PEPA I LA INDIRA, I ELS SEUS RECURSOS PER A L'ACOMPANYAMENT A L'ENVELLIMENT

És possible que la Indira i la Pepa representin casos menys freqüents si pensem en la lògica de prestacions i serveis públics, ja que no va ser fins gairebé la mort de la Indira que en van començar a fer ús, bàsicament amb la visita d'una treballadora social

durant el període de pandèmia, que es va sol·licitar “sense que ho demanés”, com assenyala la Pepa. Aquí hi ha una sèrie d'elements culturals que influeixen en com ha estat l'acompanyament de la Indira durant el seu envelliment i fragilitat: un model familiarista, de permanència a la llar, i el compromís d'una germana que considerava que el benestar només era possible des de casa i a mans dels de casa. Aquest model de cura (sense sol·licitar el SAAD) ha pogut mantenir-se durant 14 anys gràcies als recursos econòmics amb què comptaven aquestes germanes; ambdues sense altres responsabilitats familiars (sense fills ni filles) i amb pensions mitjanament altes (d'infermera i de professora, respectivament). Tot i així, cal destacar la importància d'altres agents, com el CAP i la farmàcia, com a actors locals clau per a la sostenibilitat de la Indira a la llar.

Es podria assenyalar que el cas de la Indira i la Pepa mostra certes particularitats determinades pel seu poder adquisitiu. És un exemple de com el component de classe ha determinat com s'acompanya l'envelliment des de la cura a la llar. Així doncs, s'han pogut fer adaptacions a l'habitatge per garantir la cura i adquirir una sèrie d'elements de suport mèdic com grues o llits articulats. Els recursos d'atenció procedents de la suma de les seves pensions han permès ampliar la constel·lació de la cura amb la contractació de jardiners, fisioterapeutes i sobretot cuidadores remunerades. Aquestes últimes han estat treballadores d'origen migrat amb llargues jornades de treball. Elles s'han encarregat tant de la cura íntima com de la més física i demandant. Aquesta relació, encara que ha creat vincles d'afecte, també ha generat moments de desacords causats per l'idioma, l'estatus legal (sense contracte) i la demanda de treball, fet que demostra, en aquest cas, un tipus d'acompanyament a l'envelliment en què es barregen afectes, lògiques de mercat i dimensions socials associades a la migració, el gènere i la classe social.

4.2. L'Alfonso i la Marí. L'acompanyament a la fragilitat i la demència

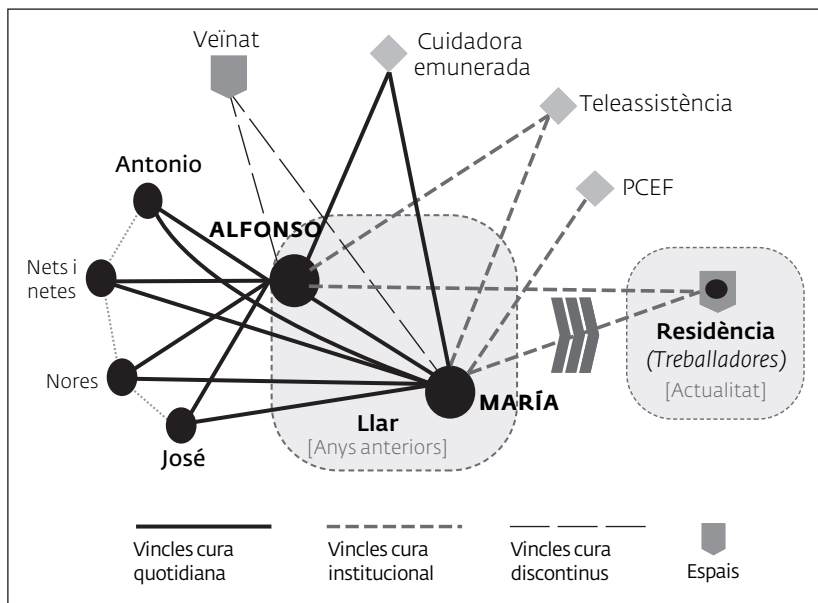
L'Alfonso i la Marí són dues persones grans (de 96 i 93 anys, respectivament) que van emigrar d'Andalusia a Cambrils quan tenien uns vuitanta anys. Es tracta d'un matrimoni que ha treballat tota la vida en el sector de l'agricultura. L'Alfonso es va jubilar com a treballador agrari, un tipus de pensió que és d'escassos ingressos. Tenen sis fills, homes, dos dels quals viuen a Cambrils: l'Antonio i el José. El motiu principal d'aquesta mudança va ser l'edat avançada dels pares. Ambdós germans consideraven important tenir-los a prop per a qualsevol eventualitat. Quan l'Alfonso i la Marí es muden, l'Antonio els cedeix casa seva perquè puguin gaudir de llibertat i independència. Tant l'Antonio com el José han estat els principals cuidadors dels seus pares. Encara que no han conviscut amb ells, en aquesta etapa a Cambrils s'han alternat les tasques domèstiques, la cura íntima i les gestions amb l'Administració. L'Antonio té 67 anys i treballa a la restauració, mentre que el seu germà José està actualment jubilat i també ha treballat a la restauració. Ambdós germans viuen amb les seves famílies prop de la llar dels pares.

El deteriorament de l'Alfonso i la Marí ha estat progressiu. Encara que la mudança va significar un canvi important en les seves vides, no van ser un matrimoni aïllat. Van fer una xarxa social a Cambrils, que en paraules de l'Alfonso era una "quadrilla de gent que anaven cada dia a caminar". No obstant això, la salut de la Marí va ser el que més va empitjorar, afectada per una demència que finalment la va portar a la postració. Durant tot aquest període els germans van veure convenient contractar una persona perquè cuidés els seus pares. En el lapse de cinc anys van contractar tres dones d'origen llatinoamericà, amb reconeixement del dret a la Seguretat Social. La desmillora de la Marí, i la pèrdua gradual de la vista per part de l'Alfonso i la seva fragilitat, van motivar que la darrera cuidadora estigués contractada en règim de 24 hores. Els dies de descans de l'Elizabeth (la cuidadora remunerada), l'Antonio i el José s'alternaven per quedar-se a dormir a casa dels pares els caps de setmana o els dies de festa. La Marí va obtenir el reconeixement de grau III de dependència i, posteriorment, la prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar (PECF) i el servei de teleassistència. Com assenyalava l'Antonio, entre aquesta

prestació, la jubilació del seu pare i el que els germans podien aportar, es feia molt difícil poder seguir cuidant-los a casa, per això van decidir sol·licitar l'ingrés a una residència, així que va quedar en llista d'espera.

Després de tres anys, els seus pares accedeixen a una residència a Cambrils, on fa tres mesos que hi són. L'Alfonso, encara que es considera una persona autònoma, també va a la residència per acompanyar la seva esposa, que ja no es pot moure. "Si tingués la meua vista, sortiria sol a fer un passeig", diu. Els fills i els nets visiten l'Alfonso i la María cada setmana. El José fins i tot els visita unes tres vegades a la setmana. Encara que, com comenta l'Antonio, el seu pare sent vergonya per haver ingressat a una residència —raó per la qual ha deixat de parlar amb els seus amics—, es troba còmode amb la nova xarxa social que ha teixit amb les treballadores del centre: "Ens cuiden bé... Tota la gent d'aquí ens coneix", assenyala l'Alfonso, "[i] la Mercè [treballadora] fins i tot m'explica els seus secrets".

Gràfic 9. Constel·lació de cura de l'Alfonso i la María



Font: elaboració pròpia.

L'ALFONSO I LA MARÍA, I ELS SEUS RECURSOS PER A L'ACOMPANYAMENT A L'ENVELLIMENT

Es podria afirmar que l'Alfonso i la María són dues persones sobreenvellides quan van a viure a Cambrils, dues persones grans actives, a qui els fills cuidadors busquen respectar la seva autonomia cedint-los un pis per a ells dos, una decisió que implica al mateix temps menys càrregues de cura a la família, i més càrrega de gestió i afectiva. A més a més, durant aquesta etapa, els fills contracten una persona perquè faci certes tasques domèstiques i d'acompanyament. Parlem d'un període inicial en què la María i l'Alfonso encara no requereixen grans atencions. És llavors quan l'Alfonso aprèn a cuinar i a encarregar-se d'altres tasques domèstiques. El que activa les alarmes de la cura és el progressiu deteriorament del pare i, sobretot, de la mare. El baix poder adquisitiu de la família i l'escàs temps dels fills per a la cura els motiva a gestionar el reconeixement de la situació de dependència de la seva mare per demanar certes prestacions i ajudes com són la PCEF i la teleassistència. En canvi, no opten pel SAD per la seva escassa cobertura (unes hores durant el dia), i veuen més convenient contractar una persona cuidadora per períodes que van des de les 8 hores (durant el primer període) fins a les 24 hores (en l'últim període). Un recurs que es fa cada cop més insostenible econòmicament, fet que els porta a demanar una cura més professionalitzada. És durant aquest últim període en què l'Alfonso i la María viuen el debilitament de les seves xarxes socials, les seves sortides a l'exterior i, en conseqüència, el seu progressiu aïllament social. En aquest període són clau les visites i la companyia dels seus fills, nets i netes, nores, amistats properes, així com de l'Elizabeth, la cuidadora remunerada, per evitar així la ruptura del seu fràgil teixit social i un aïllament total.

El cas de l'Alfonso i la María segueix representant un model familiarista de la cura que passa per cuidar, tot el temps que sigui possible, en l'entorn de la llar. Encara que finalment la parella va a viure a una residència, es tracta de l'escenari menys desitjat pels fills i el pare. L'Antonio i el José consideren que no hi havia cap altra alternativa perquè les demandes de la seva mare ja no podien ser ateses a casa. Cuidar no només és temps i dedicació, sinó, i, sobretot, diners. Per la seva part, l'Alfonso, encara que podria haver-se

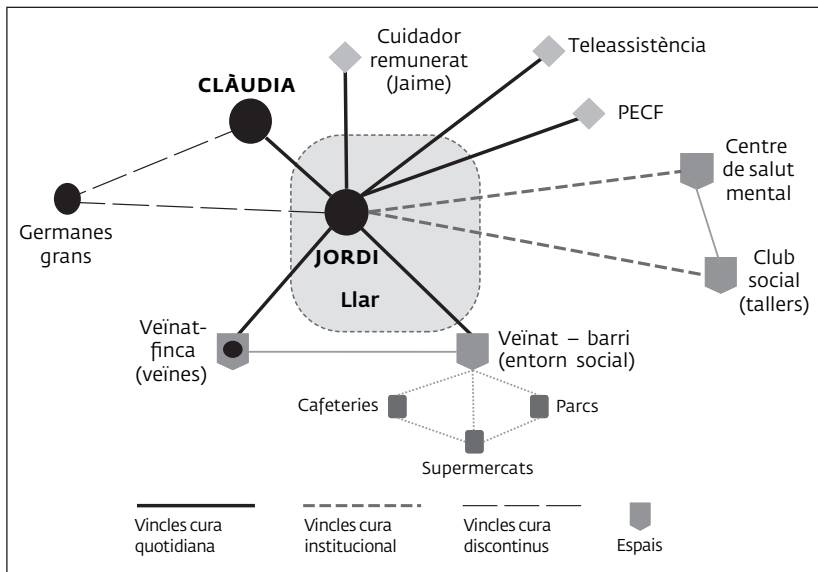
quedat a casa, com assenyalen els seus fills, decideix no deixar la seva esposa i acompanyar-la. Aquí, doncs, es barregen situacions de classe social, un sistema de valors associats al vincle conjugal i els afectes. La residència, encara que es converteix per a l'Alfonso en un espai amigable pels nous vincles que construeix amb les treballadores, genera tensió amb certs prejudicis culturals, raó per la qual s'avergonyeix de compartir la seva actual experiència amb les seves amistats properes. Finalment, un element a destacar d'aquesta experiència d'acompanyament és com l'Alfonso, l'Antonio i el José travessen les barreres de gènere en la cura, ja que han après a fer tasques domèstiques i de cura íntima en les quals no han estat socialitzats. Sense cap mena de dubte, són exemples necessaris per a la transformació dels models de masculinitat i per a la igualtat de gènere en la cura de llarga durada.

4.3. El Jordi i la Clàudia. L'acompanyament a la discapacitat i la salut mental

El Jordi (de 63 anys) ha viscut tota la vida al barri d'Horta-Guinardó de Barcelona. Als 23 anys va patir un accident de trànsit que el va deixar amb seqüeles físiques i mentals que han empitjorat amb el pas del temps. En l'actualitat, es mou amb certa dificultat. Viu en un tercer pis sense ascensor, la qual cosa, encara que els seus passos són pausats, no el limita els dies que surt a caminar pel barri. A casa, com que no pot inclinar-se perquè té problemes a la columna vertebral, té una pinça amb extensió per poder recollir coses del terra. No obstant això, necessita assistència per a la higiene íntima i el bany. Té algun problema de salut mental, perquè, encara que és estable, pateix episodis d'inestabilitat que han comportat canvis en la medicació i tensions dins de la llar. La seva mare i el seu pare, tots dos difunts, van ser els seus cuidadors des del moment de l'accident. El Jordi, encara que viu sol en un pis de propietat (herència dels pares), pot comptar amb el suport de la seva germana, la Clàudia (de 67 anys), que és la seva principal cuidadora. A més, el Jordi té dues germanes més grans (de 70 i 73 anys) amb qui es visita ocasionalment tot i que els conflictes familiars sorgits amb elles han generat un cert distanciament. Tota la família viu en el mateix barri, a menys de 10 minuts caminant.

El Jordi compta amb el reconeixement de la dependència, fet que li ha possibilitat el suport de la PECF i del servei de teleassistència. Al mateix temps, compta amb un ingrés mensual (aproximadament, de 1.000 euros) com a part d'un pla de pensions privat que els seus pares van gestionar abans de morir. Un ingrés que és administrat per una de les seves germanes grans (una de les causes del conflicte familiar). De dilluns a divendres, el Jordi és assistit d'un cuidador remunerat, el Jaime, que li dona suport en la higiene personal i l'acompanya en els seus passejos diaris pel barri a cafeteries, fleques i supermercats. Es tracta d'un cuidador d'origen espanyol sense contracte que treballa de 9 a 13 h. A més, dimarts i dijous, el Jordi acudeix a un club social del seu barri que està especialitzat en salut mental i que està gestionat per la Generalitat de Catalunya, on fa tallers dirigits i terapèutics com són el Taller de cuina i la Tertúlia del cafè. La seva germana Clàudia és qui s'encarrega de gestionar i cercar aquests suports socials i especialitzats per al Jordi. Ella és qui va buscar la persona cuidadora remunerada, qui concerta les cites amb el centre de salut mental i qui cuida d'ell els caps de setmana i els dies de festa.

Gràfic 10. Constel·lació de cura del Jordi i la Clàudia



Font: elaboració pròpia.

EL JORDI I LA CLÀUDIA, I ELS SEUS RECURSOS PER A L'ACOMPANYAMENT A L'ENVEL·LIMENT

Podríem dir que el del Jordi és un cas d'envelliment prematur degut als diversos signes de fragilitat i vulnerabilitat que va mostrar des del seu accident. Encara que en l'actualitat el Jordi té 63 anys, i podríem considerar-lo cronològicament com una persona gran, és cert que el Jordi té fragilitats des dels 23 anys, de manera que ha mostrat prematurament signes d'envelliment que no corresponen normativament a la seva edat. Així mateix, ha hagut de tenir assistència física durant gran part de la seva vida, una situació que l'ha transformat en una persona dependent per a certes tasques quotidianes, com dutxar-se o anar al bany. Aquesta situació, a més dels seus problemes de salut mental, ha comportat que durant molts anys fos tractat i etiquetat per la seva família com una persona sense autonomia. Un prejudici del qual la Clàudia ha pres consciència amb els anys, fet que l'ha portada a modificar les seves pràctiques quotidianes amb el seu germà, tal com ella mateixa assenyala: "Abans ens enfadàvem [entre nosaltres] perquè [jo] posava límits. Però ho vaig deixar [de fer] per la convivència i perquè [ell] tenia raó. Que faci el que vulgui amb la seva vida!". És per aquesta raó que el Jordi viu sol i amb assistència puntual d'una persona cuidadora remunerada. Al mateix temps, és el Jordi qui administra els diners setmanals que li traspasa una de les seves germanes grans. És ell qui compra per ell mateix i qui decideix què comprar.

Això no implica que el Jordi no hagi fet certs "desastres", com assenyala la seva germana Clàudia. Com quan fuma o cuina i s'activa l'alarma d'incendis i li truquen (a ell i a la Clàudia) des del servei de teleassistència. O quan deixa filtrar aigua al pis de la veïna de sota, o organitza alguna festa. En aquests casos són les veïnes, que coneixen el Jordi "de tota la vida", que alerten la Clàudia sobre aquestes situacions o d'altres. Com quan veïen que una de les antigues cuidadores contractades "s'aprofitava d'ell". Els veïns de la finca, en aquest cas, són també agents de cura. Igual que els espais socials que freqüenta diàriament, com les cafeteries o els parcs on va durant els seus passejos matinals. Al capdavant, la xarxa de teixit social que fa possible pertànyer a una comunitat com són el veïnat i el barri, la qual cosa no

implica que entre veïns (i el Jordi) no hi hagi desavinences, xafarderies i conflictes que formen part de la convivència.

El Jordi compta amb una sèrie de recursos que es complementen per poder gaudir d'aquest grau d'independència i per al desenvolupament de la seva vida quotidiana. Per una banda, disposa de prestacions i serveis pel reconeixement a la situació de dependència. Així mateix, des de la mateixa perspectiva pública, i més en l'àmbit local, hi ha el club social, on va dos cops a la setmana, i el centre de salut mental. Per altra banda, quant a la part familiar, és la Clàudia qui fa la cura íntima i l'acompanyament, a més de totes les gestions amb l'Administració. Finalment, han estat un recurs fonamental les gestions fetes pels seus pares amb el pla de pensions privat i l'herència, perquè li han permès comptar amb un ingrés mensual i tenir casa pròpia. Ambdós elements són determinants, ja que, si no, no podria gaudir d'un cuidador contractat 20 hores a la setmana ni tampoc tenir un espai independent. Com en el cas anterior, no opten pel SAD degut a la seva escassa cobertura. Cal destacar, també, la funció del Jaime, un home cuidador remunerat que travessa les barreres de gènere en la cura. Aportacions necessàries per desconstruir els models de masculinitat i cura.

Tots aquests agents constitueixen un mosaic de cura que permet l'autonomia del Jordi des de la proximitat de la llar i la comunitat i, al seu torn, l'alliberament de càrregues i responsabilitats de la Clàudia, la seva cuidadora principal. Una cuidadora gran, que cuida d'una altra persona gran, però que pot "fer vida" gràcies a aquesta combinació de suports construïts a través dels anys d'acompanyament a l'envelliment del Jordi.

5. Conclusions

Aquest dossier ha volgut oferir una aproximació al complex món que envolta l'acompanyament de les persones grans a Catalunya. Amb això hem intentat oferir un panorama general, i no pas un diagnòstic definitiu, ja que l'alta complexitat d'aquest col·lectiu i les seves experiències d'envelliment mereixen una anàlisi més

detallada per a cadascun dels temes abordats. Hi ha altres dimensions socials que no han estat desenvolupades en aquest dossier, com poden ser les experiències d'envelliment de persones grans LGTBIQ+ o de persones d'origen immigratori de diverses nacionalitats, o el cas de les experiències d'envelliment en els entorns rurals, els recursos de què disposen segons les àrees geogràfiques i el significat de l'entorn natural i paisatgístic en els seus processos de cura. No obstant això, i malgrat tot, considerem que aquest document és un punt de partida rellevant per donar visibilitat als diversos camps del que suposa envellir a Catalunya.

En línies generals, aquest dossier pretén reflectir com convergeixen en les experiències d'envelliment les polítiques socials existents i els agents comunitaris (tercer sector, veïnat, etc.), mercantils i familiars, amb la finalitat d'identificar els principals reptes del sistema d'atenció a l'envelliment a Catalunya. A continuació, presentem el que considerem que són els principals desafiaments a superar en aquest model i, finalment, tanquem aquest dossier amb un apartat de reflexió sobre l'adequació d'un model més integral i integrador que s'ajusti a les principals necessitats de les persones grans a Catalunya.

5.1. Reptes del sistema actual

Un primer desafiament el representa la definició d'envelliment. Tot i que hi ha nombrosos informes i estudis que fan referència a la pluralitat de les velleses i els diversos estadis pels que passa l'envelliment, considerem que falta integrar de manera més clara de què parlem quan parlem d'envelliment i de la diversitat de velleses. Ni tot l'envelliment és actiu, ni tot l'envelliment és dependent i vulnerable. Reconèixer l'heterogeneïtat d'aquest procés i les diverses situacions socials, culturals i econòmiques que el travessen possibilitaria desenvolupar polítiques socials més adequades segons el tipus d'envelliment i el seu context.

Cal, per tant, definir l'envelliment des de la pluralitat de gènere, des de la diversitat de classes socials, des de la condició d'origen i des de la discapacitat, i observar com conflueixen cadascuna d'aquestes

variables. El marc conceptual no només pot marcar-lo l'edat. Un fet a destacar, per exemple, és la condició d'envelliment prematur. La informació i difusió sobre aquest col·lectiu és escassa. No es troba una definició clara des dels portals oficials de l'Administració. Tampoc no s'obtenen dades estadístiques que proporcionin un panorama sobre l'estat d'aquest col·lectiu. Amb tot, es tracta d'una situació de vaguetat que va associada a la manca d'una definició clara i contundent quan ens referim a l'envelliment a Catalunya.

Com a segon repte hi ha els recursos, és a dir, les prestacions i els serveis a l'envelliment. Pel que fa al SAAD, ja s'han constatat les seves deficiències en altres estudis i en l'aproximació que s'ha fet en aquest dossier. Els recursos són insuficients per a una població sobreenvellida que s'incrementa amb els anys i que demana més atencions. Destaquem el SAD i la insuficiència del temps que es destina a l'atenció de les persones. També la manca de places en centres de dia o residencials i les seves llargues llistes d'espera.

D'altra banda, pel que fa als recursos des de la perspectiva de la prevenció, destaquem la manca d'una major sistematització que proporcionin dades per al reconeixement i la visibilitat d'aquest recurs. Considerem la prevenció com un pilar fonamental per a l'acompanyament a l'envelliment i les seves diverses etapes; no obstant això, hi ha poca prioritització en la classificació (tipus de prevenció), fet que no permet determinar en quin estat es troba aquest recurs a Catalunya. Podem afirmar que hi ha una diversitat de programes de prevenció al territori català promoguts per entitats locals sense ànim de lucre i ajuntaments. Tanmateix, hi ha una gran atomització que no permet fer una exploració més exhaustiva sobre els tipus de col·lectius als quals es dirigeix i les problemàtiques que aborden.

Finalment, podem indicar que el gran repte de l'atenció a l'envelliment encara es basa en el paradigma familiarista de la cura, cosa que desencadena múltiples desigualtats estructurals. El gènere és la primera de les categories socials que desemboca en desigualtat, ja que moltes dones continuen exercint la cura com una obligació moral, fet que satura el seu temps i obvia els seus drets. És important, per tant, que els homes s'impliquin més en la cura. Aquestes igualtats de

gènere comporten un canvi dels models masculins de la cura a l'àmbit social i polític, així com un canvi de perspectiva sobre què és cuidar en tant que compromís social, i una pràctica humana i ètica, abans que una obligació moral associada a filles, esposes, germanes o nores. El model familiarista encara és el gran referent, tot i que els agents d'atenció a l'envelliment (ajuntaments, tercer sector, famílies, sanitaris...) fan esforços per contribuir a una major redistribució de la cura.

Es constata, també, la prioritització de l'àmbit comunitari per part dels diversos actors socials implicats en els processos d'envelliment. Hem citat alguns exemples en aquest sentit, per la qual cosa considerem que l'escala local és la més adequada per a un acompanyament a l'envelliment que respecti les vivències i la pertinença de les persones grans. La soledat no desitjada i l'aïllament, tot i que són una prioritat en els programes públics i de les entitats socials, continuen suposant un problema social associat al sobreenvelliment. En la mateixa línia, malgrat que la tecnologia està fent un paper fonamental per evitar la soledat no desitjada, encara cal fer front als grans reptes de la bretxa digital, sobretot si parlem d'aquesta població més envellida.

Per tancar aquest apartat, cal destacar el procés de desinstitucionalització com un gran desafiament associat als processos d'atenció a l'envelliment. D'una banda, si bé una part important dels centres residencials, especialment d'entitats no lucratives, ja han implementat una sèrie de canvis en les lògiques, el temps i els entorns de la cura per a la transformació del model institucional, basat en el principi d'atenció centrat en la persona, encara queda pendent la transformació del gruix de centres especialitzats en aquest tipus de cura. Tot plegat, ha de portar un canvi en l'imaginari col·lectiu que passi d'entendre les institucions residencials com a llocs estigmatitzadors i despersonalitzats, a veure'ls com a espais associats a la cura de la vida. Així mateix, el procés de desinstitucionalització té pendent la transformació del model familiarista, un model difícil de subvertir, cap a un model comunitari que ha d'esdevenir l'epicentre dels acompanyaments a l'envelliment, en què els diversos actors d'atenció (públics, locals, privats, no lucratiu, famílies, veïnat...) es reparteixin les responsabilitats de manera més igualitària.

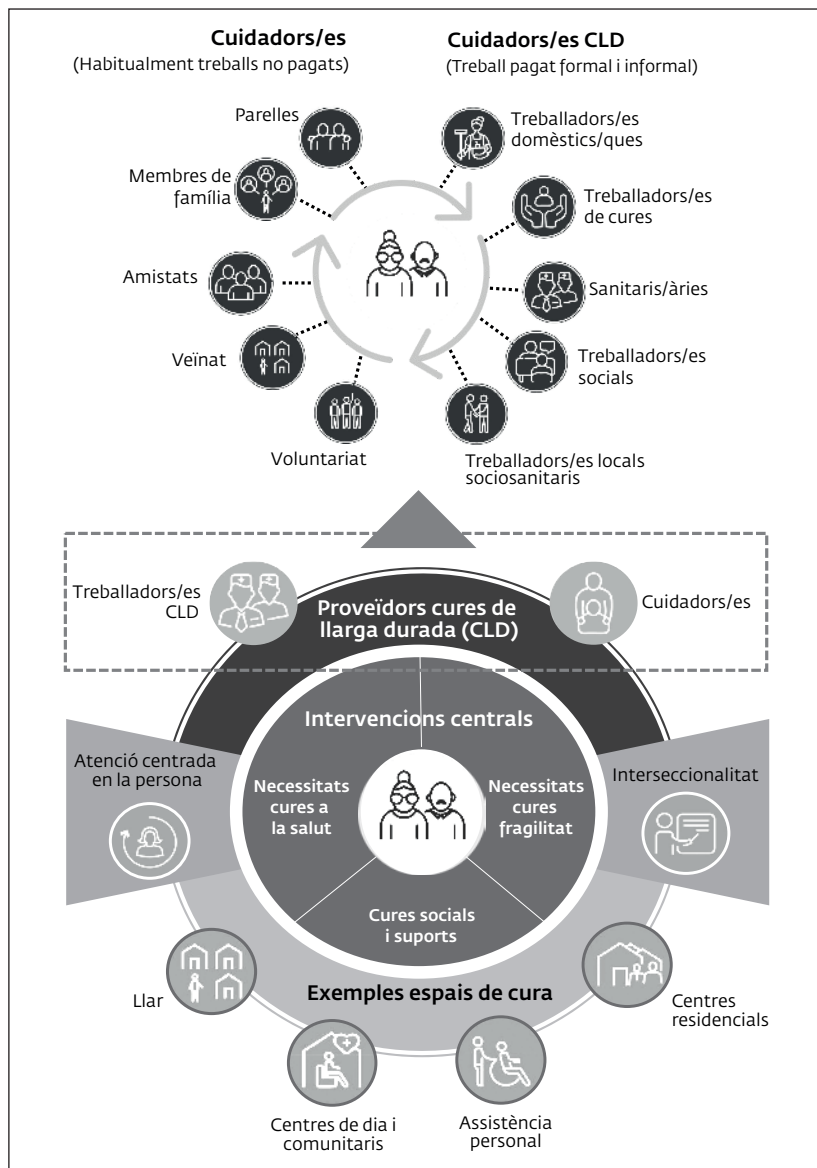
5.2. Cap a un model integral d'acompanyament a l'envelliment

Catalunya participa en una tendència sociodemogràfica mundial segons la qual la longevitat i el sobreenvelliment són problemes socials que cal atendre de manera urgent. Com ha fet notar aquest dossier, en un futur, les demandes d'atencions a l'envelliment s'incrementaran tant en l'àmbit preventiu com en situacions de vulnerabilitat. Aquesta constatació obliga al fet que els diversos agents d'atenció hagin de treballar de manera més articulada i integradora.

No es tracta només d'una qüestió de recursos (que ja ho és), sinó de construir un model integral d'acompanyament a l'envelliment que sàpiga reconèixer i treballar de manera conjunta en les diverses fases i situacions de les persones envellides. El procés de desinstitucionalització té lloc en un context històric que necessita certs canvis sobre com hem de cuidar en els processos d'envelliment. Un procés que s'ajusta amb altres tendències internacionals, tal com ho expressen la *Lancet Commission* (Pot *et al.*, 2023), l'Estratègia europea de les cures (2022) i l'OMS amb referència a la cura de llarga durada durant l'envelliment (2024), que, a més de potenciar la personalització de l'atenció i el dret a la lliure elecció de les persones grans, pretenen enfortir la integració dels sistemes de salut i socials des de la perspectiva local i comunitària.

Per tant, és essencial integrar l'atenció col·laborativa i compartida entre els diversos professionals, abordant de manera conjunta els múltiples serveis assistencials i d'acompanyament de les persones en el procés d'envelliment, com ara l'atenció primària, les residències, els centres de dia, el SAD i altres equipaments. Tot això, superant les barreres administratives d'aquesta complexa trama que són les institucions públiques (salut, benestar social, habitatge, cultura, treball, justícia, etc.). Al mateix temps, hem de ser conscients que l'atenció personalitzada de base local i comunitària requereix més recursos públics, més suport a les famílies cuidadores i una millora substancial en la qualitat de l'ocupació, a més de la ja esmentada integració social i sanitària.

Gràfic 11. Entorns assistencials i actors en la cura de llarga durada a l'envelliment



Font: adaptat de l'OMS, 2024..

La qüestió és que la tendència social i política va encaminada a reforçar les atencions a la llar des del vincle i la col·lectivitat. Els ecosistemes locals de cura proposats en aquest dossier, així com la representació de les constel·lacions de cura, tracten de manifestar una realitat concreta de l'acompanyament a l'envelliment, que és el fet que aquests acompanyaments passen (i han passat) essencialment per crear vincles des de la col·lectivitat i l'àmbit local. No obstant això, es tracta d'una reproducció social que ha de reforçar-se amb models integrats i integradors. Amb agents socials i polítics que facin una lectura eficient de les realitats locals, des d'una perspectiva intersectorial i, alhora, interseccional, per comprendre les diverses situacions de vulnerabilitat que se superposen en els diversos col·lectius envellits segons les seves realitats locals.

La voluntat de donar resposta a tots aquests reptes comporta la necessitat d'incorporar la perspectiva de l'envelliment de manera transversal en totes les polítiques públiques, donar veu a les mateixes persones grans sobre el seu procés d'envelliment i en totes les decisions que s'hi vinculen, així com evidenciar el reconeixement de les entitats socials locals com a agents experts en l'acompanyament a les persones grans i les seves famílies, des d'una visió d'atenció centrada en la persona i de base comunitària.

6. Referències

- Ajuntament de Barcelona. 2017. *Servei d'Ajuda a Domicili (SAD). Projectes pilots SAD: noves formes de provisió* [en línia]. Disponible a: <https://ajuntament.barcelona.cat/premsa/wp-content/uploads/2017/11/Presentació-Pilot-SAD-Roda-29.11.2017def.pdf> [accés: 8 de juny del 2024].
- Ajuntament de Barcelona. 2022. *El moviment demogràfic de Barcelona 2022* [en línia]. Disponible a: https://ajuntament.barcelona.cat/estadistica/castella/Estadistiques_per_temes/Poblacio_i_demografia/Documents_relacionats/dem/a2022/pdf/dem2022.pdf [accés: 13 de març del 2024].
- Ajuntament de Barcelona. 2022. *Estudi impacte mobilitat 2023. Superilla Barcelona* [en línia]. Disponible a: https://ajuntament.barcelona.cat/superilles/sites/default/files/2022-03-28_ESTUDI_IMPACTE_MOBILITAT_2023_TOM_I_web.pdf.
- Ajuntament de Barcelona. 2023. *Guia per a la prevenció, detecció i acompanyament de persones grans en situacions de soledat. Estratègia municipal contra la soledat 2020-2030* [en línia]. Disponible a: https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxiu-documents/guia_persones_grans_soledat.pdf [accés: 15 d'abril del 2024].
- Ajuntament de Barcelona. 2023. *La soledat no desitjada a la ciutat de Barcelona: anàlisi a través de les enquestes Omnibus 2020, 2022 i 2023* [en línia]. Disponible a: https://bcnroc.ajuntament.barcelona.cat/jspui/bitstream/11703/133633/1/La_soledat_no_desitjada_a_la_ciutat_de_Barcelona.pdf [accés: 8 de juny del 2024].
- Ajuntament de Barcelona. 2024. *Barcelona pel Clima. Xarxa de Refugi Climàtics* [en línia]. Disponible a: <https://www.barcelona.cat/barcelona-pel-clima/ca/accions-concretes/xarxa-de-refugis-climatic> [accés: 5 de juny del 2024].
- Ajuntament de Tarragona. 2018. *Tarragona, Ciudad amigable con las personas mayores. Diagnóstico*. Disponible a: <https://www.tarragona.cat/serveis-a-la-persona/institut-municipal-de-serveis-socials/serveis-equips/gent-gran/gent-gran-activa/fitxers/altres/tarragona-ciutat-amiga-de-la-gent-gran-diagnostic-version-castellano>.
- Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales. 2023. *XXIII Dictamen del Observatorio de la Dependencia* [en línia]. Disponible a: <https://directoressociales.com/wp-content/uploads/2023/04/XXIII-17.3-Todas-CCAA-1.pdf> [accés: 13 d'abril del 2024].
- Barañano-Uribarri, Maider; Uriarte-Goikoetxea, Alaitz, i Legarreta-Iza, Matxalen. 2024. *Iniciativas público-comunitarias de cuidado a personas mayores. Oportunidades y retos para la transformación en el Ecosistema Local de Cuidado de Zestoa. Revista Española de Sociología*, 33(3): 1-21.
- Bateson, Mary. 2013. "Changes in the Life Course: Strengths and Stages." A: Catherine Lynch i Jason Danely (eds.). *Transitions and Transformations. Cultural Perspective on Aging and the Life Course*. Oxford: Bergham, 21-34.
- Chirinos, Carlos; Soronellas, Montserrat, i Comas-d'Argemir, Dolores. 2024. *Constellations of Family Care as an Analytical Tool for Social Care Studies. Journal of Long-Term Care*, 263-276. <https://doi.org/10.31389/jltc.252>.

- Chirinos, Carlos. 2021. *Cuando los hombres cuidan... cuando los esposos mayores cuidan. Experiencias de cuidado conyugal en contextos de enfermedad y discapacidad*. Tesis doctoral, Universitat Rovira i Virgili. Disponible a: <http://hdl.handle.net/10803/671941>.
- Comas-d'Argemir, Dolors i Bofill-Poch, Sílvia. 2021. *El cuidado importa. impacto de género en los y las cuidadoras de mayores y dependientes en tiempos de la Covid-19*. Fondo Supera COVID-19 Santander-CSIC-CRUE Universidades Españolas. Disponible a: www.antropologia.urv.cat/es/investigacion/proyectos/cumade/.
- Comas-d'Argemir, Dolors; Lagarreta, Matxalen, i García Sainz, Cristina. 2021. "Capítulo 4. Residencias, las grandes olvidadas." A: Dolors Comas-d'Argemir i Sílvia Bofill-Poch (eds.). *El cuidado importa. Impacto de género en los y las cuidadoras de mayores y dependientes en tiempos de la Covid-19*, Fondo Supera COVID-19 Santander-CSIC-CRUE Universidades Españolas, 241-388. Disponible a: www.antropologia.urv.cat/es/investigacion/proyectos/cumade/.
- Comas-d'Argemir, Dolors. 2015. Los cuidados de larga duración y el cuarto pilar del sistema de bienestar. *Revista de antropología social*, 24: 375-404.
- Comas-d'Argemir, Dolors. En premsa. Envejecer en el Hogar: Ecosistemas de Cuidado de Orientación Local y Comunitaria. Zerbitzuan. *Revista de Ciencias Sociales*.
- Comissió Europea. 2022. *Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo, y al Comité de las Regiones sobre la Estrategia Europea de Cuidados*. Brussel·les. European Commission. Disponible a: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX%3A52020DC0066>.
- Crenshaw, Kimberlé W. 1991. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6): 1241-1299.
- Creu Roja. 2022. *1r informe de l'Observatori sobre soledat no volguda* [en línia]. Disponible a: https://www2.cruzroja.es/documentos/1043607101/1078461912/doc+presentació+soledat+no+volguda+O+bservatori+%281%29+%281%29_compressed.pdf/793facea-b75b-892e-a22f-2320abe2de45?t=1663601991393&utm_campaign=observatori+Soledat+1&utm_medium=email&utm_content=cat&utm_source=Cat_voluntariat_socis.
- Danely, Jason. 2022. *Fragile Resonance: Caring for Older Family Members in Japan and England*. New York: Cornell University Press.
- Expósito, Carmen. 2012. ¿Qué es eso de la interseccionalidad? Aproximación al tratamiento de la diversidad desde la perspectiva de género en España. *Investigaciones Feministas*, 3: 203-222.
- Fernández-Ardèvol, Mireia; Suárez-Gonzalo, Sara, i Sáenz Hernández, Isabel. 2023. *Desigualtat digital i vellesa: la bretxa digital que encara cal tancar*. Consell Assessor del Parlament sobre Ciència i Tecnologia. Disponible a: <https://www.parlament.cat/document/intrade406609846>.
- Fiori, Mirela; Iglesias, Mariela; Fauth, Gabriela, i Vivas, Pep. 2024. *Cuerpos, cuidados y envejecimiento activo en el espacio público: El caso de la Supermanzana de Sant Antoni, Barcelona*. I Congreso Internacional corporalidades sociales, subjetividades y disidencias. Disponible a: <https://congresocosides.org/ponencia/cuerpos-cuidados-y-envejecimiento-activo-en-el-espacio-publico-el-caso-de-la-supermanzana-de-sant-antoni-barcelona/#>.

- Generalitat de Catalunya. 2022. Departament de Salut. Canal Salut. Persones grans [en línia]. Disponible a: <https://canalsalut.gencat.cat/ca/vida-saludable/etapes-de-la-vida/gent-gran/> [accés: 13 d'abril del 2024].
- Generalitat de Catalunya. 2022. *Anteproyecto de ley de la Agencia de Atención Integrada Social y Sanitaria* [en línia]. Disponible a: <https://participa.gencat.cat/processes/atenciointegrada?locale=es> [accés: 26 d'abril del 2024].
- Generalitat de Catalunya. 2023. DIXIT Centre de Documentació de Serveis Socials. *Catalunya redueix l'espera de la dependència en l'últim any* [en línia]. Disponible a: https://dixit.gencat.cat/ca/detalls/Noticies/catalunya_redueix_espera_dependencia_any.html [accés: 14 de març del 2024].
- Generalitat de Catalunya. 2023. Departament de Drets Socials. *Seguiment del desplegament de la Llei 39/2006. Històric i evolució de les dades de la dependència a Catalunya* [en línia]. Disponible a: https://dretssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicos/10dependencia/dades_dependencia/documents/Llei-dependencia-rT2023.pdf [accés: 13 d'abril del 2024].
- Generalitat de Catalunya. 2023. Departament de Salut. *Informe anual sobre la aplicació de la Ley orgánica de regulación de la eutanasia durante el año 2022 en Cataluña*. Disponible a: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Professionals/Comissions/comissio-garantia-i-avaluacio-catalunya/informes/memoria-pram-es-22.pdf.
- Generalitat de Catalunya. 2024. Departament de Salut. Canal Salut. *Prevenció de la dependència* [en línia]. Disponible a: <https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-az/c/cuidadors-informals/prevencio-dependencia/> [accés: 15 de abril del 2024].
- Held, Virginia. 2006. *The Ethics of Care: Personal, Political, and Global*. New York: Oxford.
- Institut Català de la Salut. 2010. *Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut: aplicació del model de gestió de casos a l'atenció primària de Salut*. Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/4949?locale-attribute=es>.
- Institut d'Estadística de Catalunya - Idescat. 2021. *Llars. Per composició de la llar* [en línia]. Disponible a: <https://www.idescat.cat/pub/?id=censph&n=17313&t=199100> [accés: 8 de juny del 2024].
- Institut d'Estadística de Catalunya - Idescat. 2022. *Projeccions de població. Població projectada a 1 de gener per sexe i edat. Escenari alt (base 2021)* [en línia]. Disponible a: <https://www.idescat.cat/dades/obertes/proj> [accés: 14 de març del 2024].
- Institut d'Estadística de Catalunya - Idescat. 2023. *Equipaments per a la gent gran. Centres de dia. Per titularitat. Comarques i Aran, àmbits i províncies* [en línia]. Disponible a: <https://www.idescat.cat/indicadors/?id=aec&n=15828&fil=43> [accés: 11 d'abril del 2024].
- Institut d'Estadística de Catalunya - Idescat. 2024a. *Esperança de vida en néixer. Per sexe* [en línia]. Disponible a: <https://www.idescat.cat/pub/?id=iev&n=8619> [accés: 13 de març del 2024].

- Institut d'Estadística de Catalunya - Idescat. 2024b. *Taxa de fecunditat. Per grups d'edat* [en línia]. Disponible a: <https://www.idescat.cat/indicadors/?id=aec&n=15266> [accés: 13 de març del 2024].
- Institut d'Estadística de Catalunya - Idescat. 2024c. *Població. Per sexe i edat quin-quennal. Catalunya. S1/2024* [en línia]. Disponible a: <https://www.idescat.cat/pub/?id=ep> [accés: 4 de juny del 2024].
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales - IMSERSO. 2022. *Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)* [en línia]. Disponible a: <https://imserso.es/autonomia-personal-dependencia/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad/el-saad/el-sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad> [accés: 11 d'abril del 2024].
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales - IMSERSO. 2023. *Información estadística del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Situación a 31 de marzo de 2023* [en línia]. Disponible a: https://imserso.es/documents/20123/3515174/estsisaad_2023331.pdf/5bcd8ca8-a2ed-36b3-8aeb-1daeff5105bc [accés: 11 d'abril del 2024].
- Instituto Nacional de Estadística - INE. 2020. *Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares 2020* [en línia]. Disponible a: <https://ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=6898&capsel=6913> [accés: 10 de juny del 2024].
- Instituto Nacional de Estadística - INE. 2022. *Esperanza de Vida al Nacimiento por comunidad autónoma, según sexo* [en línia]. Disponible a: https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1448#_tabs-tabla [accés: 3 de juny del 2024].
- Instituto Nacional de Estadística - INE. 2022. *Número de centros de salud y consultorios de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud (SNS) según comunidad autónoma*. [en línia]. Disponible a: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla16.htm> [accés: 5 de juny del 2024].
- Lamb, Sarah. 2019. *Interrogating Healthy/Successful Aging: An Anthropologist's Lens*. *General Anthropology*, 26(2): 1-9.
- Martínez Rodríguez, Teresa; Díaz-Veiga, Pura; Rodríguez Rodríguez, Pilar, i Sancho Castiello, Mayte. 2015. *Modelo de atención centrada en la persona. Presentación de los Cuadernos prácticos*. *Informes Envejecimiento en Red*, núm. 12. Disponible a: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-modeloatencioncuadernosmatia.pdf>.
- Martínez-Buján, Raquel; Jabbaz, Marcela, i Soronellas, Montserrat. 2021. "Capítulo 1. El cuidado de mayores y dependientes en España. ¿En qué contexto irrumpe la covid?" A: Dolores Comas-d'Argemir i Sílvia Bofill-Poch (eds.). *El cuidado importa. Impacto de género en los y las cuidadoras de mayores y dependientes en tiempos de la Covid-19*. Fondo Supera COVID-19 Santander-CSIC-CRUE Universidades Españolas, 33-98. Disponible a: www.antropologia.urv.cat/es/investigacion/proyectos/cumade/.
- Mesa, Sara. 2019. *Silencio administrativo. La pobreza en el laberinto burocrático*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. 2023. *Revisión internacional sobre la transición a los servicios de base comunitaria y la desinstitucionalización*. Disponible a: <https://estrategiadedesinstitucionalizacion.gob.es/wp-content/uploads/2023/08/Revision-internacional-sobre-desinstitucionalizacion.pdf>.

- Ministerio de Sanidad. 2023. *Informe de evaluación anual 2022 sobre la prestación de ayuda para morir*. Disponible a: https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/docs/InformeAnualEutanasia_2022.pdf.
- MoMo. 2024. *Mortalidad notificada, observada, esperada y atribuible a temperatura* [en línia]. Disponible a: https://momo.isciii.es/panel_momo/. [accés: 5 de juny del 2024].
- Moreno-Colom, Sara. 2021. Construyendo comunidad desde lo público: el caso de las Superilles Socials. *Revista Española de Sociología*, 30(2): 1-18.
- Organització Mundial de la Salut - OMS. 2015. *WHO global strategy on people-centred and integrated health services*. Disponible a: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-07/who-global-strategy-on-pcihs-main-document_final.pdf.
- Organització Mundial de la Salut - OMS. 2022. *Envejecimiento y salud*. [en línia]. Disponible a: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> [accés: 25 de febrer del 2024].
- Organització Mundial de la Salut - OMS. 2024. Long-term care for older people: package for universal health coverage. Disponible a: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240086555>.
- Platero, Raquel. 2012. ¿Son las políticas de igualdad de género permeables a los debates sobre la interseccionalidad? Una reflexión a partir del caso español. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 52: 135-172.
- Pot, Anne Margriet; Rabheru, Kiran, i Chew, Mabel. 2023. *Person-centred long-term care for older persons: a new Lancet Commission*. *The Lancet*, 401(10390): 1754-1755.
- Reynolds, Jillian; Masana, Lina; Cayuelas, Nuri, i Espallargues, Mireia. 2019. *Atenció integrada, personalitzada i sostenible per a la gent gran d'Europa (projecte SUSTAIN)*. Lliçons apreses implementant millores en l'atenció integrada a Catalunya. Disponible a: https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2019/atencio_integrada_gent_gran_sustain_aquas2109.pdf.
- Sancho, Mayte i Martínez, Teresa. 2021. "El futuro de los cuidados de larga duración ante la crisis de la Covid-19." A: A. Blanco, A. Chueca, J. López-Ruiz i S. Mora (eds.) *Informe España 2021*. Madrid: Universidad Comillas, 337-403.
- SeniorLab. 2024. *Per què un senior lab* [en línia]. Disponible a: <https://www.seniorlab.eu> [accés: 15 de abril del 2024].
- Soronellas, Montserrat; Chirinos, Carlos; Alonso, Natalia, i Comas-d'Argemir, Dolors. 2021. "Hombres, cuidados y ancianidad: un bricolaje de ayudas, un mosaico de recursos de cuidados." A: R. Contreras i A. B. Pérez Castro (eds.). *Ganarse la vida. La reproducción social en el mundo contemporáneo*. Mèxic, UNAM, 209-235.
- Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya. 2023. *Baròmetre del Tercer Sector Social. Edició 2022. Informe General*. Disponible a: <https://www.tercersector.cat/es/node/13161>.

DARRERS NÚMEROS PUBLICATS:

- 68 - **Fragmentades:** una anàlisi dels discursos d'odi, l'auge de l'extrema dreta i el seu impacte social (juny 2024)
- 67 - **Claus del debat actual del sistema de garantia d'ingressos a Catalunya:** finestreta única, complementos i quanties (desembre 2023)
- 66 - **Esperant els meus drets.** Radiografia dels temps d'espera en els recursos i prestacions socials més sol·licitats a Catalunya (novembre 2023)
- 65 - **El decret d'escola inclusiva cinc anys després, un desplegament insuficient?** (novembre 2022)
- 64 - **La pobresa en les dones:** el precari equilibri del treball i la conciliació (març 2022)
- 63 - **L'LGBTI-fòbia estructural:** la discriminació en l'accés als drets socials (octubre 2021)
- 62 - **Les barreres a la participació política:** una qüestió de democràcia i cohesió (juny 2021)
- 61 - **Fronteres de paper:** la irregularitat administrativa i la invisibilització de les persones (abril 2021)
- 60 - **La soledat no desitjada durant la vellesa, un fenomen social** (setembre 2020)
- 59 - **Justícia restaurativa.** Una resposta al conflicte més humana, inclusiva i transformadora (febrer de 2020)
- 58 - **L'LGBTI-fòbia entre infants i adolescents.** Una problemàtica social a resoldre (novembre de 2019)
- 57 - **El sistema de pensions a Espanya.** Les febleses d'un model que urgeix una solució duradora (desembre de 2018)
- 56 - **Monoparentalitat femenina i pobresa. Gènere, soledat i conciliació, l'arrel del problema** (octubre 2018)
- 55 - **El preu de l'energia, factor clau en l'augment de la pobresa energètica** (febrer 2018)
- 54 - **Ocupació de qualitat:** resposta al fenomen dels treballadors i treballadores pobres (desembre 2017)
- 53 - **Els habitatges buits dels bancs.** Una oportunitat perduda per ampliar el parc d'habitatge social? (juliol 2017)
- 52 - **Escolteu-me!** L'Atenció Centrada en la Persona en el suport al procés d'envelliment (maig 2017)
- 51 - **L'atenció en salut mental dels infants i adolescents.** Noves respostes per afrontar un repte creixent (febrer 2017)
- 50 - **La precarietat laboral juvenil a Catalunya.** Una realitat incòmode (desembre 2016)
- 49 - **La millora dels Serveis Socials Bàsics a Catalunya.** Una proposta des del Tercer Sector Social (octubre 2016)
- 48 - **Cap a un Salari Mínim Digne.** Una reforma necessària per reduir les desigualtats socials a Catalunya (juliol 2016)

Barcelona, setembre de 2024

Dipòsit legal:

B 16683-2024

Edita:

**Taula d'entitats del Tercer Sector
Social de Catalunya**



Taula d'entitats
del Tercer Sector Social
de Catalunya

HUB SOCIAL | Taula del Tercer Sector

C/Girona, 34, interior.

08010 Barcelona

T 93 310 57 07

www.tercersector.cat



Amb la col·laboració de:



Diputació
Barcelona

ara

HUB SOCIAL
INNOVACIÓ PER L'EQUITAT

Amb el suport de:



Generalitat de Catalunya
**Departament de Drets Socials
i Inclusió**