

La persona gran, la vellesa i l'envelliment a la llum de la pandèmia de la COVID-19

I. INTRODUCCIÓ	3
II. OPINIÓ	6
1. Conceptes i definicions	6
1.1. Recordatoris sobre el virus SARS-CoV-2 i la COVID-19	6
1.2. Algunes bases i definicions científiques relatives a la persona gran	6
1.3. La recerca sobre l'envelliment i la seva prevenció	8
1.4. La vulnerabilitat de la gent gran en relació amb la COVID-19	8
2. Impacte de la pandèmia de la COVID-19 a Andorra	10
2.1. Metodologia: audicions i enquestes	10
2.2. Resultats	11
2.2.1. Les institucions: el model andorrà de transversalitat de les competències sanitàries i socials	11
2.2.2. De la por de la pandèmia a la pandèmia de la por	12
2.2.3. L'impacte de l'aïllament en la gent gran durant i després del confinament	15
2.2.4. La qüestió de la prioritització	18
2.2.5. La resiliència de les persones grans en situació de catàstrofe pandèmica	19
3. Discussió argumentativa	23
3.1. L'autonomia i la vulnerabilitat de la persona gran	23
3.1.1. L'autonomia relativa de la persona gran	23
3.1.2. La discriminació i el seu vincle amb la pèrdua d'autonomia	26
3.1.3. L'autonomia i el consentiment del pacient en situació de fi de vida	28
3.2. La prevenció de l'envelliment: la dimensió intergeneracional, l'abast socioeconòmic i els valors ètics	30
3.2.1. L'envelliment fisiològic, els seus factors de correcció i els seus límits	30
3.2.2. L'envelliment té un valor socioeconòmic poc conegut	30
3.2.3. La prevenció de l'envelliment és múltiple i el seu abordatge, multidisciplinari	31
3.2.4. Les conseqüències d'una cultura preventiva de l'envelliment	33

3.3. Reflexió ètica jurídica sobre l'exercici dels drets de la persona gran, l'evolució d'un dret social per a les noves solidaritats i la garantia dels drets i les llibertats en totes les etapes de l'envelliment

3.3.1. L'exercici dels drets de la persona gran	35
3.3.2. L'evolució de la protecció social de la vellesa per a les noves solidaritats	36
3.3.3. Drets i llibertats garantits en totes les etapes del procés d'envelliment	38

3.4. Reptes ètics per al debat públic i la governança per a l'acompanyament de l'envelliment i la seva integració en les nostres societats occidentals

3.4.1. La comunicació de crisi en situació de pandèmia	42
3.4.2. La comunicació intergeneracional: reptes i qüestions socials de governança relacionades amb l'envelliment i la vellesa	44
3.4.3. Democràcia i envelliment	50

4. Conclusió i recomanacions

III. ANNEXOS

Annex 1. L'impacte de la senescència en el sistema immunitari

Annex 2. Els marcadors de l'envelliment biològic són susceptibles de ser explorats per la gerociència

Annex 3. Pla de les fortaleeses compartides en totes les audicions

Annex 4. Les enquestes científiques (socials, sanitàries, mediàtiques) que depenen de mitjans inadequats per a la persona gran són poc utilitzables i font d'errors interpretatius

Annex 5. Les condicions i els requisits de la jubilació a Andorra (juny 2023)

Annex 6. Referències bibliogràfiques

Annex 7. Abreviacions

Annex 8. Composició del grup de treball. Adopció en sessió plenària

I. INTRODUCCIÓ

La crisi sanitària mundial provocada pel virus SARS-CoV-2, que ens interpel·la des de finals del 2019, va obligar la majoria de països a fer front a una crisi de salut pública sense precedents. La pandèmia va comportar un nombre molt elevat de persones infectades per la malaltia de la COVID-19. Un percentatge important de persones grans va presentar una simptomatologia greu associada a una forta mortalitat, particularment en persones amb una o més comorbiditats, així com en les que presentaven també una senescència avançada. Aquestes circumstàncies van causar un gran impacte sanitari, social i econòmic.

El Comitè Nacional de Bioètica d'Andorra (CNBA), conscient de la gravetat d'aquest impacte en la vida de la gent gran, s'ha atribuït d'ofici el coneixement de la problemàtica i ha decidit d'actuar en conseqüència per dur a terme no només una anàlisi sobre les repercussions de la pandèmia i les condicions de vida que es van manifestar, sinó també, més àmpliament, de proposar una reflexió ètica sobre quina posició ocupen les persones grans dins la societat i el seu futur.

Alhora, la resposta dels països en l'adopció de mesures per fer-hi front va suposar de vegades la vulneració dels drets i de les llibertats individuals de les persones en nom d'un bé comú. Cal tenir present, però, que el principi fonamental de **la primacia de la persona** es basa en el respecte de la dignitat i de la singularitat, sense cap estigmatització ni discriminació, i ho fa en nom de la protecció de les seves llibertats fonamentals: autonomia, dret a saber o a no saber, entre d'altres. Qualsevol limitació de l'autonomia i de la llibertat individual planteja un debat dins l'àmbit de la bioètica. Si les mesures que s'adopten en una pandèmia s'exerceixen sota el principi de solidaritat i per a la protecció del bé comú, caldria, però, al mateix temps, que se'n limitessin els efectes individuals de forma **proporcionada** per garantir un equilibri entre l'autonomia de la persona i la solidaritat amb la resta de la ciutadania.

Els efectes de la COVID-19 a Andorra van ser importants i van afectar de manera especialment severa les persones més vulnerables, concretament, les persones més grans. A Andorra, igual que en altres països occidentals, gràcies al progrés social i als avenços en l'àmbit de la sanitat,

la vellesa sovint es desenvolupa dins el marc d'una autonomia força ben conservada que permet portar una vida social activa a les persones grans, fet que comporta un augment de l'esperança de vida. Aquesta circumstància coexisteix amb un descens de la taxa de natalitat. Els darrers anys, les dades demogràfiques d'Andorra mostren uns índexs d'envelliment i de sobreenvelliment a l'alça. L'envelliment de la població i l'impacte que va generar la pandèmia a Andorra en les persones grans han conduït aquest comitè a abordar de manera crítica i constructiva la situació viscuda des del punt de vista d'una reflexió bioètica.

En nombrosos països, les persones grans, pel fet de tractar-se d'un grup diana pel que fa als efectes mortals de la infecció per la COVID-19 i, al mateix temps, en nom de la necessitat de protegir-les, van veure limitats, en certa manera, els seus drets. Malgrat que l'accés a l'atenció sanitària no es pot regir pel criteri de selecció de l'edat, així com tampoc pel gènere, el context social o la discapacitat, es va utilitzar **el pretext d'una «edat avançada»** que va afectar l'accés equitatiu en condicions d'igualtat a l'atenció sanitària. Aquest mateix argument pot haver comportat alteracions en les altes hospitalàries de manera prematura. Si bé es va actuar per contenir la situació, l'enfocament utilitarista i el conflicte ètic associat van generar molt debat dins la societat. Tot i que es van prendre mesures tenint en compte el bé de les persones grans, l'objectiu es va centrar en la seva beneficència, però alhora se'n va limitar l'autonomia. Quan l'aïllament de la persona gran institucionalitzada ha estat estricte, el dret a la seva llibertat i a la vida privada han quedat afectats. Els mètodes de control de la pandèmia així com les restriccions socials són susceptibles d'afectar en la seva dimensió social les persones grans, sobretot les institucionalitzades i les que viuen soles. La pandèmia va causar por, estrès, solitud i aïllament social. Aquests elements, alhora, van comportar un deteriorament cognitiu i motor i han suposat **un terrible repte per a la resiliència** de les persones grans, especialment per a les més vulnerables i fràgils. Les persones grans amb deteriorament cognitiu o demència poden haver tingut dificultats per comprendre la informació relacionada amb la COVID-19, perquè les persones que en tenien cura no els van poder dedicar el temps suficient i les campanyes d'informació dirigides a la societat en general sovint van ser inapropiades.

Les conseqüències de la pandèmia pel que fa a l'acompanyament dels familiars de les **persones en situació de fi de vida** van comportar ocasionalment haver d'afrontar la mort en solitud, sense presència familiar. Igualment, les famílies, de vegades, van ser privades del dret a

l'acompanyament dels seus familiars en situació de final de vida i van veure com la pandèmia els separava dels seus éssers estimats. Acompanyar un ésser estimat en el moment de la mort i honorar pels rituals propis de cada família el cos del difunt són actes molt arrelats a la nostra cultura que ajuden a alleujar el patiment associat al procés de comiat. No poder viure aquestes vivències pot obstaculitzar el procés de dol.

La societat civil i els poders de l'Estat han de reflexionar sobre les condicions de **la vida de les persones grans en el cas de situació de catàstrofe** (pandèmica, canicular, sismològica...). La pandèmia ens ha ensenyat que l'arribada sobtada d'un agreujament de la fragilitat relacionada amb l'envelliment, la malaltia o la dependència comporta una pèrdua d'autonomia i de llibertats individuals que posa en perill la dignitat humana, cosa que esdevé una dada útil per anticipar les implementacions d'accions sanitàries i socials.

Davant de la pandèmia i del seu impacte sobre les persones grans, cal que considerem l'escala de valors que ha de fonamentar les bases socials de la democràcia del demà. La història ens ha ensenyat que l'ésser humà sovint paga amb vides humanes les (r)evolucions que han construït la seva societat. L'alt preu de la pandèmia ens porta a reflexionar sobre aquesta evolució.

II. OPINIÓ

1. CONCEPTES I DEFINICIONS

1.1. Recordatoris sobre el virus SARS-CoV-2 i la COVID-19

Des de fa dues dècades, es tracta del tercer *Betacoronavirus* que es transmet de persona a persona després del SARS-CoV a la Xina i el MERS-CoV a l'Orient Mitjà. La característica comuna de la seva virulència és que es replica a les vies aèries inferiors i que, en alguns casos, evoluciona a pneumònia i, en les situacions més greus, a una síndrome del destret respiratori de l'adult.

El SARS-CoV-2 és altament contagiós i es propaga per inhalació dels aerosols respiratoris així com pel contacte humà, més directe que indirecte (superfícies i objectes contaminats). El virus està format per espícules en la seva membrana, de les quals la proteïna S (la proteïna de l'espícula o *spike*, en anglès), en els seus extrems, s'uneix molt fortament al receptor cel·lular ECA2 (enzim conversiu de l'angiotensina o *ACE2*, en anglès) per penetrar en la cèl·lula de l'hoste i integrar l'ARN viral al genoma cel·lular. El coneixement dels elevats nivells de contagi i patogenicitat d'aquest virus respecte als seus predecessors, la identificació veloçment dilucidada i brillant del seu ARN i el seu poder de mutació han permès accelerar la recerca a través del món per obtenir vacunes i teràpies adaptades a les quatre fases evolutives de la COVID-19: 1) infecciosa, 2) pulmonar, 3) hiperinflamatòria, 4) vascular i trombòtica. Des de la fase 2 dels mecanismes immunitaris interfereixen entre la immunopatologia del SARS-CoV-2 i la immunosenescència (**annex 1**).

1.2. Algunes bases i definicions científiques relatives a la persona gran

El creixement demogràfic de la població major de 65 anys és un fenomen sense precedents, tot i que el seu grau de salut no ha crescut tan ràpidament com la seva esperança de vida mitjana. Aquesta situació ha comportat un augment en la prevalença de les malalties cròniques, l'arribada d'epidèmies i l'interès per una política de salut pública.

La vulnerabilitat, contràriament a la discapacitat que pot representar haver patit una patologia anterior, resulta de l'exposició al risc en una persona en una situació determinada (sanitària o social).

L'envelliment s'expressa mitjançant una desacceleració gradual, per etapes, de les capacitats funcionals psicomotrius. Mai no és completa ni homogènia. Es fonamenta en una base genètica sotmesa a variacions epigenètiques, la traducció fenotípica de la qual pot ser tardana i sota la forma de multimorbiditat i d'una incapacitat.

La fragilitat és una síndrome clínica a partir de la qual és útil poder diferenciar entre la relacionada amb l'edat i la relacionada amb la comorbiditat. És el cas de la sarcopènia per una disminució excessiva de la massa i la força musculars, fet que origina trastorns de deambulació, caigudes, hospitalitzacions, pèrdues d'autonomia de la persona gran i indueix a la mort.

El 2016, a França es van enregistrar més de 10.000 morts relacionades amb caigudes de les persones grans de més de 65 anys, mentre que, en el mateix període, 3.477 persones van perdre la vida en accident de trànsit.¹ Una qüestió encara no resolta és si la fragilitat relacionada amb l'edat és la conseqüència de la multimorbiditat subclínica o es tracta tan sols del procés d'envelliment relacionat amb l'edat. Aquesta qüestió és fonamental, per raons demogràfiques. La seva resposta només serà possible correlacionant els fenotips «fragilitat de l'envelliment» amb els biomarcadors relacionats amb l'edat, no la cronològica, sinó la fisiològica. Els futurs biomarcadors de la senescència hauran de ser precisos, fiables i no invasius.

L'objectiu de la **gerociència** és identificar els mecanismes de l'envelliment biològic que influeixen en la comorbiditat per tal d'identificar dianes moleculars i cel·lulars per a aplicacions terapèutiques curatives i preventives.

La manifestació o el retard de malalties depèn de molts mecanismes homeostàtics, el dèficit dels quals comporta en el temps una acumulació de danys no reparats. Sembla ser que la interacció entre els danys i la reparació pugui explicar que certes persones envelleixen més ràpidament que d'altres.

Els dominis interessats i susceptibles de ser explorats per la gerociència figuren en **l'annex 2**.

¹ Informe de la *Cour des Comptes* : *La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées*, novembre de 2021. <www.ccomptes.fr>.

1.3. La recerca sobre l'envelliment i la seva prevenció

Amb els primers resultats, la gerociència deixa entreveure l'impacte dels avenços tecnològics que permetran conèixer millor la naturalesa molecular de la senescència, establir una mesura de referència, obrir noves portes a la descoberta de nous medicaments com els senolítics i implementar mesures de prevenció per millorar la qualitat de vida.

Així, de manera preventiva i per millorar la qualitat de vida, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) ha desenvolupat el programa anomenat WHO ICOPE (Integrated Care for Older People²) el qual prové de l'INSPIRE ICOPE CARE PROGRAMME, que permet fer el cribratge i el monitoratge clínic del procés d'envelliment d'una població de 200.000 persones grans a la regió d'Occitània, Andorra i Catalunya durant cinc anys. Mitjançant el seguiment de la capacitat intrínseca, física i mental d'una persona gran d'edat avançada independent i de més de 60 anys, s'estudien sis indicadors amb dos robots de conversa connectats a una base de dades. Aquesta recollida de dades es fa amb una freqüència de quatre a sis mesos. En cas que s'identifiquin signes de deteriorament, es dona una alerta sobre la base d'un algoritme que organitza la intervenció ràpida d'un professional de la salut, que pot ser mèdic, social o ambdós. Aquest exemple rellevant de prevenció de l'envelliment esdevindrà accessible a mitjà termini a una franja d'edat més jove de la població activa. Aquesta aplicació, disponible en un telèfon mòbil, és poc costosa, permet en certa manera perllongar el confort i la qualitat de vida d'una persona gran que desitgi viure a casa seva i suposa una inversió econòmica avantatjosa per a la societat. Es tracta d'una etapa tecnològica de la prevenció de l'envelliment en espera d'un marcador més precís i accessible de l'envelliment.

1.4. La vulnerabilitat de la gent gran en relació amb la COVID-19

La vulnerabilitat de les persones grans és variable segons el seu grau de fragilitat, el seu estat immunitari i les comorbiditats eventuais sofertes que hagin patit, però també hi ha la implicació de factors com les seves condicions de vida, i de caràcter social i econòmic. La presentació clínica de la COVID-19 per a les persones més grans és sovint atípica: poc

² Vellas, B. «How to Implement Integrated Care for Older Persons—ICOPE—Massively in Clinical Practice for a Healthy Longevity», a *J Aging Res & Lifestyle*, 2023; 12: 18-19. <<https://www.jarlife.net/all-issues.html?article=786>>.

simptomàtica, emmascarada per la polimediació i poc exterioritzada pel fet d'estar en situació d'aïllament o per una absència de gerocultura³ en serveis hospitalaris no pròpiament especialitzats.

La preferència que donem a l'edat biològica (fisiològica) en relació amb la cronològica de vegades evita que els governants es comprometin en situacions potencialment discriminatòries, en particular quan l'edat cronològica esdevé l'edat jurídica. És important la rellevància que pren el metge de capçalera i els equips d'atenció de proximitat dins la comunitat en la cura i l'atenció de les persones grans pel paper que han tingut en la gestió sanitària i també pel seu rol social i econòmic durant la crisi. Per diferents raons, aquests equips tenen coneixements sobre les persones que atenen des de diferents àmbits:

- la seva història familiar, el seu context genètic i autoimmune;
- els seus antecedents personals i mèdics (medicoquirúrgics, infecciosos —en cas de tractar-se de causes virals—, històric de vacunes rebudes, comorbiditats, estats d'invalidesa i altres factors de rellevància mèdica);
- les seves condicions de vida (hàbitat, residència, entorn sociofamiliar) i el seu context econòmic (recursos econòmics, precarietats).

L'impacte de la senescència en el sistema immunitari (annex 1) justifica que la vulnerabilitat de les persones grans ha de ser considerada una entitat singular. **Una valoració acurada de cada persona**, de manera personalitzada i única, és essencial davant de qualsevol estat clínic de quadre gripal i, per tant, davant de la COVID-19, ja es tracti de teràpies antivirals, immunitàries o vacunals.

Els recents avenços sobre senescència cel·lular i sistema immunitari valoren la implicació precoç a l'inici d'una infecció viral i la prevenció sobre la hiperinflamació, procés susceptible d'una cascada de factors citocinètics que afecten diferents òrgans i que, de vegades, poden esdevenir fulminants i mortals.

Si, d'una banda, tenim clar que les persones grans formen part de la població prioritària en matèria de política de vacunes, és evident, doncs, que no poden ser objecte en cap cas d'experimentació sense cap consentiment informat i lliure. En efecte, l'absència o la falta d'informacions relatives a l'eficàcia o la innocuïtat de noves vacunes no pot interferir en la seva

³ Cultura en relació amb l'envelliment i la persona gran.

utilització clínica per motius de fragilitat lligada a l'edat i la multimorbiditat que trobem associades a les persones grans. Igualment, la indicació i el tipus de vacuna no depenen de ningú més que de l'equip mèdic de proximitat i, en cas de dubte, dels especialistes concernits.

2. IMPACTE DE LA PANDÈMIA DE LA COVID-19 A ANDORRA

2.1. METODOLOGIA

El CNBA s'ha basat en un **estudi bibliogràfic** de publicacions científiques així com d'informes oficials governamentals sobre la pandèmia i sobre l'envelliment, malgrat que cap d'ells no tracta els dos aspectes a la vegada. El grup de treball, en un marc estrictament andorrà, ha dut a terme **audicions** de professionals interessats i ha elaborat **una enquesta** dirigida a les persones grans i al personal sanitari, sempre de manera anònima i amb el consentiment informat previ.

Les audicions

Les audicions van tenir lloc entre el 14 de setembre i el 14 de novembre del 2022. Totes les persones interrogades, en total 12, van donar prèviament el seu consentiment escrit per enregistrar l'audició. Posteriorment, el grup de treball va resumir cadascuna d'elles. Les persones auditades donen testimoni del que van viure, segons el lloc de treball, durant la pandèmia: centres d'atenció de cures, residències, organismes i associacions, diferents comuns i el Ministeri d'Afers Socials. Les audicions es van fer seguint un mateix esquema (vegeu l'**annex 3**), coordinat per un dels membres del grup de treball per tal d'optimitzar l'acompliment dels temes abordats i la seva continuïtat en cada audició: impacte de la pandèmia en el decurs de la primera onada i del confinament, així com en el moment de les onades següents (del 2020 al 2022), en institucions residencials i domicilis particulars, en relació amb persones grans, personal sanitari, persones que en van tenir cura, així com les famílies.⁴

⁴ La referència a una audició en el text està indicada per la lletra A seguida d'una xifra, que correspon a la persona auditada, tal com està mencionada en l'annex 3.

Les enquestes

El grup de treball del CNBA s'ha interessat particularment per les enquestes conduïdes pel Centre de Recerca Sociològica de l'Institut d'Estudis Andorrans (CRES), el qual ha pres part en una audició (A9). El grup de treball, després de les audicions, va iniciar una enquesta posterior sobre l'impacte de la pandèmia de la COVID-19 adreçada a persones grans i a personal sanitari. Per diverses raons, la interpretació dels resultats ha estat complexa. Quantitativament, pel fet de tractar-se d'un nombre massa escàs de persones majors de 65 anys i, més encara, majors de 80 anys, els resultats no reflecteixen la part real d'edat en el si de la població general. Els resultats qualitatius són possiblement explotables, sempre que l'enquesta s'hagi fet mitjançant un **acompanyament presencial apropiat** per part de l'investigador, o bé en el moment de la realització de l'enquesta escrita, i un temps i una comunicació adaptats, cas per cas, amb necessàries bases gerontològiques de l'acompanyant. L'enquesta telefònica és molt sovint poc adaptada i, per consegüent, selectiva de la població d'estudi. Així mateix, el formulari distribuït en una sala d'espera, una bústia o en una habitació d'un centre residencial pot desmotivar i reforçar el sentit d'un aïllament de la societat i d'un rebuig sovint no expressat. **L'annex 4⁵** menciona, a través d'alguns exemples, les dificultats trobades i les vies de reflexió per millorar el vincle intergeneracional, tal com podem trobar en altres àmbits professionals en contacte freqüent amb persones grans. Tanmateix, la idoneïtat d'aquestes primeres dades alimenta la reflexió ètica.

2.2. RESULTATS

2.2.1. Les institucions: el model andorrà de transversalitat de les competències sanitàries i socials

Es recull de manera positiva la realització del conjunt de les diferents audicions i l'adaptabilitat de les institucions per fer front a la pandèmia. Es tracta, per exemple, de la implantació d'un model en **xarxa des del punt de vista geriàtric** a partir de la transformació d'un centre sociosanitari (El Cedre) en un centre hospitalari d'àmbit geriàtric, susceptible d'acollir els pacients afectats per la COVID-19, per tal d'evitar traspassos innecessaris a l'hospital, el qual

⁵ «Les enquestes científiques (socials, sanitàries, mediàtiques) que resulten de recursos inadaptats per a la persona gran són poc útils i font d'errors interpretatius».

queda així alleugerit d'una part del servei d'urgències i veu disminuïdes les hospitalitzacions.⁶ Els pacients afectats per la COVID-19 i ingressats al centre residencial El Cedre provenien d'altres centres residencials⁷ o del seu domicili per mitjà dels metges de capçalera (A1, A2). La transversalitat va més enllà. S'estén del sector sanitari al social, dels comuns als ministeris interessats (Salut, Afers Socials i d'altres) a través d'interlocutors i dels serveis administratius que interaccionen bé.⁸ Aquest fet facilita la reacció per a les situacions imprevistes en la planificació de la gestió de riscos per a la població, com per exemple la creació d'un **comitè de crisi per a les persones grans malaltes a domicili** segons el seu "test covid" i la **Comissió d'Avaluació de la Dependència** (A11). A mitjà termini, el model transversal pot afavorir traspassos de tasques entre els actors sanitaris i socials així com l'aparició de noves activitats en la matèria. La seva valoració pot contribuir a il·lustrar el poder polític sobre la realitat de les necessitats socials i sanitàries lligades a l'envelliment i a la pèrdua d'autonomia que en resulta.

2.2.2. De la por de la pandèmia a la pandèmia de la por

En el moment de la primera onada i durant el període de confinament, totes les audicions coincideixen a expressar **una por insòlita per la contaminació del virus**. Aquest fenomen, majoritàriament temut entre les persones més vulnerables, entre elles, les més grans de la població, es va entendre al personal sanitari, als cuidadors professionals i familiars així com a les famílies de cadascuna de les parts interessades. Es va intensificar pel **ressò de les mesures del confinament** sobre la persona gran i el seu entorn, el qual va quedar exclòs, de manera desigual i sovint desproporcionada, segons el seu lloc de residència, i de vegades va deixar seqüeles severes. **L'impacte dels mitjans de comunicació i de les xarxes socials**, més que mai sol·licitats per la situació del confinament, va contribuir àmpliament a aquesta temible intensificació de la por col·lectiva. Moltes persones grans persisteixen encara en la por de sortir del seu lloc de vida (A8). El que va viure durant el confinament el personal sanitari i cuidador, les competències i la devoció del qual no va defallir mai, no ha estat sense conseqüències, en

⁶ L'admissió d'una persona gran en un servei habitual d'urgències i en certs serveis d'hospitalitzacions és sovint complexa, de naturalesa múltiple (polipatològica, social), inadaptada a l'exigència temporal del seu seguiment sense la intervenció de competències geriàtriques.

⁷ Clara Rabassa, Salita, Sant Vicenç d'Enclar.

⁸ Una situació envejosa per als països l'escala demogràfica dels quals els exposa a la complexitat de les col·lectivitats territorials i, amb elles, del seu poder d'intervenció.

particular, per als més joves a la recerca d'una reorientació professional (A3-A4-A5-A11). Parlarem, més endavant, dels **reptes en la resiliència de cada actor**: la persona gran segons el seu nivell de vulnerabilitat, el professional de la salut i el treballador social implicats, la família i les persones properes.

És important diferenciar, en **el desenvolupament de la pandèmia a Andorra** i a l'exterior, la primera onada i els esdeveniments abans i després del confinament (primer semestre del 2020) del període següent de les onades successives del segon semestre del 2020 al segon semestre del 2022.

El primer període,⁹ considerat molt mortífer a Europa, no ha estat objecte de cap publicació oficial de salut pública que distingeixi segons les franges d'edat o les defuncions lligades a la COVID-19 i aquelles d'un altre origen associades a la presència del virus.¹⁰ La majoria de les defuncions van ocórrer a la unitat de cures intensives i de reanimació de l'hospital. La data del **13 de març del 2020** (començament del confinament) va modificar o suprimir certs serveis sanitaris i socials dedicats a les persones grans: l'activitat de voluntaris de la Creu Roja que participaven en el programa «Sempre acompanyar» (A7);¹¹ la interrupció del programa «Com a casa», que va posar en marxa el Comú de Canillo un mes abans de la pandèmia (A10); el tancament de tots els centres de dia, inclòs el de Sant Vicenç d'Enclar (A4), i la interrupció de l'activitat habitual de primeres cures i de prevenció sanitària del Centre d'Atenció Primària per ser reorientada cap a altres activitats, com la vacunació i els tests de diagnòstic (A6). Això es va decidir segons les exigències de protocol del confinament i **la reorganització dels serveis sanitaris i socials mantinguts en activitat**. També es poden mencionar, sense exhaustivitat, a banda del centre hospitalari i de la seva xarxa de centres de salut (Servei Andorrà d'Atenció Sanitària, SAAS) habitual: la xarxa geriàtrica d'atenció, el transport sanitari de les persones en tractament de diàlisi i altres serveis de transport requisats pel Govern, així com l'assistència telefònica de persones grans al seu domicili. Entre els nombrosos interlocutors telefònics, cal mencionar les persones en règim d'assalariat de la Creu Roja (A7) i els serveis comunals dirigits a les persones (A10), serveis que van donar una resposta sobre la base d'un extens

⁹ Es desplaça a principis de març a Andorra, en comparació de França (14/01/2020) i Espanya (31/01/2020).

¹⁰ Xifres puntuals de mortalitat, donades en el curs d'algunes de les audicions, estan en espera de confirmació i no publicades en aquest informe.

¹¹ «D'un dia per l'altre, algunes persones s'han trobat soles i sense família, com dins la comunitat anglesa, sense poder sortir ni parlar amb ningú (10)».

coneixement de les persones ateses, al mateix temps que responien a les necessitats bàsiques considerades de primera necessitat (alimentació, medicaments, higiene...) de les persones grans confinades. A més, va sorgir un servei d'alerta clínica, així com els serveis socials ministerials (A11), encarregats, des de la vessant assistencial de l'atenció a domicili, de l'ajuda econòmica i del seu seguiment a escala nacional.

Durant el confinament, la Comissió d'Avaluació de la Dependència, gestionada pel Ministeri de Salut, va proposar la possibilitat d'estada en una **residència hotelera**¹² a les persones que en aquell moment es van valorar segons criteris de bona salut i de baixa dependència. En aquests centres hotelers esmentats, les mesures de distanciament van ser menys restrictives que als centres residencials, la qual cosa explicaria la contaminació pel virus de certs residents desplaçats. Aquest oferiment semblaria no haver estat entès per certes famílies (A11) i va comportar, segons els casos, una hospitalització o una atenció *in situ* donada per personal d'infermeria i voluntaris. L'estada en una residència hotelera es va interrompre al cap de 6 a 8 setmanes per manca de voluntaris i de personal sanitari (A11).

Les restriccions imposades al personal sanitari durant el confinament, que en alguns casos fins i tot van superar les directrius governamentals en certs centres sanitaris, van comportar una desigualtat entre ells per al personal sanitari sol·licitat des d'altres centres (A6) en el context de por a la contaminació, esmentat anteriorment. Certes mesures en relació amb **l'accés de les famílies** es van mantenir molt de temps després del confinament (A2).¹³ L'ajuda a les cures (*care* en anglès) a les residències es va mobilitzar remarcablement en tots els centres residencials per afavorir el vincle amb les famílies o persones properes (telèfon, videoconferències). Es van organitzar certes iniciatives per permetre les visites de la família en situacions de fi de vida durant el confinament, amb l'ajuda dels equips de protecció individuals i de les mesures adaptades. De l'excés de prohibició al de la permissivitat, aquestes situacions transgressives sota la primacia de la persona poden ser enteses com a benèfiques i solidàries en un període propici a la incredulitat. Reflecteixen, així mateix, que **la pandèmia ha permès de manera determinada que els cuidadors (*care*) tinguin una mirada diferent i més apropiada de la persona gran** (A2-A3-A4-A5-A6-A7-A9).

¹² L'hotel Fènix per al Cedre i l'hotel Cèntric per a Salita. Els centres de Clara Rabassa i de Sant Vicenç d'Enclar no van optar per aquesta possibilitat de residència per als seus residents.

¹³ Com ara tests i distanciament, a vegades durant més d'un any.

Després del confinament, la pandèmia va evolucionar durant els quatre semestres següents. Destaca la **vacunació** de la població a la qual es dona prioritat, per precaució, en un primer temps, és a dir, les persones més vulnerables (entre elles, les persones grans) sota criteris d'edat cronològica i els professionals més exposats, fet que va contribuir a respondre a les necessitats primàries.

El centre residencial El Cedre esdevé hospital geriàtric (A2). L'atenció primària reorganitza les seves activitats anteriors, però també n'apareixen de noves, lligades a la pandèmia, segons els seus objectius, i que depenen del SAAS (Servei Andorrà d'Atenció Sanitari) o del Ministeri (vacunació i tests de diagnòstic) (A6). La Creu Roja es beneficia d'una aportació important de voluntaris dedicats a la logística informàtica, tant per als centres de vacunació (temporers argentins no podent tornar a casa seva) com per als centres de diagnòstic, el conjunt posat en marxa amb el Govern. La represa de les activitats del programa «Sempre acompanyar» integra els protocols de prevenció de la contaminació per als voluntaris (obligatorietat de la mascareta i gel hidroalcohòlic). La represa de les visites a domicili, la idea de sortir de casa, va ser rebuda amb entusiasme en el 60 % dels casos i va permetre, explicitant les mesures de protecció, convèncer aquelles persones que desitjaven perllongar el seu aïllament per por a ser contaminades (A7).

2.2.3. L'impacte de l'aïllament en la gent gran durant i després del confinament

La percepció de la persona gran i, per una malaurada combinació, la de l'envelliment contribueix a modificar la representació que la nostra societat es fa de la vellesa fins a aïllar-la socialment i, a vegades, fins i tot excloure-la del lloc de vida desitjat. En són testimonis la desaparició progressiva de l'allotjament familiar o intergeneracional així com el canvi massa sovint imposat d'habitatge (del domicili a la residència): **un aïllament, del qual la pandèmia ha reforçat la restricció, en oposició al que representaria la seva inserció social.**

La manca de detecció d'un dèficit sensorial o cognitiu i d'un allotjament inadaptat a una persona de mobilitat reduïda són molts dels elements que afavoreixen aquesta desvinculació. Amb més motiu per a les més fràgils i les més vulnerables.

Els testimonis coincideixen que la pandèmia ha tingut com a efecte accentuar l'aïllament de la persona gran que viu al seu domicili, sola o en parella (A6-A7-A10-A11).

- **L'aïllament segons el lloc de vida**

L'aïllament dels domicilis situats en zones de muntanya, de vegades mal adaptats a les capacitats reals de les persones interessades, distanciades geogràficament de la seva família, manté els seus habitants allunyats dels comerços i dels serveis de primera necessitat: alimentació, medicaments i parafarmàcia, cures a domicili, higiene diària, calefacció, electricitat i altres serveis, transports, informació i comunicació. El període de confinament en va reforçar l'aïllament, excloent-ne les visites presencials de la família, dels amics, dels voluntaris habituals de la Creu Roja i dels treballadors socials implicats. L'assistència telefònica dels comuns (A10), del Ministeri (A11) i dels seus treballadors socials respectius, de la Creu Roja (A7) i de l'atenció primària (A6) va ser d'un innegable suport, tot i que l'abundància i la diversitat de vegades van poder reforçar el sentiment d'aïllament, de por i d'abandó en resposta a interlocutors múltiples, desconeguts i redundants en llur actuació. El context de la pandèmia s'ha fet ressò de la prioritat mèdica i social d'adaptar l'allotjament i el seu manteniment a les capacitats reals d'autonomia de la persona gran.

L'aïllament en una residència és d'una altra naturalesa, particularment per als nombrosos casos resultants d'una exclusió del lloc de vida desitjat (domicili, família). La sobrevinguda de la pandèmia i de les restriccions del confinament es va viure com una doble pena, aïllant-les per raó d'una ruptura brutal del vincle afectiu amb la família, els cuidadors i les persones estimades (A2-A3-A4). En el transcurs de la pandèmia, tot desplaçament fora de la residència habitual (hospitalització, residència hotelera) va poder reforçar, per a algunes, un sentiment d'abandó i, fins i tot, de submissió a restriccions incompreses o viscudes com a injustes i, de vegades, inhumanes.

- **L'aïllament econòmic**

El grup de treball del CNBA ha pogut recollir testimonis que han confirmat les dificultats econòmiques, exacerbades en temps de crisi sociosanitària¹⁴, com a conseqüència de l'evolució a la baixa de les pensions de jubilació i de les quotes insuficients d'ajuda complementària de solidaritat i altres ajudes ocasionals. És també així, tenint en compte tant

¹⁴ Crisi sanitària però alhora social de la pandèmia de la COVID-19.

la remuneració dels treballadors familiars que exerceixen a domicili com el suport econòmic que reben els familiars que assumeixen tasques de cuidadors. Una ajuda, però, molt valuosa per afegir a la penúria de les ajudes professionals a domicili (A11-A10)¹⁵.

- **L'aïllament cultural**

El paper dels comuns és particularment important per a l'activitat cultural i les iniciatives educatives en favor de les persones grans. Iniciatives rellevants portades a terme com ara «Com a casa» (A10), «Sempre acompanyar» (A7) així com la prevenció de l'envelliment (A1-A2), i també accions contra l'exclusió digital i d'altres tecnologies esdevingudes imprescindibles en la vida diària (A10), mereixen ser consolidades i ampliades per tal d'evitar una desigualtat entre les persones que vivien en diferents parròquies.

La pandèmia també ha pogut accentuar diferències d'integració social i cultural segons les capacitats individuals d'autonomia, amb un impacte relacionat amb l'envelliment que es tradueix més sovint pel seu endarreriment que per la seva pèrdua brutal, que, generalment, prové d'un altre origen (patogen). Així, **el món professional en contacte amb la persona gran**, es tracti de l'àmbit mèdic o no, pot, per exemple, identificar un alentiment de la comprensió a una absència de comprensió. La prevenció de l'envelliment és un guany essencial en la millora del coneixement en l'alentiment de les pròpies capacitats (A2) com també en la necessitat de revaluacions successives, sobretot psicològiques, en cas de patologia crònica (A3-A4). Les restriccions de temps imposades als professionals indueixen per si mateixes una **exclusió social** si no s'adapten a l'envelliment fisiològic, que alenteix certes funcions sensorials, cognitives o motrius. És evident que la vivència d'aquesta exclusió es reforça en cas d'excés de familiaritats i, amb més raó, de certs comportaments violents respecte a la persona gran vulnerable. El personal sanitari i els cuidadors familiars i voluntaris demanen formació complementària en matèria de gerontologia per tal de millorar en la seva pràctica diària l'atenció a les persones grans, tot beneficiant-se ells mateixos d'un suport psicològic adaptat. Els testimonis són unànims: la pandèmia ha modificat la visió social de l'atenció, dels problemes psicològics de les persones grans i del seu entorn (A2-A3-A4-A6-A9-A10-A11).

¹⁵ La força econòmica de la prevenció de l'envelliment i de la dependència passa per aquest suport al domicili (capítol 3 de l'informe).

Les condicions extremes de confinament ens remetent a **l'aïllament de la persona gran malalta i discapacitada en situació de final de vida**. Suggereixen la implementació d'un acompanyament de qualitat sense obviar el seu món familiar, ja sigui a domicili, si aquest últim respon a condicions de vida dignes, o en un allotjament residencial, que pot resultar definitiu encara que no sigui desitjat.

2.2.4. La qüestió de la priorització

Aquesta qüestió es va mencionar sistemàticament en cadascuna de les audicions. En efecte, en la majoria dels països europeus s'ha plantejat com un problema en relació amb la igualtat d'accés en certes intervencions a partir de criteris com l'edat, el sexe, el context social i, fins i tot, certes discapacitats. Aquest fet va ser denunciat el 23 de març del 2020 per la Societat Europea de Medicina Geriàtrica. Es va evidenciar la situació donada per una manca de resposta en circumstàncies tardanes seguides en intervencions quirúrgiques o mèdiques en matèria de nutrició i d'hidratació, de suport social i psicològic. Sabem que certes situacions poden oscil·lar molt ràpidament en les persones grans vulnerables. La qüestió és saber si Andorra ha estat finalment afectada per aquesta problemàtica com ho han estat els seus països veïns (Espanya i França). En altres termes: és per desconeixement de la vulnerabilitat de les persones grans (fora dels serveis geriàtrics), o bé de situacions singulars de prioritzacions sanitàries o socials, que moltes d'elles es van trobar desplaçades de manera desproporcionada a l'accés a un cert nombre d'atencions?¹⁶

La resposta fou també unànime:¹⁷ no hi ha hagut desigualtat d'accés per a les persones grans a Andorra en la seva atenció en l'àrea d'hospitalització o en l'àrea quirúrgica, les places de les quals s'han multiplicat per tres (de 10 a 30), la qual cosa, en certes ocasions, va esdevenir una situació límit, però sempre suficient (A10).

La pandèmia ens ha il·lustrat **sobre la complexitat d'haver de prioritzar entre l'atenció presencial i "on line"**. Ho expliquem a través de dos exemples: un de sanitari i un altre de social. El primer concerneix el metge generalista, desbordat per les trucades el cap de setmana

¹⁶ «Cure» i «care».

¹⁷ A1-A2-A3-A4-A5-A6-A7-A8-A9-A10-A11.

en plena pandèmia. Ha de triar entre atendre els pacients propis, que coneix, i d'altres que provenen d'altres consultoris i que no responen a les trucades d'urgència: es planteja una qüestió de disponibilitat, però també de capacitat per respondre al màxim nombre de demandes. Si l'atenció virtual no pot reemplaçar la presencial en certes situacions clíniques, la prioritat de la presencial es pot fonamentar en altres criteris com, per exemple, la possibilitat d'una incomprensió de la informació rebuda per telèfon i les seves conseqüències. Un altre exemple és la situació crítica dels treballadors socials per cobrir tots els domicilis interessats. La prioritització, complicada, es va donar en primer lloc a les persones dependents, sense ajuda a domicili, ni familiar ni professional, i independentment de l'estat de salut (A11).

La desigualtat d'accés a les cures sanitàries i socials és una realitat en situació de catàstrofe i justifica l'organització prèvia d'una planificació sanitària i social en vista dels ensenyaments del passat.

L'extensió globalitzada del teletreball que va resultar de la pandèmia dona pas a una reflexió ètica sobre l'aportació de les noves tecnologies, no sense garantir els drets a les cures i a la protecció social de la vida privada, sigui quina sigui l'edat, particularment per a les persones més vulnerables i fràgils. Aquesta qüestió justifica novament la necessitat de reintegrar la persona gran en el cos social, oposant-se a totes les formes de discriminació i d'estigmatització per la preservació dels valors de dignitat, integritat, participació, independència i, més àmpliament, per una protecció jurídica apropiada, com ho considerarem ulteriorment.

2.2.5. La resiliència de les persones grans en situació de catàstrofe pandèmica¹⁸

La pandèmia de la COVID-19 il·lustra, per les seves conseqüències mèdiques, socials i econòmiques, la dimensió de **catàstrofe**¹⁹ amb els seus temibles **traumatismes psicològics**, patits particularment per les persones més vulnerables, entre les quals destaquen les persones d'una gran edat i les seves eventuals comorbiditats.

¹⁸ Aquest text i la seva figura recullen el que un membre del grup de treball va escriure el març del 2022: <<https://www.fertilevision.fr/index.php/citoyens-concernes/item/162-resilience-personnes-agees-pandemie>> incorporant-hi els testimonis andorrans recollits en el curs de les audicions en l'àmbit d'aquest informe.

¹⁹ Etimologia: del grec *kata*, 'cissura cap a baix', i *strophê*, 'inversió', gir cap al venciment.

Contràriament al sofriment que ha format part de la seva condició humana durant el seu recorregut de vida, la pandèmia ha provocat **una agonia psíquica d'una gran brutalitat** a un gran nombre de persones. Aquestes se'n van sortir a través de **la resiliència**, però sovint es van veure obstaculitzades per un estrès posttraumàtic de llarga durada, per diversos motius.

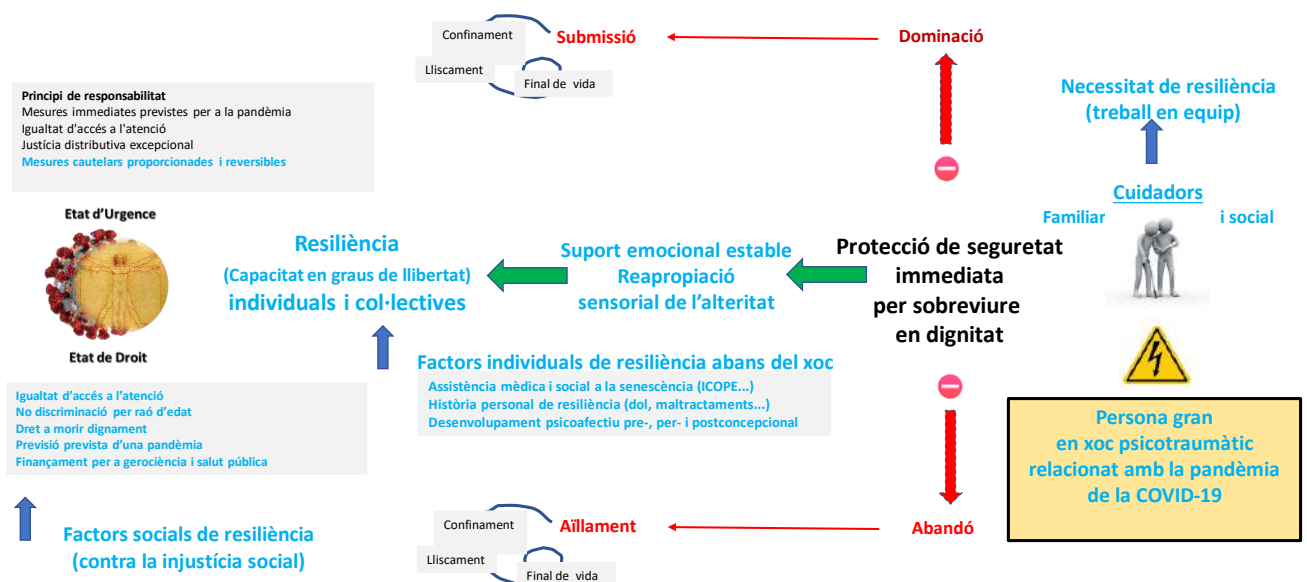
Ara bé, l'envelliment no és en si mateix un obstacle per a la resiliència, la qual pot ser possible en cada edat de la vida. Es tracta, en efecte, d'un mecanisme de defensa que permet refer-se fent renéixer una altra manera de viure, segons el significat que s'ha donat a la causa del traumatisme. L'èxit depèn dels coneixements seleccionats durant la vida abans del traumatisme, però també de les capacitats de refer-se gràcies a **un suport afectiu immediat** de l'entorn en què es troba la persona d'una edat avançada, en una residència o al seu domicili. Aquí també compta el pes de les paraules: desplaçament i no trasllat a una residència, suport i no manteniment a domicili, en nom del rebuig absolut de transformar en objecte la persona humana, sigui quina sigui la seva edat.

El desplaçament a una residència és viscut com un desarrelament o, al contrari, com l'assegurança d'una vida digna. Així mateix, el suport a domicili reforça la seguretat en un entorn familiar, però de vegades el seu acarnissament per a una persona massa sola, a voltes maltractada (per defectes de la protecció de la persona i dels seus béns), contravé al respecte de la seva dignitat. Les capacitats de resiliència són, primer, individuals, però també col·lectives (família, cuidadors socials, sanitaris).

La ruptura del vincle social és font d'aïllament respecte a l'alteritat, reforçada en període de confinament per la prohibició de les visites, i la privació dels vincles interns en l'allotjament es manifesta per un **desemparement moral**. Comporta, en absència de suport immediat, una «**síndrome de lliscament**» cap a la fi de vida amb alteració física, desnutrició, trastorns cognitius, sovint tan letals com la COVID-19. La neuroimatge objectiva, avui, que un cervell sense alteritat s'atrofia, la qual cosa fonamenta l'interès d'una **niche sensorielle (segment sensorial)**, segons el concepte de la «psicoecologia», elaborat per Boris Cyrulnik.²⁰ La rapidesa en el temps de les intervencions, reforçant un suport afectiu estable i la nova progressiva recuperació sensorial de l'alteritat, condicionen el restabliment d'una vida humana més acceptable. A títol d'exemple, un dèficit de memorització de les paraules pot abocar a un llenguatge i una comunicació difícils (Alzheimer o equivalents): no tenir-los en compte emprant

²⁰ Boris Cyrulnik. *Des âmes et des saisons: Psycho-écologie*. Odile Jacob, 2021.

altres mitjans sensorials de comunicació que els de la paraula (gestos, imatges, música) agreuja el lliscament i la reclusió de la persona així com de la seva família en un desencadenant cada vegada menys suportable. Així, la importància del traumatisme dependrà del significat que en farà la persona amb les seves capacitats sensorials.



JM 2022

Factors de resiliència de la gent gran durant el trauma psicoemocional davant la pandèmia vírica de la COVID-19

Segons el nivell cognitiu de la persona gran, avaluar la seva **necessitat d'aferrament** per una estabilitat afectiva imprescindible pot ser complexa, i sovint es veu obstaculitzada per una percepció inapropiada de la seva edat fisiològica. Les audicions han versat també sobre l'impacte de la pandèmia i la percepció de l'edat de la persona gran. La por de la pandèmia ha portat sovint cert personal sanitari i proper a voler sobreprotegir la persona gran. Aquesta sobreprotecció, confortable per a molts, podria reduir la seva autonomia per la percepció d'una edat més elevada que la real (A2-A7-A5). D'altra banda, la percepció de l'edat relacionada amb un bon seguiment i una bona autonomia seria la d'una persona amb una edat més jove respecte a l'edat cronològica susceptible de percebre's com un abandó afectiu de la família (A3-10). El conjunt de les persones auditades considera la sobreprotecció com la influència més freqüent de la pandèmia, amb una percepció de l'edat més elevada de la persona gran. Aquesta avaluació de l'edat real (fisiològica) es manté essencial per evitar el risc d'**excés «en massa»** afecte, desfavorable per a l'autonomia i susceptible de submissió a una

reclusió, o d'**excés «en menys» afecte**, viscut com l'abandó a la mateixa reclusió. Aquests dos riscos inhumans amplifiquen greument el traumatisme psicoafectiu de la persona gran, la qual pot «deixar-se anar» per una defensa regressiva que farà d'obstacle a la resiliència. Tal violació del principi ètic de no malevolència ataca la dignitat d'un mateix i pot portar-se o, fins i tot, precipitar-se, en l'espiral del lliscament cap a la fi de vida.

D'altra banda, **en matèria de fi de vida**, cal mencionar que per a algunes persones la tria deliberada i consentida, amb consciència plena, d'una situació de fi de vida en la dignitat és expressada prèviament en cas d'agonia psíquica o de la síndrome psicotraumàtica. Per a algunes persones, la societat ha de validar un acompanyament de la fi de vida, respectuós en el dret de morir en la dignitat. Per a d'altres, i segons les seves creences, la resiliència ofereix la possibilitat de realitzar el sentit primer de la vida, la relació íntima amb l'ésser singular que viu en ells i en la recerca d'una relació mantinguda amb la mort i el més enllà. En els dos casos, la llibertat de consciència, respectuosa de la dignitat humana, s'inscriu legítimament en el principi primer de la primacia de la persona, al qual la nostra cultura està fonamentalment vinculada (A2).

En situació de catàstrofe, la resiliència concerneix no només l'individu i la col·lectivitat que l'envolta, sinó també la societat. Pertoca **al poder polític** d'anticipar les situacions de catàstrofe a través **d'un contracte social** en l'interès de les persones. En cas de situació d'extrema urgència, els recursos activats per precaució han de ser proporcionats, transitoris i reversibles. La responsabilitat de l'estat d'urgència com de l'estat de dret interessen la protecció de la persona gran, però també les generacions futures. La **reversibilitat d'una intervenció** de vegades és considerada falsament, des de la perspectiva de l'opinió pública, com el retrocés d'un «dret al progrés» darrere de la màscara del bé públic. És, al contrari, **un grau de llibertat essencial a la capacitat de resiliència** del personal sanitari i dels cuidadors així com al desenvolupament de la recerca, l'únic valor objectiu de la qual és la **veritat científica**, el que ens ha recordat la darrera i les precedents.

Com no pensar, el març del 2022, que la resiliència de la persona, de la col·lectivitat i de la societat contribueixen a la reconstrucció imprescindible d'una nova manera de viure després d'una catàstrofe natural com una pandèmia d'aquella amplitud, un sisme, una canícula, quines conseqüències van més enllà d'un deure de memòria per al poder polític, ja que s'estenen al deure ciutadà de transmissió a les generacions futures.

3. DISCUSSIÓ ARGUMENTATIVA

3.1. L'AUTONOMIA I LA VULNERABILITAT DE LA PERSONA GRAN

3.1.1. L'autonomia relativa de la persona gran

L'autonomia s'inscriu en una història de vida, en una quotidianitat i el seu entorn. Forma part de l'existència de la persona, és rarament absoluta i encara menys, absent.

La distorsió cada vegada més evident entre l'edat cronològica i l'autodeterminació, és a dir, la capacitat de la persona per decidir per ella mateixa i per a ella mateixa, indueix una forma de rebuig social de l'autonomia de la persona gran.

L'autonomia i la dependència no poden, en cap cas, dependre d'un concepte binari que considera que una persona és o no és autònoma, és o no és dependent. Això, simplement, està relacionat amb les nombroses funcions de les quals depenen: sensorials, motrius i cognitives. Per exemple, no seria acceptable èticament que el pretext d'una dependència pogués perjudicar l'exercici d'una autonomia intel·lectual.

De la mateixa manera, ser autònom no significa poder decidir sense l'ajuda i el suport d'una tercera persona de confiança, encara que aquesta persona contribueixi *de facto* a una certa autonomia relativa. La relació de confiança amb una tercera persona pot exercir una influència afectiva o de competència sobre la decisió, però no hauria de substituir la que, *in fine*, és legítimament competència de la persona interessada. Referent a això, els excessos de precaució adoptats per aquesta tercera persona de confiança, cuidadora o familiar, a l'empara dels principis de bioètica, de no maleficència i de beneficència, es poden oposar de manera no ètica a l'exercici de l'autonomia de la persona, una evidència que ens remet aquí als primers ensenyaments de la pandèmia de la COVID-19.

Un altre exemple és que els pacients d'edat avançada, en el cas d'extrema escassetat de recursos sanitaris, han de ser tractats en les mateixes condicions que la resta de la població. És a dir, segons els criteris clínics per a cada persona. Acceptar tal discriminació suposaria menystenir certes vides humanes a causa de la seva trajectòria vital, la qual cosa contradiu els fonaments de l'estat de dret i de la Constitució.

La pèrdua d'autonomia és un tret individual que es refereix a la vulnerabilitat, prèviament definida com el resultat de la incertesa d'un possible risc potencial de morbiditat, a diferència de la dependència o la discapacitat, que sovint són la seqüela d'una malaltia. Per exemple, una

caiguda amb fractura fa que la persona gran sigui vulnerable al risc d'incapacitats funcionals duradores i d'una dependència que se'n podria derivar. En la fase més primerenca, la presa d'antidepressius d'efectes perllongats pot exposar la persona gran al risc d'hipotensió ortostàtica²¹ i de caiguda, tots ells factors de vulnerabilitat amb risc potencial de complicacions mèdiques, a vegades de discapacitat i de gran dependència.

Els primers dèficit sensorials es refereixen, primer, a la visió, i després, a l'audició i a la cognició, i contribueixen a l'aïllament i a l'exclusió social.

El seu suport i el seu seguiment per part de la societat és una prioritat per exercir la pròpia autonomia a l'hora d'entendre una informació, comunicar-se i decidir lliurement per si mateixa. També hi ha problemes bucodentals, fonts de malnutrició, després de desnutrició i d'osteosarcopènia,²² per reprendre l'exemple de les caigudes amb fractures.

El dèficit global de motricitat s'avalua generalment pel nombre de caigudes: a França, cada any, 2 milions de caigudes de persones de més de 65 anys són responsables de 10.000 morts (la primera causa de mortalitat accidental) i de 130.000 hospitalitzacions, la qual cosa ha justificat un pla triennal (2022-2023-2024) de prevenció de caigudes de les persones grans.²³ Moltes iniciatives transeuropees s'esforcen també per prevenir la incidència de les caigudes de la persona gran.²⁴

De la mateixa manera, l'aparició de trastorns cognitius remet també a la noció d'**autonomia relativa** i al deure de respectar l'autonomia psíquica: tota pèrdua d'autonomia pot ser font de trastorns psicològics i de respostes depressives al llarg de tota edat de la vida. En el cas extrem de la impossibilitat per a una persona de poder exercir la seva autonomia relativa (mai absent) en cas de degeneració cerebral molt evolucionada: la seva reactivitat emocional, que desconeixem, justifica que l'elecció de presa de decisions es faci en el seu lloc respecte al que objectivament hauria estat la seva.

La pèrdua d'autonomia de la persona gran és també un desafiament econòmic i social.

²¹ Baixa brutal de la tensió arterial en llevar-se o posar-se dret/a.

²² Kirk, B.; Al Saedi, A.; Duque, G. *Osteosarcopenia: A case of geroscience*. *Aging Medicine*, 2019, 2: 147-156. <<https://doi.org/10.1002/agm2.12080>>.

²³ <<https://solidarites.gouv.fr/plan-antichute-des-personnes-agees>>.

²⁴ És el cas del programa HAPPIER en matèria de salut mental i física per a Bèlgica, Espanya, França i Irlanda, 2015, disponible a <<https://ipp.eu>>.

- Els estudis demogràfics i econòmics efectuats als nostres països fronterers i més enllà ho demostren a bastament.²⁵ Entre els primers informes publicats després de la pandèmia, la Cour des Comptes va xifrar en 1,5 milions d'euros les despeses de salut anuals evitables per un any de guany d'esperança de vida sense incapacitat durant el període 2021-2031.²⁶ El 2020, malgrat una disminució de gairebé sis mesos respecte al 2019 deguda a la pandèmia de la COVID-19, l'esperança de vida era de 85,32 anys per a les dones i de 79,5 anys per als homes. Es considera que, als 65 anys, les dones encara tenen 24,7 anys de vida i els homes, 19,6 anys. Aquest informe no deixa de precisar que, més enllà d'aquest impacte financer, aquest guany anual guanyat d'esperança de vida sense incapacitat representa «una millora significativa de la qualitat de vida i de l'autonomia de les persones grans».
- En els nostres sistemes sanitaris, la «desacceleració de les funcions (sensorials, motrius, cognitives...) de les persones grans es troba frontalment en oposició a les exigències i les restriccions d'eficàcia, de productivitat i de rendibilitat imposades als professionals del món sanitari i no sanitari».²⁷

Aquests dos elements il·lustren el doble desafiament, econòmic i social, d'evitar la pèrdua d'autonomia de la persona gran, al centre de la qual **el cuidador** proper té un paper important, digne de reconeixement, de protecció i d'un dret al descans.

Així, el fet que les residències d'allotjament estiguin cada vegada més dedicades a la gran dependència constitueix actualment una alternativa per fer front a la pèrdua d'autonomia a domicili. Això no es pot aconseguir sense un hàbitat adequat per a la persona i sense el suport dels cuidadors professionals, familiars o molt propers. Es tracta d'un veritable repte per al responsable polític en l'organització de les condicions de vida de les persones d'edat avançada, la solitud no desitjada de les quals es converteix per als sistemes de salut pública en una de les amenaces més grans de salut i d'esperança de vida.

²⁵ European Commission, Directorate-General for Communications Networks, Content and Technology. Worthington, H.; Simmonds, P.; Farla, K., et al. *The silver economy – Final report*. Publications Office, 2018. <<https://www.data.europa.eu/doi/10.2759/685036>>.

²⁶ Cour des Comptes. *La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées : Construire une priorité partagée*. París, novembre de 2021. <<https://www.ccomptes.fr>>.

²⁷ Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. *Avis n° 128. Enjeux éthiques du vieillissement. Quel sens à la concentration des personnes âgées entre elles, dans des établissements dits d'hébergement ? Quels leviers pour une société inclusive pour les personnes âgées ?*. París, febrer de 2018. <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-02/ccne_avis_128.pdf>.

3.1.2. La discriminació i el seu vincle amb la pèrdua d'autonomia

La nostra vida quotidiana pot conèixer la **discriminació basada en l'edat** o l'edatisme.

Els exemples són nombrosos, i entre ells destaquen:

- l'exclusió digital en les aplicacions domèstiques de la vida quotidiana i en la comunicació (salut, comerços, bancs);
- la distorsió entre el temps imposat al cuidador i el temps necessari per a la lliure expressió de la persona gran, sotmesa a una atenció domèstica o institucional, a la consulta, a l'acolliment d'un servei d'emergència que no és adequat a la complexitat mèdica i social per actuar de manera ràpida i adequada;
- la pèrdua de l'autonomia financera amb motiu de la reducció de la pensió, malgrat la seva indexació al cost de la vida, al desviament abusiu d'ingressos, poc importa el lloc de vida.²⁸

Més enllà d'un sistema de salut i d'una assistència social inadequada per a la realitat demogràfica i econòmica, la mirada cap a la persona gran és deformada per la por d'envellir, pel fantasma de la «joventut eterna» i també pel desconeixement de la realitat del procés d'envelliment. Aquesta constatació contribueix a modificar la representació que la nostra societat té de la vellesa fins a ocultar-la al públic, fer-la invisible i silenciosa i, per tant, fins a excloure-la. Simbolitza el que s'oposa en una democràcia als valors que justifiquen que una societat sigui inclusiva (diversitat, equitat i solidaritat), essència mateixa de l'estat social.

Mentre que les nostres societats es doten dels mitjans per lluitar contra la discriminació en matèria de sexe, de gènere, de raça i de religió, és curiós comprovar que no és el cas de la segregació segons l'edat cronològicament avançada o edatisme, la qual cosa no ens han deixat de recordar algunes disposicions adoptades a tot el món en el cor de la pandèmia de la COVID-19.

La discriminació és un factor d'estrès crònic, amb un impacte psicològic que es pot traduir en una patologia. L'activació contínua de l'eix hipotalàmic-pituïtari-adrenal indueix desordres

²⁸ Vegeu els aspectes eticojurídics que presenta el capítol 3.3.

metabòlics en cascada que perjudiquen la salut física i mental de les persones sotmeses a discriminació. Diverses metaanàlisis recents revelen que l'experiència de discriminació quotidiana està associada a l'ansietat, la depressió i l'angoixa psicològica fins a la malaltia mental.

Així mateix, diversos estudis han suggerit un vincl entre la discriminació, l'envelliment prematur i la disminució de l'esperança de vida.

Un estudi pioner recent ha demostrat que l'exposició a l'estrès i a la discriminació per motius de raça durant la vida provoca alteracions epigenètiques que demostren que la discriminació pot conduir a un envelliment accelerat.²⁹

Una sèrie de malalties cardiovasculars i autoimmunes s'han correlacionat amb l'avançament en l'edat a causa de factors epigenètics importants. Algunes formes clíniques de la COVID-19 semblen agreujades per l'estrès i els traumatismes psicològics discriminators subjacents. També, la COVID-19 ha pogut facilitar l'envelliment ja accelerat en les persones víctimes de discriminació.³⁰

Els pròxims estudis són indispensables per precisar els efectes de la discriminació, no només sobre les malalties, sinó també sobre l'envelliment, a fi de determinar les mesures preventives que es podrien imposar en el pla sanitari i, si cal, en el pla jurídic.

Sabent que en un segle una tercera part de la població arribarà als 90 anys (i no ja als 65 anys), segons la Comissió Europea, i que, segons l'Organització de Cooperació i Desenvolupament Econòmic (OCDE), la població de 80 anys i més s'hauria de duplicar entre el 2019 i el 2050 als països de l'OCDE, entre els quals hi ha França i Espanya, l'edatisme es converteix en un obstacle important per al manteniment d'una societat igualitària, integradora i democràtica: és el gran repte social de la primera meitat del segle XXI.

²⁹ McKenna, B.G.; Mekawi, Y.; Katrinli, S., et al. «When Anger Remains Unspoken: Anger and Accelerated Epigenetic Aging Among Stress-Exposed Black Americans», a *Psychosom. Med*, 2021. 83: 949-958, <<https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001007>>.

³⁰ Fiselier, A.; Narendran, G.; Raiche, J., et al. «From discrimination and dis-ease to aging and disease-an epigenetic connection», a *The Lancet Regional Health - Americas*, volum 12, 2022, 100282.

3.1.3. L'autonomia i el consentiment del pacient en situació de fi de vida

El final de la vida és un terme genèric que engloba situacions (mèdiques i jurídiques) molt diferents. Aquest és el cas de les malalties considerades en fase terminal, el pronòstic de les quals no és determinable raonablement a curt termini en termes d'esperança de vida.

Recordem ara, d'acord amb l'episodi de la COVID-19, que, mentre no s'exclouï objectivament la curació d'una malaltia, no s'ha de considerar una malaltia terminal, encara que sigui d'especial gravetat per a les persones més vulnerables, a causa d'un context polipatològic o d'un envelliment (en lloc d'una edat) avançat.

No correspon a aquest informe desenvolupar els aspectes ètics del final de la vida. Només abordarem la qüestió de l'autonomia i el consentiment del pacient al final de la seva vida.

L'interès en la **planificació de les voluntats anticipades**³¹ és primordial, en la mesura que no es desconeix la seva revocabilitat, i admesa per tothom. Enunciar aquestes voluntats i recollir-les es fonamenta en un intercanvi sobre la vida i la mort, afavorint l'expressió de l'autonomia de la persona gran, en un projecte de vida però també de fi de vida, particularment en termes d'espai de vida, de suport i de seguiment. Es tracta d'unes directrius escrites que conformen la voluntat i els desitjos de la persona durant un procés que es pot donar acompanyat de l'equip assistencial, que oferirà la informació ajustada i de la manera més adequada possible. Es tracta d'un consentiment escrit després d'una informació el més esclaridora possible, segons les recomanacions del CNBA³² per a la redacció del document de voluntats anticipades.

Avaluar l'autonomia de la persona en el seu trajecte de final de vida³³ significa verificar les seves capacitats de comprensió, d'apreciació, de raonament, d'expressió i de manteniment d'una elecció anterior o de la seva voluntat. Un document escrit del metge ha de donar fe de la fiabilitat de les instruccions. No obstant això, un altre moment és el de la situació d'una malaltia especialment greu o amb un pronòstic letal a curt termini: les voluntats anticipades es converteixen en un suport al diàleg amb el cuidador per assegurar que responen als desitjos del pacient davant la realitat concreta d'aquest moment de finitud.

³¹ Semàntica més pròxima a la realitat que les directives de voluntat anticipada.

³² Comitè Nacional de Bioètica d'Andorra. *Consideracions per a l'elaboració d'un document de voluntats anticipades*, disponible a <[Consideracions Doc Voluntats Anticipades.pdf \(salut.ad\)](#)>.

³³ Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. *Avis 121 : Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir*. París, 2013. <http://www.ccne-ethique.fr/avis_121_0.pdf>.

El respecte per la dignitat de la persona i l'autonomia de la seva voluntat fonamenten l'enfocament comú dels cuidadors, auxiliars i membres de la família.

Només —i amb caràcter molt excepcional— una raó important de salut pública pot contravenir la voluntat de la persona, de manera coercitiva. Aquest va ser el cas, per exemple, d'algunes mesures de confinament adoptades durant la pandèmia del SARS-CoV-2, aïllant les persones grans que residien en un centre residencial dels seus familiars en el moment de la seva mort i, de vegades, en les seves conseqüències immediates, sense tenir en compte la seva voluntat expressada de manera anticipada. És una altra qüestió que la precaució de l'estat d'emergència, en situació d'incertesa, ha de continuar essent proporcionada, transitòria i reversible al més aviat possible, per no atemptar contra la llibertat i l'autonomia constitutives de la dignitat de la persona, independentment del seu estat de salut, la seva vulnerabilitat social i psicològica, i la seva edat.

3.2. LA PREVENCIÓ DE L'ENVELLIMENT: LA DIMENSIÓ INTERGENERACIONAL, L'ABAST SOCIOECONÒMIC I ELS VALORS ÈTICS

3.2.1. L'envelliment fisiològic, els seus factors de correcció i els seus límits

És generalment reconegut que les fronteres entre envelliment fisiològic i envelliment patològic són difícils de distingir, ja que interactuen entre si. No obstant això, és important recordar que el mecanisme de l'envelliment fisiològic comença molt aviat, amb la interrupció del creixement per a alguns, i més probablement quan es posen en marxa mecanismes de reparació i regeneració, com el de la mort cel·lular programada (o apoptosi) reemplaçada i renovada en continu al llarg de les successives generacions cel·lulars. Així, els factors de correcció de l'envelliment fisiològic no falten fins que una disfunció d'un d'ells limita la reparació amb ressonància detectable o sense.

La reparació de cèl·lules, teixits i òrgans i el seu cicle de vida afecten totes les generacions: és transgeneracional.

La mobilització de la gerociència³⁴ és primordial per prevenir l'envelliment fisiològic i, probablement per ell, l'aparició evitable d'un gran nombre de patologies, fonts de hàndicap i de dependència. És un primer argument de la dimensió intergeneracional de l'envelliment i de la seva prevenció.

3.2.2. L'envelliment té un valor socioeconòmic poc conegut

L'enfocament econòmic de l'envelliment més enllà de l'edat de jubilació només es pot basar en l'edat real, fisiològica i no cronològica. El recurs «de mal menor» a l'edat cronològica es concentra en els trams d'edat, periòdicament reajustables. Des de l'edat de la jubilació i fins als 80 anys, flueix el temps de la gent gran, majoritàriament activa i sana. La dècada següent es veu, però, afectada per l'aparició d'una patologia crònica o d'una incapacitat, de gravetat diversa. L'últim tram d'edat, més enllà de 90 anys, s'estén fins al final de la vida; el límit fixat actualment per la comunitat científica és de l'ordre de 120 anys.

Un informe³⁵ elaborat a instància de la Comissió Europea defineix la silver economy o l'economia dels senyors com la suma de totes les activitats econòmiques que responen a les

³⁴ Vegeu l'annex 1.

³⁵ Commission européenne / Technopolis group / Oxford Economics. *La silver économie*, 2018. <<https://op.europa.eu/doi:10.2759/795588>>.

necessitats de les persones grans de 50 anys i més. Engloba una sèrie d'activitats econòmiques relacionades amb la producció, el consum i el comerç de béns i serveis que beneficien les persones grans, tant públiques com privades, amb els seus efectes directes i indirectes. El 2015, la *silver economy* va generar més de 4,2 milions d'euros de PIB i va donar suport a més de 78 milions de llocs de treball en tota l'economia de la UE. La previsió per al 2025 és de 6,4 milions d'euros i de 88 milions de llocs de treball, és a dir, el 32 % del PIB i el 38 % dels llocs de treball de la UE, respectivament.

Aquestes perspectives haurien de poder afrontar els reptes econòmics que avui es deriven d'una reducció de la població activa i les seves conseqüències vitals per als nostres sistemes de protecció social. Dependran de les disposicions en favor de la salut i l'atenció integrades, del desenvolupament adequat de la domòtica, del transport intel·ligent i d'altres serveis que puguin ser adoptats pels sèniors, del turisme de les persones grans, de l'educació oberta a totes les edats. Aquest és un segon argument de la dimensió intergeneracional de l'envelliment i de la seva prevenció.

3.2.3. La prevenció de l'envelliment és múltiple i el seu abordatge, multidisciplinari (sanitari, social, econòmic, familiar i de proximitat, ètic)

La prevenció de l'envelliment és, en primer lloc, sanitària i social. Consisteix a detectar i corregir, segons com calgui, els primers dèficits sensorials: en primer lloc, la visió i després, l'audició i la cognició. Es refereixen a la persona adulta, sovint en plena activitat professional, abans fins i tot de l'hora de la jubilació. Els seus efectes s'accentuen i s'internalitzen amb el temps.

La falta d'assistència penalitza les possibilitats inclusives de les persones grans que treballen en el món laboral i, més àmpliament, de les persones que estan massa necessitades per posar-hi remei durant la segona meitat de la seva vida, amb els efectes discriminatoris esmentats abans i contraris al dret a la prevenció de l'envelliment i als drets de la vellesa, desenvolupats posteriorment (capítol 3.3).

L'aportació controlada de la intel·ligència artificial permet actualment de prevenir l'envelliment cas per cas i a gran escala,³⁶ com ho testimonia l'aplicació ICOPE (OMS) de telèfon mòbil,³⁷ actualment accessible a les persones de més de 60 anys i, pròximament, extensible als trams d'edat anteriors. L'objectiu és mantenir **les capacitats intrínseques de la persona d'edat avançada** el màxim de temps possible, supervisant-les de manera completa i periòdica, i intervenint-hi de manera personalitzada mitjançant una plataforma digital dedicada a una medicina participativa.

De fet, aquest tipus de plataforma de salut pública inclou les pròpies autoavaluacions de la persona afectada, els seus cuidadors sota la coordinació del metge tractant i les noves tecnologies de cures integrades. Entre les capacitats intrínseques específiques, hi trobem: la visió, l'audició, la memòria, la gana, la mobilitat, la salut psicològica i la resiliència.

Al mateix temps, el tractament de les dades a gran escala i les seves repercussions sanitàries, socials i econòmiques obren, sens dubte, una via de millora de la qualitat de vida en el decurs de l'envelliment del nostre cos social. Per exemple, després de dos anys de llançament, l'11 de febrer de 2023, la regió francesa d'Occitània ja comptava amb 30.239 participants en el programa ICOPE (mitjana de 74,7 anys, dels quals el 62 % eren dones) i 7.500 professionals sanitaris que havien baixat les eines digitals corresponents. Aquest programa ICOPE de l'OMS també es duu a terme amb èxit a Andorra³⁸ i a Catalunya.

L'entorn social afecta la prevenció de l'envelliment en diversos àmbits, entre els quals:

- **Els llocs de vida:** l'hàbitat, el treball, l'allotjament transitori, el transport individual i col·lectiu, l'accés als comerços, als bancs, als serveis socials i administratius per reduir la bretxa digital i un accés facilitat a les noves ajudes tecnològiques en matèria de salut i d'habitatge.
- **L'oci i la cultura:** que donen sentit al manteniment de les capacitats cognitives i físiques, particularment per a «la tercera edat». La demografia galopant de la jubilació a prop de 80 anys és particularment demandant d'activitats d'oci, de turisme a l'estranger, sense oblidar també les persones de l'estranger que trien residir al nostre país.

³⁶ Vellas, B. «How to Implement Integrated Care for Older Persons —ICOPE— Massively in Clinical Practice for a Healthy Longevity», a *J Aging Res & Lifestyle* 2023; 12:18-19. <<http://dx.doi.org/10.14283/jarlife.2023.4>>.

³⁷ Vegeu el capítol 3.1 d'aquest dictamen.

³⁸ Tal com testifiquen totes les persones entrevistades (annex 3) en el context del capítol 2 d'aquest dictamen.

— **L'entorn de vida familiar:** proper a l'estabilitat del seu suport indispensable perquè sigui efectiva una resiliència en termes de reconstrucció d'un projecte de vida i de final de vida.³⁹ A vegades es veu afectat per situacions d'abandó no desitjat o d'abús, en cas de greus dèficits de cognició, un atac a la dignitat de la persona gran, mal protegida o no en relació amb l'ètica i el dret.

És fàcil comprendre que, **en totes les edats de la vida, l'educació és la base de l'esperança de vida**. Neix des de molt jove en la família directa o en els seus parents, s'alimenta del vincle intergeneracional i de la força inclusiva del cos social. Un estudi milanès recent⁴⁰ mostra que l'educació i l'edat interactuen en l'aparició de la fragilitat seguint una relació de tipus exponencial, fet que suggereix la importància de la dimensió social de l'educació en relació amb la fragilitat. Les intervencions preventives a través de la seva pluridisciplinarietat podrien ser especialment eficaces en una edat avançada.

Instruir és el corol·lari de l'educació fins a les edats més avançades, i el lliure accés al coneixement i a les noves tecnologies és un mitjà indispensable per a la integració social.

L'educació i la instrucció comprometen l'ètica de responsabilitat del responsable polític a promoure un nou paradigma de l'envelliment: **el d'una nova economia de la inclusió**, dedicada ja no tant a l'assoliment del nivell mitjà d'esperança de vida,⁴¹ sinó al repartiment més homogeni possible en el si de la població. Així ho demostra l'estreta correlació entre la igualtat d'accés a l'educació i l'esperança de vida. Per tant, de la nostra economia del bé comú es podrà concretar la promoció de l'homogeneïtat de l'esperança de vida en la vellesa.

3.2.4. Les conseqüències d'una cultura preventiva de l'envelliment

El 2020, els estudis demogràfics nacionals demostren que l'esperança de vida en el naixement és sensiblement idèntica a França i a Espanya, de l'ordre de 85 anys per a les dones i de més de 79 anys per als homes.⁴² L'impacte de la pandèmia (OCDE 2021) ha fet disminuir l'esperança

³⁹ Vegeu el capítol 2.2.5 sobre la resiliència de la persona gran en el període pandèmic.

⁴⁰ Bellelli, F.; Consorti, E.; Hettiarachchige, T.M.K., et al. «Relationship among Age, Education and Frailty in Older Persons», a *J Frailty Aging*, volum 12, pàg. 326-328 (2023). <<https://doi.org/10.14283/jfa.2023.39>>.

⁴¹ Retallar les bretxes segons els estrats socials.

⁴² L'esperança de vida en néixer és de:

— 85,74 anys per a les dones i 80,36 anys per als homes a Espanya (INE 2022)

— 85,2 anys per a les dones i 79,3 anys per als homes a França (INSEE 2022).

L'esperança de vida als 65 anys (OCDE 2021) és de:

de vida de 6 mesos a França i de 18 mesos a Espanya (Regne Unit: 12 mesos, Estats Units: 19 mesos), però continua essent una reducció al marge de la dinàmica de les poblacions envellides des de fa tres o quatre dècades. Les projeccions demogràfiques de l'OMS assenyalen la mateixa tendència a tot el món: la població de més de 80 anys s'espera que es dupliqui entre el 2019 i el 2050 a Europa, es tripliqui a la Xina i es quintupliqui a Corea del Sud.

Amb una taxa de natalitat baixa i que continua a la baixa,⁴³ la prevenció de l'envelliment només pot portar a una proporció cada vegada més gran de les persones grans actives i contribuir a la creació d'una piràmide d'edats de tipus rectangular.

Els seus efectes sobre la qualitat de vida i l'esperança de vida tenen repercussions econòmiques, socials, actuàries i patrimonials, en què la salut, la participació social i la seguretat econòmica constitueixen els tres pilars per gaudir d'una esperança de vida amb bona salut i allunyada de la gran dependència.

Ara correspon als nostres governants de **reinventar un model intergeneracional**, econòmic i social:

- **Econòmic:** que afavoreixi, d'una banda, la recerca i la innovació per a un envelliment saludable, l'ocupació, la productivitat, el reconeixement social de les activitats dels sèniors i la *silver economy* i, d'altra banda, la sostenibilitat financera equitativa de les prestacions de pensions a través de polítiques monetàries i pressupostàries adaptades a la realitat demogràfica nacional.
- **Social:** per prevenir i combatre la soledat i l'aïllament, factors que tenen un poder patogènic que afecta totes les franges d'edat, especialment la gent gran, una prioritat intergeneracional absoluta per a les persones més solitàries i les més pobres.

La igualtat d'accés a la prevenció de l'envelliment es pot estendre legítimament a l'edat adulta molt abans de la jubilació anticipada. Afavoreix el desmantellament generacional i, amb ell, el millor coneixement de l'envelliment i de la vellesa. És una resposta ètica a la inacceptable discriminació basada en l'edat i totes les seves conseqüències per al respecte de la persona i el futur de les generacions que han de venir.

— 23,5 anys per a les dones i 19,2 anys per als homes a Espanya

— 23,3 anys per a les dones i 19,2 anys per als homes a França.

⁴³ El balanç entre naixements i defuncions és negatiu, el desequilibri s'agreuja cada any amb les repercussions socials, familiars i sanitàries de la soledat «forçada».

3.3. REFLEXIÓ ÈTICA JURÍDICA SOBRE L'EXERCICI DELS DRETS DE LA PERSONA GRAN, L'EVOLUCIÓ DEL DRET SOCIAL PER A LES NOVES SOLIDARITATS I LA GARANTIA DELS DRETS I LES LLIBERTATS EN TOTES LES ETAPES DE L'ENVELLIMENT

L'esvaniment de l'edat cronològica en benefici de l'edat real (fisiològica) en termes de salut, tal com la defineix l'OMS, condueix a reconsiderar als nostres països, anomenats *desenvolupats*, el significat de la senescència, l'estatut social de la vellesa i la institucionalització de la jubilació. Això mereix una reflexió ètica jurídica per a un eventual pas de l'ètica al dret.

3.3.1. L'exercici dels drets de la persona gran

Una primera qüestió s'imposa en el debat: les dificultats de l'exercici dels drets de què es beneficia la persona gran en les nostres democràcies, a saber, el dret comú a tots els ciutadans i els drets específics en certes etapes de la vida.

L'etapa de la jubilació en el cicle vital està subjecta a condicions i requisits. Els del dret andorrà figuren explicats en l'**annex 5**.

Raons demogràfiques relacionades amb la longevitat i la salut obliguen a **repensar les condicions de viabilitat financera dels nostres models d'assegurança social**: la cobertura de malaltia, la cobertura de la dependència i la cobertura de la vellesa, que és, sobretot, el pagament d'una pensió de jubilació.

La pensió de jubilació, que és vitalícia, està subjecta a l'edat de les persones i la durada de les seves cotitzacions al sistema de seguretat social, i el seu import es calcula en funció de l'obtenció de punts adquirits durant la vida «activa». El mode de càlcul de valor del punt es revisa periòdicament i, en general, aquesta revisió dona lloc a un valor menor de la pensió de jubilació.

Aquest fet no deixa d'implicar repercussions en el poder adquisitiu, en la degradació de les condicions de vida durant el transcurs del temps, sotmès al creixement vegetatiu d'una economia cada vegada menys productiva. El sistema d'ajudes socials compensatòries (A12) proporcionat per l'Estat providència no opera, en la pràctica, en situacions de particular pobresa. Andorra no escapa en certa manera a aquesta constatació que s'observa als països veïns (annex 5).

El recurs als suports tecnològics (robòtica hominoide) **per pal·liar els efectes de la solitud**, com a complement de les persones cuidadores, i també administrativament, fent tasques que faciliten la gestió i el pagament de les pensions, necessitarà les garanties i la protecció d'una reglamentació adequada, harmonitzada a escala internacional.

La Carta Social Europea i Andorra: va entrar en vigor al Principat el dia 1 de gener de l'any 2005, de manera que Andorra s'ha adherit als principis de la Carta amb la majoria dels estats membres del Consell d'Europa. Des de la seva entrada en vigor, s'han portat a terme modificacions legislatives a fi d'implementar la Carta en la normativa interna.

Andorra es va adherir al **Conveni sobre els drets humans i la biomedicina (Conveni d'Oviedo)**, el qual va entrar en vigor al Principat el dia 1 d'octubre de 2023.

3.3.2. L'evolució de la protecció social de la vellesa per a les noves solidaritats

La persona gran, terme utilitzat a vegades amb connotacions discriminatòries per part dels gerontòfobs, **experimenta avui en dia un sentiment d'indignitat del seu propi envelliment**, de la pròpia pèrdua d'autonomia, de llibertats i de recursos, susceptible de comportar una vulneració dels drets i les llibertats fonamentals reconegudes a tota persona. El seu aïllament, amb independència del lloc on visqui, li provoca un perjudici important, i no hauria de ser una situació admesa en una societat que és deficitàriament inclusiva per manca de solidaritat intergeneracional.

És convenient subratllar el pes d'una **ètica del llenguatge** per posar en relleu la realitat semàntica, distorsionada per determinats hàbits verbals, que els gerontòfobs utilitzen sovint amb connotacions discriminatòries. La presa de consciència de la dimensió pejorativa de certs d'aquests hàbits hauria de contribuir a modificar-los i a canviar també allò que és imprecís, fals, discriminatori i, fins i tot, a vegades, pervers. El llenguatge corrent que ha esdevingut conscientment respectuós amb la persona gran prefereix, per exemple: «suport a domicili» a «manteniment al domicili»; «desplaçament» a «ingrés» en establiment de residència; en alguns casos, «acompanyament» és preferible a «presa a càrrec»... Es tracta de l'evolució ètica necessària de les mentalitats sobre la visió de la persona gran i el seu envelliment. Això s'ha de tenir en compte en la redacció dels textos legislatius i reglamentaris relatius a la vellesa i a l'envelliment.

Els **professionals d'assistència a domicili** s'han de poder beneficiar d'una formació, d'un acompanyament i d'una valoració amb compensació financera en termes de salari que tingui en compte la dificultat de les cures que la fragilitat de les persones grans requereixen i el risc comprès insuficientment per la col·lectivitat de patiment professional.⁴⁴ Els serveis proporcionats a la persona gran promouen l'economia de proximitat, l'increment dels seus salaris i la creació de nous llocs de treball. Representen un factor de creixement essencial als nostres països en moments de recessió econòmica.

El nombre de professionals d'assistència als establiments de persones grans és limitat, estan insuficientment formats per a l'acompanyament anímic dels residents, estan insuficientment valorats i, sovint, insuficientment pagats en comparació de les situacions a les quals es veuen confrontats: solitud, aïllament, vulnerabilitat, depressió reactiva a la institucionalització de les persones grans, on romanen essencialment persones en la mateixa situació de vellesa o de dependència fins a la fi de la seva vida. Les seves condicions de treball els exposen al risc professional, amb acumulació de psicotraumatismes en vista de l'elevat nombre de residents acompanyats.

L'evolució del dret del treball és indispensable per permetre a un familiar proper acompanyar i tenir cura en condicions d'una persona malalta o dependent. Cal valorar l'adopció de mesures com ara:

- Vacances o permisos remunerats de solidaritat familiar, per exemple, per tal d'acompanyar un familiar proper en l'etapa de la fi de la vida.
- Elements de remuneració provinents d'un compte d'estalvi públic per poder suspendre una activitat amb finalitats de solidaritat familiar: pensió diària per al cuidador a càrrec de l'assegurança de malaltia.
- Transformació del permís, d'acord amb el patró, en treball a temps parcial, amb dos dies de descans no gaudits en benefici de les persones properes que pateixen una pèrdua d'autonomia o una discapacitat.

⁴⁴ En aquest sentit, el Tribunal Europeu dels Drets Humans ha reconegut el dret de la persona gran a gaudir de les prestacions més beneficioses per a la seva autonomia, més enllà del seu cost (cas *McDonald v. the United Kingdom*, de 20 de maig de 2014).

Seria necessari que aquest tipus de mesures beneficiessin no només els treballadors, sinó també persones sense feina: el **principi de solidaritat nacional**, enfocat a afavorir l'emergència d'un treball «no professional», atès que és útil socialment i suposa un estalvi per a les finances socials.

A França, la llei de 8 d'agost de 2016 posa en funcionament el «compte personal d'activitat (CPA)», que posa en valor les activitats beneficioses socialment, entre les quals hi ha la qüestió inevitable de qui n'assumeix el finançament: la solidaritat nacional? L'empresa? Amb una participació fixa de la mateixa persona. Sobre aquesta qüestió, el CCNE (Comité Consultatif National d'Éthique), en la seva opinió 128, fa menció en aquest context als períodes esmerçats pels familiars cuidadors i els voluntaris de l'acompanyament de persones dependents —el recurs a noves formes de voluntariat d'acompanyament de persones fragilitzades i vulnerables— i a la flexibilització de la normativa en vigor als establiments per a les persones grans.

Noves regles del dret social haurien de permetre respondre als desafiaments que presenta l'envelliment i al deure de respectar els drets de les persones esdevingudes vulnerables per l'alteració de les seves facultats decisòries. La protecció de la gent gran en un esperit de transversalitat té per vocació cobrir la vulnerabilitat de les persones grans al mateix nivell que les persones en situació de discapacitat.

3.3.3. Drets i llibertats garantits en totes les etapes del procés d'envelliment

L'envelliment, com ja hem vist, comença molt d'hora. Ens remet al sentit de l'existència en general, mentre que la persona gran ens remet a l'existència en particular de cadascun de nosaltres com la nostra memòria vivent, en el si de la nostra família i de les nostres persones properes.

El coneixement de l'envelliment permet modificar la visió sobre la vellesa i considerar la persona gran com un ciutadà complet, **titular de drets efectius, amb capacitat d'exercir-los**, ja sigui directament o amb l'ajuda de professionals, de persones properes i de cuidadors, o mitjançant els seus representants legals.

El dret constitucional de la vellesa, de l'envelliment i de la seva prevenció

Tots sabem que cada ésser humà és únic, i aquesta singularitat s'amplifica amb l'edat i les experiències de la vida. Ignorar això, fins al punt que abusos del llenguatge i estereotips

negatius de la vellesa qualifiquen les persones només en funció de la seva edat, revela una discriminació fonamentada en l'edat o *edatisme* (*agisme* en francès). Contràriament a altres tipus de discriminació (sexe, raça, religió...), **i malgrat que les nostres societats estan proveïdes d'instruments jurídics per a la protecció contra l'edatisme**, en ocasions aquests instruments són insuficients o no es desenvolupen i no s'apliquen amb l'amplitud necessària per tal d'abolir totes les discriminacions basades en l'edat.

D'acord amb l'article 6 de la Constitució andorrana,⁴⁵ l'edat és una condició personal, hi ha una protecció constitucional contra la discriminació basada en l'edat i un deure que l'Estat ha de garantir. Malgrat això, aquesta obligació constitucional no sembla haver-se desenvolupat suficientment en l'àmbit legislatiu.

El **Codi penal** va introduir l'any 2014, en l'article 338,⁴⁶ el delictes de discriminació, que conté en el seu enunciat elements relatius a les condicions personals que cal tenir en compte per determinar l'existència de discriminació. Malgrat això, a Andorra en el dia d'avui, possiblement per raó de la seva dimensió demogràfica reduïda, aquest article del Codi penal no ha estat aplicat en la seva vessant de discriminacions per raó d'edat, ja que no s'ha engegat cap procediment judicial sobre aquesta qüestió.

D'ençà, l'any 2023 es modificà també el Codi penal per protegir les persones amb discapacitat de l'abandó per part dels encarregats de la seva guarda.⁴⁷ A banda d'aquestes mesures de

⁴⁵ Article 6 de la Constitució del Principat d'Andorra:

1. Totes les persones són iguals davant la llei. Ningú no pot ésser discriminat per raó de naixement, raça, sexe, origen, religió, opinió, o qualsevol altra condició personal o social.
2. Els poders públics han de crear les condicions per tal que la igualtat i la llibertat dels individus siguin reals i efectives.

⁴⁶ Llei 9/2005, del 21 de febrer, qualificada del Codi penal:

Article 338. Discriminació

El Codi penal, en la seva modificació del 2015, permet una excepció: la discriminació en matèria d'assegurances de vida, invalidesa, incapacitat o no idoneïtat per al treball. En aquest cas, la discriminació cal que es basi, necessàriament, en consideracions de l'estat de salut de la persona, mèdicament constatada. Per tant, en aquests casos, la discriminació solament per raó de l'edat de la persona no és admesa, ja que és necessària una degradació de l'estat de salut constatada i no presumida (Llei 40/2014, de l'11 de desembre, qualificada de modificació de la Llei 9/2005, del 21 de febrer, qualificada del Codi penal).

⁴⁷ L'article 167 del Codi penal tipifica:

1. L'abandó d'un menor d'edat o d'una persona amb discapacitat per part de la persona encarregada de guardar-lo ha de ser castigat amb pena de presó fins a dos anys.

protecció, el mateix text preveu la circumstància agreujant de ser la víctima especialment vulnerable per raó de la seva edat o discapacitat,⁴⁸ circumstància que ja ha estat aplicada per garantir una protecció especial de la gent gran.

La transversalitat intergeneracional dels drets constitucionals possiblement justificaria l'elaboració d'un conveni europeu sobre la vellesa i l'envelliment que facilités les línies generals per desenvolupar instruments jurídics específics per garantir el respecte a la gent gran en matèria de pensió, salut, habitatge, cultura, lleure i solidaritat social, però també la prevenció en matèria de salut, discriminació, exclusió i educació dels professionals afectats, inclosos els de la formació, la recerca i la prestació social.

La reducció de les desigualtats en l'educació i en la salut

Atès que l'educació està considerada un dret universal, no s'hauria de permetre que el lloc on es viu i, per tant, les possibilitats d'accedir a una educació de qualitat⁴⁹ i a una inclusió social participativa, especialment pel que fa al lleure i a la cultura, puguin afectar l'esperança de vida. Així mateix, per garantir l'efectivitat en els drets, seria convenient una especialització o formació específica en matèria gerontològica de l'administració de justícia.

Passa el mateix pel que fa a l'accés apropiat segons les necessitats de cures i d'assistència, en què la pandèmia de la COVID-19 ha posat de manifest situacions de privació de cures intensives, sistematitzades en funció de l'edat o altres circumstàncies diferents dels criteris clínics comunament acceptats. Cal remarcar novament que l'edat no és pas en si mateixa una malaltia, fins i tot per a les persones més vulnerables. Aquesta desigualtat d'accés no ha fet més que agreujar la marginalització i l'aïllament forçats, oblidant en certa manera la protecció dels drets humans de les persones grans.

2. Si el fet és comès pels titulars de les funcions de guarda, la pena ha de ser de presó de tres mesos a tres anys.

3. Si per les circumstàncies de l'abandó es posa en perill la vida o la salut del menor o de la persona amb discapacitat, la pena ha de ser de dos a cinc anys de presó.

⁴⁸ Article 30, apartat 5, del Codi penal: «Ser la víctima especialment vulnerable tenint en compte l'edat, la condició física o psíquica, la discapacitat o una altra circumstància semblant.»

⁴⁹ Es tracta, també, de revertir els efectes del despoblament i la desertització, especialment en determinades zones rurals, concedint incentius fiscals a les famílies i empreses que s'hi instal·lin, desenvolupant la connectivitat (fibra òptica) i, mitjançant aquesta, tecnologies útils i apropiades, tot i que això afecta països més poblats que Andorra. Aquestes disposicions només poden desenclavar persones aïllades mancades de vincles socials. Aquesta problemàtica ha aparegut en nombroses audicions en el cas d'Andorra, en relació amb els serveis de proximitat.

Després de viure la pandèmia de la COVID-19, la reflexió ètica jurídica es refereix al principi de proporcionalitat aplicat a la governança d'un equilibri just entre l'estat d'urgència i l'estat de dret, en vista de les disposicions adoptades en matèria de confinament basades en l'edat cronològica, de les mesures de vigilància sanitàries i socials, i de la qualitat de la informació que ha rebut la població en general.

En relació amb aquest darrer aspecte, l'OMS ha qualificat d'**infodèmia** la pandèmia de la desinformació (intencionadament falsa) que van portar a terme certs mitjans de comunicació i de xarxes socials poc preocupats per les greus conseqüències que agreujaven la vulnerabilitat de les persones, especialment en la salut mental, però també menystenint la integritat de la recerca, de les cures i del medi ambient. És convenient que les disposicions jurídiques s'adaptin a l'evolució dels coneixements científics i tecnològics en la matèria per tal d'impedir aquest tipus de comportaments enganyosos.

La reducció de les desigualtats en matèria de salut i millora de vida de les persones grans, les seves famílies i comunitats és l'objectiu de la declaració de les Nacions Unides de la Dècada de l'Envel·liment Saludable (2021-2030), que ha donat lloc a l'estratègia i el pla d'acció mundials de l'OMS sobre l'envel·liment.

3.4. REPTES ÈTICS PER AL DEBAT PÚBLIC I LA GOVERNANÇA PER A L'ACOMPANYAMENT DE L'ENVELLIMENT I LA SEVA INTEGRACIÓ EN LES NOSTRES SOCIETATS OCCIDENTALS

El diàleg i el debat públics són una contribució essencial de la democràcia participativa, que alimenta legítimament la decisió de la representació nacional i la seva governança. Ambdós formen part d'una ètica del llenguatge,⁴² la veritat semàntica del qual prové del coneixement de la ciència en el sentit més ampli del terme. L'accés al coneixement, conscient de les pròpies incerteses, és un requisit previ essencial per al debat públic.

3.4.1. La comunicació de crisi en situació de pandèmia

Una anàlisi internacional, com a complement del que desenvolupa el capítol 2 sobre l'impacte de la pandèmia a Andorra (2.2.2), posa en relleu **l'espiral morbosa de la desinformació** durant els primers mesos de propagació del virus.

L'ètica del llenguatge⁵⁰ es refereix a la desinformació com la informació falsa o enganyosa, intencionada i potencialment perjudicial per als altres. Els trastorns infodèmics (referits per l'OMS com la ràpida difusió d'informació sanitària enganyosa, especialment a través de les xarxes socials) van contribuir a amplificar la pandèmia de la por, especialment per a les persones més vulnerables afectades per la malaltia o l'aïllament,⁵¹ incloses les d'edat d'avançada.

La comunicació inadequada fomenta la por i el dubte, i és responsable inicialment de comportaments que, al seu torn, amplifiquen la propagació del virus; es generen per la pèrdua de confiança en la ciència, qualificada indegudament en els mitjans de comunicació i les xarxes socials.

⁵⁰ Distingeix entre desinformació i falsedat o engany, però no intencionada —la desinformació és desinformació intencionada i perjudicial—, la desinformació és certa, i fa públic allò privat i intencionadament perjudicial.

⁵¹ A l'origen de disposicions específiques dins la governança, com al Regne Unit: [Loneliness, social isolation and COVID-19 | Local Government Association](#).

L'espiral de por alimentada per la desinformació augmenta la vulnerabilitat i afecta especialment la salut mental, no només de les persones grans, sinó també dels seus cuidadors i propers.

En segon lloc, cal assenyalar que l'espiral també menysté la integritat de:

- La recerca, com ara les sobrepublicacions científiques, que debiliten els sistemes de control establerts per procediments de revisió accelerada que també poden afectar la validació ètica i científica dels protocols de recerca.
- El medi ambient, amb un impacte negatiu en els programes d'atenció, educació i prevenció (malalties de transmissió sexual, inclòs el VIH) a causa d'una reassignació (de vegades, desproporcionada) de recursos cap a activitats específiques del virus i la COVID-19, per no parlar de l'espiral viciosa entre el risc de pandèmia i la pèrdua de biodiversitat per una major proximitat entre els humans i la fauna salvatge, desviant-la, en alguns països, per a l'alimentació, la cosmètica i les teràpies diverses.

La *literacy* (en anglès) o *littératie* (en francès) en salut⁵² és una manera eficaç de combatre la desinformació i la infodèmia. Aquesta capacitat de trobar informació sanitària és un repte important en salut pública. L'aportació d'un nivell adequat de veritable coneixement de la salut, accessible a totes les edats reals de la vida, condueix a una millor comprensió, una millor adhesió a les recomanacions, una autonomia més gran en la recerca i l'anàlisi de la informació i una participació en la difusió de la veritat científica.

D'altra banda, convé recordar que el primer esglaó de la cadena de coneixement és la **incertesa**, que és el fonament de la recerca. La *literacy*, en salut, representa l'expertesa dels actors del terreny, com els de la salut pública, i la seva capacitat per comunicar-se en gerontologia per a les persones d'edat avançada.

Els reptes ètics de governar en una societat solidària, equitativa i justa **en situació de pandèmia** són:

⁵² El gener del 2023, el CDBIO del Consell d'Europa va publicar una guia sobre *literacy/littératie* en salut, en anglès i francès: <<https://www.coe.int/fr/web/bioethics/guide-to-health-literacy>>.

- Una planificació sanitària i social, tenint en compte que, a diferència d'alguns desastres naturals, el desenvolupament gradual de pandèmies atorga als governs un termini de temps raonable per constituir un òrgan de coordinació i resposta administrativa i d'intervenció.⁵³
- Una informació transparent sobre l'evolució real del coneixement i el seu estat d'incertesa.
- La justificació de disposicions cautelars proporcionades i reversibles per riscos no provats i mesures preventives tan aviat com sigui possible per a un risc provat.
- L'accés equitatiu a la salut, l'atenció, el treball, l'assignació de recursos, la tecnologia, l'educació i la informació.
- El respecte a les llibertats individuals i a la dignitat de la persona fins a la finitud, l'autonomia en la presa de decisions, la protecció contra la discriminació i la participació social.

3.4.2. La comunicació intergeneracional: reptes i qüestions socials de governança relacionades amb l'envelliment i la vellesa

Si l'entorn indueix diferents maneres de ser menor, de ser jove i adult i d'envellir, l'estigma categòric segons l'edat i el seu risc de discriminació actualment no té cabuda en una societat solidària, equitativa i inclusiva per moltes raons.

La comunicació intergeneracional és essencial per afrontar els reptes de la transformació inevitable de la nostra societat, vinculada a l'envelliment.

Entre aquests reptes, hi ha:

El repte demogràfic

⁵³ CIB UNESCO, 6 de setembre de 2023: [Projet de rapport du Comité International de Bioéthique \(CIB\) sur la pandémie de Covid-19 : enseignements tirés et recommandations pour les orientations futures - UNESCO Bibliothèque Numérique.](#)

És triple:

- La longevitat: en augmentar la població activa,⁵⁴ la prevenció de l'envelliment ha de permetre reajustar, cas per cas, l'edat laboral i ajornar al màxim la gran dependència.⁵⁵
- El descens constant de la natalitat i la necessitat de reequilibrar el dèficit de naixements en relació amb les defuncions justifiquen una reorganització del treball segons l'edat per tal que les parelles en edat fèrtil puguin procrear i educar els fills sense perjudici del desenvolupament de la seva carrera professional, especialment per a les dones.
- La desertificació de les zones rurals i de certes zones urbanes on la gent gran està especialment aïllada convida a la repoblació mitjançant connectivitat d'alta velocitat, accés a noves tecnologies (inclosa la telemedicina) i incentius financers per a la implantació de negocis, botigues i proveïdors de serveis. Es planteja la qüestió dels moviments migratoris i la rellevància de la immigració integrada com a variable d'ajust demogràfic i econòmic.

El repte digital i tecnològic

Es tracta de reduir la bretxa digital entre generacions, particularment en el context de la recollida d'informació (sobre béns i serveis) i de la comunicació que genera interacció social, la qual les persones grans han patit més durant les mesures de distanciament destinades a evitar la propagació del virus SARS-CoV-2.

L'aprenentatge adaptat a les capacitats⁵⁶ de cadascú, fins i tot en l'edat més avançada,⁵⁷ utilitza la comunicació intergeneracional per satisfer les necessitats de comunicació remota amb professionals sanitaris, proveïdors i administracions, tant en el món laboral com en el de l'oci.

⁵⁴ El 2018, l'OCDE ja estimava que, el 2050, es jubilarien 77 persones per cada 100 en edat laboral actual, enfront del 30,6 % del 2015 <<https://www.oecd.org/economy/surveys/Spain-2018-OECD-economicsurvey/vision-general.pdf>> i L. Gratton i A. Lcott, que la meitat dels infants europeus tenien una esperança de vida de 109 anys (Gratton, L.; Scott, A. *La vida de 100 años. Vivir y trabajar en la era de la longevidad*. Lettera, Bilbao, 2018).

⁵⁵ Més que la malaltia i, fins i tot, més que l'edat, és la dependència la que presenta un alt cost per a la societat, segons l'informe de l'Observatori Nacional de Fi de Vida *El final de la vida de la gent gran*, París. <[Observatoire national fin de vie 2013 Fin de vie des personnes agees | vie-publique.fr](http://observatoire-national-fin-de-vie-2013.fin-de-vie-des-personnes-agees.vie-publique.fr)>.

⁵⁶ Varia segons la personalitat, l'estat de salut, el nivell de compliment o la resistència al canvi.

⁵⁷ Incloent-hi l'adaptabilitat del sistema proposat.

La tecnologia digital és un amplificador de l'autonomia i la qualitat de vida per a la presa de decisions, però també una eina que multiplica noves formes de solidaritat.

Sovint lligades a les TIC,⁵⁸ abunden les noves tecnologies per a l'habitabilitat: domòtica (monitoratge d'activitats i electrodomèstics), robotització per lluitar contra la soledat no desitjada i digitalització de les cures: telemedicina, imatge assistida i monitoratge de dades de salut (mesurament de funcions vitals, però també detecció de caigudes, malestar i trastorns del son).

La robotització humanoide està en camí, probablement millorarà la qualitat de vida, proporcionarà certa assistència i previndrà, en certa manera, la pèrdua d'autonomia. No obstant això, aquestes perspectives invasives en el mercat laboral no estan exemptes d'una harmonització de pràctiques i de la seva regulació a escala internacional, atesa l'acceleració sense precedents de la innovació i del desenvolupament d'aquests robots. Certament, la robotització, en acompanyar l'envelliment del treballador molt abans de la seva jubilació, permetria prolongar i adaptar en el temps les seves capacitats de salut, treball i oci i, per tant, la seva autonomia dins el cos social i familiar. Caldrà assegurar-se que aquestes màquines integren els principis i valors en el procés de presa de decisions de la seva intel·ligència artificial, que és susceptible de substituir les capacitats humanes no físiques, sinó cognitives, de manera que es respecti la dignitat, la no-discriminació, la igualtat i la justícia dels usuaris i se'ls garanteixi la responsabilitat legal de la seva decisió humanoide.

Finalment, el repte digital i tecnològic té un cost, ja que requereix un marc regulador per a la protecció jurídica de la gent gran davant possibles violacions de confiança per part de determinats proveïdors que no es preocupen per la fragilitat i vulnerabilitat dels seus interlocutors.

El repte educatiu

És el d'una cultura intergeneracional.

El repte de l'educació és, abans de tot, fer entendre que envellir és una oportunitat relacionada amb la vida. La consciència de la seva evolució, cada vegada més lenta, requereix eliminar la

⁵⁸ Tecnologies de la informació i la comunicació.

visió distorsionada en l'imaginari col·lectiu sobre la gent gran, que representa gairebé la meitat de la població consumidora de serveis i béns i, en conseqüència, repensar què justifica l'estat del benestar i els drets humans per al benestar de la supervivència més gran mai aconseguida per l'home.

Des d'edats primerenques, l'educació parental i escolar ha de convergir per ensenyar:

- solidaritat amb els més vulnerables de totes les edats;
- que l'envelliment és intrínsec a la vida i a la seva finitud, que «envellir bé» està condicionat per tres factors: seguretat econòmica, salut i participació social i familiar;
- i altruisme, perquè el benestar de tots depèn de l'ajuda mútua intergeneracional.

Més endavant, l'orientació escolar hauria de promoure les professions d'ajuda a les persones, el seu impacte social i l'atractiu de les trajectòries professionals que evolucionen ràpidament.

Cada etapa de la vida té el seu lloc en la nostra societat, amb els seus drets i llibertats individuals, la seva capacitat directa o indirecta per exercir-los i els seus deures de respecte i solidaritat intergeneracional. L'ètica del llenguatge ens convida, en aquest context educatiu, a reflexionar sobre totes les formes de discriminació i exclusió per raó d'edat i generació.

A qualsevol edat, l'adquisició de formació (*literacy/littératie*) i informació adreçada a la participació ciutadana en el debat públic és fonamental per a la reflexió ètica i l'eventual transició de l'ètica al dret. Per exemple, davant l'evolució de la vellesa, la societat ha de poder garantir legalment la protecció i la seguretat de les persones grans especialment vulnerables per raons físiques o cognitives, sobretot quan no disposen dels mitjans necessaris per sobreviure amb dignitat.

El paper dels mitjans de comunicació, tot respectant la llibertat d'expressió, és contribuir al desenvolupament d'una consciència positiva sobre l'envelliment, l'edat real de la persona i la seva vellesa. Òbviament, això no es pot limitar a la recerca d'una plusmarca en edat avançada, independentment de l'estat de salut de la persona en qüestió, sinó més aviat interessar-se, per exemple, sobre la realitat dels determinants socials de l'esperança de vida saludable o la de la

gran dependència i la solitud,⁵⁹ que són silenciats de la ciutadania com una negació existencial. La cultura intergeneracional s'hauria de poder beneficiar de la cobertura mediàtica del veritable lloc de la vellesa i de l'envelliment en una societat inclusiva i solidària.

Si, citant Nelson Mandela, l'educació és l'arma més poderosa per canviar el món, el nivell educatiu actual continua essent el gran proveïdor de desigualtats socials i, per tant, d'una caiguda significativa de l'esperança de vida. L'homogeneïtat de l'esperança de vida en la vellesa, contràriament a l'esperança de vida mitjana d'una població, encara està molt poc analitzada. No obstant això, constitueix la imatge de la igualtat d'accés al que sovint es considera un dret universal: l'educació, un veritable repte de l'envelliment per a les generacions futures.

El desenvolupament de dinàmiques intergeneracionals pot ser una resposta a l'aïllament i l'exclusió de les persones grans, independentment d'on visquin (Opinió CCNE 128).

Les experiències interactives basades en les diferències d'edat i l'estat de salut, en el món laboral o de l'oci, poden induir solidaritats en favor de la integració social de totes les parts, gràcies a l'aportació activa i recíproca de les generacions implicades.

Més enllà de les experiències esmentades anteriorment, també permet a la persona gran exercir els seus drets directament, eventualment amb l'ajuda d'una persona de confiança o a través de tercers (tutela, curatela, garanties judicials) per a les quals s'ha de requerir competència gerontològica.

La dinàmica intergeneracional valora la persona gran en relació amb la més jove, torna a donar sentit a la vida, redueix la pèrdua d'autoestima i l'estat depressiu, i augmenta la capacitat de resiliència per a un nou projecte de vida o de final de vida.

⁵⁹ La solitud per si sola augmenta el risc de mortalitat prematura entre un 25 % i un 30 %, segons les metaanàlisis d'Europa i els Estats Units.

La dinàmica intergeneracional depèn de la competència gerontològica dels interlocutors de la persona gran, a més de les necessitats requerides en temps determinat i disponibilitat mental, per a una comunicació autèntica i recíproca.⁶⁰

També requereix informació, formació i suport dels actors sanitaris i socials per als quals les nocions de rendiment⁶¹ i rendibilitat financera han de ser, des d'un punt de vista ètic, mitjans socialment acceptables. Justifiquen valorar l'atenció relacional i millorar-la a través de la interdisciplinarietat d'una reflexió prèvia a la presa de decisions complexes,⁶² el guany d'objectivitat de les quals no deixarà de generar estalvis a través d'un menor patiment laboral per als cuidadors, també en benefici dels pacients i els seus familiars. En aquest context, les professions de suport domiciliari mereixen ser valorades tant com els establiments especialitzats per un atractiu financer proporcional a l'alçada de la complexitat de l'atenció i als riscos als quals estan exposades personalment. El mateix passa per fomentar l'ajuda familiar a casa amb dignitat. Aquesta és responsabilitat de l'Estat, tant directament com indirectament, a través de noves formes de solidaritat ciutadana com el patrocini associatiu o empresarial.

El vincle entre la situació present i la història personal es veu reforçat amb l'edat pel record d'antics esdeveniments i suposa una condició favorable per a l'escolta activa de les vivències de la persona gran vulnerable i més o menys dependent. És la base per a l'intercanvi participatiu imprescindible per a la qualitat de vida, el respecte a la gent gran i la seva reinserció social. Es refereix, per tant, a tot l'entorn familiar i professional i als seus coneixements gerontològics necessaris per optimitzar la comunicació intergeneracional a la qual pertany.

⁶⁰ Això exclou part de la vellesa de les enquestes a distància i, en particular, de les enquestes telefòniques (demogràfiques i d'opinió) sense cap possible correcció no discriminatòria.

⁶¹ Per a la millora de la salut individual.

⁶² Patologies múltiples, aïllament social no desitjat, situacions d'abús i maltractament que afecten la integritat física i psíquica.

3.4.3. Democràcia i envelliment

En situar l'ètica al centre de la relació entre coneixement i poder, les democràcies occidentals han desenvolupat una dimensió ciutadana participativa per contribuir a la reflexió de la representació nacional, tant en el seu poder de decisió com en la seva governança executiva.

La informació precedeix el debat públic.⁶³ S'expressa a través de diversos organismes ètics a nivell locoregional, nacional, continental i internacional. Alguns són susceptibles de produir textos vinculants,⁶⁴ mentre que d'altres, els més nombrosos, són consultius i, per tant, independents de les autoritats polítiques i dels tribunals corresponents.

Com que inclou la participació pública, el debat públic justifica un compromís per part dels responsables polítics d'escoltar-los per les seves decisions legislatives i de governança que plantegen els avenços tecnològics i socials, tal com il·lustra aquest informe.

L'informe de la CNBA és una continuació d'altres informes més enllà de les nostres fronteres sobre la pandèmia de la COVID-19 o sobre la vellesa i l'envelliment.

És un dels primers que aprofita les lliçons de la pandèmia sobre la gent gran per actualitzar una reflexió ètica sobre el lloc futur de l'envelliment i la vellesa en les nostres societats occidentals: una contribució als debats públics posteriors.

⁶³ El Comitè Directiu de Bioètica del Consell d'Europa va organitzar un seminari d'alt nivell sobre debat públic el juny del 2019, seguit el novembre del 2019 per la publicació d'una guia per al debat públic sobre drets humans i biomedicina. <<https://www.coe.int/fr/web/bioethics/public-debate>>.

⁶⁴ Conveni del Consell d'Europa d'Oviedo per als països que l'han ratificat.

Planteja diverses qüestions per a la governança democràtica, entre les quals esmenta les quatre següents:

- Pot l'edat legal basar-se encara en el límit de l'edat cronològica només per a la jubilació, per a la representació de la nació i, més àmpliament, per a l'exercici de les seves llibertats i drets?
- Com podem combatre la soledat no desitjada, una de les amenaces més grans per a la salut pública,⁶⁵ i com podem conscienciar la societat sobre la integritat física i psíquica de les persones grans vulnerables de la mateixa manera que les d'altres col·lectius, com menors i dones i, fins i tot, entre les dones, contra el mutisme de les més grans, que, en primer lloc, són cuidadores dels seus cònjuges i després són condemnades a la soledat i l'exclusió social?
- Com podem reorganitzar una política pública de prevenció transgeneracional de l'envelliment i de protecció social de les persones més vulnerables i desfavorides?
- Com podem restablir una cultura intergeneracional en les nostres democràcies, com el lloc dels ancians en altres cultures, des d'Àfrica fins a l'Extrem Orient?

⁶⁵ En termes de morbiditat i mortalitat, molt més enllà d'altres riscos prevalents com l'obesitat, a l'Associació Americana de Psicologia, «So Lonely I Could Die», agost de 2017. <<https://www.apa.org/news/press/releases/2017/08/lonely-die>>.

4. CONCLUSIÓ I RECOMANACIONS

L'evolució de la nostra societat, després del segle de les llums i de la industrialització (segle XIX), es va adaptar al segle XX a la de les noves tecnologies. Els avenços socials que van acompanyar la ciència van conduir, després de les dues guerres mundials, a una longevitat humana sense precedents, malgrat el perill del nostre planeta, que, a més, en aquest cas, no tenia tampoc precedents. D'acord amb la nostra història, el gran repte del segle XXI serà, per tant, el de l'envelliment humà i el de la preservació de la diversitat genètica i del seu entorn.

La pandèmia de la COVID-19 ja ens ha ensenyat que, davant de la incertesa, cal una planificació sanitària i social prèvia, així com una *littératie/literacy* en salut a totes les edats per combatre la desinformació de determinats mitjans, fonts de por, de dubtes i de propagació viral.

La primacia de la persona és el fonament comú de les recomanacions d'aquesta opinió.

Les més immediates són les de caràcter:

- **Sanitari:** no es justifica cap prioritització fora de criteris estrictament mèdics per garantir la igualtat d'accés a l'atenció, independentment de l'edat.
- **Social:** la lluita contra la soledat no desitjada i la pobresa és un requisit essencial de les prestacions socials, econòmiques, educatives i culturals, independentment d'on es viu, promovent en la mesura que es pugui el suport domiciliari al llarg de les generacions fins al final del propi cicle vital.
- **Legal:** l'exercici dels drets de les persones grans, de la mateixa manera que qualsevol altra, ha de garantir la protecció de qualsevol situació d'especial vulnerabilitat, de qualsevol forma d'estigmatització i de discriminació, com la basada en l'edat; la igualtat d'accés a la justícia i la seva gerocompetència, i l'evolució dels drets socials, amb instruments jurídics actualitzats per a la protecció de l'envelliment, particularment en l'àmbit de la jubilació, la salut, l'habitatge, la inclusió social i la participació.

La prevenció de l'envelliment és la pedra angular d'una societat intergeneracional (i ja no només multigeneracional), recomanada com a necessària i desitjable per la CNBA.

En mantenir les capacitats de cada persona des de l'edat adulta i per a totes les generacions afectades fins a l'edat de gran dependència, la prevenció de l'envelliment legitima l'edat real en relació amb l'edat cronològica, permet desenvolupar recursos econòmics indispensables

(economia platejada), reorganitza el món del treball i l'oci, la protecció social i la solidaritat intergeneracional.

La participació ciutadana en la gerocultura i en el debat públic sobre la gent gran, la vellesa i l'envelliment contribueix solidàriament a la reflexió democràtica de la representació nacional i la seva governança, com demostra aquest informe.

Reinventar una **cultura intergeneracional** en les nostres democràcies occidentals, inclusiva, unida i equitativa, és el gran repte de les pròximes tres dècades d'aquest segle.

III. ANNEXOS

Annex 1

L'impacte de la senescència en el sistema immunitari

És important recordar que la **senescència cel·lular** facilita la programació del desenvolupament tissular i la cicatrització, alhora que limita la formació de tumors.

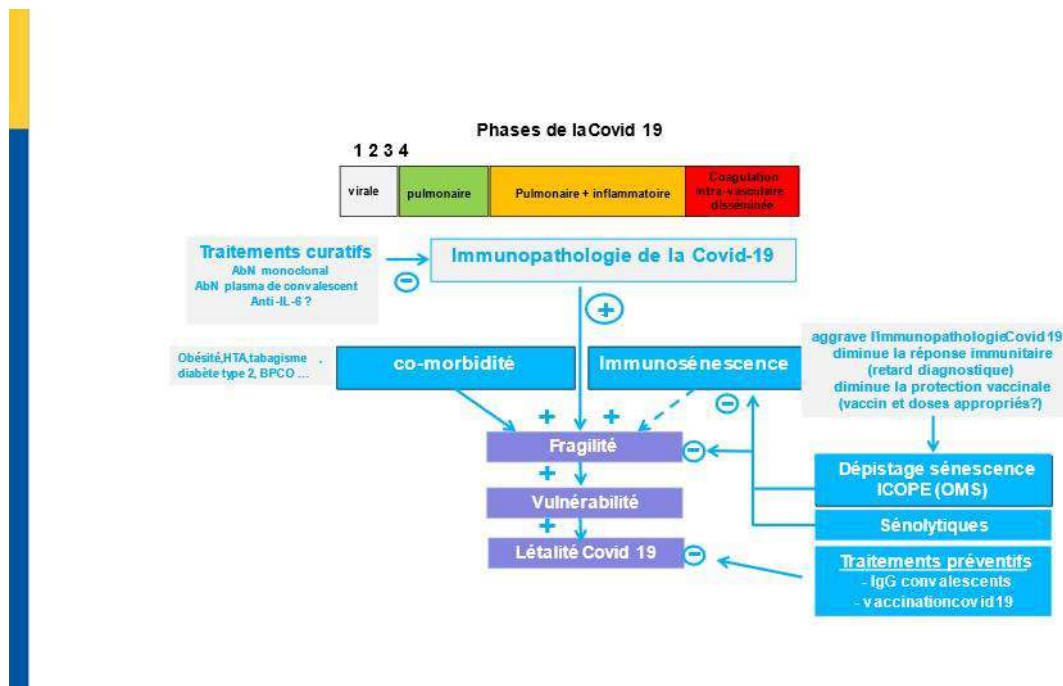
Es tracta de l'acumulació patològica de cèl·lules senescentes, les que indueixen una morbiditat associada a l'edat. Aquestes cèl·lules són una diana terapèutica per als fàrmacs **senolítics**, que afavoreixen l'apoptosi cel·lular o mort cel·lular programada o per les **teràpies que inhibeixen el fenotip secretor** (SASP: *senescent-associated secreted phenotype*).

La senescència cel·lular induïda per un virus com el SARS-CoV-2, aspecte que s'ha anat desenvolupant i que coneixem millor, suggereix l'estratègia senolítica de les cèl·lules infectades pel virus com una nova opció terapèutica contra la COVID-19.⁶⁶

Aquest esquema⁶⁷ dibuixa **el doble impacte de la COVID-19 i de la senescència sobre el sistema immunitari i l'estat actual d'eventuals opcions terapèutiques**.

⁶⁶ Lee, S.; Yu, Y.; Trimpert, J., et al. «Virus-induced senescence is a driver and therapeutic target in COVID», a *Nature*. Novembre de 2021; 599 (7884):283-289. <<https://doi.org/10.1038/s41586-021-03995>>.

⁶⁷ Montagut, J. *La vaccination anti Covid-19 : contribution éthico-scientifique*. <[La vaccination anti Covid-19 : contribution éthico-scientifique \(FR/EN\) \(fertilevision.fr\)](#)>.



Immunopatologia de la COVID-19 i immunosenescència

La vulnerabilitat de la persona durant el procés d'envelliment és variable, segons el seu nivell de fragilitat, el seu estatus immunològic i les seves eventuais comorbiditats, però també les seves condicions de vida, el seu entorn social (hàbitat, centre residencial o sociosanitari i situació econòmica [precarietat, recursos]). La presentació clínica de la COVID-19 per a les persones grans és sovint atípica: poc simptomàtica, enganyosa per la polimediació, poc comunicant a causa dels sofriments d'aïllament i, en cas de residència prolongada en un servei COVID-19, pateix una falta de cultura geriàtrica, amb el risc d'accés limitat a l'atenció, d'una nutrició inadequada i d'un retard després de la fase aguda de la recuperació motora i muscular. L'impacte de la senescència en el sistema immunitari justifica que la vulnerabilitat de les persones grans hagi de ser considerada una entitat singular avaluada de manera particular, una per una, en el tractament i el seguiment de la COVID-19.

Molts estudis han suggerit que les cèl·lules senescent també poden evitar les respostes immunitàries innates i adaptatives. Les cèl·lules senescent desenvolupen un fenotip secretori associat a la senescència (SASP) pel qual són secretades les quimiocines i les quimiocines proinflamàtores. Com indica aquesta figura, la immunosenescència pot agreujar la immunopatia de la COVID-19.

Aquests canvis en la competència immunitària amb una alta prevalença a la inflamació poden explicar una tendència més gran a la tempesta de citocines, font de fibrosi pulmonar i d'estrès

respiratori, així com d'hipercoagulació vascular disseminada (Huang 2020) i, per tant, una taxa particularment elevada de letalitat per la COVID-19 (Salje 2020). De la mateixa manera, un potent estimulant immunitari podria, entre les persones més vulnerables afectades per la multimorbiditat, envair el sistema immunitari, per exemple, durant la tempesta de citocines de la síndrome del destret respiratori agut de l'adult de la COVID-19. En general, la immunosenescència disminueix la resposta immunitària i la seva simptomatologia clínica, així com la protecció de les vacunes, tal com els estudis ja han pogut demostrar per a la grip.

Els marcadors de l'envelliment biològic són susceptibles de ser explorats per la gerociència

- **La inestabilitat del genoma** amb l'acumulació de mutacions somàtiques d'ADN (limfòcits B, neurones...) representen una pèrdua d'eficàcia dels mecanismes de reparacions i afavoreixen l'envelliment biològic. La fiabilitat de llur quantificació està en fase d'estudi.
- **L'escurçament dels telòmers** representa avui en dia poca evidència clínica.
- **Els rellotges epigenètics**, que es volen diferenciar dels rellotges cronològics: metilació de l'ADN, modificació de la histona i l'ARN sense codificació es basen en les teories del desenvolupament, durant les quals els mecanismes epigenètics es perfeccionen molt aviat, des del període prenatal, per poder adaptar-se als desafiaments del medi ambient. La modulació transcripcional sota la influència de canvis epigenètics adapta el fenotip i pot induir, en cas d'ineficàcia, un fenotip que s'envelleix.
- **La funció mitocondrial** implicada en la regulació del metabolisme cel·lular, en particular en el de l'apoptosi (mort cel·lular programada), és un potent biomarcador de l'envelliment biològic la mesura del qual encara no és aplicable en clínica.
- **La senescència cel·lular** és activada per mecanismes descrits anteriorment en resposta a l'estrès. Desenvolupa un fenotip secretor (SASP), augmentat per l'acumulació de cèl·lules velles, comporta la degeneració i la disfunció dels teixits, per exemple, en les malalties degeneratives específiques relacionades amb l'edat. Els mitjans per quantificar-la són la font d'una recerca activa, de la mateixa manera que per als tractaments senolítics o senoteràpies. Nombrosos estudis suggereixen que les cèl·lules velles, encara que immunògens, poden deixar a part les respostes immunitàries innates i adaptatives (no sense conseqüències, de vegades, sobre les vacunes). Així mateix, el tractament *in vivo*, amb un potent estimulant immunitari, probablement pot envair el sistema immunitari d'una persona gran, igual que la tempesta de citocines observada en els pacients que desenvolupen una forma greu de COVID-19 amb síndrome del destret respiratori agut, la principal causa de mortalitat entre les

persones greument afectades. Aquest criteri s'hauria de tenir en compte en la indicació d'algunes vacunes d'ARN contra la COVID-19.

- **L'autofàgia** és una funció essencial de la proteòstasi, el dèficit de la qual participa en l'immunosenescència. Avui dia, d'anàlisi complexa, sembla poder ser modulada per agents terapèutics.
- **L'esgotament de les cèl·lules mare.**
- **La detecció d'una desregulació nutricional**, per la percepció de senyals nutritius intracel·lulars o extracel·lulars, per senyals induïts per insulina IGF-1, mTOR o AMPK. El règim ric en matèries grasses estimula la senescència cel·lular.

Pla de les fortaleeses compartides en totes les audicions

El transcurs de la pandèmia a Andorra

1r trimestre i semestre del 2020

- Abans del confinament
- Durant el confinament

El seguiment de les onades durant el confinament

- El 2020
- El 2021

Les organitzacions existents

- Implicades durant el confinament
- Després del confinament

Impacte de la pandèmia als centres sociosanitaris per a

- La gent gran
- Els cuidadors
- Les famílies

Impacte de la pandèmia als domicilis per a

- La gent gran
- Els cuidadors i els ajudants/assistents
- Els voluntaris
- Les famílies

La qüestió de la prioritització

- Sanitària
- Social

Impacte de la pandèmia pel que fa a la resiliència

- De la gent gran
- Dels cuidadors
- De les famílies

Les conseqüències de la pandèmia i les seves primeres lliçons

- Les seqüeles
- La comunicació amb la gent gran
- La percepció de l'edat
- La prevenció de l'envelliment
- La integració social de la gent gran i els seus recursos/mitjans

Codis de les persones audicionades: els nombres assignats van precedits d'una A (audició) en el text de l'informe i dels seus annexos.

Dra. Eva Heras (1)

Centres i residències:

El Cedre: Maria Anglada (2)

Salita: Marta Saiz / Patricia Morais (3)

Sant Vicenç: Cristina Burillo / Sophie Lelievre (4)

Clara Rabassa: Erika Mengual (5)

Centres d'Atenció Primària:

Sarah Pie (6)

Organitzacions i associacions:

Creu Roja: Carine Leclerc (7)

Federació d'Associacions de la Gent Gran: Félix Zapatero (8)

CRES: Joan Micó / Aura Trifu (9)

Comuns:

Canillo: Miquel Casal (10)

Ministeri d'Afers Socials:

Montse Gil (11)

Treballadora social:

Thaïs Segura (12)

Annex 4

Les recerques científiques (socials, sanitàries, mediàtiques) que depenen de mitjans inadequats per a la persona gran són poc utilitzables i font d'errors interpretatius

L'observatori andorrà del CRES mesura, a través de recerques periòdiques, l'evolució de les percepcions de la població andorrana, sobretot en qüestions d'actualitat. El CNBA va estudiar les efectuades el 2020 i el 2021 (juliol i novembre del 2020 i abril i octubre del 2021), el període d'observació relacionat amb la pandèmia. Les persones entrevistades per telèfon són escollides a l'atzar (aproximadament, 750) entre els números andorrans i segons quatre trams d'edat: 18-29 anys, 30-44 anys, 45-64 anys i 65 anys i més.

Aquest excel·lent treball i el seu seguiment per a tota la població es refereix, entre altres coses, al confinament; l'impacte de la pandèmia i les seves conseqüències individuals, familiars i socials; l'impacte sobre la vida personal i els seus hàbits, sobre l'humor i la salut mental, i sobre la situació econòmica. Les dades recollides han estat molt útils per al grup de treball del CNBA i han pogut servir d'orientació, però el retorn en les persones de més de 65 anys és, tanmateix, d'interpretació delicada en l'últim tram d'edat per raons: de plantilla feble (120), amb un repartiment relatiu de la demografia andorrana que hauria pogut arribar a una subdivisió d'aquest tram en 2 a 3, de biaix selectiu vinculat al recurs del telèfon i les trucades exclusivament a domicili, del risc d'interpretació errònia per a certes dades.

A títol d'exemples:

— La por de la contaminació dels ≥ 65 anys el novembre del 2020 passava de l'11 % al 25 % l'octubre del 2021, mentre que probablement la vacunació protegeix de manera individual la majoria d'entre ells; també es desprèn de l'enquesta que han estat menys tocats per la COVID-19 que tots els altres trams d'edat.

— L'avaluació de l'impacte psicològic de la pandèmia objectiva, a través de tests d'ansietat i de depressió, que els ≥ 65 anys són els menys tocats, la qual cosa aixeca la qüestió del biaix de la selecció telefònica, del flux efectiu i, sobretot, d'un enfocament similar als altres trams d'edat, en termes de temps de presentació, de comprensió i de resposta.

Malgrat tractar-se d'una mostra petita, es poden observar tendències i —molt humilment— preveure'n conclusions, tot i que no és competència del grup de treball del CNBA.

És amb molt interès que el grup de treball ha pogut intercanviar opinions, en el transcurs d'una audició particularment instructiva, a partir d'exemples concrets amb Joan Micó, director del CRES, i la seva col·laboradora, Aura Trifu, i acceptar junts **la consciència reforçada per la pandèmia d'integrar un canvi de la visió social de l'envelliment i de la mirada portada al coneixement necessari de la persona d'una edat avançada**, sobretot en els seus aspectes psicològics i socioeconòmics.

Per reprendre Joan Micó, «ens cal treballar l'enfocament de les persones grans per tal de **recollir objectivament la realitat autèntica de les dades amb investigadors formats en el diàleg amb les persones grans**».

El grup de treball del CNBA ha proposat **una enquesta** a través d'un formulari escrit sobre allò que van viure durant la pandèmia les persones de ≥ 65 anys, repartides en quatre trams d'edat: 60-69 anys, 70-79 anys, 80-89 anys i > 90 anys. Presentem aquí els resultats d'un grup homogeni, en sala d'espera d'una consulta de geriatria (El Cedre). Més enllà d'aquests resultats, sobre un efectiu massa fluix per extraure'n conclusions, hem pogut prendre la mesura de les característiques necessàries per a un treball com aquest: una formulació clara i apropiada del qüestionari, un acompanyament presencial en cas de necessitat, una tria de respostes però també una possibilitat de text lliure.

Es tracta de 28 pacients que van respondre el qüestionari sobre els seus sentiments de confinament segons el grup d'edat, el gènere i el lloc de vida durant aquest període.

Les respostes són rellevants, el reduït nombre permet una aproximació qualitativa als resultats i les tendències següents enriqueixen la reflexió ètica, de manera complementària a les grans enquestes de població, perquè se centra en la persona com a individu i en un context geriàtric. Dos ítems proposen una puntuació quantitativa. La seva absència de resposta augmenta amb els grups d'edat (el 70 % a partir dels 80 anys davant el 30 % abans dels 80 anys). Es podria explicar per la manca d'acompanyament o explicació prèvia per a un aprenentatge més complicat a partir dels 80 anys.

1. Percepció d'un canvi en l'estat de salut

1.1. Els trastorns nutricionals són poc freqüents: 6 pèrdues de pes, inclosa una anorèxia de 27 (22 %) i 3 augments de pes en dones.

1.1. 1.2. Els trastorns de la marxa i les caigudes accidentals augmenten a partir dels 70 anys en els altres tres grups d'edat: per als trastorns de la marxa (ambulació), 5 homes, 3 dels quals són a casa, un dels quals té ≥ 90 anys, i 3 dones, en un centre, una de les quals té ≥ 90 anys. Per a les caigudes accidentals, 2 homes, un dels quals té trastorns de la marxa, és a casa i té ≥ 90 anys, i 4 dones, una de les quals té un trastorn de la marxa, és al centre i té ≥ 90 anys.

1.3. Els trastorns cognitius més freqüents són els de memòria i desorientació temporoespacial (confusió temps/espai): per la memòria, 27/11: 41 %, dels quals el 80 % són menors de 80 anys, 7 homes davant 4 dones, amb una distribució equilibrada segons el lloc de vida. Per desorientació temporoespacial, 27/12: 44 %, dels quals el 67 % són menors de 80 anys, 6 homes davant 6 dones i 5/6 d'homes i dones residents al centre. Per a altres trastorns de conducta, els **canvis d'humor** estan equilibrats entre homes i dones, entre diferents grups d'edat, i concerneixen principalment residents (13/14). Poques vegades es **comprova l'agitació** (5/27: 18 %). L'**insomni**, 6/27: 22 %, també sembla disminuir després dels 80 anys i afecta més homes que dones, però en un nombre massa petit.

2. Percepció dels sentiments

Els trastorns mentals són els més freqüents entre els residents: la tristesa (27/16: 59 %; 16/12 al centre: 75 %), **l'ansietat** (27/14: 52 %; 14/10 al centre: 71 %), el sentiment **d'abandonament** (27/12: 44 %; 10/12 al centre: 83 %), **la por** (27/10: 37 %; 8/10 al centre: 80 %).

La labilitat emocional (9/27: 33 %), l'agressivitat (27/10: 37 %), l'anhedonia i l'abúlia (27/5: 18 %) estan marcades per les mateixes persones, associant-les a tots els altres trastorns psíquics, excepte la por (2 vegades / 5), i no permeten fer propostes de reflexió, excepte en **determinades associacions, com:**

- 10 dones davant 2 homes associen tristesa amb ansietat;
- 7 dones davant 2 homes associen la tristesa amb sentiments d'abandonament i por;

- L'agressivitat s'associa amb sentiments d'abandonament (7/10), labilitat emocional (6/10), tristesa (5/10) i por (4/10) per a una distribució equilibrada entre dones i homes, excepte en el cas de la por, que se sent en l'enquesta el doble de vegades per part de dones que d'homes.

3. Percepció del que més va ajudar durant el confinament

3.1. Les visites

Les visites presencials, de ben segur més nombroses a les residències, estan marcades per la falta de resposta: 5 vegades sobre 18. Les persones grans a casa, sembla que, per les respostes rebudes, podrien ser de les que van patir l'aïllament de manera més intensa i amb un suport que s'intueix que aquestes podrien percebre com a insuficient. La conversa es va limitar principalment a les trucades telefòniques familiars.

3.2. La presència que més seguretat dona

A la residència: cuidadors (18/10: 55 %), familiars (18/5: 28 %) i família (18/3: 17 %).

A casa: sense resposta (2/6), família (3/4: 75 %) i cuidadors (2/4: 50 %).

En família: la família (2/3) i una sense resposta.

3.3. L'activitat més beneficiosa durant el confinament

Sigui quin sigui el grup d'edat, l'activitat més beneficiosa és la cognitiva (lectures i d'altres): per al 75 % dels homes i el 86 % de les dones, una diferència no significativa, tenint en compte les xifres. La segona activitat és la de l'acompanyament per part de la família o algun familiar o personal sanitari; en queda exclòs el presencial dels voluntaris per confinament. L'activitat motora es manté en el 39 % de totes les respostes (28/11: 39 %). No en va la distribució canvia significativament segons el lloc on habita la persona gran.

Això recalca, durant un període de confinament, la importància del suport presencial per al personal sanitari i el manteniment de l'activitat cognitiva, i, tenint en compte la disminució de la valoració del benefici de l'activitat motora en grups d'edat, especialment a partir dels 80 anys i a la residència (en comparació de la llar).

3.4. La valoració de la presència d'un animal al lloc de vida

Pot ser sorprenent. A la residència, la gent no en percep l'interès, potser per falta d'experiència (17/18 no responen a la pregunta davant 2/9 que viuen a casa o amb la família). Només una resposta d'una persona que viu en família n'expressa un benefici, la resta (7) no perceben la diferència entre tenir un animal de companyia o no tenir-ne.

Per concloure

No correspon al CNBA procedir a aquestes enquestes. No té ni els recursos ni la competència per fer-les. Mirant el que s'ha produït en la majoria dels països occidentals, constata que el sorgiment de la pandèmia ha provocat que les energies en matèria mèdica i social han avançat més en l'àmbit de la gerontologia que en el de la salut pública.

Aquest fet justifica, fins a cert punt, l'acció del CNBA.

Annex 5

Les condicions i els prerequisits de la jubilació a Andorra (juny 2023)

A partir dels 65 anys, es pot sol·licitar una prestació de jubilació en el marc de la branca de vellesa. Excepcionalment, es pot sol·licitar a partir dels 61 anys. Per tant, es pot considerar que no hi ha una data límit per demanar-la.

La prestació econòmica per a la jubilació pot consistir en:

- una pensió de vellesa per renda vitalícia (solució habitual d'una jubilació a vida)
- un capital de vellesa (excepcional).

En els dos casos, la prestació no es concedeix de manera automàtica, atès que cal demanar-la expressament a la **Caixa Andorrana de Seguretat Social (CASS)**. Aquesta entitat parapública té per missió essencial assegurar la gestió administrativa, tècnica i financera del sistema andorrà de seguretat social, sota el control del Govern (Llei 17/2008, del 3 d'octubre, de la seguretat social).

1. Pensió de jubilació vitalícia

1.1. Requisits per obtenir-la

- Haver complert 65 anys i haver cotitzat almenys durant 15 anys (12 anys fins al 2015).
- Tenir més de 61 anys i 40 anys de cotització.

A més, hi ha una convenció internacional entre Andorra i França, Espanya i Portugal que té en compte en el càlcul el temps de cotització en qualsevol d'aquests tres països. El pagament de la prestació es distribueix en funció del temps que la persona treballadora ha cotitzat a cada país.

1.2. El sistema de cotització i la seva distribució

La cotització es paga mensualment a la **CASS**, tant en el cas de treballadors assalariats com en el cas de treballadors per compte propi (autònoms).

Les persones assalariades cotitzen el 22 % de la base del seu salari global, del qual el 6,6 % és a càrrec del treballador i el 15,5 %, a càrrec de l'empresari. La distribució d'aquest 22 % es reparteix en un 12 % per a la branca de vellesa, és a dir, les pensions de jubilació, i un 10 % per a la branca general de prestacions de salut i incapacitats (temporals o definitives).

Les persones que treballen per compte propi o autònoms (professionals independents o empresaris) cotitzen en funció del seu nivell de renda i de la seva facturació a partir del percentatge del 25 %, 50 %, 62,5 %, 75 %, 100 %, 125 % i 137,5 % del salari global mensual mitjà de l'any anterior publicat pel Govern (per exemple, l'any 2023: 2.426,70 euros per mes⁶⁸).

1.3. Càlcul de l'import de la pensió

Es fa mitjançant un sistema de càlcul complex (segons l'article 200 de la Llei 17/2008, del 3 d'octubre, de la seguretat social).

Bàsicament, el sistema funciona mitjançant **l'adquisició de punts**, que s'obtenen pel pagament de les cotitzacions mensuals. Com més gran és el nombre de punts adquirits, més gran serà l'import de la pensió de jubilació.

El valor dels punts el fixa anualment la CASS.

Aquest sistema de càlcul ha estat modificat en nombroses ocasions els darrers anys, però el resultat sempre ha estat un valor més baix de la pensió en termes generals. No hi ha límit màxim en l'import de la pensió, però recentment, per a les pensions altes, s'han introduït factors de correcció progressius que evolucionen a la baixa.

El resultat és que actualment les pensions són més igualitàries i amb valors generalment més baixos que abans.

⁶⁸ Decret 55/2024, del 7-2-2024, pel qual es fa públic el salari global mensual mitjà cotitzat pel conjunt de persones assalariades a la Caixa Andorrana de Seguretat Social de l'any 2023.

2. Capital de jubilació de vellesa (segons els articles 195 i 197 de la Llei 17/2008, del 3 d'octubre, de la seguretat social).

Consisteix a reemborsar a l'assegurat les cotitzacions efectuades per a la branca de vellesa, per l'import actualitzat amb l'**IPC** (índex de preus de consum) durant els dos anys anteriors a la sol·licitud.

Els requisits:

- Tenir 65 anys complerts i haver cotitzat entre 5 i 15 anys.
- Tenir dret a rebre una pensió de jubilació per un import igual o inferior al salari mínim oficial (actualment fixat per a l'any 2024 en 1.376,27 euros mensuals, cosa que ha suposat un increment del 7 % respecte de l'any 2023⁶⁹).

3. La pensió de jubilació anticipada (abans dels 65 anys)

És possible optar per una jubilació anticipada, però aquesta és incompatible amb el fet de treballar o de dur a terme una activitat professional o empresarial.

Els requisits:

- Ser major de 61 anys.
- Haver cotitzat un mínim de 40 anys.
- No estar donat d'alta en la seguretat social com a assalariat ni com a treballador per compte propi.

El càlcul de la pensió:

- S'aplica un coeficient corrector del 7 % per cada any o fracció d'any des que se sol·licita la pensió i fins als 65 anys.

⁶⁹ Decret 577/2023, del 20-12-2023, de fixació del salari mínim horari interprofessional per a l'any 2024.

- L'import atorgat es manté de manera vitalícia (segons l'article 202 de la Llei 17/2008, del 3 d'octubre, de la seguretat social).

4. La pensió de jubilació retardada (després dels 65 anys)

Consisteix a continuar cotitzant en la branca general i la branca de vellesa fins a la jubilació efectiva. És a dir, continuar treballant o exercint una activitat professional o empresarial a partir dels 65 anys.

No hi ha límit màxim d'edat.

En el moment de la jubilació efectiva, la persona pot fer valer el seu dret a la jubilació segons els punts de cotització que tingui en aquell moment (segons l'article 204 de la Llei 17/2008, del 3 d'octubre de 2008, de la seguretat social).

4. La compatibilitat de percebre una pensió de jubilació amb una activitat laboral

Un cop complerts els 65 anys, l'assegurat que continuï treballant ho pot fer com a assalariat o per compte propi:

- Llevat que rebi una pensió de jubilació anticipada.
- Llevat que tingui dret a una pensió d'invalidesa. En cas d'invalidesa, la pensió es converteix automàticament en pensió de jubilació (d'un import inferior).

(segons l'article 205 de la Llei 17/2008, del 3 d'octubre de 2008, de la seguretat social).

6. Referència a la legislació laboral

Els canvis legislatius en matèria de jubilació han comportat canvis en la normativa laboral.⁷⁰

- El contracte de treball s'extingeix automàticament quan el treballador compleix l'edat que li permet sol·licitar la jubilació (65 anys), llevat que la pensió no arribi al llindar econòmic de

⁷⁰ Articles 29 i 83 de la Llei 31/2018, del 6 de desembre, de relacions laborals.

cohesió social (el fixa l'Estat en funció del patrimoni i els ingressos de tots els membres de la unitat familiar).

- El treballador i l'empresari poden acordar un nou contracte de treball que no impliqui la continuïtat del contracte anterior (no compta l'antiguitat anterior, amb la menció especial que no es té en compte a efectes d'indemnització; el salari no necessàriament ha de ser el mateix).
- El nou contracte pot comportar condicions diferents (per exemple, jornada parcial o jornada reduïda).
- El nou contracte pot ser amb una altra empresa.
- El nou contracte ha de ser necessàriament per un període d'un any, prorrogable amb l'acord d'ambdues parts (en la pràctica, elimina la indemnització per acomiadament sense causa).
- Les cotitzacions només es paguen per a la branca de salut (10 % del salari total), no per a la branca de vellesa.

7. Les ajudes socials (juliol 2023 - A12)

Atès que actualment les pensions de jubilació no són elevades, hi ha un sistema d'assistència social en cas de necessitat constatada pels serveis socials competents.

De fet, els residents andorrans poden rebre ajudes o suport socioeconòmic en el moment de la jubilació i en cas de malaltia o vulnerabilitat.

7.1. L'ajuda a la dependència

Depèn dels serveis socials i de salut del Departament d'Afers Socials, d'acord amb la Llei 6/2014, del 24 d'abril. Aquesta llei defineix les condicions de les prestacions per a la gent gran després de la valoració de la situació de dependència o discapacitat per comissions multidisciplinàries com la COVAS (avaluació social i sanitària) i la CONAVA (avaluació de la discapacitat).

Les persones residents a Andorra tenen una cobertura sanitària basada en el copagament entre la CASS (Caixa Andorrana de Seguretat Social) i l'assegurat. El nivell de cobertura varia segons la naturalesa de l'acte. Pot justificar la contractació d'una assegurança complementària.

En determinades malalties especialment costoses o recursos econòmics insuficients, la cobertura sanitària és del 100 % (pagament a tercers).

En cas de reagrupament familiar, el Servei d'Immigració exigeix que la persona reagrupada, que sovint és una persona major de 65 anys, disposi d'una assegurança privada que pugui cobrir les despeses en cas de malaltia o per raó de la seva salut. En aquests casos, no es pot beneficiar de l'opció dels serveis públics del país.

7.2. Les ajudes públiques a la persona gran o als seus cuidadors/familiars

D'acord amb la Llei 6/2014, del 24 d'abril, de serveis socials i sociosanitaris, els serveis socials de l'Administració es materialitzen al voltant de tres situacions:

- pensions de solidaritat, obligatòries per a les famílies
- ajudes familiars per fills a càrrec
- ajuts econòmics puntuals.

Els ajuts econòmics puntuals són ajudes personals o familiars temporals, de vegades permanents per renovació anual o periòdica per atendre necessitats bàsiques i per prevenir situacions de marginació, evitar l'exclusió i promoure l'autonomia. En aquest cas, ni la persona ni la família, ni a través d'altres prestacions de protecció social, no pot disposar de recursos econòmics suficients per fer front a la situació que motiva la sol·licitud.

La llei preveu altres tipus de prestacions en l'àmbit familiar, com el recurs a l'ús d'espais RESPIRO, centres de dia i espais dedicats a la gent gran en els quals puguin compartir amb altres persones i professionals dedicats un temps de cura, tot mantenint el seu lloc de vida habitual, a casa seva o amb els seus éssers estimats.

La llei preveu altres prestacions, gratuïtes o de copagament, en funció de la situació sociofamiliar i econòmica del beneficiari o els familiars obligats. Són avaluades pels serveis socials i sanitaris. Es refereixen a l'atenció primària; el servei d'atenció domiciliària del SAD per part de l'Estat, suport d'alta qualitat humana però la demanda del qual supera la disponibilitat de temps i persones; l'atenció domiciliària TAD (teleatenció domiciliària) de la Creu Roja andorrana, que és capaç de detectar, prevenir i actuar en situacions d'emergència, a través de la seva vinculació permanent amb el beneficiari; el centre de dia, d'atenció diürna a la gent

gran i les seves famílies (cura i atenció), per a les quals es troba en l'estudi la possibilitat d'ampliar l'horari de cobertura i oferir aquest servei els caps de setmana.

7.3. Les qüestions ètiques de l'assistència sociofamiliar a la gent gran

La reflexió ètica després de les diferents audicions dutes a terme (A6-A7-A10-A11-A12) es refereix a les famílies o els familiars disposats a contribuir a la cura i l'atenció de la persona gran en el seu lloc de vida habitual en condicions de no perdre els seus drets fonamentals i la seva valoració professional, mitjançant disposicions financeres o fiscals que compensin la pèrdua total o parcial de la seva activitat professional. Legitimen la representació de les famílies en els òrgans de decisió.

Com a tal, l'assignació necessària de recursos s'integrarà encara millor aquí, també, en el marc d'una remodelació de la societat per raons demogràfiques, econòmiques, socials i culturals:⁷¹ un autèntic repte per a la humanitat a les albors de la tercera dècada del segle XXI.

⁷¹ Desenvolupades en el present informe.

Annex 6

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Informes públics oficials

Comitè Nacional de Bioètica d'Andorra. *Consideracions per a l'elaboració d'un document de voluntats anticipades*. <[Consideracions Doc Voluntats Anticipades.pdf \(salut.ad\)](#)>.

Comitè de Bioètica de Catalunya. *Consideracions sobre la limitació de recursos i decisions clíniques en la pandèmia COVID-19*, març de 2020.

<https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents_tematica/consideracions-decisiones-pandemia-covid19.pdf>.

Comité de Bioética de España. *Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus*. Madrid, marzo de 2020. <[Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus \(uca.edu.ar\)](#)>.

Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. *Avis n° 128 (15 février 2018). Enjeux éthiques du vieillissement. Quel sens à la concentration des personnes âgées entre elles, dans des établissements dits d'hébergement ? Quels leviers pour une société inclusive pour les personnes âgées ?*. Paris, febrer de 2018. <https://www.ccneethique.fr/sites/default/files/2021-02/ccne_avis_128.pdf>.

Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. *Avis n° 106 (5 février 2009). Questions éthiques soulevées par une possible pandémie virale*. Paris, febrer de 2009. <[Avis 106 \(ccne-ethique.fr\)](#)>.

Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. *Avis n° 137 (8 juillet 2021). Éthique et santé publique*. Paris, juillet de 2021. <[Avis 137.pdf \(ccne-ethique.fr\)](#)>.

Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. *Avis n° 140 (7 novembre 2022). Repenser le système de soins sur un fondement éthique. Leçons de la crise sanitaire et hospitalière, diagnostic et perspectives*. Paris, novembre. <[Avis140 Final 0.pdf \(ccne-ethique.fr\)](#)>.

Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. *Avis n° 121 (13 juin 2013): Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir*. Paris, juin de 2013. <[Fin de vie, autonomie de la personne et mort volontaire \(ccne-ethique.fr\)](#)>.

Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. *Avis n° 139 (13 septembre 2022). Questions éthiques relatives aux questions de fin de vie : autonomie et solidarité*. Paris, septembre de 2022. <<https://www.ccne-ethique.fr/publications/avis-139questions-ethiques-relatives-aux-situations-de-fin-de-vie-autonomie-et?taxo=0>>.

Cour des Comptes. *La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées : construire une priorité partagée*. Paris, novembre de 2021. <[La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées | Cour des comptes \(ccomptes.fr\)](#)>.

European Commission, Directorate-General for Communications Networks, Content and Technology. Worthington, H.; Simmonds, P.; Farla, K., et al. *The Silver Economy. Final Report*. Publications Office, 2018. <<https://www.data.europa.eu/doi/10.2759/685036>>.

Comité directeur pour les droits de l'homme dans les domaines de la biomédecine et la santé du Conseil de l'Europe (CDBIO). *Guide sur la littératie en santé* (version en anglais et français). Strasbourg, 2023. <<https://www.coe.int/fr/web/bioethics/guide-to-health-literacy>>.

Comité directeur pour la bioéthique dans les domaines de la biomédecine et la santé du Conseil de l'Europe (CDBIO). *Guide pour le débat public sur les droits de l'homme et la biomédecine* (version en anglais et français). Strasbourg, 2019.

<<https://www.coe.int/fr/web/bioethics/public-debate>>.

Local Government Association, UK. *Loneliness, social isolation and COVID-19*. Londres, 2020.

<[Loneliness, social isolation and COVID-19 | Local Government Association](#)>.

Ministerio de Sanidad de España. *Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: el SARS-CoV-2*. Madrid, 2020.

<[https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/AspectosEticos en situaciones de pandemia.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/AspectosEticos%20en%20situaciones%20de%20pandemia.pdf)>.

Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités. *Plan antichute des personnes âgées*. Mis à jour le 16/01/2024. <<https://solidarites.gouv.fr/plan-antichute-des-personnes-agees>>.

Observatoire national de la fin de vie. *La fin de vie des personnes âgées*. Paris, la documentation française, 2014. <[Observatoire national fin de vie 2013 Fin de vie des personnes agees | vie-publique.fr](#)>.

OCDE, 2018. <<https://www.oecd.org/economy/surveys/Spain-2018-OECD-economicsurvey/vision-general.pdf>>.

UNESCO, CIB, 2023. *Projet de rapport du Comité International de Bioéthique (CIB) sur la pandémie de Covid-19 : enseignements tirés et recommandations pour les orientations futures*.

UNESCO Bibliothèque Numérique.

<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000386467_fre>.

Obres col·lectives

Tratado de Derecho y Envejecimiento. La adaptación del Derecho a la nueva longevidad. Carlos María Romeo Casabona (coordinador). Escuela de Pensamiento, Fundación Mutualidad Abogacía, Wolters Kluwer. Madrid, septiembre de 2021. <[CONICET Digital Nro.6a917d3a-5c5248b8-8a8d-071dcd5c7016 L.pdf](#)>.

Commission européenne / Technopolis group / Oxford Economics. *La silver économie*. 2018. <<https://op.europa.eu/doi:10.2759/795588>>.

Articles

Vellas, B. «How to Implement Integrated Care for Older Persons—ICOPE—Massively in Clinical Practice for a Healthy Longevity», a *J Aging Res & Lifestyle*, 2023; 12: 18-19. <<https://www.jarlife.net/all-issues.html?article=786>>.

Lee, S.; Yu, Y.; Trimpert; J., et al. «Virus-induced senescence is a driver and therapeutic target in COVID-19», a *Nature*. Novembre de 2021; 599 (7884):283-289. <<https://doi.org/10.1038/s41586-021-03995>>.

Montagut, J. *La vaccination anti Covid-19 : contribution éthico-scientifique*. 2023. <[La vaccination anti Covid-19 : contribution éthico-scientifique \(FR/EN\) \(fertilevision.fr\)](#)>.

Kirk, B.; Al Saedi, A.; Duque, G. «Osteosarcopenia: A case of geroscience», 2019, a *Aging Medecine*, 2 :147-156.<<https://doi.org/10.1002/agm2.12080>>.

McKenna, B.G.; Mekawi, Y.; Katrinli, S., et al. «When Anger Remains Unspoken: Anger and Accelerated Epigenetic Aging Among Stress-Exposed Black Americans», a *Psychosom. Med.*, 2021. 83: 949-958. <<https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001007>>.

Fiselier, A.; Narendran, G.; Raiche, J., et al. «From discrimination and dis-ease to aging and disease-an epigenetic connection», a *The Lancet Regional Health - Americas*, 2022, volum 12, 100282. <<https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100282>>.

Bellelli, F.; Consorti, E.; Hettiarachchige, T.M.K., et al. «Relationship among Age, Education and Frailty in Older Persons», a *J Frailty Aging*, 2023, volum 12, 326–328. <<https://doi.org/10.14283/jfa.2023.39>>.

Macia, E.; Chapuis-Lucciani, N.; Boëtsch, G. «L'âgisme et ses relations avec l'estime de soi et la santé subjective», a *Sciences Sociales et Santé*, 2007/3, volum 25: 79-106.

Merchant, R.A.; Aprahamian, I.; Woo, J., et al. «Resilience And Successful Aging», a *J Nutr Health and Aging*, juliol de 2002, volum 26, 652–656. <<https://doi.org/10.1007/s12603-022-1818-4>>.

Gratton, L.; Scott, A. *La vida de 100 años. Vivir y trabajar en la era de la longevidad*. Lettera, Bilbao, 2018.

American Psychological Association. «So Lonely I Could Die». Washington, 2017. <<https://www.apa.org/news/press/releases/2017/08/lonely-die>>.

Abreviatures

CASS: Caixa Andorrana de Seguretat Social

CNBA: Comitè Nacional de Bioètica d'Andorra

CCNE: Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et la Santé

CDBIO: Comité directeur pour la bioéthique dans les domaines de la biomédecine et la santé du Conseil de l'Europe

CIB: Comité international de bioéthique de l'UNESCO

CoE: Consell d'Europa

CONAVA: Comissió Nacional de Valoració (Andorra)

COVAS: Comissió de Valoració Sociosanitària (Andorra)

CRES: Centre de Recerca Sociològica de l'Institut d'Estudis Andorrans

DVA: Directives volontaires anticipées

ICOPE: Integrated Care for Older Persons

INE: Institut Nacional d'Estadística (Espanya)

INSEE: Institut national de la statistique et des études économiques (França)

LGA: Local Government Association (Regne Unit)

OCDE: Organització de Cooperació i Desenvolupament Econòmic

OMS: Organització Mundial de la Salut

SAAS: Servei Andorrà d'Atenció Sanitària

SASP: senescent-associated secreted phenotype

UNESCO: Organització de les Nacions Unides per a l'Educació, la Ciència i la Cultura

UE: Unió Europea

Annex 8

Composició del grup de treball

Esther Argilés Huguet

Montse Eulalia Gil

Miquel Julià Vila

Canòlic Mingorance Cairat

Jacques Montagut

**Aprovat per unanimitat
en la reunió del Comitè Nacional de Bioètica d'Andorra,
en sessió extraordinària el 8 d'abril del 2024**

Avís fet públic el 25 d'abril de 2024