

**ENVELLIMENT ACTIU I SALUDABLE:
EL CAS DE LES ILLES BALEARS**

Envelliment actiu i saludable: El cas de les Illes Balears

Joan Carles March i Cerdà

John Carlin, autor del llibre sobre Mandela, escriu coses que em pareixen essencials quan parlem amb una persona gran, i ell deia d'en Mandela: «tenia aquesta serenitat, sabiduria, i la capacitat de saber escoltar que tenen les persones grans i amb experiència, i que dóna aquest ambient especial de tranquil·litat quant t'atures a tenir una petita conversa amb ells... els grans.»

I m'agradaria afegir-hi uns versos de l'excel·lent llibre *Completamente Viernes*, del poeta granadí

Luís García Montero, que diu:

«Uno setenta y cinco
y los ojos con vida por delante
y el corazón sin musgo
en edad de crecer.»

Resum

Hi ha una tendència creixent a l'envelliment demogràfic i això té conseqüències per als sistemes de prestacions socials i sanitàries, en què Espanya, i les Illes Balears igualment, es manté entre els països amb l'esperança de vida més alta. La situació de les persones grans a Espanya es basa en la importància dels vincles familiars, la família com a recurs de suport i ajuda i com a principal protecció contra la pobresa durant la tercera edat, l'escàs nivell de provisió de pensions privades i la reduïda participació en activitats de voluntariat en un marc en què es parla molt d'envelliment actiu i saludable a pesar de l'existència de diferents graus de discriminació social de les persones grans en les societats occidentals. A Espanya, hi ha prevalença de models de cures informals i escassetat de recursos disponibles en l'atenció i l'assistència de les persones grans, que necessiten cures en un entorn d'un destacat augment de prevalença de malalties cròniques.

En aquest entorn, les polítiques d'anàlisi i intervenció per a un envelliment actiu i saludable han de seguir les tres línies següents: 1) alfabetització en salut, promoció de la salut, prevenció, *screening* i diagnòstic precoç; 2) models de cures i tractaments de la multimorbiditat amb una autocura més elevada de les persones grans, i 3) envelliment actiu, autonomia, vida independent i inclusió social.

A les Illes Balears, en aquest context, es detecten mancances i s'identifiquen prioritats en una societat amb un bon nivell de salut, però no repartida equitativament i amb un patró de morbiditat i mortalitat observat que respon a les característiques d'una societat moderna, d'una societat que envelleix. I, així, les necessitats d'atenció a les malalties cròniques i a la pluripatologia esdevenen una prioritat per als sistemes socials i de salut. Les paraules clau per a les persones grans actives i saludables són: *participació social, reconeixement i visibilitat social, autoestima, autoconfiança, i habilitats relacionals i de comunicació.*

Resumen

Existe una tendencia creciente al envejecimiento demográfico y esto tiene consecuencias para los sistemas de prestaciones sociales y sanitarias donde España, y las Illes Balears en la misma línea, se mantiene entre los países con la esperanza de vida más alta. La situación de las personas mayores en España se basa en la importancia de los vínculos familiares, la familia como recurso de apoyo y ayuda y como principal protección contra la pobreza durante la tercera edad, el escaso nivel de provisión de pensiones privadas y la reducida participación en actividades de voluntariado en un marco donde se habla mucho de envejecimiento activo y saludable a pesar de la existencia de diferentes grados de discriminación social de las personas mayores en las sociedades occidentales. En España, existe prevalencia de modelos de cuidados informales y escasez de recursos disponibles en

la atención y asistencia de las personas mayores, que necesitan cuidados en un entorno de un destacado aumento de prevalencia de enfermedades crónicas.

En este entorno, las políticas de análisis e intervención para un envejecimiento activo y saludable deben seguir las tres líneas siguientes: 1) alfabetización en salud, promoción de la salud y prevención, *screening*, diagnóstico precoz; 2) modelos de cuidados y tratamientos de la multimorbilidad con un mayor autocuidado de las personas mayores, y 3) envejecimiento activo, autonomía, vida independiente e inclusión social.

En las Illes Balears, en este contexto, se detectan carencias y se identifican prioridades en una sociedad con un buen nivel de salud, pero no repartida equitativamente y con un patrón de morbilidad y mortalidad observado que responde a las características de una sociedad moderna, de una sociedad que envejece. Y, así, las necesidades de atención a las enfermedades crónicas y a la pluripatología se convierten en una prioridad para los sistemas sociales y de salud. Las palabras clave para los mayores activos y saludables son: *participación social, reconocimiento y visibilidad social, autoestima, autoconfianza, y habilidades relacionales y de comunicación.*

1. Introducció

La creixent tendència a l'envelliment demogràfic és una constant a Europa i s'estima que l'any 2050, gairebé un 30% de la població europea tindrà més de 65 anys (Börsch-Supan, Brugiavini, Jürges et al., 2005). A Espanya, les baixes taxes de fertilitat i natalitat, així com l'alta esperança de vida anuncien per al 2050 una ràtio de dependència de la tercera edat molt elevada, amb possibles implicacions dramàtiques sobre les despeses relacionades amb les pensions, l'assistència sanitària o les cures a llarg termini. No obstant això, en l'actualitat, Espanya es manté entre els països on l'esperança de vida és alta, tot i que manté un nivell de despeses públiques en sanitat inferior a la mitjana europea (OECD, Health Data, 2004).

Segons dades de l'enquesta SHARE (Survey of Health Ageing and Retirement in Europe) (2006), finançada per la Comissió Europea i que ofereix una avaluació longitudinal de la qualitat i els hàbits de vida de les persones més grans de 50 anys en l'àmbit europeu, el nivell de benestar de la població de gent gran es construeix sobre la base de la interrelació de variables econòmiques, de salut i socioculturals. Els resultats d'aquesta macroenquesta posen de manifest l'especificitat de la situació de les persones grans a Espanya: la importància dels vincles familiars (més d'un 80% de les persones grans viuen prop dels seus fills i filles); la família com a recurs de suport i ajuda i com a principal protecció contra la pobresa durant la tercera edat; l'escàs nivell de provisió de pensions privades o

la reduïda participació en activitats de voluntariat (menys del 4% en comparació amb el 21% de Suècia o Dinamarca). Igual que a la resta de països mediterranis, les persones grans a Espanya tenen més longevitat, però perceben pitjors nivells de salut, en comparació amb els europeus del Nord. A més, la salut i l'estil de vida d'homes i dones estan fortament influïts per la renda i l'educació: com menys recursos econòmics i educatius tenen, pitjors resultats mostren en alimentació saludable, realització d'exercici físic o taxes d'obesitat (SHARE, 2006).

En l'àmbit europeu, les línies d'investigació orientades a conèixer i millorar les condicions i hàbits de vida, les necessitats i les demandes de cures de les persones grans, han generat un conjunt d'iniciatives i projectes, que en general han confirmat l'existència de diferents graus de discriminació social de les persones grans en les societats occidentals. Encara que no es va fer a Espanya, el projecte AdHOC (Aged in Home Care project), del 5è PM (2000-2003) va oferir una comparació entre les característiques sociodemogràfiques, físiques i cognitives, així com la prevalença de malalties cròniques en una mostra de 3.885 persones grans amb atenció domiciliària en 11 països de la UE, i va trobar importants desigualtats en els models de cures prevalents en els diferents països (Carpenter, Gambassi, Topinkov, et al., 2004). També el projecte SHELTER (Services and Health for the Elderly in Long Term Care) del 7è PM (2008-2011) va avaluar l'estat de salut de persones grans institucionalitzades en vuit països, i va mostrar l'alta prevalença de símptomes conductuals, caigudes, úlceres per pressió o problemes d'incontinència urinària, que limiten la mobilitat i qualitat de vida de les persones residents en centres per a gent gran (Onder, Carpenter, Finne-Soveri et al., 2012). A les Illes Balears, la recerca sobre gent gran en aquests moments van dirigides a estudiar els factors que modifiquen la dependència en persones grans que viuen soles, la prevalença d'úlceres per pressió, la descripció i comparació dels serveis d'atenció domiciliària de salut i social a Europa, la prevenció de caigudes i fractures en gent gran, el disseny d'una intervenció complexa multirisc en atenció primària per fomentar conductes promotores de salut en la població de 45 a 75 anys, juntament amb estudis relacionats amb malalties prevalents en aquesta població.

Si analitzam un poc més els estudis europeus més prevalents, trobam que el model de cures va ser la variable objecte d'estudi del projecte ANCIEN (Assessing Needs of Care in European Nations), elaborat entre 2009 i 2014, que va evidenciar la relació entre polítiques sanitàries i l'adopció de diferents paradigmes de cures en 20 països europeus. A Espanya, el projecte va confirmar la prevalença de models de cures informals i l'escassetat de recursos disponibles en l'atenció i assistència de les persones grans que necessiten cures (Gutiérrez, Jiménez-Martín, Vegas Sánchez et al., 2010). Així mateix, la discriminació per edat és visible també en àmbits diferents dels assistencials, segons altres treballs recents. Així, el projecte PREDICT (Increasing the Participation of the Elderly in Clinical Trials), 2009-2011, va mostrar l'exclusió de la gent gran en estudis i assajos clínics (Cherubini, 2010) i el projecte ASPA (Activating Senior potentials in Ageing Europe) va avaluar la percepció

de la gent gran en l'àmbit laboral, evidenciant les dificultats d'accés i els estereotips existents al voltant d'aquest col·lectiu.

A Espanya, la discriminació de les persones grans no és una de les més greus d'Europa: segons una publicació recent, només un 36% de la població gran ha percebut alguna forma de discriminació a Espanya, mentre que els percentatges augmenten fins al 48% a Alemanya o el 69% a la República Txeca (Abrams i Swift, 2012). No obstant això, aquestes dades són interpretables en funció de l'imaginari social sobre l'etapa de la vellesa que hi ha a cada país. Concretament a Espanya, l'edat en la qual s'inicia la vida com persona gran es considera aproximadament els 63 anys, mentre que en altres països s'associa a edats més avançades.

Els organismes internacionals van plantejar la necessitat de noves maneres d'enfocar el disseny de les intervencions i polítiques orientades a la gent gran (Giró, 2006). Des de l'OMS, una de les aportacions teòriques bàsiques per al disseny de les millores en intervencions i polítiques va ser l'adopció del concepte envelliment actiu, definit com a «procés d'optimització de les oportunitats de salut, participació i seguretat per tal de millorar la qualitat de vida a mesura que les persones envelleixen» (OMS, 2002). En la literatura es defineix com a longevitat (supervivència a 70 anys i més) associada a l'absència de malalties cròniques i a l'absència de deterioraments cognitius, físics i mentals, és a dir, absència de multimorbiditats. L'ús d'aquest terme no només recull l'envelliment des de la salut i l'atenció sanitària, sinó que incorpora factors de tipus social, econòmic i cultural, abordant el potencial de benestar físic, social i mental al llarg del cicle vital.

Hi ha experiències i evidència que ens ajuden a repensar quins aspectes clau s'haurien de tenir en compte per dissenyar un model sanitari sensible i orientat a aquest nou paradigma: quina aportació poden fer els sistemes d'informació, quins objectius s'han d'assignar de manera transversal a diferents organitzacions i professionals, quines competències clíniques i relacionals haurien d'incloure els plans de formació i desenvolupament de competències o com s'ha de finançar la provisió (Contel, Muntané i Camp, 2012).

No obstant això, tot i que es manté un abordatge integral i complex sobre la gestió i models assistencials o d'educació sanitària, en la investigació sobre la salut de la gent gran hi intervenen sovint factors socioculturals i econòmics, així com actors socials que condicionen el maneig políticosanitari, tant com el posicionament de diversos grups professionals i socials o de l'opinió pública. El cas de la cobertura vacunal de la gent gran representa un bon exemple d'aquesta complexitat. A Espanya, la taxa de vacunació contra la grip, que va ser inferior al 60% el 2010-2011 (Ministeri Sanitat i Consum, 2012), s'allunya molt dels objectius marcats per l'OMS, que recomana una taxa superior al 75% en aquest grup poblacional (Blank, Schwenkglenks i Szucs, 2009). Entre els motius que dificulten una cobertura vacunal superior, s'han descrit no només la influència de les actituds i el comportament dels professionals sanitaris (Sánchez-Payá, Hernández-García, García-

Román, Camargo-Ángeles, Barrenengoa-Samudo, Villanueva-Ruiz, et al., 2012; Ridda, Lindley, Gao et al., 2008), sinó també l'impacte dels mitjans de comunicació i les xarxes socials (Johnson, Nichol i Lipczynski, 2008; Trivellin, Gandini i Nespoli, 2011; Cremi et al., 2011), que han pogut generar un sentiment contrari a la vacunació entre la població gran o amb malalties cròniques (Picazo, González, Salleras, et al., 2012).

Per tant, dins de la cultura de l'envelliment actiu, és important, des de les ciències socials i de la salut, de plantejar un abordatge des de la complexitat, tenint en compte la diversitat d'influències i dependències del procés d'envelliment (Giró, 2006). Així, s'ha de prestar atenció a l'entorn físic i social (*especificitat del medi rural i urbà, habitatge, seguretat, mobilitat*), els recursos socioeconòmics (*malnutrició, oportunitats i accés a educació, protecció, suport social*), elements socioculturals i de comunicació (*relacions personals, participació social, informació i comunicació*), sistema sanitaris i serveis socials (*accés a l'assistència sanitària, diagnòstic precoç, tractament farmacològic, morbiditat, factors de risc, discapacitat*), hàbits de vida (*alimentació, activitat física, salut mental, participació social*), comunicació pública de la salut i representacions socioculturals del procés salut i malaltia i envelliment.

A més, aquests elements estan intrínsecament relacionats, segons un estudi sobre la salut i hàbits de vida a Espanya (Actis, Pereda i de Prada, 2004). Segons els autors, una salut autopercebuda deficient no només es reflecteix en més visites mèdiques, més morbiditat o problemes de salut mental, sinó que, a més, afavoreix l'aïllament social i empitjora la qualitat de vida de la gent gran. D'altra banda, la percepció negativa sobre la salut comportaria també pitjors hàbits de vida i més prevalença de malalties cròniques en les edats avançades.

Al llarg de l'última dècada s'ha produït un destacat augment de la prevalença de malalties cròniques. Els informes assenyalen que, dels 57 milions de morts que van ocórrer el 2008 al món, 36 milions (gairebé la tercera part) van ser a causa de malalties no transmissibles, principalment malalties cardiovasculars, càncer, diabetis i malalties pulmonars cròniques. Però a més, tres quarts de les morts relacionades amb aquestes malalties tenen lloc en persones més grans de 60 anys (World Health Organization, 2011).

Juntament amb l'envelliment de la població i l'augment dels costos d'assistència sanitària, aquestes malalties cròniques suposaran una càrrega financera que, segons s'espera, superarà els limitats recursos mèdics i de personal de qualsevol país, importants costos humans, socials i econòmics (Jadad, Cabrera, Lyons, Martos i Smith, 2010).

La promoció de la salut com a marc conceptual per interpretar la salut individual i col·lectiva ens suggereix estratègies d'actuació en cinc línies: polítiques saludables, creació d'ambients favorables de salut, reforçament de l'acció comunitària, desenvolupament d'aptituds personals i reorientació dels serveis sanitaris (World Health Organization, 1986).

Dins el marc de la promoció de la salut en la persona gran, el reforçament de l'acció comunitària i el desenvolupament d'aptituds personals són camps d'acció que tenen com a focus la ciutadania i que tenen una estreta relació amb l'educació per a la salut, entesa com un procés de socialització i desenvolupament que tendeix a capacitar l'individu per desenvolupar-se dins del seu medi, facilitant-li eines per a la gestió de la seva realitat i la intervenció activa en els diferents escenaris socials, tot això propiciat per una bona estratègia de formació de la ciutadania en les cures de la salut, prevenció de malalties i les seves complicacions (López Fernández i March Cerdà, 1993).

Sumada a programes d'educació per a la salut, l'autogestió és un enfocament prometedor per millorar els resultats i reduir els costos sanitaris relacionats amb les malalties cròniques de la gent gran, per la qual les persones, en col·laboració amb professionals sanitaris, assumeixen una responsabilitat més gran en les decisions sobre la seva salut. En el passat, pràcticament tota l'atenció mèdica i l'ensenyament sobre medicina la proporcionaven professionals de la salut, però avui en dia es reconeix que moltes de les funcions clíniques (per exemple, el control de la pressió sanguínia i del pes) i activitats educatives les poden dur a terme amb eficàcia les mateixes persones grans. Així, s'està produint una reorientació filosòfica inherent a aquest enfocament, en la qual el professional de la salut veu els seus pacients com a companys i formadors (Jadad et al., 2010). L'augment en l'aparició de programes de suport a l'autogestió no només suposa canvis en el nivell metge-pacient, sinó que també requereix canvis en altres nivells: en l'entorn administratiu, en el sistema sanitari, en les polítiques i en el suport de l'entorn del pacient (Glasgow, Boles, McKay, Feil i Barrera, 2003).

Programes de pacient expert, programes d'educació per a la salut liderats per professionals sanitaris, programes per a l'autocontrol basats en l'ús de les noves tecnologies, han sorgit en els últims anys amb l'objectiu d'educar i que el pacient o la pacient sigui capaç de autocontrolar i de gestionar el seu procés de salut i malaltia (World Health Organization, 2009). L'autogestió se centra, per tant, a ensenyar unes capacitats generals que capacitin la persona a resoldre els problemes, utilitzar els recursos comunitaris de manera eficaç, treballar amb l'equip sanitari que li correspongui o iniciar nous comportaments (Bodenheimer, Lorig, Holman, i Grumbach, 2002).

En el cas de la gent gran, l'autogestió és altament important també perquè garanteix, a més, la millora de la salut mental, implicació i participació social, potencia l'autoestima i les relacions socials. La literatura demostra que l'educació de pacients per a l'autocura i autocontrol de la malaltia proveeix de beneficis en termes de coneixement, autoeficàcia i estat de salut (Barlow et al., 2010). S'ha demostrat, a més, que les estratègies de formació que ensenyen els pacients a plantejar uns objectius de millora, proposar accions concretes dins d'un pla d'acció, resoldre problemes, fer front a la malaltia de manera saludable, gestionar l'estrès, practicar l'autocontrol i desenvolupar la capacitat per aprofitar els

recursos comunitaris, milloren els resultats en salut, la seva qualitat de vida i la relació amb els serveis sanitaris i els professionals que els atenen (Norris, Lau, Smith, Schmid i Engalgau, 2002; Ellis, Speroff, Dittus, Brown, Pichert i Elasy, 2004).

D'altra banda, els pacients, així com els seus familiars, cuidadors i altres persones del seu entorn, necessiten i reclamen informació sobre el curs del seu procés de salut i malaltia (Coulter, Entwistle i Gilbert, 1998), i els beneficis de proporcionar als pacients una formació de qualitat tenen com a resultats la seva satisfacció (Stewart, 1995), millors resultats clínics (Kinnersley, Stott, Peters i Harvey, 2000), la millora de la relació i comunicació amb els professionals sanitaris (Coulter, 1999) i la reducció de l'ansietat i dels efectes adversos relacionats a la prescripció de fàrmacs (Britten, Stevenson, Barry, Barber i Bradley, 2000).

També, caldria sumar-hi la varietat de demandes i necessitats de la població gran, amb malalties cròniques o sense, així com els diversos agents socials implicats en la presa de decisions i gestió de l'envelliment actiu, l'assistència i les cures de gent gran o amb malalties cròniques.

Per tant, l'envelliment progressiu de la població, la interseccionalitat de la variable edat amb la de gènere, l'educació o els recursos econòmics, així com l'augment de les malalties cròniques en la població gran, representen un repte per a la societat espanyola, que reclama una visió més col·laborativa, integrada i centrada en el pacient-ciutadà, i també abordatges innovadors per a la patologia crònica i la prevenció del deteriorament funcional que permeten viure més i amb millor qualitat de vida (García Lizana, 2013).

A més a més, en l'actual context de crisi econòmica que afecta els països occidentals, les contínues retallades pressupostàries que han imposat els governs europeus en els últims mesos han generat dificultats estructurals per als sistemes nacionals de salut (Repullo, 2011), cosa que posa en risc la qualitat de vida de la població general i, de manera especial, l'accés i ús dels recursos sanitaris i la protecció de la salut (Houston, Day, de Lago i Zarocostas, 2011). L'augment de la desocupació (Stuckler, Basu, Suhrcke, Coutts i McKee, 2009), així com la reducció de la despesa pública en els serveis sanitaris (Stuckler, Basu i McKee, 2010) poden generar la reducció dels nivells de benestar de la ciutadania, especialment dels grups més vulnerables (Stuckler, Basu i McKee, 2010). En un recent estudi elaborat a Grècia (Kentikelenis, Karanikolos, Papanicolas, Basu, McKee i Stuckler, 2011), s'evidencien les conseqüències de les retallades econòmiques per a la salut de la població: pèrdua d'accés a l'atenció sanitària, més risc de transmissió de malalties infeccioses o, fins i tot, risc per a la vida. El context sociosanitari de crisi econòmica afecta més a grups de poblacions més vulnerables, entre els quals es troben les persones amb malalties cròniques, problemes d'addicció o de salut mental, així com grups socials amb recursos reduïts (Zabalegui i Cabrera, 2010). Les situacions de crisi econòmica mobilitzen

més les xarxes de suport social i familiar, així com el funcionament i les activitats del marc associatiu i d'organitzacions no governamentals. A la bibliografia disponible, aquest camp no sembla haver rebut una especial atenció. Investigacions prèvies revelen la complexitat de l'objecte d'estudi, ja que l'impacte de la crisi en la salut de la població comporta una gran variabilitat de factors condicionants: context sociocultural i polític, característiques sociodemogràfiques de la població, distribució geogràfica dels grups socials vulnerables, efectes a curt i llarg termini, tipus d'impacte (transitori o permanent), mesures implementades, etc.

El Sistema Nacional de Salut a Espanya es caracteritza per un alt grau d'heterogeneïtat, diferències organitzatives i de gestió entre les 17 comunitats autònomes espanyoles (González i Barber, 2010). Aquesta característica requereix fer una atenció especial als efectes de la crisi en la variabilitat geogràfica de la distribució de recursos, així com a les conseqüències per a la població més vulnerable. Els efectes de l'impacte de la crisi en la salut es poden identificar com una qüestió emergent en la bibliografia especialitzada. No obstant això, els estudis qualitius sobre la percepció de la població són molt escassos. Davant la perspectiva d'un llarg període de desinversió sanitària durant els propers anys (Peiró i Meneu, 2011), conèixer les opinions i necessitats dels grups socials, especialment poblacions vulnerables, associacions i professionals de la salut, es converteix en una prioritat per millorar l'abordatge polític i sociosanitari de l'impacte de la crisi en la salut.

Recentment, la Comissió Europea va crear l'Associació Europea per a la Innovació sobre un Envel·liment Actiu i Saludable i, a través d'un pla estratègic d'aplicació, va determinar una sèrie d'àmbits prioritaris d'actuació relacionats amb l'envelliment i cronicitat (Operational Pla, 2011).

En primer lloc, el Pla especifica línies transversals que haurien d'orientar qualsevol acció col·laborativa en l'estudi o intervenció amb la gent gran: l'existència de condicions reguladores i d'estandardització, finançament efectiu, resultats i bones pràctiques basades en l'evidència i la creació d'un espai d'intercanvi i cooperació. En segon lloc, l'Associació Europea per a la Innovació sobre un Envel·liment Actiu i Saludable recomana cobrir tres línies bàsiques d'anàlisi i intervenció:

1. Prevenció, *screening*, diagnòstic precoç. En aquesta línia, s'hi inclouen la necessitat d'alfabetització en salut, la gestió personal de la salut, la prevenció i el diagnòstic precoç.
2. Models de cures i tractaments de la multimorbiditat. Aquesta línia inclou l'estudi dels sistemes integrats de cures i dels protocols i programes alfabetització en salut, així com la disponibilitat, l'accés i l'ús de recursos sociosanitaris.

3. Envel·liment actiu, autonomia, vida independent, inclusió social. En aquesta línia s'integren aspectes com cohesió social, participació i producció social (contribució al benestar de la comunitat mitjançant activitats remunerades o no remunerades), actius per a la salut, entre altres.

2. L'envel·liment i la salut a les Illes Balears

Pel que fa a les Illes Balears, el primer Diagnòstic de Salut de les Illes Balears, que completa la informació recollida mitjançant l'encara curta trajectòria de les enquestes de salut, com es diu al pròleg, detecta mancances i identifica prioritats com a pas imprescindible per elaborar les línies estratègiques de les polítiques de salut, que ens han de servir per donar respostes equitatives i sostenibles a les necessitats de salut de la població.

En la presentació, sobre el diagnòstic de salut, també es desprèn que la nostra societat té un bon nivell de salut, però aquesta no està repartida equitativament; la nostra societat manifesta desigualtats socials en salut. El patró de morbiditat i mortalitat observat respon a les característiques d'una societat moderna, d'una societat que envelleix, i així les necessitats d'atenció a les malalties cròniques i a la pluripatologia esdevenen una prioritat per als sistemes de salut.

A. Dades a tenir en compte

La població empadronada l'1 de gener de 2009 a les Illes Balears era d'1.095.426 habitants, 551.079 homes (50,3%) i 544.347 dones (49,7%) segons les dades del padró d'habitants. El 13,7% de la població tenien 65 anys i més. A les Illes, l'any 2008, hi residien 150.177 persones de 65 anys. L'anàlisi per grups d'edat mostra un lleuger descens de la població de menys de 16 anys i de més de 64 anys, i una tendència creixent del grup d'edats compreses entre 15 i 64 anys.

El 2008 la població de més de 64 anys era inferior a la de menys de 20 anys. Això feia que l'índex d'envel·liment, és a dir, la relació entre més grans de 64 respecte als més joves, fos baix (67,8). Per sexes, l'índex d'envel·liment entre les dones és superior que entre els homes.

Taula 1 | *Evolució de la població de les Illes Balears, en el grup d'edat ≥ 65 (%)*

Anys/Edat	Estat espanyol	Estat espanyol	Illes Balears
≥ 65	14,9	14,3	13,6
Total	100,0	100,0	100,0

Taula 2 | *Població de Palma per grups d'edat i sexe.
Padró municipal a 1-1-2014*

	Total	Homes	Dones
Total	425.726	208.587	217.139
0-4 anys	20.149	10.306	9.843
5-9 anys	21.710	11.084	10.626
10-14 anys	20.186	10.279	9.907
15-19 anys	19.653	10.110	9.543
20-24 anys	23.599	11.659	11.940
25-29 anys	30.072	14.623	15.449
30-34 anys	38.503	19.331	19.172
35-39 anys	41.880	21.732	20.148
40-44 anys	38.304	19.801	18.503
45-49 anys	33.201	16.956	16.245
50-54 anys	28.630	14.019	14.611
55-59 anys	24.800	11.817	12.983
60-64 anys	21.784	10.324	11.460
65-69 anys	19.353	9.112	10.241
70-74 anys	14.117	6.442	7.675
75-79 anys	11.478	4.840	6.638
80-84 anys	9.224	3.431	5.793
85-89 anys	5.797	1.840	3.957
90-94 anys	2.541	718	1.823
95-99 anys	619	132	487
100 i + anys	126	31	95

Font: elaborat per l'Observatori Municipal de Palma a partir de dades del Padró municipal de l'Ajuntament de Palma Padró municipal de l'Ajuntament de Palma - Resum de dades a 1-1-2014. Observatori Municipal de Palma.

Quant a les dades de Palma, l'any 2014 ens trobam que l'1 de gener hi ha un total de 63.255 persones més grans de 65 anys (26.546 homes i 36.709 dones), del total de 425.726 (208.587 homes i 217.139 dones). L'evolució en els darrers anys mostra una clara tendència cap a l'envelliment. Per grans grups d'edat destaca un increment d'1,3 punts percentuals en la proporció de persones de 65 anys i més en els darrers 10 anys. Destaca que 9.083 persones tenen més de 85 anys, 2.721 dels quals són homes i 6.362 dones. Les persones centenàries a Palma són 126, 31 homes i 95 dones, una mica més del triple. A Espanya hi ha 11.200 centenaris, el 85% dels quals són dones.

A les Illes Balears, l'**índex de sobreenvelliment** (la proporció que representava la població de 85 anys i més sobre la població de 65 anys i més) era de 12,4 (IBESTAT 2010), índex igualment més alt en les dones (14,9) que en els homes (9,0). Mallorca presentava l'índex de sobreenvelliment més elevat (12,7) i Eivissa i Formentera el més baix (10,6), mentre que Menorca tenia l'11,5 (dones 13,6, homes, 9,0). A Espanya hi ha quasi dos milions d'octogenaris i els més grans de 65 anys sumen 8,5 milions. En un poble com Pollença, hi ha empadronades 1.660 dones i 1.300 homes més grans de 65 anys, un total de 2.960 persones més grans de 65 anys i, d'aquests, 1.597 són nats a Pollença. A més, hi ha empadronades 273 dones i 147 homes més grans de 85 anys; d'aquestes, 283 hi varen néixer.

L'**índex de dependència** que relaciona, en percentatge, el pes que suposava la població en l'edat teòricament inactiva (població de menys de 16 anys més la població de més de 64 anys) amb la població en edat teòricament activa (població entre 16 i 64 anys) disminuí en els últims anys a les Illes Balears, a causa de l'entrada de població d'origen estranger. A Palma, la taxa de dependència és del 43,6%, més alta que l'any passat (+0,7 punts). A més, a Palma, la proporció de població de més de 64 anys i de menys 16 anys és de 9 per cada 10, amb tendència a l'alça, i una de cada quatre persones de més de 64 anys viu tota sola (taxa del 25,9%).

Les últimes dades disponibles assenyalaven que l'**esperança de vida** en néixer el 2007 era de 81,39 anys, superior en dones (84,3 anys) que en homes (78,5 anys). Per tant, les dones tenien una esperança de vida en néixer superior en sis punts a la dels homes. En una dècada, l'esperança de vida augmentà tres anys.

Cada any moren a les Illes Balears més de 7.000 persones. Concretament, l'any 2008 en moriren 7.488 (3.907 homes i 3.581 dones). Els tumors són la primera causa de mort entre els 40 i els 75 anys en els homes i entre els 35 i els 75 en les dones i les malalties del sistema circulatori a partir dels 75 anys. En el període 1991-2007, s'observa una disminució de la mortalitat en les persones grans de més de 65 anys, també en els dos sexes.

Els tumors són la primera causa de mort entre els 45 i els 79 anys en els homes

i entre els 25 i els 74 en les dones, i les malalties del sistema circulatori són la primera causa de mort a partir dels 75 anys en les dones i a partir dels 80 en els homes.

Les cinc causes de mort en homes són:

- De 65 a 69 anys: 1a, tumors; 2a, malalties del sistema circulatori; 3a, malalties del sistema respiratori; 4a, malalties del sistema digestiu, i 5a, causes externes de traumatismes i enverinaments.

- De 70 a 74 anys: 1a, tumors; 2a, malalties del sistema circulatori; 3a, malalties del sistema respiratori; 4a, malalties del sistema digestiu, i 5a, malalties endocrines, nutricionals i metabòliques.
- De 75 a 79 anys: 1a, tumors; 2a, malalties del sistema circulatori; 3a, malalties del sistema respiratori; 4a, malalties del sistema digestiu, i 5a, malalties endocrines, nutricionals i metabòliques.
- De 80 a 84 anys: 1a, malalties del sistema circulatori; 2a, tumors; 3a, malalties del sistema respiratori; 4a, malalties del sistema genitourinari, i 5a, malalties del sistema nerviós.
- De 85 en endavant: 1a, malalties del sistema circulatori; 2a, tumors; 3a, malalties del sistema respiratori; 4a, malalties del sistema genitourinari, i 5a, trastorns mentals.

I en dones:

- De 65 a 69 anys: 1a, tumors; 2a, malalties del sistema circulatori; 3a, malalties del sistema digestiu, i 4a, malalties endocrines, nutricionals i metabòliques.
- De 70 a 74 anys: 1a, tumors; 2a, malalties del sistema circulatori; 3a, malalties del sistema nerviós, i 4a, malalties del sistema respiratori.
- De 75 a 79: 1a, malalties del sistema circulatori; 2a, tumors; 3a, malalties del sistema nerviós; 4a, malalties del sistema digestiu, i 5a, malalties endocrines, nutricionals i metabòliques.
- De 80 a 84: 1a, malalties del sistema circulatori; 2a, tumors; 3a, malalties del sistema nerviós; 4a, malalties del sistema respiratori, i 5a, malalties del sistema digestiu.
- De 85 en endavant: 1a, malalties del sistema circulatori; 2a, tumors; 3a, malalties del sistema respiratori; 4a, trastorns mentals i del comportament, i 5a, malalties del sistema nerviós.

Sobre els estils de vida

1. **Activitat física:** Les persones de més de 65 anys de les Illes Balears passaven assegudes la major part de la jornada. El 49,4% d'homes i el 44,1% de dones més grans de 65 anys no feia tot l'exercici físic que hauria desitjat. Els motius adduïts per les persones de més de 65 anys eren problemes de salut.

2. Hàbits alimentaris: L'excés de pes s'incrementava amb l'edat. A partir dels 65 anys arribava a ser del 64% (42,7% sobrepès i 21,4% obesitat). Entre la població de classe social baixa, la prevalença d'obesitat era més elevada.

3. Altres hàbits

- **Son:** La dificultat per dormir arriba a quasi el 10% de les persones més grans de 65 anys. Les dones de classes menys afavorides tenien més dificultat per dormir que els homes.
- **Tabac:** Quasi el 20% d'homes i menys del 5% de dones més grans de 65 anys fumaven diàriament. Els homes de classes socials desfavorides fumaven més. La prevalença d'exfumadors era més elevada entre la classe social alta, sobretot els homes.
- **Alcohol:** El consum moderat d'alcohol augmentava amb l'edat, en ambdós sexes, fins als 65 anys, edat a partir de la qual disminuïa. A partir de 65 anys el percentatge de no bevedors és el més elevat, prop del 40%.

4. Pràctiques preventives

- **Vacunació de la grip:** Un 22,3% de la població adulta declarava haver-se vacunat de la grip en la darrera campanya. En persones més grans de 65 anys aquest percentatge augmentava fins al 75,2%. Les persones més grans de 75 anys ho feien per indicació directa d'un professional sanitari, a causa de la seva edat com a motiu principal.
- **Control de la tensió arterial i colesterol:** En el darrer any abans de l'entrevista, el 70% de la població adulta s'havia controlat el nivell de colesterol, percentatge que augmentava amb l'edat (82,3% en les persones més grans de 65 anys).

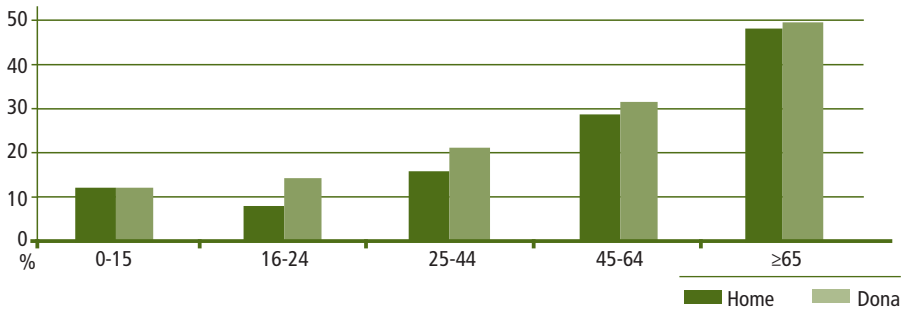
Sobre les malalties i la salut percebuda

A les Illes Balears, l'any 2007, el 74,4% de la població considerava que la seva salut era bona o molt bona. La percepció de l'estat de salut estava relacionada amb l'edat i es pot veure a la figura, on el percentatge de salut percebuda regular o dolenta arriba al 50% en dones i una mica menys en homes. Els homes tenien una percepció més bona de l'estat de salut (77,4%) que les dones (71,2%).

- **Problemes de salut crònics:** L'enquesta de salut de les Illes Balears explora la prevalença de 26 problemes de salut crònics en la població adulta. El nombre de trastorns crònics augmentava amb l'edat i era més elevat entre les dones en qualsevol franja d'edat. Els problemes de salut crònics esmentats amb més freqüència entre els adults eren les malalties de l'aparell locomotor i de l'aparell circulatori. Hi destacaven en ambdós

sexes el mal d'esquena, tant cervical com lumbar, l'artrosi, l'artritis i el reumatisme, i la hipertensió arterial. També era elevada la freqüència de problemes de depressió i ansietat. La prevalença de molts d'aquests problemes era clarament més elevada en les dones que en els homes. Entre les persones de més de 65 anys destacaven l'artrosi, l'artritis i el reumatisme com a problemes patits per més del 50% dels entrevistats, seguits de la hipertensió arterial (42,9%), el mal d'esquena, tant cervical (29,7%) com lumbar, (28,6%), el colesterol elevat (26,8%) i els problemes de depressió i ansietat (26%). Un 27,4% dels homes d'aquest grup d'edat havia patit problemes de pròstata.

Gràfic 1 | Percepció de l'estat de salut com regular o dolenta, segons grup d'edat i sexe



- **Salut mental:** L'enquesta de salut de les Illes Balears (Conselleria de Salut, 2007), per tal de tenir una valoració de la salut mental de la població adulta va incloure el Qüestionari de Goldberg GHQ-12 (General health questionnaire), segons el qual un 25,1% de la població adulta estava en risc de patir un trastorn mental, risc més elevat en les dones (31,5%) que en els homes (18,8%). En les persones de més de 65 anys s'observava una prevalença entre els homes que tendia a igualar les dones i era més important en classes socials baixes.
- **Restricció de l'activitat:** L'estada mitjana de permanència al llit per un problema de salut era de 7,5 dies entre les persones més grans de 65 anys (en la població general era de 3,8 dies). Els principals problemes de salut que ocasionaven aquesta restricció de l'activitat en les persones més grans eren el dolor d'ossos, d'esquena i de les articulacions i també les causes més freqüents de la permanència al llit.
- **Les discapacitats:** El 23,3% de la població adulta declarava haver tingut, almenys els 6 mesos abans de l'entrevista i a causa d'un problema de salut, qualche tipus de limitació per dur a terme les activitats de la vida quotidiana (el 18,6% amb una

limitació moderada i el 4,8% amb una limitació greu). La prevalença era més elevada en les dones que en els homes (el 26,3% enfront del 20,3%). I molt més elevada a partir dels 65 anys, ja que arribava al 55% en dones i a més del 35% en homes. A partir dels 45 anys, prop d'un 20% de la població presentava problemes per oir. Quant a les dificultats per veure-hi, es feien més patents a partir dels 65 anys.

- **La dependència funcional:** En l'ESIB es va demanar a les persones més grans de 64 anys si tenien dificultat per dur a terme 27 activitats quotidianes de la vida diària relacionades amb les cures personals: vestir-se, menjar, dutxar-se, caminar, entre altres; les feines domèstiques (fer-se el llit, rentar la vaixela, etc.) i la mobilitat (caminar una hora seguida, pujar escalons...). Per cada una d'aquestes activitats se'ls demanava el grau de dificultat que tenien per dur-les a terme (sense ajuda, amb ajuda d'una altra persona i si no eren capaces de fer-ho per elles mateixes). El 61% declaraven que tenien autonomia funcional o capacitat per dur a terme les 8 activitats relacionades amb les cures personals sense necessitat d'ajuda, el 57% per dur a terme feines domèstiques i el 63% per al moviment. Per als tres grups d'activitats, les limitacions augmenten en persones de més de 75 anys. D'altra banda, els homes tenien més autonomia funcional que les dones.

B. Paraules de gent gran sobre un envelliment saludable

Sobre el secret d'haver arribat a una edat avançada deien: «No tinc cap secret. De fet, he treballat fort i ferm al camp, he dut una vida completament normal, però he tingut la sort de tenir sempre bona salut. Ara per ara, no prenc cap pastilla i no tinc cap mal.» I parlen de comoditats i de suport social. Altres diuen que la clau de la salut està relacionada amb els estils de vida: no haver begut mai, no haver fumats, saber fer de tot, no prendre gaires medicaments i no anar gaire a cal metge.

I és que l'impacte de les activitats en la salut física i psicosocial de les persones velles actives és molt positiu:

- Millora l'autopercepció sobre la qualitat del son, alimentació saludable i realització d'activitat física.
- Milloren, encara més, els aspectes relacionats amb la salut psicoemocional.
- Millora la satisfacció personal amb els hàbits de vida, especialment pel que fa a relacions interpersonals i participació social.

Les paraules clau per les persones grans actives i saludables són: *participació social, reconeixement i visibilitat social, autoestima, autoconfiança, habilitats relacionals i de comunicació.*

Tot això ho reforcen les idees i paraules de les persones més grans, que diuen que menjar sa o fer la vida al camp són dos bons ingredients. Altres diuen que l'aigua corrent i l'electricitat han estat uns grans invents, a més dels passejos, ganas d'ajudar i l'esperit de seguir donant vida, amb una nutrició adequada, estar alerta d'algunes malalties, estar ben hidratats i estant alerta dels horaris, obllits o equivocacions de les medicines. Però la salut del cos no es l'únic objectiu de les persones grans: tenir el cap ben clar és un objectiu important.

I els més grans reivindiquen valors com la serenitat de judici, la paciència, la passió, el coneixement, el temps, la visió del món, la cura, la influència, la bona voluntat... En definitiva, els secrets de l'art de viure.

I és que el gran augment de l'esperança de vida, els avanços sanitaris i tecnològics, el descens de la mortalitat o la disminució de la natalitat és un nou escenari en què hem de fer feina per assolir l'objectiu del «benenvellir» (*envellir saludablement i activament*) i, per això, és necessària una atenció social i sanitària més adequada, ja que «la crisi econòmica, la soledat (molt important), alguns problemes de salut, la falta de gana i la peresa per cuinar per a un tot sol fan que les persones grans que viuen soles estiguin entrant en risc de desnutrició». I davant d'això, com diuen ells i elles, «hem de cercar coses positives per viure», teixir una xarxa de relacions que «ens ajudi a sentir-nos protegits! I, amb això, millorar la qualitat de vida i promocionar la salut».

3. Conclusions

La importància de viure i fer de la vida un territori d'aprenentatge ens permet ser capaços de trobar tresors en persones que, amb la seva vida, amb les seves experiències, han anat creant emocions sanes. Parlar sobre l'experiència implica donar importància a la memòria, sempre plena de paraules i dades, mirades i veus, com una mescla d'història, desitjos i vivències que van envoltant la nostra vida i que ens permet cercar la salut i una bona qualitat de vida com a essència.

Però l'important no és l'edat, és la capacitat. I si cerquem, segur que trobam molts exemples de vells actius, de vells que segueixen creant i fent. Tot això ens ha de fer pensar en com ha estat d'important la nostra gent gran i com ho segueix sent. Tal volta aquesta és la raó per la qual en societats com la nostra, en què la mitjana pel que fa a la mortalitat és de 78 anys en els homes i 84 en les dones, pot sorprendre que s'elegís una persona de 76 anys, com va ser el cas de Nelson Mandela, com a president de Sud-àfrica, que ho fou fins als 81 i que, a més, fos capaç de dur la pau i la reconciliació al seu país, gràcies a la «serenitat, saviesa i la capacitat de saber escoltar que tenen les persones grans, i amb experiència».

A Espanya hi ha quasi dos milions d'octogenaris, 8,5 milions més grans de 65 anys i 11.200 centenaris, el 85% dones. Catalunya és la comunitat amb un nombre de persones més alt amb un segle de vida o més, 1.651, seguida d'Andalusia, amb 1.606; Madrid, amb 1.437. Al començament del segle passat, el 7,3% dels habitants de Mallorca tenien més de 65 anys (percentatge més alt que el de la mitjana d'Espanya), mentre que ara és aproximadament un de cada 7 i a Espanya un de cada 6. Hem doblat el percentatge de persones amb més de 65 anys en un segle. I entre tots els hauríem de fer la vida més agradable i més joiosa, plena de sortides al carrer, d'una nutrició adequada, anant alerta amb algunes malalties i amb els horaris, obllits o equivocacions amb les medicines que prenen.

I a més, és important reivindicar tot un potencial de treball i d'experiència de la població de persones grans, en un món ple de gent gran interessant, que pot donar llum a moltes coses. Per això, vells i joves hem de conservar i potenciar valors com la serenitat de judici, la paciència, la passió, el coneixement, el temps, la visió del món, la influència, la bona voluntat... En definitiva, els secrets de viure d'una manera activa i saludable.

I és que el gran augment de l'esperança de vida, els avanços sanitaris i tecnològics, el descens de la mortalitat o la disminució de la natalitat és un nou escenari en què haurem de fer feina per aconseguir l'objectiu de «benenvellir» i, per això, és necessària una atenció social i sanitària més adequada, teixir una xarxa de relacions que ens ajudi a sentir-nos protegits i, d'aquesta manera, millorar la qualitat de vida i promocionar la salut.

Referències bibliogràfiques

Abrams, D. i Swift, H. J. (2012). Ageism doesn't work. *Public Policy and Aging Report*, 22(3). Extret de http://www.eurage.com/files/GSA-PolicyAgingReport-Summer2012_FINAL.pdf

Arda, B., Durusoy, R., Yamazhan, T. et al. (2011). Did the pandemic have an impact on influenza vaccination attitude? A survey among health care workers. *BMC Infect Dis*, 11:87.

Barlow, C. et al. (2010). A critical review of self-management and educational interventions in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology Nursing*, 33:11–18.

Blank, P. R., Schwenkglenks, M. & Szucs, T. D. (2009). Vaccination coverage rates in eleven European countries during two consecutive influenza seasons. *J Infect*, 58, 446–458.

Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H. & Grumbach, K.(2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*, 288(19):2469-2475.

Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Jürges, H. et al. (2005). *Health, ageing and retirement in Europe. First results form the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Mannheim, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging. Extret de http://www.share-project.org/uploads/tx_sharepublications/SHARE_FirstResultsBookWave1.pdf.

Britten, N., Stevenson, F., Barry, C., Barber, N. & Bradley, C. (2000). Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *BMJ*, 320, 484-488.

Carpenter, I., Gambassi, G., Topinkova, E., et al. (2004) Community care in Europe. The Aged in Home Care project (AdHOC). *Aging Clin Exp Res*, 16(4):259-69.

Cherubini, A. (2010). Increasing enrolment in clinical trials and the Predict study. http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Presentation/2012/04/WC500125146.pdf

Conselleria de Salut i Consum. *Diagnòstic de salut de les Illes Balears*. Govern de les Illes Balears. Extret de <http://www.caib.es/sacmicrofront/contenido.do?mkey=M11050511562630263115&lang=CA&cont=34928>

Conselleria de Salut. Enquesta de Salut de les Illes Balears (ESIB) 2007. Extret de <http://portalsalut.caib.es>

Coulter, A., Entwistle, V., Gilbert, D. (1998). *Informing patients. An assessment of the quality of patient information materials*. London, King's Fund.

Coulter, A. (1999). Paternalism of partnership: patients have grown up and there is no going back. *BMJ*, 319:719-720.

Ellis, S. E., Speroff, T., Dittus, R. S., Brown, A., Pichert, J. W. i Elasy, T. A. (2004) Diabetes patient education: a meta-analysis and meta-regression. *Patient Educ Couns*, 52(1):97-105.

European Central Bank (2006). Demographic change in the euro area: projections and consequences. *Monthly Bulletin*, 49-64.

Giannakouris, K. (2008). Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies. Eurostat Statistics in focus, 72, 1-11.

Gioda, L. i Llobet, L. (1995). El segundo diario. *Temas y problemas de comunicación*, 3(5): 31-47.

Glasgow, R. E., Boles, S. M., McKay, H. G., Feil, E. G. i Barrera, M. Jr. (2003). The D-Net diabetes self-management program: long-term implementation, outcomes, and generalization results. *AJPM*, 36(4): 410-419

González, B., Barber, P. (2010). Sostenibilidad y condiciones de empleo en el Sistema Nacional de Salud. *Rev Adm Sanit*, 8(1):89-100.

Gutiérrez, M. F., Jiménez-Martín, S., Vegas Sánchez, R. et al. (2010). The Spanish long-term care system. Enepri Research Report 88. Extret de <http://aei.pitt.edu/14603/1/Spain.pdf>

Houston, M., Day, M., de Lago, M. i Zarocostas, J. (2011). Health services across Europe face cuts as debt crisis begins to bite. *BMJ*, 18: 343.

Jadad, A., Cabrera, A., Lyons, R. F., Martos, F. i Smith, R. (2010). When people live with multiple chronic diseases: a collaborative approach to an emerging global challenge. *Escuela Andaluza de Salud Pública*. 5: 117-138.

Johnson, D. R., Nichol, K. L. i Lipczynski, K. (2008). Barriers to adult immunization. *Am J Med*, 121: S28-S35

Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M. i Stuckler, D. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *The Lancet*, 379: 1000.

Kinnersley, P., Stott, N., Peters, T. i Harvey, I. The patient-centredness of consultations and outcome in primary care. *Br J Gen Pract*, 49:711-716

López Fernández, L. A., March Cerdà, J. C. et al. (1993). *Promoción de la salud. Una forma de pensar*. Red de Actividades de Promoción de la Salud, 3. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública.

Ministeri de Sanitat i Consum (2011). Cobertura de vacunación antigripal en població ≥ 65 anys. Total Nacional, 1996–2011. Madrid. Extret de <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/coberturas.htm#novenos>

Norris, S. L., Lau, J., Smith, S. J., Schmid, C. H. i Engelgau, M. M. (2002). Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Care*, 25(7):1159-1171.

Observatori Municipal de Palma de Mallorca (2014). Extret de <http://www.observatoripalma.org/>

Onder, G., Carpenter, I., Finne-Soveri, H. et al. (2012). Assessment of nursing home residents in Europe: the Services and Health for Elderly in Long TERM care (SHELTER) study. *BMC*, 12:5. Health Services Research. Doi:10.1186/1472-6963-12-5.

Peiró, S i Meneu, R. (2011). Crisis económica y epicrisis del sistema sanitario. *Aten Primaria*, 43:115-6.

Picazo, J. J., González Romo, F. i Salleras Sanmartí, L. et al. (2012). Survey of adult influenza and pneumococcal vaccination in Spain. *Vacunas*, 13(3): 100-111.

Repullo, J. R. (2011). Garantizar la calidad del Sistema Nacional de Salud en tiempos de crisis: sólo si nos comprometemos todos. *Rev Calidad Asistencial*, 26:1-4.

Ridda, I., Lindley, I. R., Gao, Z. et al. (2008). Differences in attitudes, beliefs and knowledge of hospital health care workers and community doctors to vaccination of older people. *Vaccine*, 26: 5633–5640.

Sánchez-Payá, J., Hernández-García, I., García-Román, V., Camargo-Ángeles, R., Barrenengoa-Sanudo, J., Villanueva-Ruiz, C. O. et al. (2012). Influenza vaccination among healthcare personnel after pandemic influenza H1N1. *Vaccine*, 30: 911–915

SHARE (2006). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. 50+ en Europa. Resumen de los resultados iniciales. Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing, Extret de http://www.share-project.org/new_sites/documents/Spanish_Spain.pdf

Stewart, M. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J*, 152:1423-1433.

Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A. i McKee, M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*, 374: 315-323.

Stuckler, D., Basu, S. i McKee, M. (2010). Budget crises, health, and social welfare programmes. *BMJ*, 340: 77-79.

Stuckler, D., Basu, S. i McKee, M. How government spending cuts put lives at risk. *Nature*, 465: 289.

Trivellin, V., Gandini, V. i Nespoli, L. (2011). Low adherence to influenza vaccination campaigns: is the H1N1 virus pandemic to be blamed? *Ital J Pediatr*, 37: 54.

Wodak, Ruth. (2000). Sociolinguistics: does it need a social theory? New perspectives in critical discourse analysis. *Discurso y Sociedad*, 2(3):123-47.

World Health Organization (1986). Ottawa Charter of health promotion. Ottawa, Canadian Public Health Association.

World Health Organization (2009). Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report. Health Care for Chronic Conditions Team. Geneva.

World Health Organization (2011). Global Status Report on Noncommunicable Diseases. Geneva.

Zabalegui, A. i Cabrera, E. (2010). Economic crisis and nursing in Spain. *J Nurs Manag*, 18(5):505-8.

Autor

JOAN CARLES MARCH I CERDÀ

Pollença, 1960. Llicenciat i doctor en Medicina per la Universitat Autònoma de Barcelona. Professor i consultor de l'Escola Andalusia de Salut Pública (EASP), centre col·laborador de l'OPS-OMS. Investigador del CIBERESP. Coordinador del grup investigador Salut Pública en Temes de Ciutadania i Professionals de l'Institut de Recerca Biosanitària de Granada (ibs. Granada). Codirector de l'Escola de Pacients d'Andalusia i president del Comitè de Gestió de la Xarxa d'Escoles de Salut per a Ciutadans del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat. És membre dels equips editors de les revistes *Qualitat Assistencial* i *Comunicació i Salut*, del Consell acadèmic de l'Escola d'Estiu de Salut Pública. Està especialitzat en comunicació i salut, xarxes socials, lideratge, gestió d'equips, intel·ligència emocional, gestió de malalties cròniques, programes de formació per a pacients, projectes de drogues sobretot en els àmbits de població exclosa, sobre els quals té diverses publicacions, comunicacions, conferències i ponències en congressos. Ha estat director regional per a Europa de la Unió Internacional de Promoció i Educació per a la Salut (UIPES), responsable de Recerca de la Conselleria de Salut d'Andalusia i, durant diversos anys, membre de diferents equips directius de l'EASP com a responsable de les àrees de promoció de la salut, de recerca, de projectes, de docència o de ciutadania i ètica. Col·labora amb diverses universitats espanyoles, participa en projectes europeus i ha treballat en diversos projectes en països del centre i sud d'Amèrica.