

Articles

Persones grans institucionalitzades a Catalunya: quantes són i com són? ¹

Institutionalized elderly people in Catalonia: how many are they and what are they like?

Pilar Zueras Castillo
Marc Ajenjo i Cosp

Centre d'Estudis Demogràfics

Correspondència: Pilar Zueras Castillo. Centre d'Estudis Demogràfics.
Campus de la Universitat Autònoma de Barcelona.
Carrer de Ca n'Altayó. Edifici E2. Universitat Autònoma de Barcelona. 08193 Bellaterra (Barcelona).
Tel.: 34 935 813 060.
A/e: pzueras@ced.uab.es.

Data de recepció de l'article: juny 2013

Data d'acceptació de l'article: desembre 2014

Resum

La població més gran de seixanta-cinc anys institucionalitzada a Catalunya és un col·lectiu en augment constant, tant per les millores en termes de supervivència com per l'expansió de la institucionalització en les darreres dècades. Tot i que en termes relatius el 2011 només comprèn el 4 % de la població de seixanta-cinc anys o més, la seva prevalença augmenta de manera molt important a partir de l'edat de vuitanta anys. Cal conèixer la composició d'aquesta població per a corregir els biaixos que representa el fet que quedi sistemàticament fora d'observació en les enquestes adreçades a llars privades que s'utilitzen en les anàlisis sociològiques.

Utilitzem dades per a Catalunya de les quatre darreres edicions censals (1981, 1991, 2001 i 2011) amb el doble objectiu de quantificar la població de seixanta-cinc anys o més que no viu a llars privades i d'estudiar-ne l'evolució en les tres darreres dècades. L'estudi es complementa amb l'anàlisi de l'Enquesta de salut a la població institucionalitzada de Catalunya (ESPI, 2006) amb la finalitat de caracteritzar el perfil de la població que viu a centres assistencials. Es tracta d'una població molt femenina i envellida però que no és homogènia. El perfil majoritari respon al de dona vídua més gran de vuitanta anys, de baix nivell educatiu i d'ingressos, que prèviament vivia sola, que té problemes de dependència funcional o de salut mental i que declara haver-hi ingressat per problemes de salut o autonomia. No obstant això, l'article identifica altres grups força diferenciats. Els resultats revelen la importància no només del deteriorament de la salut en el procés d'institucionalització, sinó també de la presència o absència d'una xarxa familiar que esdevé un recurs important a

1. Article associat al projecte de recerca «Acicates en la prolongación de la vida laboral: salud, formación y formas de convivencia» (ref. CSO2013-48042-R) finançat pel Ministeri d'Economia i Competitivitat. Una versió prèvia d'aquest treball forma part de la tesi doctoral de Pilar Zueras (programa de doctorat en Demografia de la Universitat Autònoma de Barcelona). Els autors agraeixen els comentaris de les avaluacions anònimes que han contribuït a millorar-lo.

l'hora d'afrontar el procés d'envelliment al domicili, sigui per necessitat d'assistència o cura, o per la companyia i el benestar personal que pot proporcionar.

Paraules clau: persones grans, formes de convivència, institucionalització, xarxa familiar.

Abstract

The institutionalized population aged 65 and over in Catalonia is constantly increasing, both because of improved survival and as a consequence of the expansion of institutionalization in recent decades. Although in relative terms it only comprised 4% of the population aged 65 and over in 2011, its prevalence increases dramatically beyond age 80. It is necessary to know the composition of this population so as to correct biases, since it is systematically not registered in those surveys addressed to the population living in households used in sociological analyses.

We use data for Catalonia from the last four censuses (1981, 1991, 2001 and 2011) with a twofold objective: to quantify the population aged 65 or older not living in private households in Catalonia and to study its evolution during the last three decades. The study is supplemented by an analysis of the Health Survey of the Institutionalized Population in Catalonia (ESPI, 2006) with the aim to characterize the profile of the population living in residential care facilities. People living in institutions cannot be considered homogeneous, although there is a high presence of very old women. A big share of them fits the profile of widowed women beyond 80 years old, with low levels of education and income, who were previously living alone and are dependent for functional activity or have deteriorated mental health, and who stated that they entered the institution because of health or autonomy problems. However, a cluster analysis has identified other groups that show quite different situations. These results reveal the importance not only of deteriorating health in the process of institutionalization but also of the presence or absence of a family network that becomes an important resource in dealing with the aging process at home, either because of the needs of assistance or due to the company and well-being it can provide.

Keywords: elderly people, living arrangements, institutionalization, family network.

1. Introducció

Sabem poc de la població institucionalitzada. En primer lloc, perquè generalment les enquestes es fan a mostres de la població que resideix en llars privades i, en segon lloc, perquè en els censos se'n recull molt poca informació, cosa que en dificulta una anàlisi en profunditat. Cal tenir en compte, a més, que l'estudi de l'envelliment poblacional i de les persones grans està guanyant presència en els àmbits socials i sanitaris, i que la prevalença de la institucionalització, tot i que és molt baixa per al conjunt de la població, augmenta molt a les edats avançades. A més, tot sembla indicar que en els darrers anys hi ha hagut un increment d'aquesta població, cosa que fa més rellevant conèixer-ne les característiques, tant per a corregir en la mesura del possible aquest biaix, com de cara a planificar serveis socio-sanitaris.

Aquest doble eix, quantitatiu i qualitatiu, és la base dels objectius de l'article, el qual pretén observar l'evolució en les tres darreres dècades de les persones més grans de seixanta-cinc anys institucionalitzades a Catalunya, i també quantificar-les i caracteritzar-les. Tot i que una part important de la recerca s'ha dut a terme a partir de dades censals —des de 1981 fins a 2011—, també s'ha utilitzat l'Enquesta de salut a la població institucionalitzada de Catalunya (ESPI) de 2006, adreçada a persones de seixanta-cinc anys i més que viuen a residències o centres de llar-ga estada.

2. Antecedents

L'augment notable de la proporció de persones més grans de seixanta-cinc anys i el pes creixent de les més grans de vuitanta anys, resultat de les millores de la supervivència i de la disminució de la fecunditat, han promogut una recerca sociològica abundant sobre les persones grans, sovint centrada exclusivament en les persones residents a llars privades, cosa que pot donar lloc a biaixos en no considerar la població institucionalitzada (Peeters, Debels i Verpoorten, 2013).

Només cada deu anys, i dins les operacions censals, es fa un recompte de les persones que resideixen als establiments col·lectius. Tal com recullen els censos, aquests establiments són de diversa índole, des de centres religiosos, albergs o pensions, fins a centres pròpiament assistencials com ara hospitals, centres de llarga estada o residències. Així mateix, s'han fet poques enquestes dirigides a la població que viu a centres col·lectius, i s'han centrat exclusivament en centres de llarga estada o residències, és a dir, a institucions de caire assistencial.²

Viure a residències per a gent gran és una alternativa poc acceptada a Espanya, especialment per comparació a altres països europeus (Fernández Carro, 2013). El 68 % de més grans de seixanta-cinc anys a Espanya prefereixen que els cuidi la família en cas de necessitat, mentre que a Noruega només és un 18 %; a més, el 50 % considera que la família és responsable, parcialment o complementàriament amb l'Estat, de donar-los suport econòmic i el 68 % d'ajudar en la cura personal dels ancians; a Noruega només el 22 % atribueix aquestes responsabilitats a la família (Bazo, 2004).

Quan s'analitzen les causes de l'ingrés a residències, tant el deteriorament de la salut com la defunció del cònjuge són els motius més esmentats; la ruptura de les relacions familiars per conflicte o el fet que la residència ofereixi serveis de cura a un preu assequible són altres raons manifestades (Bazo, 1991). Segons l'Encuesta sobre condiciones de vida de mayores en residencias (ECVMR), en canvi, el motiu d'ingrés a una residència —no centre hospitalari de llarga estada— més declarat és la cerca de companyia (34,5 %), seguit del deteriorament de la salut o pèrdua d'autonomia funcional (25,7 %) i els motius familiars (22,2 %), entre d'altres (Pérez Ortiz, 2005).

Estudis previs revelen que el fet d'anar a viure a residències o a centres assistencials de llarga estada no és fruit només de la dependència física o mental, sinó també de la manca d'una xarxa familiar capaç de proveir l'ancià de la cura i del suport que promoguin el manteniment de la seva autonomia residencial (Freedman, 1996; Grundy i Jital, 2007). En aquest sentit, diversos estudis han destacat el paper de la xarxa familiar disponible (parella, fills, néts, etc.). Així, el fet d'enviudar sembla ser un desencadenant de la institucionalització, especialment per als homes que perden la parella a una edat avançada (Pérez Ortiz, 2005). Sovint, les necessitats assistencials de les persones grans són ateses per familiars des de la proximitat residencial o mitjançant la coresidència (Renaut, 2001). Fins i tot en cas d'un deteriorament important de la salut que disminueixi l'autonomia de l'ancià, tenir parella i fills facilita poder continuar vivint al domicili propi (Désesquelles i Brouard, 2003). Igualment, els néts són un factor important de la xarxa familiar que redueix el risc d'institucionalització, cosa que fa pensar que la presència de néts enforteix els vincles entre els pares ancians i els seus fills adults (Renaut, 2001).

S'han analitzat les dades tenint en compte les dues dimensions esmentades: l'estat de salut i la xarxa familiar. En l'estat de salut s'ha considerat tant la dependència física, mesurada en la dependència de les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD), com la mental, considerant el dèficit cognitiu lleu i la demència. Quant a les xarxes familiars, s'ha considerat l'estat civil un

2. A escala estatal, l'Observatorio de Personas Mayores va dur a terme el 2004 l'Encuesta sobre condiciones de vida de mayores en residencias (ECVMR); mentre que el 2008 l'Institut Nacional d'Estadística (INE) va fer l'Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia en dues versions, una dirigida a llars i l'altra dirigida a centres. Així mateix, el 2006 el Departament de Salut de la Generalitat va fer l'Enquesta de salut a la població institucionalitzada de Catalunya.

indicador de la xarxa formada durant el cicle de vida, i també la presència a la llar de parella, fills i altres familiars. També s'han analitzat altres variables que donen informació sobre esdeveniments dels primers anys de vida i de l'edat madura, i que estan relacionades amb les trajectòries biogràfiques i amb les formes de convivència en la vellesa: el nivell educatiu assolit, la participació al mercat laboral, la tinença d'habitatge, i també les situacions de convivència prèvia (George i Hays, 2002).

3. Fonts i metodologia

La definició més habitual de *població institucionalitzada* és la que la vincula directament amb el lloc de residència: els establiments col·lectius. En aquest article s'utilitza el terme de *població institucionalitzada* per a anomenar la població que viu en aquests establiments, sense pressuposar un rol passiu en la decisió de viure-hi per part de la persona de qui es diu que està «institucionalitzada».

Per a estimar el nombre de persones institucionalitzades s'han utilitzat els censos de 1981, 1991, 2001 i 2011. S'ha treballat amb les microdades del cens de 1981, facilitades per l'Institut Nacional d'Estadística (INE), corresponent a una mostra del 25 % d'habitatges familiars i del total de la població resident a establiments col·lectius. Per als censos de 1991, 2001 i 2011, les dades s'han obtingut a partir dels resultats detallats disponibles a la pàgina web de l'INE.

A grans trets, cal distingir dos tipus d'institucionalització: la relacionada amb el procés d'envelliment de les persones, que pot ser motivada pel deteriorament de la salut, fragilitat, soledat o una combinació de factors associats a l'envelliment; i la institucionalització més vinculada a la trajectòria de vida (religiosos, militars, etc.). Ens referirem a *centres assistencials*, que inclouen tant les residències com els centres hospitalaris, per parlar de la primera, i a *centres no assistencials* per designar els que s'han agrupat a les categories de religiosos i d'altres.³

Inicialment s'ha dut a terme una anàlisi descriptiva de la població institucionalitzada de seixanta-cinc anys o més considerant les variables sexe, edat i estat civil, i ens hem centrat, posteriorment, en el col·lectiu de més interès: els residents a *centres assistencials*.

Cal fer un esment especial al cens de 2001, el qual no recull l'estat civil per a aquest col·lectiu. A banda d'aquest problema, que comporta un tall en les sèries, aquest recompte subestima de manera important les persones residents a establiments col·lectius i, en especial, a residències d'ancians. A tall d'exemple, el cens, amb data de referència de novembre de 2001, estima que a Espanya hi ha 84.607 persones de seixanta-cinc anys i més que viuen a asils o residències d'ancians, mentre que les dades de gener de 2002 indiquen que el nombre de places a residències era de més de 200.000. Si la dada del cens fos correcta es donaria un índex de cobertura baixíssim, d'1,1 places per cada 100 persones de seixanta-cinc anys i més (Pérez Ortiz, 2005). Pel que fa a Catalunya, el gener de 2001 hi havia 43.945 places ofertes, mentre que segons el cens només hi havia 24.199 persones d'aquesta edat en el total d'establiments col·lectius (Díaz *et al.*, 2009).

Aquesta circumstància comporta, en part, que s'hagi prescindit del cens de 2001, de manera que només se'n mostren les dades per a il·lustrar la incongruència o quan s'han descrit les característiques per edat i sexe, en tant que res no fa pensar que la subestimació tingui un biaix important respecte d'aquestes característiques.

L'anàlisi s'ha complementat amb les dades de l'Enquesta de salut de la població institucionalitzada, duta a terme pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, i feta a població de seixanta-cinc anys i més que viu a centres assistencials, dintre dels quals distingeix entre residèn-

3. La diversitat d'establiments col·lectius no sempre ha rebut el mateix tracte en els recomptes censals. Per tal d'homogeneïtzar la informació s'han agrupat en quatre, dos d'assistencials —residències i hospitals—, i dos de no assistencials —religiosos i d'altres— (annex 1).

cies i centres de llarga estada de més de quinze places.⁴ La mostra final està composta per 1.379 persones, de les quals 1.042 viuen a residències i 337 a centres de llarga estada. Del total d'entrevistes, 674 es van fer a través d'un qüestionari indirecte al cuidador principal, en tant que la persona seleccionada estava incapacitada per a respondre (enquesta de 2006, Departament de Salut, 2010).

Per aprofundir en la població que viu a centres assistencials ens fixarem tant en el seu perfil sociodemogràfic com en els perfils que responen a la situació personal. En aquest sentit, encara que gran part dels ingressos a les residències es deuen a situacions de necessitat assistencial a causa d'un deteriorament físic o mental, esperem que l'efecte de la xarxa familiar o de la situació de convivència prèvia a l'ingrés es faci present. En resum, si bé l'empitjorament de les condicions de salut condiciona les formes de convivència mentre que la xarxa familiar pot facilitar alternatives a l'internament, l'absència de xarxa familiar pot promoure l'ingrés a un centre assistencial fins i tot quan no hi ha grans necessitats d'assistència sanitària.

Per tal d'examinar la diferent casuística i trobar uns trets característics dels residents a centres assistencials, s'ha cregut interessant generar unes categories amb uns perfils tan homogenis com sigui possible. Per a fer-ho s'han utilitzat les variables sexe, edat, salut (grau de dependència en les activitats bàsiques de la vida diària i salut mental), edat al moment de l'ingrés, motiu d'ingrés, convivència prèvia a l'ingrés, tipus d'habitatge i algun indicador de xarxa familiar (tenir parella, fills i altres familiars o no). En tractar-se de variables nominals o ordinals, s'ha dut a terme, en primer lloc, una anàlisi de correspondència múltiples (ACM), la qual ha permès resumir el conjunt de variables en un nombre més petit de factors quantitius. A partir d'aquesta anàlisi, s'han retingut vuit dimensions que acumulen el 64,1 % de la inèrcia,⁵ que s'han utilitzat per a dur a terme una anàlisi de conglomerats jeràrquic, en què el conjunt de persones de la mostra ha quedat dividida en set categories.⁶ Posteriorment s'ha examinat la distribució d'aquestes variables dins dels grups, i també altres variables considerades interessants: estat civil, lloc d'habitatge habitual, nivell d'estudis acabats, haver participat al mercat de treball i nivell d'ingressos. Aquesta metodologia havia estat emprada anteriorment per Désesquelles i Brouard (2003).

4. Resultats

4.1. EVOLUCIÓ DE LA POBLACIÓ INSTITUCIONALITZADA A CATALUNYA

4.1.1. *Evolució i estructura per sexe i edat de la població institucionalitzada*

Des de 1981 la població institucionalitzada de seixanta-cinc anys i més no ha deixat de créixer. En conjunt, de 1981 a 1991 el seu augment fou del 50 %, mentre que si considerem només les persones de setanta-cinc anys i més arriba gairebé a duplicar-se. Tot i que com a conseqüència de l'envelliment en el conjunt de la població les proporcions per sexe i edat van augmentar més suaument, la forta expansió que es produeix durant aquests anys és inqüestionable, tant en la població institucionalitzada com en el nombre de residències per a gent gran: de 1979 a 1988 el nombre de residències a Barcelona ciutat s'havia multiplicat per més de tres, i va passar de 64 a 208 (Barenys, 1992).

4. Per a una informació completa de l'enquesta, consulteu:

http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/enquesta_poblacioinstitucionalitzada_catalunya/.

5. El criteri per a determinar el nombre de dimensions ha estat retenir el mínim nombre de factors que, fent una anàlisi de fiabilitat, representaven una alfa de Cronbach que no fos inferior a 0,8 (Navarro *et al.*, 2004).

6. S'han fet diverses proves a partir de diversos anàlisis de conglomerats no jeràrquics i s'han analitzat les característiques dels grups resultants. El fet que alguns clústers apareguessin de manera repetitiva en alguns dels resultats ha estat un dels criteris per a establir el nombre de classes definitiu.

Tal com s'ha esmentat, les dades de 2001 pateixen un fort subregistre. Si prescindim de la informació d'aquest any, podem concloure que l'increment que es produí en la dècada dels vuitanta ha continuat fins avui: segons el cens de 2011, hi ha 51.299 persones de seixanta-cinc anys i més que es troben institucionalitzades, més del doble de les que hi havia el 1991 (taula 1). De manera similar al que succeïa als anys vuitanta, part d'aquest increment cal atribuir-lo a l'evolució de la població gran al conjunt de Catalunya, de manera que la prevalença no creix en la mateixa mesura, del 2,8 % el 1991 al 4,0 % vint anys després.

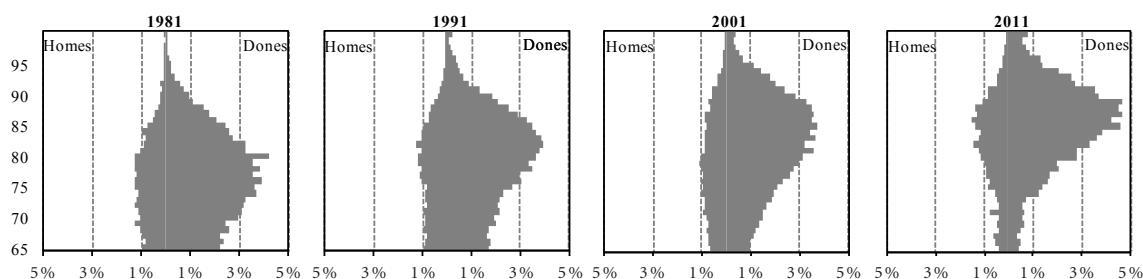
Aquest increment ha anat acompanyat d'un fort canvi en l'estructura per edat de la població institucionalitzada (gràfic 1). Les piràmides palesen, per un costat, el fort component femení d'aquest col·lectiu i, per l'altre, l'important procés d'envelliment, sobretot entre les dones, que el 2011 es concentren en edats més enllà dels vuitanta anys.

TAULA 1. Evolució de la població institucionalitzada per sexe i grup d'edat. Catalunya 1981-2011

		1981		1991		2001		2011	
		Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
65 i més	Total	3.917	11.348	5.973	17.756	5.946	18.225	13.504	37.795
	Prevalença	1,5 %	2,9 %	1,7 %	3,5 %	1,3 %	2,8 %	2,5 %	5,0 %
	Edat mitjana	76,8	77,7	78,3	80,2	79,4	82,7	82,4	85,6
75 i més	Total	2.241	7.103	3.830	13.151	3.965	14.827	10.981	34.696
	Prevalença	2,5 %	4,5 %	3,0 %	5,8 %	2,2 %	4,8 %	4,2 %	8,2 %
	Edat mitjana	81,6	82,1	82,9	83,6	83,9	85,4	85,2	86,9

FONT: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'INE: microdades (1981) i resultats detallats (1991, 2001 i 2011).

GRÀFIC 1. Estructura per sexe i edat de la població institucionalitzada. Catalunya 1981-2011

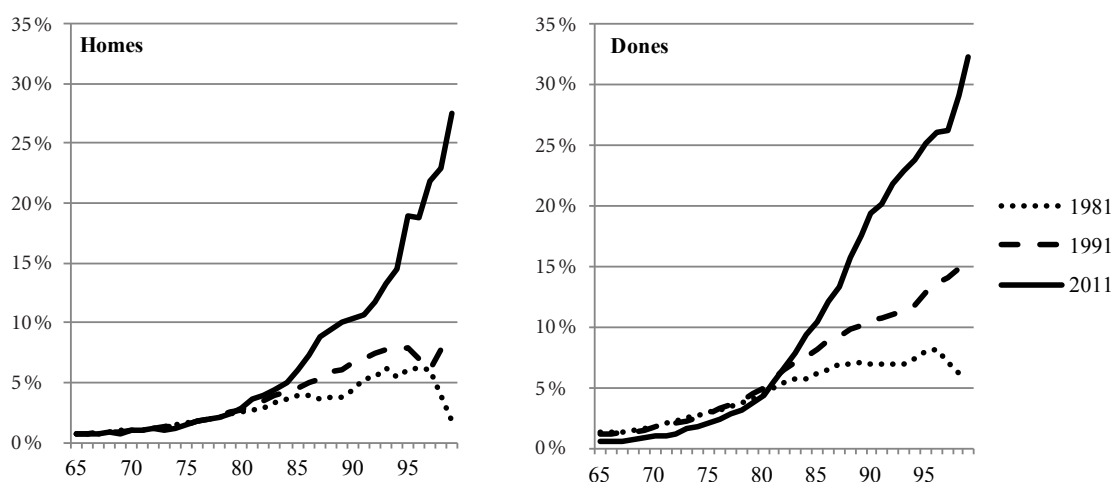


FONT: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'INE: microdades (1981) i resultats detallats (1991, 2001 i 2011).

Els canvis en la prevalença de la institucionalització per sexe i edat entre períodes (gràfic 2) mostren que, entre 1981 i 1991 i tant per a homes com per a dones, l'increment succeí exclusivament a partir de l'edat de vuitanta anys. Encara que en els darrers anys la pauta és similar, s'observa un tall encara més important a la mateixa edat. Fins als vuitanta anys la prevalença per als homes no ha variat, mentre que per a les dones ha patit, fins i tot, un descens lleu. A partir d'aquesta edat, en canvi, la prevalença creix espectacularment, amb increments que a les edats més avançades superen clarament el 100 %. El manteniment, i fins i tot un cert descens de la prevalença en els més joves de vuitanta anys, pot explicar-se per dos aspectes complementaris. Per una banda, la millora de la supervivència posposa el moment de la viduïtat, i s'ha observat

que la vida en parella facilita la independència residencial fins i tot en situacions de deteriorament de la salut (Désesquelles i Brouard, 2003; Festy i Rychtarikova, 2008; Zuera i Ajenjo, 2010). Per l'altra, les millores de les condicions de vida de la gent gran, tant pel que fa a l'estat de salut de la població d'edat avançada, com pel que fa al benestar material, possibiliten la vida al domicili propi fins i tot en absència de parella (Zuera i Miret, 2013), cosa que augmenta la proporció de persones grans que viuen soles. A més, l'increment de la institucionalització observat el 2011 a partir dels vuitanta anys es pot deure a una pervivència més baixa dels models tradicionals de convivència intergeneracional entre els components de les cohorts més recents que arriben a la vellesa (Zuera, 2014).

GRÀFIC 2. Prevalença de la institucionalització per sexe i edat. Catalunya 1981, 1991 i 2011



NOTA: Totes les corbes han estat suavitzades utilitzant mitjanes mòbils de tres edats.

FONT: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'INE: microdades (1981) i resultats detallats (1991 i 2011).

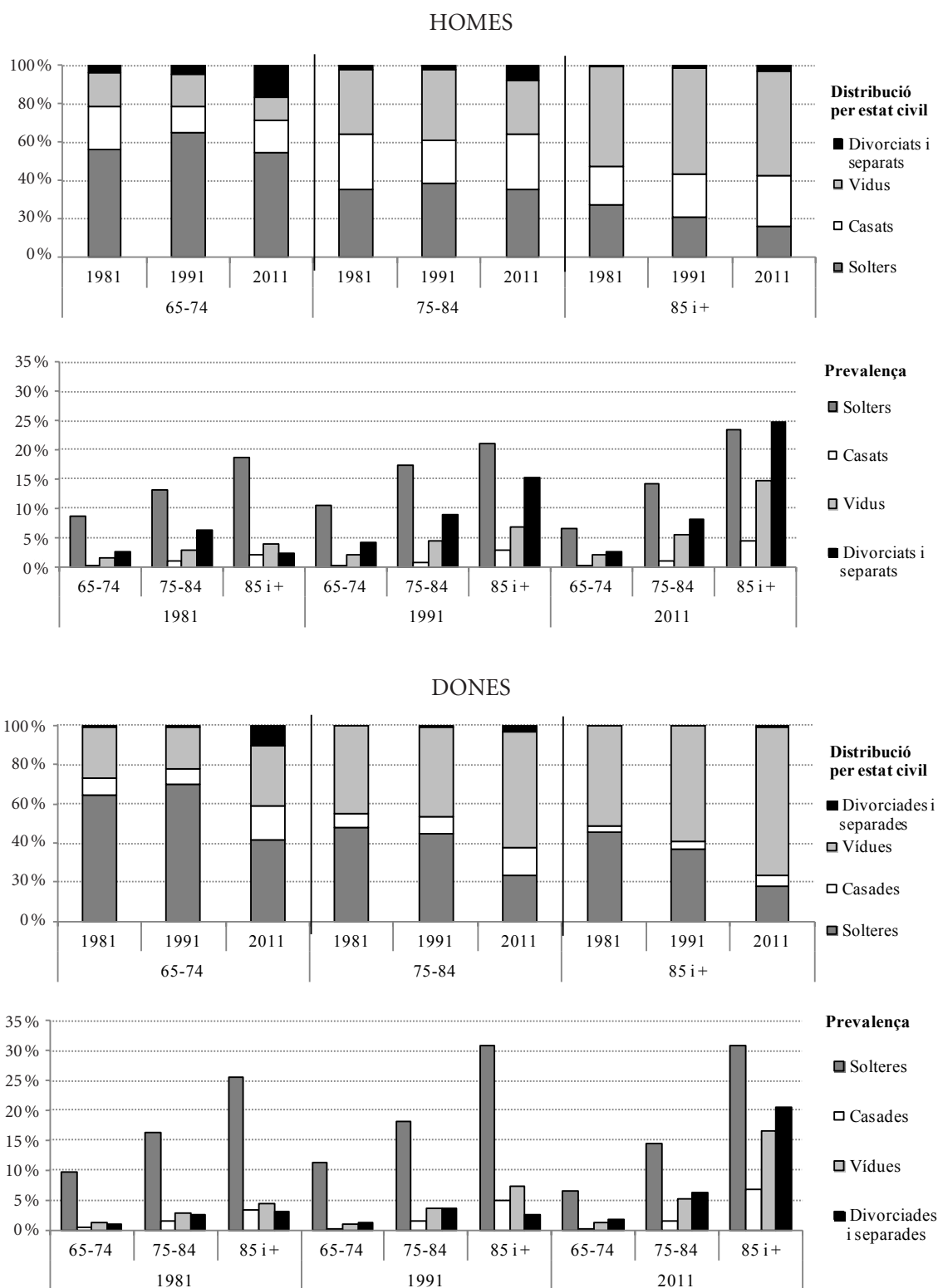
4.1.2. Estat civil per sexe i edat de la població institucionalitzada

Tant per a homes com per a dones, i també en els tres períodes analitzats, la predominança de solters i vidus entre la població institucionalitzada es contrabalança a diferents edats (gràfic 3).

L'elevada presència de solters, especialment rellevant en les edats més joves, és conseqüència d'una sobrerrepresentació clara de solters en la població institucionalitzada, en tant que en el conjunt de la població més gran de seixanta-quatre anys la proporció de solters és aproximadament del 6 % i 11 %, per a homes i dones, respectivament. La proporció de solters, però, disminueix en edats més avançades en favor de l'augment de vidus i vídues, de manera que a l'edat de vuitanta-cinc anys i més, aquests ja són clarament majoritaris.

Malgrat que els divorciats o separats són minoritaris, la seva evolució, sobretot en el col·lectiu més jove, és clarament ascendent: el 2011, un 16 % d'homes i un 10 % de dones de seixanta-cinc a setanta-quatre anys es troba en aquesta situació, una xifra que l'any 1991 era pràcticament insignificant. Pel que fa als casats, i sobretot per als homes, hi ha una forta estabilitat a totes les edats i en els tres períodes. Aquesta estabilitat és més baixa en les dones, entre les quals, i per l'esperança de vida més baixa de les seves parelles, disminueix el nombre de casades a partir de certa edat.

GRÀFIC 3. Estat civil de la població institucionalitzada per sexe i edat. Distribució i prevalença.
 Catalunya, 1981, 1991 i 2011



FONT: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'INE: microdades (1981) i resultats detallats (1991 i 2011).

Respecte de la prevalença, els resultats són prou clars. Per als casats, per exemple, la prevalença és molt baixa, amb un cert increment en el període més recent i per a les edats més avançades, i lleugerament més important per a les dones. El col·lectiu que mostra una prevalença superior són els solters, que augmenta significativament amb l'edat, i de manera més important entre les dones: el 2011, un 31 % de solters i un 45 % de solteres de vuitanta-cinc anys o més vivien a un establiment col·lectiu. Cal pensar que es tracta d'un fenomen directament associat a l'edat o al procés d'envelliment —deteriorament de la salut o soledat per pèrdua de familiars col·laterals, per exemple.

Pel que fa als vidus i vídues, cal destacar que la seva presència augmenta amb l'edat, sobretot a les edats més avançades, i que aquesta és lleugerament superior entre les dones. Així, el 2011 i entre la població de més edat, ja assoleix valors propers als solters. Tot i que el darrer col·lectiu, el de divorciats o separats, és molt poc nombrós, sobretot a les edats més avançades, és un dels que més ha incrementat; de manera que la seva prevalença ja supera la de les vídues i, a les edats més avançades, fins i tot la dels homes solters.

En termes generals, observem que entre els més joves de vuitanta-cinc anys la prevalença de la institucionalització és relativament estable des de l'any 1981. Ara bé, en edats més avançades hi ha, tant en homes com en dones, i per a tots els estats civils, un fort increment, que ja s'apunta el 1991, però que és molt més important en observar el 2011.

4.1.3. *Tipus d'establiment col·lectiu per sexe i edat de la població institucionalitzada*

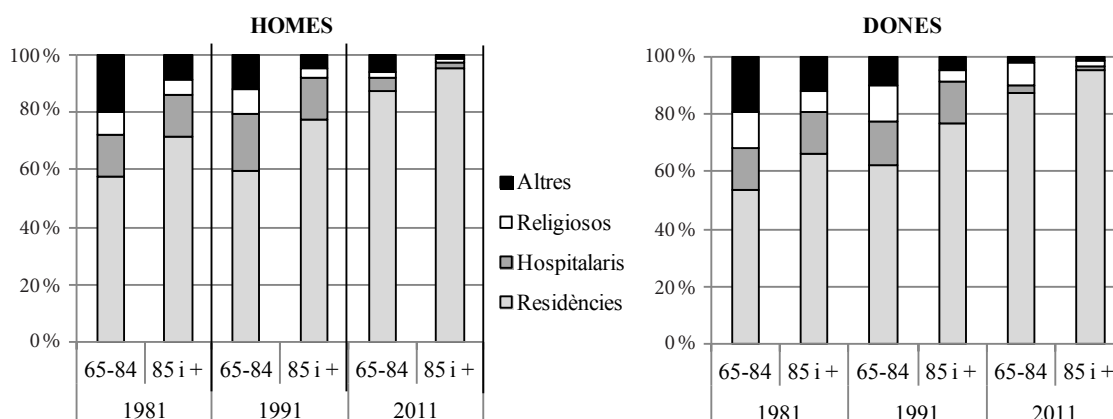
La gran majoria de persones de seixanta-cinc anys i més que viuen a establiments col·lectius ho fa a centres assistencials, siguin residències o hospitals ([gràfic 4](#)).

Concretament, per a qualsevol grup d'edat, més de la meitat dels homes i de les dones viu en residències, entre un 10 % i un 20 % a centres hospitalaris, mentre que menys d'un 10 % dels homes i menys del 15 % de les dones ho fa a institucions religioses.

Tal com era esperable, la proporció de persones que viuen a centres no assistencials disminueix entre els grups de més edat a l'hora que augmenta la proporció dels que estan ingressats a hospitals o residències, associat als canvis propis de l'envelliment de les persones. Entre 1981 i 2011 el que augmenta clarament són els residents a centres assistencials, especialment entre els que tenen vuitanta-cinc anys o més, fins al punt que, actualment, només un 5,6 % dels homes institucionalitzats no resideix a un centre assistencial, proporció que entre les dones és d'un 6,2 %. Aquests valors el 1981 eren del 26 % i del 30 %, respectivament. Aquesta evolució és marcada per la pràctica desaparició dels que declaren viure en un centre religiós.

En aquesta mateixa línia van les prevalences analitzades en funció del tipus de centre ([gràfic 5](#)). Així, respecte del total de població, les persones grans que resideixen en centres no assistencials són pràcticament inexistent, fins a l'extrem que el 2011 representen menys d'un 0,5 % de la població total en pràcticament totes les edats estudiades. D'altra banda, en aquest mateix any, més d'un 20 % de les dones d'edats més avançades viuen a un centre assistencial.

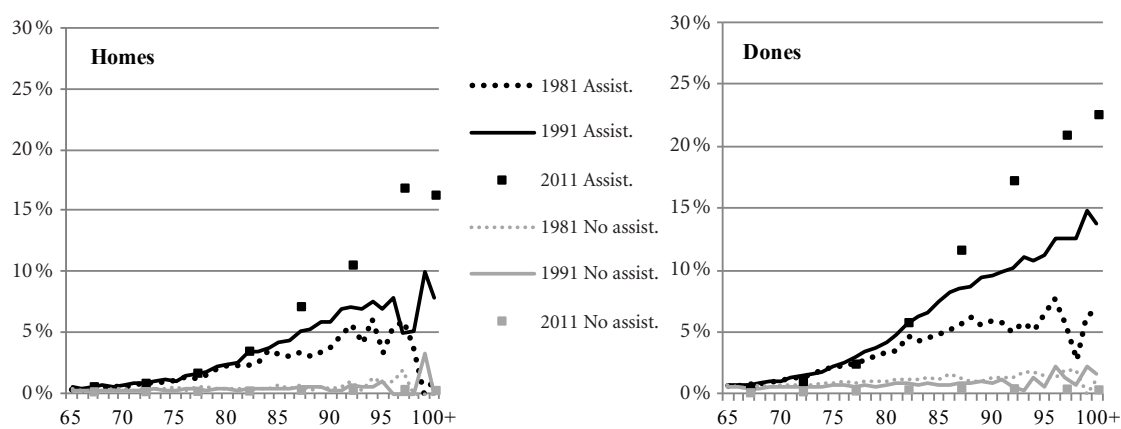
GRÀFIC 4. Població institucionalitzada per grup d'edat i tipus d'establiment col·lectiu. Catalunya, 1981, 1991 i 2011



NOTA: Per a 2011 s'han fet estimacions per sexe i grup d'edat a partir de les dades disponibles per a Espanya i assumint una distribució igual per tipus de centre a Catalunya.

FONT: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'INE: microdades (1981) i resultats detallats (1991 i 2011).

GRÀFIC 5. Prevalença de la institucionalització per sexe i edat segons el tipus d'establiment col·lectiu. Catalunya 1981, 1991 i 2011



NOTA: Per a 2011 s'han fet estimacions per sexe i edat quinquennal a partir de les dades disponibles per a Espanya i assumint una distribució igual per tipus de centre a Catalunya.

FONT: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'INE: microdades (1981) i resultats detallats (1991 i 2011).

4.2. LA POBLACIÓ RESIDENT A CENTRES ASSISTENCIALS A CATALUNYA (2006)

4.2.1. Quants i com són?

L'estimació que fa l'ESPI⁷ és de 34.545 més grans de seixanta-cinc anys que resideix a centres assistencials a Catalunya el 2006, una estimació que s'adequa amb les dels censos de 1991 i de 2011, i que reflecteix l'ascens constant d'aquesta població. Un increment que ja hem vist que podíem atribuir, en una part, a l'envelliment del conjunt de la població i, en l'altra, a una prevalença més gran de la institucionalització.

TAULA 2. Població resident a centres assistencials. Catalunya, 1981, 1991, 2006 i 2011

		65 anys i més			75 anys i més		
		Total	Prevalença	Edat mitjana	Total	Prevalença	Edat mitjana
1981	Homes	2.887	1,1 %	77,7	1.830	2,0 %	81,9
	Dones	7.972	2,0 %	78,6	5.390	3,5 %	82,3
	Total	10.859	1,6 %	78,3	7.220	2,9 %	82,2
1991	Homes	4.892	1,4 %	79,1	3.351	2,8 %	83,2
	Dones	14.463	2,8 %	81,1	11.449	5,2 %	83,8
	Total	19.355	2,2 %	80,6	14.800	4,4 %	83,7
2006	Homes	9.684	2,0 %	81,3	7.435	3,5 %	84,5
	Dones	24.861	3,6 %	85,0	22.597	6,3 %	86,4
	Total	34.545	2,9 %	84,0	30.032	5,2 %	85,9
2011*	Homes	12.381	2,2 %	82,9	10.356	3,9 %	85,4
	Dones	35.491	4,6 %	85,9	32.991	7,4 %	87,1
	Total	47.872	3,6 %	85,2	43.347	6,1 %	86,7

* Per a 2011 s'han fet estimacions per sexe i edat a partir de les dades disponibles per a Espanya i assumint una distribució igual per tipus de centre a Catalunya.

FONT: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat) (2006) i de l'INE (1981, 1991 i 2011).

L'informe de l'ESPI descriu les característiques de la població que resideix a centres assistencials que, a grans trets, està constituïda majoritàriament per dones vídues, de vuitanta anys o més, amb estudis primaris i uns ingressos inferiors a 600 euros mensuals. La població institucionalitzada té una estructura més envellida que la població d'aquestes edats i s'hi observa una sobrerrepresentació de dones i, en especial, de les que tenen vuitanta anys i més: la mitjana d'edat és de 84,0 i un 72 % són dones, mentre que a la població general de seixanta-cinc anys i més la mitjana d'edat se situa als 75,8 i les dones representen un 58 % del total. La majoria de persones són vídues (62,2 %)

7. Cal tenir en compte que aquesta població és només una part de la població que viu a establiments col·lectius, per tant no és exactament equivalent a la població considerada als censos. La població que observa l'ESPI són els residents a centres de llarga estada i residències, que es correspon, aproximadament, amb la població que havíem recollit anteriorment a la categoria de centres assistencials. Aquesta, que només representava un 71 % del total de la població institucionalitzada l'any 1981, ha passat a significar, el 2011, un 94 %.

amb una proporció més elevada entre els grups de més edat. Els solters representen el 18,3 % dels institucionalitzats amb diferències entre homes i dones ja que entre ells la proporció és més alta en els grups d'edats més joves i entre elles és a la inversa (Departament de Salut, 2010).

La raó principal d'anar a viure a un centre assistencial són els problemes de salut o autonomia, motiu que així expressa un 57,9 % dels enquestats. Amb independència de l'estat civil, un nombre important dels entrevistats, el 36,3 %, vivien sols abans de l'ingrés, mentre que el 31,1 % vivia a llars familiars de primer grau i el 19,1 % vivia en parella. Tanmateix, la població resident a centres de llarga estada, comparada amb la població que viu a residències, prové amb més freqüència de centres sociosanitaris o hospitalaris i declara com a motiu principal del seu ingrés problemes de salut i autonomia, mentre que els que viuen a residències declaren més sovint com a motiu d'ingrés les raons familiars o tenir companyia. Igualment, els residents a centres de llarga estada són, en proporció més gran, casats i vivien amb la seva parella o familiars de primer grau abans de l'ingrés (Departament de Salut, 2010).

Hi ha diferents condicionants que afavoreixen l'ingrés en un centre assistencial, sigui una residència o un centre de llarga estada, principalment l'estat de salut i la dependència per a les activitats bàsiques de la vida diària, i la disponibilitat d'una xarxa familiar que possibiliti la vida al domicili fins i tot en processos de deteriorament de la salut.

Un 42 % de la població institucionalitzada s'ajusta al perfil majoritari: dona vídua que ja ha complert els vuitanta anys (taula 3). Tot i que la viduïtat és també l'estat civil predominant entre els homes, les diferències són més petites: un de cada quatre homes ingressat és solter, mentre que un de cada tres és casat. Més enllà de l'estat civil legal, quan se'ls pregunta sobre la parella, el 24,5 % d'homes i només el 8,0 % de dones declaren tenir-ne. D'altra banda, el 41,8 % d'homes i el 31,6 % de dones declaren no tenir fills. Igualment, el 42,1 % afirma que no hi ha ingressat per problemes de salut o autonomia, sinó per altres motius (companyia, raons familiars, viure més còmodes o motius econòmics).

Així doncs, es tracta d'una població heterogènia, amb uns perfils que responen a diferents situacions i trajectòries de constitució familiar, considerant que la xarxa familiar, especialment la parella i els fills, és un dels recursos per a afrontar el procés d'envelliment al domicili, tant pel que fa a la cura o assistència en cas de necessitat com de companyia i benestar personal.

TAULA 3. Distribució de la població resident a centres assistencials per sexe, grup d'edat i estat civil. Catalunya 2006 (en percentatge, %)

<i>Respecte de la població resident a centres assistencials</i>					<i>Respecte de cada sexe per separat</i>				
		< 80	80 i +	Total			< 80	80 i +	Total
Homes	Solter	3,9	2,8	6,7	Homes	Solter	13,9	9,8	23,8
	Casat	3,9	4,9	8,9		Casat	13,9	17,5	31,4
	Vidu	2,3	8,5	10,8		Vidu	8,2	30,1	38,3
	Sep./Div.	1,3	0,5	1,8		Sep./Div.	4,6	1,9	6,6
	Total	11,5	16,7	28,2		Total	40,7	59,3	100,0
Dones	Soltera	2,3	9,2	11,6	Dones	Soltera	3,2	12,9	16,1
	Casada	2,8	4,5	7,3		Casada	3,9	6,3	10,2
	Vídua	8,9	42,6	51,5		Vídua	12,3	59,3	71,7
	Sep./Div.	0,9	0,5	1,5		Sep./Div.	1,3	0,8	2,0
	Total	14,9	56,9	71,8		Total	20,7	79,3	100,0
Total		26,3	73,7	100,0					

FONT: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ESPI (2006).

4.2.2. Diferents perfils de la població resident a centres assistencials

Tal com s'ha comentat a l'apartat metodològic, per a definir els perfils d'aquesta població s'ha dut a terme una anàlisi de correspondències múltiple, de la qual s'han extret vuit factors, que s'han utilitzat en una anàlisi de clúster seguint el mètode de conglomerats jeràrquics, el qual ha donat un total de set perfils. Mentre que per a identificar-los s'han considerat variables demogràfiques, de xarxa familiar i convivència prèvia a l'ingrés, d'estat de salut, edat al moment de l'ingrés i motiu de l'ingrés, a la descripció de les classes resultants s'han inclòs altres variables socioeconòmiques com ara el nivell educatiu, la participació al mercat de treball i el nivell d'ingressos.

De la classificació jeràrquica en set grups hi ha una variable que és la que més discrimina: el motiu d'ingrés. De les cinc categories de la variable, n'hi ha dues de molt relacionades, si més no pel que fa a la situació actual dels residents a centres assistencials: els problemes de salut o autonomia i el *proxy*, que correspon als individus que no van poder contestar directament l'enquesta sinó que ho van fer a través d'un informant clau.⁸ D'entre les persones entrevistades a través d'un qüestionari indirecte, el 95 % presenta demència, de manera que és raonable assumir que la principal causa de l'ingrés va ser el deteriorament greu de la salut mental, i considerar que ambdues categories es refereixen a un deteriorament important de l'estat de salut.

Observem, doncs, que, dels set clústers (taula 4), quatre agrupen persones ingressades per motius de salut, sigui salut o autonomia o *proxy*, i els altres tres concentren les persones que han manifestat altres motius (tenir companyia, raons familiars o d'altres, que inclouen viure més còmodament, motius econòmics o d'altres).

De les quatre categories que resideixen a centres assistencials per motius de salut, n'hi ha una de majoritària (**grup 1**), que inclou fins al 36,2 % de la població que viu a residències i centres de llarga estada (taula 4). Malgrat que en ser el més nombrós no té uns trets rellevants en gairebé cap de les variables, sí que s'observa que es troba principalment format per dones vídues, de 86,4 anys d'edat mitjana, que no tenen parella però sí fills i altres familiars, que abans de l'ingrés vivien soles, a un habitatge de propietat. Havien participat al mercat laboral i disposen d'ingressos mitjans i tenen un nivell educatiu baix, similar al global de la població resident. La gran majoria tenen alguna dependència de les ABVD i/o un deteriorament de la salut mental, i hi han ingressat, de mitjana, als 83,3 anys per problemes de salut o autonomia o *proxy*.

El **grup 2** (14,2 %) es caracteritza perquè és el més jove i en el qual hi ha més presència de persones casades i amb parella. Concentra homes joves, amb una edat mitjana de 74,6 anys, que abans d'ingressar als centres convivia amb la parella a la llar pròpia. Tenen estudis secundaris o primaris i uns ingressos superiors als 600 euros. Presenten una dependència important per a les funcions bàsiques de la vida diària, i hi van ingressar a una edat jove —71,2 anys de mitjana— per motius de salut o autonomia o *proxy*. En resum, aquest grup reuneix molts dels homes institucionalitzats, que a edats joves presentaven problemes de salut que els fan fortament dependents i que, malgrat tenir família, i fins i tot parella, han hagut d'ingressar en un centre assistencial.

El **grup 3** (9,2 %) representa l'altre extrem, i és, amb diferència, el d'edat més avançada, amb una mitjana de 88,4 anys. Es distingeix perquè conté una proporció elevada de dones més grans de vuitanta-cinc anys, vídues, amb fills, que abans d'ingressar-hi vivien amb familiars de primer grau a una casa de lloguer. Van ingressar als centres a edats avançades, de mitjana als 85,4 anys, per motius de salut, possiblement mental (*proxy* = 100 %). En un 98 % dels casos estan afectades per demència i, en una proporció elevada, són dependents en les sis funcions de les ABVD. Es tracta, per tant, de dones que van envellir a casa, amb la família, però que a edats avançades, malgrat tenir una xarxa familiar, han hagut de ser ingressades pel deteriorament de la salut mental i un alt grau de dependència funcional.

8. Tot i que l'informant clau responia un qüestionari més reduït, de les variables utilitzades en aquest estudi l'única que no inclou el qüestionari indirecte és el motiu principal d'ingrés al centre.

El **grup 4** (18,5 %) està compost per persones solteres i divorciades, independentment del sexe i l'edat, que no tenen fills ni altres familiars i que abans de l'ingrés vivien en altres situacions, provenien de centres sociosanitaris o residències, amb una presència relativa de persones amb dependència a les sis ABVD i demència. Reuneix, per tant, persones amb problemes de salut i sense xarxa familiar.

Els tres grups següents es distingeixen perquè les persones declaren que han anat a viure a centres assistencials per altres motius diferents de problemes de salut, i comprenen el 22 % de la població resident.

El **grup 5** (8,3 %) és relativament masculí i no presenta greus problemes de salut mental ni funcional. Destaca perquè concentra persones que han ingressat als centres per raons familiars, tot i tenir fills i altres familiars amb qui vivien prèviament. Agrupa persones de nivells educatius oposats, tant analfabets com d'altres amb educació secundària, i persones amb un nivell d'ingressos elevat.

El **grup 6** (9,8 %) aplega majoritàriament persones solteres independentment del sexe i l'edat, que abans de l'ingrés vivien soles o a casa d'algun familiar. No tenen problemes greus de salut: pel que fa a la funcionalitat, són independents o tenen alguna dependència per a les ABVD, i tenen bona salut mental o un dèficit cognitiu lleu. Es tracta, doncs, de persones solteres, sense grans problemes de salut i sense xarxa familiar de primer grau que declaren que han anat a viure a un centre assistencial per tenir companyia.

D'altra banda, el **grup 7** (3,8 %) concentra homes vidus de qualsevol edat, amb un nivell educatiu i d'ingressos elevat, que presenten un estat funcional i cognitiu relativament bo i disposen de xarxa familiar primària o secundària. Prèviament a l'ingrés, vivien amb la parella i van anar a viure a la residència entre els setanta-cinc i els vuitanta-quatre anys, per viure més còmodes, per motius econòmics o d'altres.

TAULA 4. Distribució de les variables entre els set grups identificats amb l'anàlisi de clúster

Número de grup	1	2	3	4	5	6	7	Total
<i>Distribució de la població entre els grups</i>	36,2%	14,2%	9,2%	18,5%	8,3%	9,8%	3,8%	100,0%
Sexe								
Home	20,3%	43,9%	16,3%	27,6%	38,2%	28,7%	50,0%	28,0%
Dona	79,7%	56,1%	83,7%	72,4%	61,8%	71,3%	50,0%	72,0%
Edat								
Joves (< 80)	5,8%	95,2%	4,9%	29,0%	27,3%	21,7%	12,0%	26,3%
Vells	45,7%	3,7%	27,9%	26,5%	25,5%	37,2%	44,0%	32,0%
Molt vells (86 i +)	48,4%	1,1%	67,2%	44,5%	47,3%	41,1%	44,0%	41,7%
Edat mitjana	86,4	74,6	88,4	83,8	84,3	84,3	84,8	84,0
Estat civil								
Solter/a	13,9%	22,3%	5,0%	27,4%	17,3%	28,7%	12,0%	18,3%
Casat/ada	20,2%	29,8%	3,3%	11,7%	10,9%	7,0%	16,0%	16,3%
Vidu/vídua	65,1%	42,0%	90,1%	55,2%	68,2%	58,9%	70,0%	62,2%
Separat/ada, divorciat/ada	0,8%	5,9%	1,7%	5,8%	3,6%	5,4%	2,0%	3,2%
Parella								
No en té	84,2%	75,5%	97,5%	91,4%	91,7%	95,3%	90,2%	87,5%
Sí que en té	15,8%	24,5%	2,5%	8,6%	8,3%	4,7%	9,8%	12,5%

Número de grup	1	2	3	4	5	6	7	Total
<i>Distribució de la població entre els grups</i>	36,2%	14,2%	9,2%	18,5%	8,3%	9,8%	3,8%	100,0%
Fills								
No en té	29,1%	41,7%	11,4%	44,1%	29,1%	53,8%	29,4%	34,4%
Sí que en té	70,9%	58,3%	88,6%	55,9%	70,9%	46,2%	70,6%	65,6%
Altres familiars								
No en té	21,9%	23,4%	23,8%	33,9%	9,2%	20,2%	17,6%	23,1%
Sí que en té	78,1%	76,6%	76,2%	66,1%	90,8%	79,8%	82,4%	76,9%
Convivència prèvia								
Sol	48,2%	39,9%	0,0%	18,8%	23,6%	67,4%	31,4%	36,3%
Amb parella, amb familiars 1r grau o sense	26,9%	33,0%	0,0%	4,9%	23,6%	7,0%	29,4%	19,1%
Amb familiars 1r grau, sense parella	24,8%	27,1%	100,0%	5,7%	43,6%	20,2%	19,6%	29,5%
Altres situacions / Es desconeix	0,0%	0,0%	0,0%	70,6%	9,1%	5,4%	19,6%	15,1%
Habitatge previ								
Casa pròpia	73,3%	68,4%	0,0%	10,7%	42,7%	59,2%	60,8%	49,9%
Casa de lloguer	9,8%	11,2%	100,0%	6,1%	31,8%	10,8%	11,8%	19,7%
Casa d'algun fill o altre familiar	14,8%	19,8%	0,0%	3,3%	15,5%	23,1%	7,8%	12,6%
Altres (centre sociosanit., resid. o pis assistit)	2,1%	0,5%	0,0%	79,9%	10,0%	6,9%	19,6%	17,8%
Dependència ABVD								
Independent	15,9%	25,0%	9,0%	13,9%	39,1%	44,2%	43,1%	21,9%
Té alguna dependència	68,1%	50,0%	51,6%	61,2%	60,9%	53,5%	56,9%	60,3%
Dependent a les sis funcions bàsiques	16,1%	25,0%	39,3%	24,9%	0,0%	2,3%	0,0%	17,8%
Salut mental								
Normal	9,8%	23,3%	1,0%	10,5%	14,8%	25,6%	23,5%	13,7%
DCL (deficiència cognitiva lleu)	19,5%	15,9%	1,0%	10,5%	27,8%	31,2%	31,4%	18,2%
Demència	70,7%	60,8%	98,0%	79,0%	57,4%	43,2%	45,1%	68,0%
Salut percebuda								
Mitjana	5,3	5,7	–	5,4	5,7	5,4	6,0	5,5
Edat a l'ingrés								
< 75	2,3%	83,0%	3,3%	23,6%	24,8%	28,3%	9,8%	22,5%
75-84	63,5%	17,0%	38,5%	42,1%	35,8%	39,4%	62,7%	46,0%
85 o més	34,2%	0,0%	58,2%	34,3%	39,4%	32,3%	27,5%	31,5%
Edat mitjana a l'ingrés	83,3	71,2	85,4	80,5	81,0	80,3	82,2	80,7
Motiu d'ingrés								
Tenir companyia / no estar sol	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	9,8%
Raons familiars	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	8,3%
Problemes de salut o autonomia	49,6%	50,0%	0,0%	26,9%	0,0%	0,0%	0,0%	30,0%
Altres	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	3,9%

Número de grup	1	2	3	4	5	6	7	Total
Distribució de la població entre els grups	36,2%	14,2%	9,2%	18,5%	8,3%	9,8%	3,8%	100,0%
Proxy	50,4%	50,0%	100,0%	73,1%	0,0%	0,0%	0,0%	48,1%
Nivell educatiu								
No sap llegir ni escriure	11,1%	13,3%	15,6%	10,9%	15,5%	8,7%	6,0%	11,7%
Sense estudis, sap llegir i escriure	50,1%	44,1%	36,1%	32,8%	50,0%	54,3%	46,0%	45,0%
Estudis primaris	21,9%	25,5%	13,9%	19,8%	27,3%	32,3%	32,0%	23,1%
Estudis secundaris	5,0%	5,9%	3,3%	3,6%	6,4%	3,1%	6,0%	4,7%
Universitaris	2,5%	1,1%	1,6%	2,4%	0,9%	0,8%	6,0%	2,0%
NS/NC	9,4%	10,1%	29,5%	30,4%	0,0%	0,8%	4,0%	13,5%
Treball propi								
No	19,7%	9,5%	21,4%	14,9%	11,0%	8,6%	4,2%	14,8%
Sí	80,3%	90,5%	78,6%	85,1%	89,0%	91,4%	95,8%	85,2%
Ingressos mensuals								
No té ingressos	6,2%	3,1%	5,9%	5,8%	0,0%	0,0%	5,0%	4,4%
Menys de 300 euros	6,2%	3,1%	3,9%	7,0%	7,9%	9,4%	0,0%	5,7%
De 301 a 600 euros	66,3%	55,1%	68,6%	60,5%	60,5%	60,4%	50,0%	61,8%
De 601 a 900 euros	13,5%	24,5%	11,8%	17,4%	7,9%	22,6%	35,0%	17,4%
Més de 900 euros	7,9%	14,2%	9,8%	9,3%	23,7%	7,6%	10,0%	10,7%

FONT: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ESPI (2006).

5. Conclusions i discussió

La institucionalització continua sent una forma residencial minoritària entre les persones grans a Catalunya: en termes relatius, afecta només un 4,0 % de la població més gran de seixanta-quatre anys el 2011, però, en termes absoluts, ha experimentat un creixement important ja que s'ha més que triplicat des de 1981, i aplega més de 51.000 persones. L'increment es deu tant a la supervivència més gran a edats avançades com a un augment considerable de la institucionalització en les darreres tres dècades, especialment entre les persones de vuitanta anys i més. És rellevant mesurar aquesta població i visibilitzar que la seva absència pot provocar un biaix important en enquestes adreçades exclusivament a residents a llars privades, especialment pel que fa l'anàlisi de les persones grans.

Malgrat que la població institucionalitzada està constituïda principalment per dones vídues i més grans de vuitanta anys, sí que hem comprovat una presència important de solters entre ambdós sexes, principalment a les edats més joves que estan menys afectades per la viduïtat. Tenint en compte la petita proporció de persones d'aquestes generacions que no s'han casat mai, la prevalença de solters és molt elevada entre els institucionalitzats, especialment entre les dones, i augmenta amb l'edat. Això posa en relleu la importància de la xarxa familiar, atès que els solters no només no tenen parella, sinó que majoritàriament no han tingut fills, és a dir, no disposen de xarxa familiar de primer grau que els pugui assistir en cas de necessitat.

El cens de 2011 mostra que gairebé el 95 % de persones grans que viuen a establiments col·lectius ho fan a centres assistencials, que inclouen tant residències com centres hospitalaris i de llarga estada. Ha quedat palès que, malgrat l'existència d'un perfil majoritari entre la població

institucionalitzada, no es pot parlar d'una població homogènia, sinó que hi ha diferents perfils que responen a situacions familiars i d'estat de salut.

S'han identificat set perfils de persones institucionalitzades que s'han classificat en dos grans grups: els qui hi han ingressat per motius de salut o autonomia i els qui declaren altres motius. D'entre els primers, hi ha quatre perfils que revelen diferents situacions familiars o de convivència prèvia que haurien precipitat l'ingrés a una institució: 1) dones vídues que vivien soles i patien alguna dependència en les ABVD; 2) persones joves, principalment homes, que malgrat tenir xarxa familiar han hagut d'ingressar-hi a edats joves per problemes greus de dependència funcional; 3) dones vídues que han envellit a casa seva o dels fills i hi han ingressat a edats avançades amb un deteriorament mental important, i 4) persones amb problemes de salut i sense xarxa familiar, principalment solters i divorciats.

D'altra banda, tot i que només un 6,2 % de la població institucionalitzada no presenta cap problema de salut —no té deteriorament cognitiu i és independent per a les sis ABVD— un 22 % de la població declara haver anat a viure al centre assistencial per altres motius. Entre aquest grup, hi ha tres perfils diferenciats que tenen un estat funcional i cognitiu relativament bo: 1) persones que malgrat tenir xarxa familiar hi han ingressat per raons familiars; 2) persones, sobretot solteres, que no volen estar soles i busquen companyia, i 3) homes vidus amb nivell educatiu i ingressos més elevats que declaren haver-hi ingressat per viure més còmodament o per motius econòmics.

Malgrat la preferència explícita de les persones grans de viure soles mentre puguin i amb els fills en cas de necessitat, els perfils obtinguts suggereixen un canvi de mentalitat respecte a les residències, com també ho apunten altres treballs (Fernández Carro, 2013). Només un 9,2 % dels residents a centres assistencials responen al perfil que en un passat proper es tenia de la institucionalització: el recurs últim quan no es podien atendre degudament les necessitats de cura dels ancians de la família, que havien envellit en l'entorn familiar (Bazo, 1991). D'altra banda, el grup més nombrós, que concentra el 36,2 % de la població institucionalitzada, agrupa majoritàriament dones vídues que, prèviament a l'ingrés per problemes de salut o autonomia, vivien a un habitatge de propietat, moltes soles malgrat tenir una xarxa familiar. Tot i que a l'enquesta no se'ls ha preguntat, és molt possible que aquestes dones hagin preferit anar a viure a una residència abans que a casa d'algun dels fills per no ser una càrrega ni pertorbar la intimitat de la vida familiar (López Doblas *et al.*, 2013). Quan se'ls pregunta, un 60 % de les persones que viuen a residències (a Espanya) declaren haver pres elles soles aquesta decisió (Fernández Carro, 2013). Igualment el fet de disposar d'un habitatge de propietat, a més dels ingressos per pensió, podria ser la diferència entre poder-se costejar l'ingrés a una residència o haver de dependre d'altres familiars. Aquest possible canvi incipient també s'observa en el perfil minoritari (3,8 %) que aplega homes vidus d'elevat nivell educatiu i d'ingressos, i que declaren haver-hi anat a viure per motius pràctics (comodat, econòmics o d'altres), però també en el fet que persones sense xarxa familiar primària, principalment solteres, amb un estat funcional i de salut mental relativament bons, van a viure a una residència per tenir companyia.

Els resultats apunten que la institucionalització continuarà augmentant en un futur proper i especialment entre les edats avançades, ja que les generacions que aniran integrant la població de seixanta-cinc anys i més suposadament hauran gaudit de millors condicions de salut al llarg de la vida; tot i que està per veure si el context socioeconòmic actual de reducció de benestar social, que afecta de manera important tant el nivell de benestar material com la provisió de serveis sanitaris, afectarà negativament les cohorts que actualment estan en edats madures i el seu estat de salut en la vellesa. D'altra banda, és possible que hi hagi un augment també causat per la disposició més gran de les persones grans que, tot i no tenir problemes de salut importants, poden estar buscant una opció residencial que els aporti suport, comodat, serveis, companyia i la tranquil·litat de ser a prop d'algú que els atengui en cas de necessitat o urgència.

ANNEX 1. Classificació d'establiments col·lectius segons tipologia i cens. Censos 1981, 1991, 2001 i 2011

1981	1991	2001	2011
Residències			
D'assistència social (asil, orfenats, d'assistència social a la infància, joventut, adults, desvalguts o marginats socials, etc.)	Albergs per a desvalguts, marginats...	Albergs per a marginats socials	Residències de persones grans
	Asils o residències d'avis	Asils o residències d'avis	Institucions per a persones amb discapacitat o institucions d'assistència social a la infància, joventut
	Institucions d'assistència social	Institucions per a persones amb discapacitats	
	Institucions per a discapacitats	Altres institucions d'assistència social a la infància, joventut...	
	Orfenats		
Hospitalaris			
Hospitalaris (hospitals, clíniques, hospitals asil, establiments per a malalts mentals, cases de convalescència, etc.)	Hospitals de llarga estada	Hospitals de llarga estada	Institucions sanitàries
	Hospitals generals	Hospitals generals i especials de curta estada	
	Hospitals psiquiàtrics	Hospitals psiquiàtrics	
Religiosos			
Religiosos	Institucions religioses	Institucions religioses (monestirs, abadies...)	Institucions religioses
D'altres			
Militars	Establiments militars	Establiments militars (casernes...)	Institucions militars
D'ensenyament (internats, acadèmies i escoles militars, seminaris, etc.)	Col·legis majors	Col·legis majors, residències d'estudiants	Institucions penitenciàries
Altres	Institucions d'ensenyament	Internats, acadèmies i escoles militars, seminaris...	Altres tipus d'establiments col·lectius
Penitenciaris	Altres	Institucions penitenciàries (presons, reformatoris...)	

1981	1991	2001	2011
Residencials no hostalers (col·legis majors, residències d'estudiants o treballadors, etc.)	Residència de treballadors	Altres tipus de col·lectiu Residències de treballadors	
Hostalers (hotels, pensions, hostals, albergs, etc.)	Hotels	Hotels, pensions, albergs...	

FONT: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ESPI (2006).

6. Bibliografia

- BARENYS, M. Pia (1992). «Las residencias de ancianos y su significado sociológico». *Papers*, núm. 40, p. 121-135.
- BAZO, M. Teresa (1991). «Institucionalización de personas ancianas: un reto sociológico». *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, núm. 53, p. 49-164.
- (2004). «Envejecimiento y familia». *Arbor*, vol. CLXXVIII, núm. 702, p. 323-344.
- DEPARTAMENT DE SALUT (2010). *Enquesta de salut a la població institucionalitzada de Catalunya, 2006: Residències i centres de llarga estada*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.
- DÉSESQUELLES, Aline; BROUARD, Nicolas (2003). «The family networks of people aged 60 and over living at home or in an institution». *Population*, núm. 58, p. 181-206.
- DÍAZ, ROSA; HERRANZ, RUBÉN; MADRIGAL, Ana; FERNÁNDEZ, Marta (2009). «Servicios sociales para personas mayores en España. Enero 2008». A: IMSERSO. OBSERVATORIO DE PERSONAS MAYORES. *Las personas mayores en España. Informe 2008*. Tom I: *Datos estadísticos estatales*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, cap. 7, p. 331-404.
- FERNÁNDEZ CARRO, Cecília (2013). *Ageing in place in Europe: A multidimensional approach to independent living in later life*. Tesi doctoral. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona.
- FESTY, Patrick; RYCHTARIKOVA, Jitka (2008). «Living conditions for the elderly in the late twentieth century». A: GAYMU, Joëlle [et al.] (ed.). *Future elderly living conditions in Europe*. París: INED, p. 41-70.
- FREEDMAN, Vicki A. (1996). «Family structure and the risk of nursing home admission». *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, núm. 51B (2), p. 61-69.
- GRUNDY, Emily; JITAL, Mark (2007). «Socio-demographic variations in moves to institutional care 1991-2001: a record linkage study from England and Wales». *Age and Ageing*, núm. 36, p. 424-430.
- HAYS, Judith; GEORGE, Linda K. (2002). «The life-course trajectory towards living alone: racial differences». *Research on Aging*, núm. 24 (3), p. 283-307.
- LÓPEZ DOBLAS, Juan L.; DÍAZ CONDE, M. del Pilar (2013). «La modernización social de la vejez en España». *Revista Internacional de Sociología*, núm. 71 (1), p. 65-89.
- NAVARRO, Alberto; SÁNCHEZ, Inma; MARTÍN, Miguel (2004). *Análisis estadístico de encuestas de salud*. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona. (Materials; 145)
- PEETERS, Hans; DEBELS, Annelies; VERPOORTEN, Rika (2013). «Excluding institutionalized elderly from surveys: consequences for income and poverty statistics». *Social Indicators Research*, núm. 110, p. 751-769.
- PÉREZ ORTIZ, Lourdes (2005). «Mayores en residencias». A: IMSERSO. OBSERVATORIO DE PERSONAS MAYORES. *Las personas mayores en España. Informe 2004*. Tom I: *Datos estadísticos estatales*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, cap. 9, p. 811-907.
- RENAUT, Sylvie (2001). «Vivre ou non à domicile après 75 ans: l'influence de la dimension générationnelle». *Gérontologie et Société*, núm. 98, p. 65-83.
- ZUERAS, Pilar (2014). «Disentangling age and cohort effects in coresidence with adult children among the elderly in Catalonia». *Estadística Española*, vol. 56, núm. 184, p. 227-258.
- ZUERAS, Pilar; AJENJO, Marc (2010). «Modelos de convivencia de las personas mayores en Cataluña. Impacto del deterioro de la salud en la independencia residencial». *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, núm. 45 (5), p. 259-266.
- ZUERAS, Pilar; MIRET, Pau (2013). «Mayores que viven solos. Una panorámica europea a la luz de los censos de 1991 y 2001». *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, núm. 144, p. 139-152.