

# Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2008



**Govern  
de les Illes Balears**

Conselleria d'Afers Socials,  
Promoció i Immigració



**Universitat de les  
Illes Balears**



**CARMEN ORTE SOCIAS**  
Directora de la Càtedra de Gerontologia  
Educativa i Social

ANUARI DE L'ENVELLIMENT.  
ILLES BALEARS **2008**



**Govern  
de les Illes Balears**

Conselleria d'Afers Socials,  
Promoció i Immigració



**Universitat de les  
Illes Balears**

## **Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2008**

Aquest Anuari de l'envelliment, és el resultat d'un conveni de col·laboració entre la **Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració de les Illes Balears i la Universitat de les Illes Balears**. Així, i d'acord amb el present conveni, l'Anuari de l'envelliment és una iniciativa de la Càtedra de Gerontologia Educativa i Social de la UIB, dirigida per la doctora Carmen Orte Socias, amb la col·laboració de la Societat Balear de Geriatria i Gerontologia.

### **Consell de Direcció:**

#### **Directora:**

Dra. Carmen Orte Socias

#### **Vocals:**

Sra. Catalina Andreu Mestre

Dr. Bartomeu J. Barceló Ginard

Sr. Enrique Campos Alcaide

Sr. Miquel Oliver Ramon

Sra. Carmen Mas Tous

#### **Secretari:**

Sr. Liberto Macías González

\* © del text: els autors 2008

\* © de l'edició: Càtedra de Gerontologia Educativa i Social (Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració i UIB)

\* Disseny, maquetació i Impressió: amadip.esment

\* ISBN: 978-84-8384-066-5

\* Dipòsit legal: PM-2908-2008

*El contingut dels articles és responsabilitat dels autors. El seu parer no representa l'opinió de la Universitat de les Illes Balears ni de la Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració.*

*S'autoritza la reproducció total o parcial de l'obra, si s'esmenta la font i l'autor o l'autora.*

*L'Anuari de l'envelliment. Illes Balears es pot consultar a les pàgines web de la Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració, <http://laferssocials.illesbalears.cat>*

*Dra. Carmen Orte Socias. Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques. Edifici Guillem Cifre de Colonya. Campus UIB. Cra. de Valldemossa, km 7.5. 07122 Palma (Illes Balears).*

*Tel.: 971 17 32 96 / Fax: 971 17 31 90*

*E-mail: [carmen.orte@uib.es](mailto:carmen.orte@uib.es)*

# SUMARI

<b>PRESENTACIÓ</b>	<b>7</b>
<b>Consellera d'Afers Socials, Promoció i Immigració</b> Josefina Santiago Rodríguez	
<b>INTRODUCCIÓ</b>	<b>11</b>
<b>Per què un Anuari de l'envelliment?</b> Carmen Orte Socias	
<b>L'ENVELLIMENT DEMOGRÀFIC A LES ILLES BALEARS</b> Silvia Carretero Quevedo	<b>17</b>
<b>ENVELLIMENT, SALUT I SERVEIS SOCIALS: ALGUNS INDICADORS</b> Enrique Campos Alcaide i Catalina Andreu Mestre	<b>37</b>
<b>LA DEPENDÈNCIA DE LA GENT GRAN A LES ILLES BALEARS</b> Bartomeu J. Barceló Ginard	<b>101</b>
<b>EFFECTIVITAT D'UN PROGRAMA DE MILLORA DEL FUNCIONAMENT COGNITIU. EL TALLER «ENTRENEM EL CERVELL»</b> Carmen Mas Tous i Magdalena Medinas Amorós	<b>143</b>
<b>ENVELLIMENT, EDUCACIÓ I QUALITAT DE VIDA: CAP A LA INSTITUCIONALITZACIÓ DE LA GERONTOLOGIA EDUCATIVA</b> Carmen Orte Socias i Martí X. March Cerdà	<b>165</b>
<b>EDUCACIÓ I PERSONES GRANS: EVOLUCIÓ I CARACTERÍSTIQUES DE L'ALUMNAT DE LA UOM (1998-2008)</b> Carmen Orte Socias, Liberto Macías González i Margalida Vives Barceló	<b>203</b>
<b>LEGISLACIÓ I NORMATIVA SOBRE GENT GRAN: UNA APROXIMACIÓ</b> M. Rosa A. Arregui Álava	<b>239</b>



# PRESENTACIÓ

---

Josefina Santiago Rodríguez  
*Consellera d'Afers Socials, Promoció i Immigració*  
*Govern de les Illes Balears*



S'ha convertit en un tòpic dir que la nostra és una època de canvi social. Els principals debats de la societat actual se centren en les grans transformacions que modifiquen els fonaments del món al qual ens havíem acostumat. La revolució tecnològica, la globalització, els canvis a la família, la presència creixent de comunitats d'origen estranger o els canvis en les comunicacions (telèfon mòbil, Internet, etc.), juntament amb els canvis en els serveis educatius, socials o de salut, han modificat la manera de viure de les persones majors en la nostra societat i configuren un present complex i, tal vegada, engrescador.

La Llei de promoció de l'autonomia personal i l'atenció a les persones en situació de dependència ha significat un canvi notable, però només és una més de les transformacions que s'han produït en els serveis socials. La reforma de la Universitat Oberta de Majors (UOM) és un dels indicadors dels canvis en els serveis educatius pel que fa a les persones majors. La diversificació dels serveis de salut i el desenvolupament dels serveis socio-sanitaris en són uns altres indicadors. Aquest canvi s'està produint, de forma especial, en els darrers anys.

En aquest context, analitzar la situació de les persones majors com s'havia fet tradicionalment és insuficient. En les societats en què "tot està canviant" no es pot continuar considerant una part tan important de la població com si tot seguís igual.

Hem passat de viure en societats en què tots sabíem com es desenvoluparia la nostra vida, a societats amb més incertesa. En aquest darrer cas, la vida de les persones ja no segueix una línia de progressió simple i es converteix, moltes vegades, en una successió discontinua i, en part, imprevisible d'experiències, esquitxada per diverses circumstàncies, com els canvis familiars o laborals que tenen importants conseqüències en els àmbits econòmic, social i psicològic.

Davant aquest nou context, calen noves aproximacions a l'estudi de la situació i perspectives socials de les persones majors en què s'emfatitzin les múltiples dimensions i es capturi el caràcter essencialment dinàmic de la vida actual, amb tota la seva riquesa. Aquest és el principal objectiu d'aquest ANUARI que iniciem l'any 2008: ajudar a entendre en quin món vivim.

Tant en aquesta com en les edicions següents de l'ANUARI, la principal via d'aproximació són les aportacions complementàries d'autors i autores diversos per tal de copsar aquesta realitat complexa i canviant. L'ANUARI representa, doncs, el primer pas en aquesta direcció que fan les persones autores d'aquest estudi, un conjunt de professionals coordinats per la doctora Carmen Orte de la Universitat de les Illes Balears.

Gràcies a la coordinació de la professora Orte, responsable de la Càtedra de Gerontologia —impulsada per la Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració—, s'ha aconseguit posar de manifest els avantatges d'una aproximació multidisciplinària —social, educativa,

psicològica, de salut, etc.—, tot superant els enfocaments purament sanitaris que sovint són els únics a moltes publicacions.

La situació social de les persones majors es defineix precisament per l'acumulació de factors socials, psicològics, demogràfics, econòmics, culturals que s'interrelacionen i es retroalimenten. Aquest caràcter dinàmic, multicausal i multidimensional aconsella adoptar una perspectiva d'estudi global —és a dir, dirigida a captar la realitat amb tota la seva complexitat— i integral, que tengui en compte el conjunt de contextos o àmbits en els quals es desenvolupa la vida.

L'Anuari és el resultat de l'esforç de moltes persones. A totes els hem d'agrair les complicitats que han permès desenvolupar aquesta publicació. També hem d'agrair la feina d'institucions i d'organismes que han posat a la disposició de les persones que l'han elaborat les seves dades, que constitueixen el fonament empíric d'aquest ANUARI.

Totes les persones que han participat en l'elaboració de l'Anuari mereixen el més sincer agraïment pel treball realitzat i per haver fet possible aquest projecte. Desitjam que aquesta publicació sigui d'utilitat per a totes les persones, entitats socials i administracions públiques que treballen per millorar la qualitat de vida de les persones majors, però també per a les mateixes persones majors que vulguin conèixer la seva realitat i debatre-la. De tothom, n'esperam l'aportació d'idees i propostes per a la construcció d'una societat més justa i solidària. No dubteu que, per la nostra part, posarem tot el que sigui possible i necessari.

**Fina Santiago**

Consellera d'Afers Socials, Promoció i Immigració

# INTRODUCCIÓ

---

## **Per què un Anuari de l'envelliment?**

Carmen Orte Socias

Un dels fenòmens socials més significatius del segle XX, i que continuarà durant el segle XXI, ha estat l'increment de l'esperança de vida de la població i, per tant, l'augment de la gent gran i un envelliment progressiu de la societat. Així, sens dubte, l'envelliment és un dels màxims desafiaments socials i econòmics del segle XXI per als països europeus. En aquesta perspectiva, cal assenyalar que Europa, en el marc de les diverses regions mundials, té la proporció més gran de persones que superen l'edat de seixanta-cinc anys, juntament amb el Japó, amb unes proporcions sense precedents. Aquest fet suposarà un increment de la despesa de la societat quant als plans de pensions i a la creació i el manteniment dels recursos socio-sanitaris per a aquesta població envellida, i un augment del percentatge de persones grans dependents.

En aquest context plantejat, un dels reptes bàsics als quals s'ha de donar resposta és l'increment de la qualitat de vida de les persones grans, l'increment de la seva autonomia personal, s'han de retardar al màxim els processos de dependència i s'ha de millorar l'autoestima d'aquest col·lectiu. Així doncs, el desenvolupament de programes que incrementin la qualitat de vida, en totes les dimensions, de les persones grans és un dels objectius bàsics en els quals les administracions públiques, les universitats, els centres d'investigació i el conjunt d'institucions de la societat civil han de col·laborar d'una manera coordinada.

La posada en marxa del programa Envellir (*Growing Older Programme*), desenvolupat a la Gran Bretanya des de la segona meitat dels anys noranta i dirigit pel professor Alan Walter de la Universitat de Sheffield, és una de les expressions més significatives de la coordinació entre la investigació gerontològica i el desenvolupament de programes d'actuació per a les persones grans amb l'objectiu d'incrementar la seva qualitat de vida. En concret, i respecte del programa Envellir, el programa *Growing Older-GO* (IMSERO, 2006) té dos objectius molt concrets: en primer lloc, l'estudi de la qualitat de vida des d'un punt de vista multidisciplinari i, en segon lloc, la promoció de polítiques i pràctiques en matèria d'envelliment. Es tracta, en qualsevol cas, de possibilitar que les persones grans gaudeixin d'una vida activa, independent i segura, en la qual tots els membres de la societat, independentment de la seva edat, siguin valorats i en la qual cadascú tingui l'oportunitat de desenvolupar plenament el seu paper i el seu rol social.

A través de diversos estudis i d'altres documents que seria molt llarg desenvolupar, es posa de manifest el que ja s'expressava en l'assaig *De Senectute*, un assaig sobre l'envelliment satisfactori, en el qual es deia que la vellesa ofereix oportunitats per a canvis positius i un funcionament actiu i que no ha de confondre's vellesa amb malaltia. En qualsevol cas, el que resulta evident en totes les investigacions realitzades és la idea que la millora de la qualitat de vida d'aquest col·lectiu és justa i necessària, amb l'objectiu d'incrementar la vida de les persones grans des de l'òptica de la independència, l'autonomia personal i la millora de l'autoestima.

En aquest context de la problemàtica, de la importància, de la transcendència del fenomen de l'envelliment, s'ha d'assenyalar que aquest *Anuari de l'envelliment de les Illes Balears* és el resultat d'un conveni de col·laboració entre la **Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració de les Illes Balears i la Universitat de les Illes Balears**. Així, i d'acord amb aquest conveni, l'*Anuari de l'envelliment de les Illes Balears* és una iniciativa de la Càtedra de Gerontologia Educativa i Social de la UIB, que compta amb la col·laboració de la Societat Balear de Geriatria i Gerontologia i que volem dur a terme des d'una perspectiva multidisciplinària. Efectivament, l'anàlisi de la vellesa necessita diverses perspectives, que són bàsiques si volem tenir una visió global d'aquest fenomen social dels segles XX i XXI.

Aquesta diversitat de perspectives és la que volem dur a terme en el marc d'aquest *Anuari* i això significa analitzar l'envelliment des de la perspectiva psicològica, sociològica, demogràfica, educativa, de la salut, de la legislació, de la política, de la investigació, de programes d'intervenció, etc. Es tracta, per una part, de contribuir al coneixement d'aquesta realitat i, per altra part, d'analitzar les polítiques i els programes d'intervenció que es duen a terme dins aquest sector en el si de la comunitat autònoma de les Illes Balears.

Quins són, doncs, els objectius del present *Anuari de l'envelliment de les Illes Balears*? Aquests objectius són diversos. Un primer objectiu és, sense cap dubte, fer cada vegada més visible no solament aquest fenomen de l'envelliment, sinó aquest sector de població més nombrós cada any a causa de l'increment de l'esperança de vida. En segon lloc, volem no solament conèixer amb més profunditat aquest sector de població, sinó, sobretot, contribuir a la seva comprensió des de totes les òptiques possibles. En tercer lloc, volem donar a conèixer els programes i les polítiques d'intervenció existents amb relació a aquesta població que emergeix cada dia amb més força. En quart lloc, volem contribuir a donar a conèixer aquest sector de la població des de la diversitat; efectivament, si alguna cosa caracteritza la vellesa és, sense cap dubte, la seva diversitat, la seva heterogeneïtat: les visions homogènies o uniformes no serveixen per definir aquesta població. I en quart lloc, volem, a més de possibilitar la seva visibilitat social i caracteritzar-la des de la diversitat, posar de manifest el risc d'exclusió social d'aquest sector de població, a causa de la seva vulnerabilitat econòmica, social, educativa o de salut; una vulnerabilitat, emperò, que s'ha de transformar en una idea, en una realitat d'autonomia, d'autoestima, d'independència, etc., d'acord amb les polítiques que es duguin a terme no solament per part de les administracions públiques, sinó també de la societat civil.

En aquest sentit, l'estructura de l'*Anuari de l'envelliment de les Illes Balears* del present any és la següent: es presenten set treballs per part de diversos autors, amb els títols següents: «L'envelliment demogràfic a les Illes Balears»; «Envelliment i salut: alguns indicadors»; «La dependència de les persones grans a les Illes Balears»; «Efectivitat d'un programa de millora del funcionament cognitiu: el taller "entrenem el cervell"»; «Envelliment,

educació i qualitat de vida: cap a la institucionalització de la gerontologia educativa»; «Educació i persones grans: evolució i característiques de l'alumnat de la UOM (1998-2008)»; i «Legislació i normativa sobre persones grans: una aproximació». A més, s'ha de posar de manifest la diversitat de professionals que participen en aquest *Anuari*, la qual cosa no fa més que demostrar el caràcter multidisciplinari de l'estudi de l'envelliment.

En qualsevol cas, el que és evident és que el tema de l'envelliment està cada vegada més d'actualitat: s'ha de tenir en compte el paper clau de les persones grans en el benestar de les famílies; s'ha d'assenyalar la creixent rellevància electoral, de mercat, d'oci, de salut, de serveis, etc., d'aquest grup d'edat; s'ha d'assenyalar la democratització de la supervivència fins a la vellesa; s'ha de parlar d'un procés en el que canvia el perfil de les persones grans, etc. Però, també, cal parlar de la problemàtica del manteniment de les pensions, de l'existència d'un nombre més gran de persones dependents, dels problemes de l'estat del benestar, de la importància de la continuïtat del pacte intergeneracional per mantenir les pensions, etc. La postmodernitat ens durà nous perfils de persones grans, noves demandes, noves necessitats, però també noves responsabilitats per part de les administracions, de la societat civil o d'aquestes persones grans. Amb aquest *Anuari* volem contribuir a la reflexió sobre totes les qüestions emergents amb relació a l'envelliment.

Finalment, volem agrair des de la direcció de l'*Anuari de l'envelliment de les Illes Balears* a la Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració la seva contribució en la realització d'aquest *Anuari*, però també volem agrair el treball de tots els professionals que l'han fet possible. En tot cas, el present *Anuari de l'envelliment de les Illes Balears* és la primera passa en el procés de consolidar tota una línia de treball sobre aquesta qüestió, que volem que tingui una continuïtat en els propers anys.





**L'ENVELLIMENT DEMOGRÀFIC A LES  
ILLES BALEARS**

---

# L'envelliment demogràfic a les Illes Balears

Silvia Carretero Quevedo

---

## Resum

El 13,7% de la població balear té 65 anys o més i una taxa de dependència respecte a la població en edat activa del 19,5%. Encara que les Illes Balears tenen una de les poblacions menys envellides per comparació a d'altres comunitats autònomes, la seva pròpia dinàmica demogràfica no les exclou del procés d'envelliment que, en general, s'experimenta en tots els països desenvolupats. A partir de l'any 2010 iniciaran la transició al grup de la gent gran les generacions més nombroses de l'estructura per edat, amb un pic que es produirà cap a 2030, quan ja s'inclouin en aquest grup les cohorts nascudes durant el moment més intens del *baby boom*. Aquesta transició tindrà com a conseqüència un progressiu augment de la població de gent gran i de les taxes de dependència, perquè simultàniament les generacions que passin a formar el grup d'edat adulta, minvades com a conseqüència del descens de la natalitat, no podran compensar l'eixamplament de la piràmide d'edat pel vèrtex. Gairebé la meitat dels municipis de la comunitat autònoma ja presenten indicadors alts d'envelliment amb una edat mitjana superior a 40 anys, taxes de dependència superiors al 15%, índexs d'envelliment superiors a 1 i pesos relatius de la població de gent gran elevats.

## Resumen

El 13,7% de la población balear tiene 65 o más años y una tasa de dependencia con respecto a la población en edad activa de 19,5%. Aunque las Illes Balears tiene una de las poblaciones menos envejecidas en comparación con otras comunidades autónomas, su propia dinámica demográfica no la excluye del proceso de envejecimiento que, en general, se está experimentando en todos los países desarrollados. A partir del año 2010 inician la transición al grupo de los mayores las generaciones más numerosas de la estructura por edad, con un pico que se producirá hacia el 2030, cuando ya se incluyan en ese grupo las cohortes nacidas durante el momento más intenso del *baby boom*. Esta transición tendrá como consecuencia un progresivo aumento de la población mayor y de las tasas de dependencia, porque simultáneamente las generaciones que pasen a formar el grupo de edad adulta, mermadas como consecuencia del descenso de la natalidad, no podrán compensar el ensanchamiento de la pirámide de edad por el vértice. Casi la mitad de los municipios de la comunidad autónoma ya presentan indicadores altos de envejecimiento con una edad media superior a 40 años, tasas de dependencia superiores al 15%, índices de envejecimiento superiores a 1 y pesos relativos de la población mayor elevados.

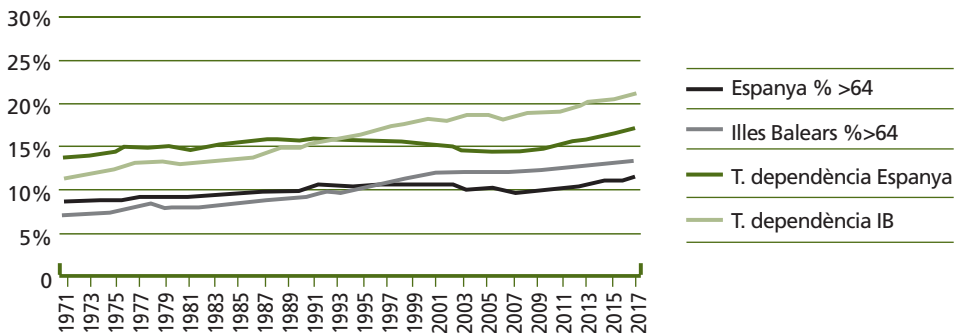
---

Les tendències demogràfiques dibuixen una línia ascendent cap a l'envelliment de la població. En concret, la piràmide d'edats de la població europea s'eixampla progressivament en el vèrtex, mentre que la base s'estreny a conseqüència d'una més gran supervivència de les generacions que assolixen els trams superiors i que no es compensa per la base a causa d'un descens general de la natalitat.

En totes les projeccions elaborades per organismes internacionals, com l'Eurostat o les Nacions Unides, es preveuen que les taxes de dependència dels països desenvolupats en un període de 40 anys doblaran les actuals. De fet, en algunes d'aquestes projeccions es calcula que el 2050 hi haurà una persona de 65 anys i més per cada dues persones de 20 a 64 anys. A més, s'estima que a meitat de segle, l'edat mitjana serà al voltant dels 45-46 anys, o dit d'una altra manera, la meitat de la població es preveu que tingui una edat per sobre dels 45 anys. Els continents més envellits aquests anys seran Europa seguida de l'Amèrica del Nord i Oceania i els que menys l'Amèrica Llatina, l'Àsia i l'Àfrica.

L'Institut Nacional d'Estadística, en les seves projeccions a curt i a llarg termini, també preveu el progressiu envelliment de la població espanyola. El 2015, segons les projeccions a curt termini, la població de 65 anys i més suposarà el 16-17% de la població i segons les projeccions a llarg termini es preveu que el 2050 el 30% de la població –gairebé un terç– tindrà més de 64 anys; llavors l'edat mitjana dels residents a Espanya serà de 50 anys. Les taxes de dependència (pobl. 65/pobl. 16-64) augmentaran al mateix ritme, passant d'un 25% segons les dades del 2002, a un punt més el 2010, al 28% el 2015, al 37% el 2020 i al 48% el 2030. En les projeccions a curt termini (escenari alt), que es van elaborar tenint en compte la informació demogràfica més actualitzada, es modifiquen parcialment els resultats tot i que la taxa de dependència queda fixada per al període 2010-2015 en el 26%.

**Gràfic 1** | *Projeccions de població i dades intercensals*



Els intensos fluxos migratoris dels últims anys han retardat en alguns països el procés d'envelliment de la població. Aquest és el cas espanyol i en concret el de les comunitats autònomes on, com a les Illes Balears, es produeix el creixement de la població a causa fonamentalment de la immigració. Per aquest motiu, en els resultats de les projeccions a curt termini de l'INE, el pes relatiu de la població gran (16-17%) i de la taxa de dependència del 2015 se suavitzava respecte al que s'obtenia en les projeccions a llarg termini (18%). L'aportació dels efectius migratoris a la piràmide es concentra en les edats adultes, amb la qual cosa el pes relatiu de la gent gran no augmenta amb tanta intensitat encara que sí en freqüència absoluta. El seu efecte ha estat immediat però no ha estat suficient ni tan sols a curt termini: Espanya continua sent un dels països europeus més envellits, després d'Itàlia i Alemanya.

A llarg termini aquestes generacions d'immigrants –en la hipòtesi que una part no torni a migrar– també envelliran. La incertesa sobre què passarà en el futur pel que fa a aquests immigrants dificulta la previsió de quin serà el volum de la població en el tram superior de la piràmide, però en tots els supòsits s'estima que, al marge del nombre, una vegada que les generacions del *baby boom* iniciïn la transició del grup d'adults al de la gent gran, el procés d'envelliment de la població s'intensificarà i en farà augmentar notablement tots els indicadors que hi estan relacionats.

Els factors que contribueixen a l'envelliment són diversos: una natalitat per sota de dos fills per dona, és a dir, un dèficit del reemplaçament generacional per la base de la piràmide, una millora de l'esperança de vida que a més de reduir les morts prematures en els trams més joves es manifesta en un augment de la supervivència en les edats superiors i l'arribada a aquesta edat de generacions amb un nombre important d'efectius que substituiran les reduïdes cohorts que van viure la Guerra Civil.

Les conseqüències d'aquest procés plantegen reptes nous per afrontar la situació que es generarà en un termini molt curt. La societat i els poders públics tenen el deure de planificar solucions a les conseqüències, no tan llunyanes, del procés d'envelliment: sostenibilitat del sistema de pensions i de la seguretat social, demandes sanitàries, mercat de treball, demandes socials, nou perfil de les llars, etc.

## Illes Balears

Les Illes Balears és una de les comunitats autònomes amb la població menys envellida, encara que l'evolució de la seva dinàmica demogràfica no l'exclou de l'envelliment que, en general, i no solament a Espanya, s'està produint a tots els països desenvolupats.

**Taula 1 | Revisió del padró 1.01.2007**

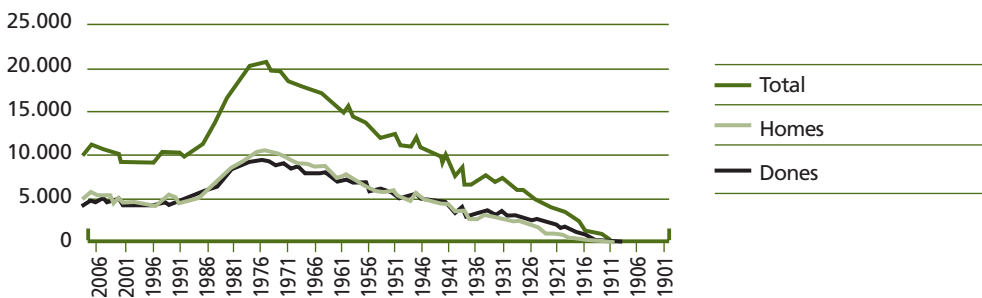
Revisió del padró 1.01.2007						
Població	Pobl. 65 o més anys	Edat mitjana		Índex de dependència %	Percentatge 65 i més/pobl.	
		Total	Espanyols			
<b>Espanya</b>	<b>45.200.737</b>	<b>7.531.826</b>	41,18	34,53	24,5	16,66
Andalusia	8.059.461	1.179.308	39,04	36,9	21,53	14,63
Aragó	1.296.655	261.415	42,15	31,52	30,53	20,16
Astúries	1.074.862	235.518	44,39	34,09	32,53	21,91
<b>Illes Balears</b>	<b>1.030.650</b>	<b>141.054</b>	<b>39,2</b>	<b>37,12</b>	<b>19,46</b>	<b>13,69</b>
Canàries	2.025.951	251.953	38,88	39,33	17,39	12,44
Cantàbria	572.824	106.383	42,07	33,11	27,19	18,57
Castella i Lleó	2.528.417	569.338	43,32	32,14	34,6	22,52
Castella-la Manxa	1.977.304	361.501	40,21	30,79	27,92	18,28
Catalunya	7.210.508	1.183.628	40,43	32,33	24,08	16,42
Comunitat Valenciana	4.885.029	793.917	40,51	38,48	23,81	16,25
Extremadura	1.089.990	207.018	40,94	32,86	29,17	18,99
Galícia	2.772.533	598.283	43,25	35,12	32,57	21,58
Madrid	6.081.689	875.550	39,65	32,65	20,53	14,4
Múrcia	1.392.117	191.432	38,1	33,29	20,22	13,75
Navarra	605.876	105.720	40,79	31,25	26	17,45
País Basc	2.141.860	397.132	42,58	32,41	27,21	18,54
La Rioja	308.968	56.713	41,26	31,09	27,29	18,36
Ceuta	76.603	8.572	36,27	37,79	16,71	11,19
Melilla	69.440	7.391	35,37	35,82	16,2	10,64

Font: Institut Nacional d'Estadística.

Tant si s'observa el padró municipal d'habitants com les projeccions, el moment en què la piràmide balear es preveu que es veurà més afectada és quan les generacions nascudes entre 1960-1981 iniciïn la transició al grup de la gent gran. Aquestes generacions, que són les que més nombre d'efectius tenen en l'estructura per edats, estan incloses actualment en el tram d'edat 26-46 anys i es caracteritzen perquè estan constituïdes per les cohorts del *baby boom* a les quals s'ha agregat una bona part dels fluxos immigratoris experimentats a començaments d'aquest segle i sobre els quals hi ha la incertesa de si romandran a les illes o no. De totes maneres, sigui quina sigui l'evolució d'aquests, en un termini d'uns 20 anys passaran a formar part de la gent gran les generacions més nombroses de la piràmide d'edats actual, això sense tenir en compte els nascuts després de la Guerra Civil que també són cohorts que van anar augmentant a mesura que van passar els anys i que ja a partir del 2009 comencen a fer progressivament 65 anys. Aquestes generacions estan constituïdes per més de 10.000 persones amb una esperança de vida en fer els 65 anys de 16 anys en el cas dels homes i de 22 en el de les dones.

El procés de progressiu envelliment nodrit per generacions successivament més nombroses no quedarà compensat per les que passaran a formar part de la població en edat activa, ja que aquestes generacions són les que van néixer durant el període del descens de la natalitat. La lleu recuperació dels últims anys és insuficient per equilibrar la taxa dependència que consegüentment augmentarà d'ara endavant. Des del punt de vista demogràfic, només en el cas incert d'una gran onada d'immigració es podria compensar la piràmide d'edats en un futur més immediat, a llarg termini la recuperació de la natalitat per sobre del reemplaçament generacional podria ser una altra alternativa.

**Gràfic 2** | *Població segons l'any de naixement. Illes Balears.*



Rev. padró 2007

L'evolució demogràfica més recent de les illes s'ha caracteritzat per un guany en l'esperança de vida, una baixada de les taxes de natalitat amb una lleu millora a causa de

l'aportació que han fet les mares estrangeres i un intens moviment immigratori. Aquests esdeveniments demogràfics han tingut un comportament paral·lel a la mitjana nacional, encara que amb menys intensitat respecte al descens de la natalitat i una més elevada intensitat en els corrents migratoris, característiques pròpies que han influït directament en l'actual estructura per edats.

En les estimacions intercensals i en les projeccions elaborades per l'INE en el període que va dels anys setanta al primer quinquenni dels noranta, tant el pes relatiu de la gent gran com la taxa de dependència i l'edat mitjana de la comunitat autònoma obtenen valors superiors a la mitjana nacional. A partir de la immigració que s'experimenta a final del segon quinquenni dels anys noranta del segle passat i que s'intensifica els primers anys del nou segle, aquesta trajectòria s'inverteix i mentre que la mitjana nacional continua augmentant, la de les illes inicia una fase de recuperació que es manifesta en el descens del pes de la gent gran i fins i tot de la taxa de dependència. Aquest marc és afavorit per la combinació de dues situacions: l'arribada de població jove a les illes que s'incorpora als grups d'edats intermedis i la transició al grup de gent gran de cohorts reduïdes, de manera que encara que n'augmenta la freqüència absoluta, el pes relatiu queda contingut per la incorporació d'efectius en les edats adultes. En les projeccions esmentades es calcula que el 2017 a Espanya el 18,5% de la població tindrà 65 anys i més, amb una taxa de dependència del 29%, mentre que a les illes el percentatge es calcula que serà el 16% i el 24%, respectivament, encara que en definitiva l'evolució convergeix a augmentar tots dos indicadors, que en el cas de les illes torna a reiniciar una evolució ascendent al voltant del 2010 quan les generacions nascudes en la postguerra començaran la transició al grup de la gran i a les que s'ha fet referència anteriorment.

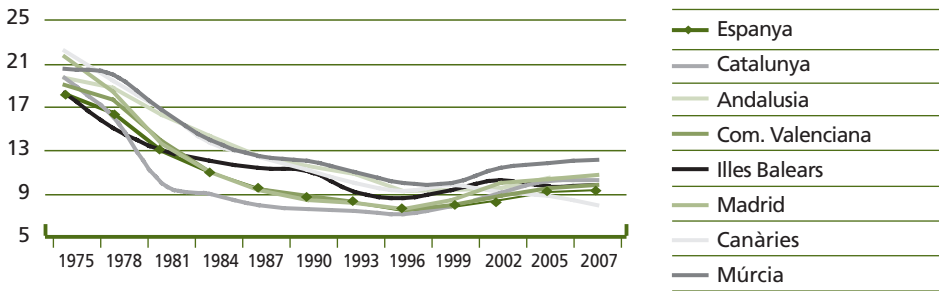
Segons les últimes dades disponibles, la revisió del padró del 2007, a Espanya les persones de 65 anys i més suposen el 16,7% de la població total, de manera que per cada 100 residents de 16 a 64 anys hi ha 24,5 persones grans; en el cas de les Illes Balears, segons aquesta font, el 13,7% de la població és gran i la taxa de dependència és del 19,5%. Aquests indicadors situen la comunitat autònoma en una posició privilegiada, en què només les Canàries, Ceuta i Melilla presenten una taxa inferior.

L'edat mitjana de la població balear (39,2) està a un punt de la mitjana que es calcula per al conjunt nacional (40,5); a aquesta diferència han ajudat els recents fluxos immigratoris procedents de l'estranger constituïts per un important volum de persones joves. Tanmateix, en aquest rejueniment cal matisar que la major o menor incidència depèn de l'estructura i de l'origen dels moviments immigratoris. A les illes, un grup important de la immigració estrangera és el format pels que han nascut a l'Europa comunitària dels 15 amb una estructura per edat envellida, cosa que repercuteix en què l'edat mitjana dels immigrants s'elevi i que l'edat mitjana de l'arxipèlag sigui superior a la de les comunitats autònomes receptores d'altres corrents immigratoris, com és el cas de les Canàries, Múrcia i Andalusia.

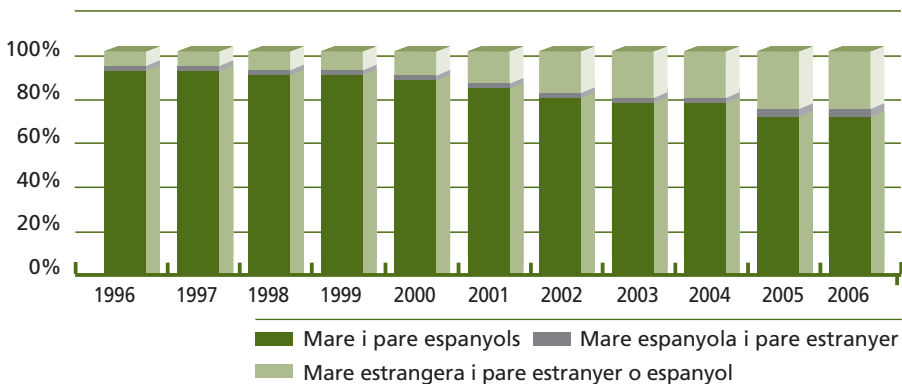


La reducció de la natalitat ha afectat les illes amb menys intensitat que en altres àrees espanyoles. Entre el 1975 i el 1995 les taxes són descendents però més elevades que les de la mitjana nacional, a partir del 1996 s'experimenta un període de lleu recuperació, gràcies a l'aportació de les mares estrangeres, que no aconsegueix, però, que l'indicador del nivell de reemplaçament (nombre mitjà de fills per dona) superi la frontera de dos fills per dona. A l'arxipèlag balear, les mares estrangeres són les que realment mantenen les taxes per sobre de la mitjana nacional, que en deu anys han passat de significar el 6% dels nascuts al 26% el 2007, és a dir, una quarta part dels nascuts del 2007 tenien una mare estrangera.

**Gràfic 3 | Taxes brutes de natalitat 1975-2007**



**Gràfic 4 | Distribució dels nascuts vius segons la combinació de nacionalitats de la mare i del pare. Illes Balears**



**Taula 2 | Nombre de fills per dona**

	1975	1981	1987	1993	1999	2005	2007
<b>Espanya</b>	<b>2,803</b>	<b>2,036</b>	<b>1,496</b>	<b>1,266</b>	<b>1,194</b>	<b>1,346</b>	<b>1,387</b>
Andalusia	3,135	2,540	1,838	1,528	1,332	1,466	1,504
Aragó	2,414	1,790	1,304	1,105	1,086	1,262	1,371
Astúries	2,377	1,668	1,168	0,875	0,838	0,956	1,006
<b>Illes Balears</b>	<b>2,843</b>	<b>2,045</b>	<b>1,751</b>	<b>1,372</b>	<b>1,313</b>	<b>1,342</b>	<b>1,382</b>
Les Canàries	3,202	2,373	1,684	1,325	1,269	1,199	1,155
Cantàbria	2,680	2,019	1,317	1,025	0,983	1,212	1,192
Castella i Lleó	2,316	1,903	1,324	1,054	0,960	1,093	1,127
Castella-la Manxa	2,626	2,302	1,718	1,458	1,294	1,340	1,345
Catalunya	2,863	1,611	1,323	1,203	1,214	1,455	1,486
Comunitat Valenciana	2,917	2,146	1,488	1,284	1,225	1,360	1,406
Extremadura	2,526	2,373	1,833	1,483	1,272	1,277	1,301
Galícia	2,383	1,908	1,341	1,087	0,941	1,018	1,050
Madrid	2,911	1,944	1,415	1,210	1,179	1,375	1,453
Múrcia	3,228	2,590	1,853	1,557	1,385	1,594	1,645
Navarra	2,659	1,880	1,258	1,157	1,189	1,345	1,449
País Basc	2,773	1,731	1,130	0,944	1,007	1,191	1,269
Rioja	2,454	1,854	1,315	1,100	1,139	1,340	1,389
Ceuta	-	-	-	1,931	1,726	1,927	2,745
Melilla	-	-	-	2,270	1,914	1,947	2,567

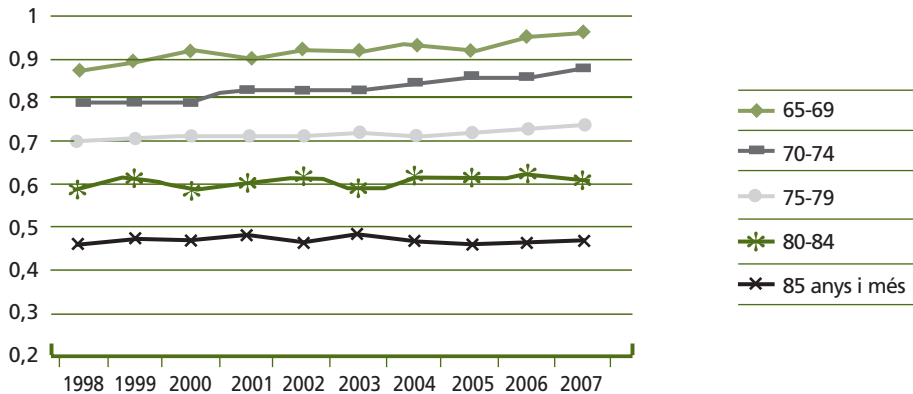
Per tant, encara que la base de la piràmide de població s'eixampla lleument no és suficient per compensar el creixement que es produirà en les edats més grans. En la sèrie dels anys 2000-2007 es van comptabilitzar al voltant de 11.000 nascuts vius, i les generacions que l'any 2020 tindran 65 anys i més tenen un nombre superior d'efectius que ni aquests ni els nascuts anteriorment no assoleixen.

Aquesta natalitat es juxtaposa amb una millora de l'esperança de vida, que després d'assolir unes òptimes taxes de mortalitat infantil els últims anys reflecteix els èxits assolits amb les mesures encaminades a reduir la mortalitat evitable (accidents de trànsit, consum de drogues o hàbits poc saludables), morts que es concentren en l'edat adulta. A més, les millores assolides en l'estat de salut de la població repercuteixen en els trams superiors, de manera que no solament arriben als grups d'edats superiors més persones sinó que les que hi arriben viuen més anys. L'esperança de vida (EV) en néixer a les illes és de 80,44, i les

persones que arriben als 65 anys són el 19,32%, amb una diferència notable entre sexes: els homes, 77,4 anys, i les dones, 83,5 anys i als 65 anys el 17,3% i el 21,2% respectivament. L'EV permet una triple lectura:

- Primer, que l'indicador de salut continua augmentant, per això en les hipòtesis que en qualsevol projecció es plantegen es coincideix a fixar futurs augments de l'esperança de vida dels més grans de 65 anys.
- Segon, les diferències entre les esperances de vida de l'home i de la dona i la supermortalitat dels homes en les edats joves posen de manifest el que alguns analistes han anomenat la "feminització de la vellesa". Encara que moltes vegades s'afirma que aquestes diferències de les EV per sexe tendeixen a disminuir, la diferència actual es deu a la supermortalitat masculina en edats més joves i explica per què el grup d'edat de 65 anys està constituït per més dones que homes. La relació de masculinitat a les illes d'aquest grup d'edat és de 7 homes per cada 10 dones. Aquesta superioritat en el nombre de dones augmenta a mesura que avança l'edat, ja que segons la revisió del padró del 2007, de persones de 85 anys i més corresponien 4,7 homes per cada 10 dones.

**Gràfic 5** | *Nombre d'homes per dona. Població de 65 anys i més. Illes Balears. Rev. padró 1998-2007*



Una part de la diferència entre el nombre de dones i d'homes que tenen 65 anys i més està motivada pel fet que en aquest grup s'inclouen les generacions que van sobreviure a la Guerra Civil, fet que va reduir sobretot els efectius dels homes. No obstant això, a les taules de mortalitat projectades per l'INE es manté una més gran supervivència de les dones amb una diferència en l'esperança de vida de sis anys a favor del sexe femení.

- Tercer: la millora de l'EV repercuteix en les edats superiors. El 1998 l'índex sobre envelliment era el 10%, que passà al 12% el 2007. En totes les previsions es manté aquesta línia ascendent encara que aquesta dada tan positiva cal matisar-la: no tots els que arriben a aquestes edats ho fan amb un estat de salut bo. I per això en les planificacions sanitàries i socials quan s'analitza l'EV s'hauria d'incloure no tan sols els anys de supervivència sinó també en quines condicions s'hi arriba. En l'enquesta sobre discapacitats, deficiències i estat de salut publicada per l'INE es va calcular l'esperança de vida sense discapacitat, en què el resultat va ser una EV a Espanya de 69 anys en els homes i de 72 anys en les dones, i a les Balears, de 68,7 i 74,0, respectivament. És a dir, s'ha de tenir en compte que una bona part d'aquesta població haurà de necessitar algun tipus d'assistència sanitària, i si es relaciona amb l'EV en fer 65 anys es podrà estimar de mitjana els anys en què es requereixen aquests ajuts.

Per tant, com passa en altres àrees geogràfiques, els dos components essencials que expliquen el progressiu envelliment de la població són el comportament de la natalitat i l'avenç de la longevitat: hi ha més persones grans perquè hi ha més persones que arriben als 65 anys i més i hi ha més envelliment perquè hi ha menys joves, la qual cosa fa pujar el pes de la gent gran en el conjunt de la població.

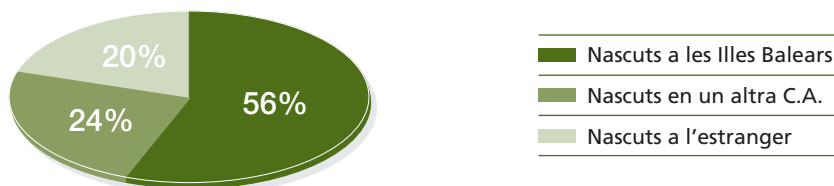
L'índex d'envelliment de la població balear que relaciona la població més gran de 64 anys amb la de menys de 16 anys en aquest sentit és revelador perquè tot i que encara no s'ha arribat a la unitat (0,9) en més de la meitat dels municipis sí que s'ha superat. Aquests municipis presenten a més taxes de dependència superiors al 20% i percentatges de població de més de 65 anys superiors al 15%.

El tercer component que ha afectat l'estructura per edats de les illes han estat els recents fluxos migratoris procedents de l'estranger que trenquen el perfil migratori que fins a aquells anys havien caracteritzat les illes i converteix la comunitat autònoma en un espai multicultural triat com a destinació per persones en edat activa. En la composició de la població, el 18% dels residents tenen una nacionalitat estrangera i el 44% dels residents han nascut fora de la comunitat autònoma. Els nascuts en una altra comunitat autònoma tenen una edat mitjana alta encara que la informació que proporciona aquesta dada és limitada perquè una part dels seus fills passen a integrar-se en l'estructura dels que han nascut a les illes i perquè els últims anys els fluxos amb aquest origen han descendit.

Els que han nascut a l'estranger presenten una edat mitjana més baixa, cosa que afecta el conjunt de la població. A les illes el model d'immigració procedent de l'estranger tradicionalment s'havia caracteritzat perquè era una de les destinacions preferides dels europeus comunitaris jubilats. En l'últim període hi continuen arribant però s'introdueix un nou patró que es materialitza en l'entrada d'una gran diversitat de nacionalitats amb una estructura d'edats concentrada essencialment en edats teòricament actives.

El 80% dels que han nascut a l'estranger té 16-64 anys i només el 8% (la majoria anglesos i alemanys) s'inclou entre la gent gran. L'establiment a les illes d'aquests col·lectius ha incidit que el pes relatiu de la gent gran durant els últims anys hagi disminuït i que la taxa de dependència no hagi augmentat com en altres comunitats autònomes.

**Gràfic 6** | *Població segons el lloc de naixement. Illes Balears. Rev. 2007*



**Taula 3** | *Revisió del padró 1.01.2007*

	TOTAL	Nascuts a les Illes Balears	Nascuts a una altra CA	Nascuts a l'estranger
<b>Total</b>	<b>1.030.650</b>	<b>572.714</b>	<b>246.728</b>	<b>211.208</b>
Menys de 16 anys	164.681	132.131	10.199	22.351
16-64 anys	724.915	354.153	199.521	171.241
65 anys i més	141.054	86.430	37.008	17.616
Pobl. 65 anys/pobl. total vertical	13,69%	15,09%	15,00%	8,34%
Pobl. 65 anys/pobl. total horitzontal	100	61,27%	26,24%	12,49%
I. dependència (pobl. >64 zona/pobl. 16-64 zona)	19,46%	24,40%	18,55%	10,29%
I. sobreenvelliment	12,01%	13,96%	9,61%	7,48%

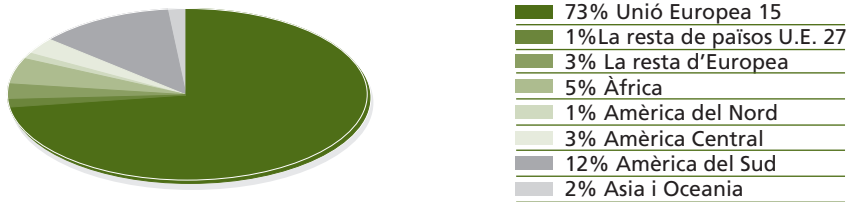
Font : IBESTAT

La majoria de la població de 65 anys i més (nou de cada deu) ha nascut a Espanya. La reduïda dimensió actual d'estrangers en aquest grup d'edats, una vegada es produeixi el pas de les generacions que ara tenen 25-39 anys al grup de la gent gran, introduirà més heterogeneïtat en la composició dels trams superiors.

Aquests col·lectius que ara són en l'edat adulta, en un termini de 20 anys iniciaran el pas al grup de la gent gran. Sobre el seu futur es planteja la incertesa sobre el comportament d'aquest col·lectiu. En l'enquesta d'immigració 2007 es van introduir algunes preguntes l'anàlisi de les quals pot aclarir alguna cosa sobre aquesta incògnita.

El 81% dels enquestats respon que els propers cinc anys pensa romandre a Espanya, el 7% pensa tornar al seu país, l'11% no ho sap i l'1% pensa anar-se'n a un altre país. D'altra banda, el grau d'integració d'aquests, la formació de llars amb espanyols, els reagrupaments familiars i la situació laboral poden ser un determinant perquè romanguin o no com a residents definitius. Aquest és un factor important ja que la permanència, en el cas de les illes, pot influir, en un termini no gaire llunyà, en el volum de la població de la gent gran.

**Gràfic 7** | *Població de 65 anys i més nascuda a l'estranger segons la zona de naixement. Illes Balears. Rev. 2007*



## Distribució territorial

Conèixer la distribució territorial del col·lectiu de la gent gran és important per planificar els serveis i aplicar polítiques socials. En la revisió del padró de l'any 2007 es van comptabilitzar 141.054 persones grans, de les quals residien a Mallorca 115.086 (82% de les Balears), a Menorca 12.069 (9% de les Balears), a Eivissa 12.822 (9% de les Balears) i a Formentera 1.077 (1% de les Balears). En principi, les taxes de dependència, el pes i l'edat mitjana de les illes presenten algunes diferències: a Mallorca el 14% de la població té més de 65 anys, a Menorca el 13%, a Eivissa l'11% i a Formentera el 13%, o, dit en altres paraules, un de cada deu residents de cada una de les illes té una edat inclosa en el grup de 65 anys i més.

**Taula 4** | *Revisió del padró 1.01.2007*

	Població		Edat mitjana			I. dependència: pobl. 65 anys i més/pobl. 16-64 anys	I. sobreenvelliment: pobl. 85 anys i més/ pobl. 65 anys i més
	Total	Pobl. 65 anys i més	Total	Homes	Dones		
Illes balears	1.030.650	141.054	39,25	38,20	40,21	19,46%	12,01%
Mallorca	814.275	115.086	39,39	38,27	40,52	20,25%	12,29%
Menorca	90.235	12.069	38,86	38,15	39,57	19,09%	11,24%

	Població		Edat mitjana			I. dependència: pobl. 65 anys i més/pobl. 16-64 anys	I. sobreenvelliment: pobl. 85 anys i més/ pobl. 65 anys i més
	Total	Pobl. 65 anys i més	Total	Homes	Dones		
Eivissa	117.698	12.822	38,10	37,71	38,52	14,73%	10,28%
Formentera	8.442	1.077	39,45	38,72	40,26	17,37%	11,05%

Font: IBESTAT

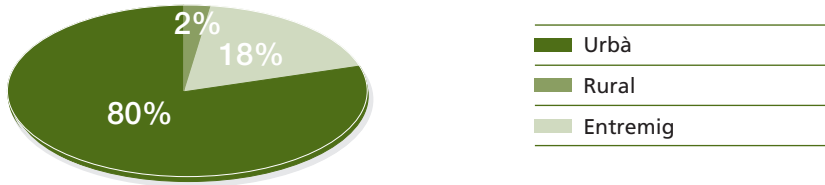
El 80% de la població gran resideix en un municipi urbà (més de 10.000 habitants), només a Palma (el 2007 hi vivien 51.925 persones) se'n concentra una gran part: quatre de cada deu persones grans residents a les Balears i gairebé la meitat dels que habiten en un municipi urbà. D'altra banda, els municipis classificats de rurals (menys de 2.000 habitants), hi resideix el 2,3% de la població més gran de 65 anys, encara que respecte a la seva població suposen el 20%; aquests són municipis envellits amb la particularitat que amb prou feines han tingut augments de població.

**Taula 5** | *Revisió del padró 1.01.2007*

	POBLACIÓ	65 anys i més	% 65 anys (horitzontal)	% 65 anys (vertical)
ILLES BALEARS	1.030.650	141.054	13,69%	100
Rural	16.338	3.238	19,82%	2,30%
Entremig	151.532	25.449	16,79%	18,04%
Urbà	862.780	112.367	13,02%	79,66%
MALLORCA	814.275	115.086	14,13%	100
Rural	14.820	3.002	20,26%	2,61%
Entremig	105.476	19.295	18,29%	16,77%
Urbà	693.979	92.789	13,37%	80,63%
MENORCA	90.235	12.069	13,38%	100
Rural	1.518	236	15,55%	1,96%
Entremig	32.416	4.122	12,72%	34,15%
Urbà	56.301	7.711	13,70%	63,89%
EIVISSA	117.698	12.822	10,89%	100
Entremig	5.198	955	18,37%	7,45%
Urbà	112.500	11.867	10,55%	92,55%
FORMENTERA	8.442	1.077	12,76%	100
Entremig	8.442	1.077	12,76%	100,00%

Font: IBESTAT

**Gràfic 8** | *Població de 65 anys i més segons la tipologia municipal.  
Rev. padró 2007*



Els municipis amb més pes de gent gran respecte del total de la seva població són tots de l'interior de Mallorca, i hi destaquen Sant Joan, Ariany i Maria de la Salut en els quals un de cada quatre residents és una persona gran, i els que tenen un pes menor són municipis com Marratxí, Alcúdia, Eivissa, Calvià, Sant Josep o Ferreries on no arriben al 10% de la seva població.

En general, tots els municipis de l'interior presenten indicadors d'envelliment alts. Fins i tot en alguns d'aquests malgrat que la població gran no té un pes relatiu dels més elevats sí que mostren en altres índexs un procés de clar envelliment ja que tenen una estructura d'edats amb una base a la piràmide molt reduïda. És el cas d'Escorca, que amb un 17% de població més gran de 65 anys té una edat mitjana de gairebé 47 anys, o Estellencs amb un índex d'envelliment de quatre persones per cada menor de 16 anys i una taxa de dependència del 2,9. Una situació similar passa amb municipis com Banyalbufar i Algaida.

Els municipis que presenten indicadors més favorables són costaners o municipis propers a Palma o amb activitat productiva, com per exemple Marratxí, Alcúdia, Calvià, Ferreries, Sant Josep de sa Talaia, Eivissa, Son Servera, Inca, es Castell, Santa Eulària del Riu, Lluçmajor, Ciutadella, Sant Antoni de Portmany, Sant Lluís i d'altres.

Una gran part dels municipis, gairebé la meitat, tenen índexs d'envelliment alts i de dependència ascendents, amb valors que han superat la unitat tot i que encara n'hi ha alguns els índexs dels quals són inferiors a la resta i que presenten una piràmide d'edats jove.



**Taula 6** | *Indicadors municipals. Revisió del padró 1.01.2007*

Municipi	Població 65 anys i més	Percentatge de la pobl. 65 anys i més (pobl. >64/pobl. municipi)*100	Edat mitjana	Índex d'envel·liment (pobl. 65 anys i més/ pobl.<16 anys)*100	Índex de dependència (pobl. 65 anys i més/ pobl. 16-64)*100	Índex de sobreenvelliment (pobl. >84/pobl. >64)*100
<b>Illes Balears</b>	<b>141.054</b>	<b>13,69</b>	<b>39,20</b>	<b>85,65</b>	<b>19,46</b>	<b>12,01</b>
<b>Mallorca</b>	<b>115.086</b>	<b>14,13</b>	<b>39,39</b>	<b>88,00</b>	<b>20,25</b>	<b>12,29</b>
Alaró	856	17,06	40,59	96,18	26,16	17,64
Alcúdia	1.696	9,73	36,78	56,74	13,30	10,91
Algaida	859	18,98	43,26	133,80	28,39	15,95
Andratx	1.609	14,71	40,48	96,23	21,01	12,06
Artà	1.271	18,69	41,38	111,30	28,96	14,95
Banyalbufar	111	18,78	45,56	185,00	26,43	16,22
Binissalem	1.016	15,00	38,89	78,94	22,73	12,50
Búger	264	24,86	45,95	211,20	39,23	12,12
Bunyola	807	13,93	39,85	78,58	20,39	11,52
Calvià	4.745	9,90	38,00	58,00	13,55	9,25
Campanet	558	21,78	43,71	151,63	34,11	13,44
Camps	1.628	18,59	42,41	130,87	27,65	15,48
Capdepera	1.410	12,95	39,17	84,43	18,07	10,35
Consell	452	13,90	38,98	77,26	20,41	14,82
Costitx	214	22,13	44,99	159,70	34,57	12,15
Deià	110	15,32	43,39	135,80	20,87	12,73
Escorca	50	17,24	46,52	416,67	21,93	24,00
Esporles	680	14,66	39,91	82,83	21,66	12,65
Estellencs	86	22,51	47,35	226,32	33,33	18,60
Felanitx	3.006	17,23	40,89	106,44	25,88	15,47
Fornalutx	138	19,11	43,87	127,78	28,99	12,32
Inca	3.622	12,80	37,41	69,27	18,62	11,32
Ll. de Vistalegre	243	20,56	43,18	140,46	31,72	12,76
Lloseta	773	14,07	38,67	81,37	20,50	9,96
Llubi	496	23,31	43,99	152,62	37,95	10,48
Llucmajor	3.977	11,97	38,59	73,03	16,71	10,49
Manacor	6.058	15,96	39,37	91,11	23,99	12,48
Mancor de la Vall	200	18,62	42,24	128,21	27,86	14,00
Maria de la Salut	518	24,73	44,00	168,73	40,79	10,23
Marratxí	2.725	8,76	36,28	44,13	12,26	10,31
Montuïri	628	23,98	44,84	173,96	38,53	14,33
Muro	1.367	20,28	42,21	135,88	31,30	12,95

Palma	51.925	13,55	39,11	87,83	19,09	12,54
Petra	635	22,78	43,50	143,67	37,13	12,60
Pollença	2.859	17,25	41,17	109,12	25,78	11,54
Porreres	1.089	21,56	43,24	156,24	33,34	15,61
sa Pobla	2.234	18,40	40,26	106,13	28,63	13,52
Puigpunyent	261	15,33	40,48	90,31	22,66	9,20
Sencelles	542	18,67	42,30	114,59	28,71	9,78
Sant Joan	474	25,40	45,85	203,43	40,90	16,67
Sant Llorenç des Cardassar	1.485	18,34	41,81	120,15	27,63	9,97
Santa Eugènia	257	17,26	41,58	98,47	26,47	11,28
Santa Margalida	1.453	13,70	39,07	87,37	19,39	10,39
Santa Maria del Camí	941	17,12	40,67	104,09	25,77	10,52
Santanyi	1.839	15,69	41,38	109,01	22,44	13,81
Selva	650	19,62	42,82	149,43	29,17	8,77
ses Salines	774	16,28	41,31	111,37	23,55	8,01
Sineu	717	22,08	43,17	138,42	35,62	12,97
Sóller	2.333	17,68	41,79	117,77	26,27	12,64
Són Servera	1.298	11,39	37,76	67,29	15,90	9,48
Valldemossa	358	18,12	42,96	134,08	26,50	16,48
Vilafranca de Bonany	553	21,07	42,32	124,55	33,97	14,83
Ariany	236	29,54	47,96	245,83	50,54	12,29
<b>Menorca</b>	<b>12.069</b>	<b>13,38</b>	<b>38,86</b>	<b>80,82</b>	<b>19,09</b>	<b>11,24</b>
Alaior	1.247	13,90	39,43	85,47	19,90	12,67
Ciutadella	3.580	12,78	38,27	74,00	18,27	10,59
Ferrieres	499	10,94	37,48	61,99	15,31	11,42
Maó	4.131	14,61	39,22	90,35	21,10	12,85
es Mercadal	613	12,67	39,91	91,22	17,25	9,95
Sant Lluís	859	13,39	39,44	77,18	19,34	8,96
es Castell	904	11,85	38,33	71,97	16,53	7,41
es Migjorn Gran	236	15,55	40,33	107,76	22,20	11,02
<b>Eivissa</b>	<b>12.822</b>	<b>10,89</b>	<b>38,10</b>	<b>72,00</b>	<b>14,73</b>	<b>10,28</b>
Eivissa	4.325	9,80	37,37	66,51	12,99	11,33
Sant Antoni de Portmany	2.323	11,68	38,20	76,16	16,00	10,55
Sant Josep	2.005	9,96	37,88	64,49	13,35	7,78
Sant Joan de Labritja	955	18,37	42,53	134,51	27,03	10,37
Santa Eulària del Riu	3.214	11,33	38,52	72,45	15,52	10,21
<b>Formentera</b>	<b>1.077</b>	<b>12,76</b>	<b>39,45</b>	<b>92,53</b>	<b>17,37</b>	<b>11,05</b>

Font: IBESTAT

## Autora

SILVIA CARRETERO QUEVEDO

Pollença 1955. Llicenciada en Filosofia i Lletres. Tècnica des de 1990 de l'Institut d'Estadística de les Illes Balears, especialitzada en estadístiques de població, elaboració i anàlisi.



**ENVELLIMENT, SALUT  
I SERVEIS SOCIALS:  
ALGUNS INDICADORS**

---

## **Envelliment, salut i serveis socials: alguns indicadors**

Enrique Campos Alcaide  
Catalina Andreu Mestre

## Resum

En el present article analitzem aspectes rellevants de la vida de les persones majors com són alguns indicadors de salut i la disponibilitat i ús de recursos sanitaris i socials.

Quant a indicadors de salut, en general existeix una alta prevalença de factors de risc vascular i un elevat consum farmacèutic sobretot de fàrmacs reductors del colesterol/triglicèrids, antidepressius i fàrmacs antiulcus. La majoria de persones majors de 65 anys fa una valoració positiva del seu estat de salut (si bé aquesta disminueix a mesura que avança l'edat i és menor en el sexe femení) i aproximadament la meitat d'elles no presenta cap tipus de dependència funcional. Les causes de defunció són similars a les de la població general, ocupa el primer lloc la malaltia vascular o cardiocirculatòria i l'esperança de vida en néixer se situa entorn als 80 anys. Finalment, considerant l'estat de salut, l'autonomia i altres aspectes socials, les persones majors de la nostra comunitat tenen una qualitat de vida acceptable, si bé les pensions són de les més baixes de l'estat i es manca de recursos sanitaris específicament geriàtrics i els recursos socials encara són escassos.

Existeix un elevat consum de recursos sanitaris per part dels majors de manera que aproximadament la tercera part de l'activitat assistencial tant en el nivell d'atenció primària com en el d'atenció especialitzada està referida a aquest grup d'edat.

Pel que fa a serveis socials, les dades disponibles sobre cobertures situen Balears per sota de la mitjana nacional en tots els recursos, per la qual cosa seria un aspecte que clarament s'ha de millorar.

## Resumen

En el presente artículo analizamos aspectos relevantes de la vida de las personas mayores como son algunos indicadores de salud y la disponibilidad y uso de recursos sanitarios y sociales.

En cuanto a indicadores de salud, en general existe una alta prevalencia de factores de riesgo vascular y un elevado consumo farmacéutico a expensas sobre todo de fármacos reductores del colesterol/triglicéridos, antidepresivos y fármacos antiulcus. La mayoría de personas mayores de 65 años hace una valoración positiva de su estado de salud (si bien esta disminuye a medida que avanza la edad y es menor en el sexo femenino) y aproximadamente la mitad de ellas no presenta ningún tipo de dependencia funcional. Las causas de defunción son superponibles a las de la población general, siendo la primera la enfermedad vascular o cardiocirculatoria y la esperanza de vida al nacer se sitúa entorno a los 80 años. Por último, considerando el estado de salud, la autonomía y otros aspectos sociales, las personas mayores de nuestra comunidad

tienen una calidad de vida aceptable, si bien las pensiones son de las más bajas del estado y se carece de recursos sanitarios específicamente geriátricos y los recursos sociales aún son escasos.

Existe un elevado consumo de recursos sanitarios por parte de los mayores, de forma que aproximadamente la tercera parte de la actividad asistencial tanto en el nivel de atención primaria como en el de atención especializada está referida a este grupo de edad.

En lo que respecta a servicios sociales, los datos disponibles sobre coberturas sitúan a Baleares por debajo de la media nacional en todos los recursos, por lo que sería un aspecto en el que claramente se debe mejorar.

## Introducció

No hi ha cap dubte que, dins el marc de la problemàtica de l'envelliment, la qüestió de la salut és fonamental. Així, d'acord amb aquesta premissa, resulta evident que una primera aproximació a alguns indicadors de salut ens pot donar una radiografia sobre l'estat de la salut de les persones grans a les Illes Balears.

Així, analitzam com a indicadors de salut els aspectes següents: les malalties cròniques, el consum farmacèutic, la percepció de la salut, les defuncions i les seves causes, l'esperança de vida, la qualitat de vida, la fragilitat i la dependència. En el marc de l'atenció sanitària ens referim, des de la perspectiva de les persones grans, als recursos sanitaris, a l'atenció primària, a l'atenció especialitzada/hospitalària i a l'atenció sociosanitària.

Amb relació a l'ús dels recursos sanitaris i dels serveis socials, es fa referència a l'atenció primària, a l'atenció especialitzada/hospitalària o al servei d'atenció mèdica urgent (061). Des de la perspectiva dels serveis socials ens referim al Servei d'Atenció Domiciliària, al Servei de Teleassistència, a l'atenció residencial, a les estades temporals a centres residencials, als centres de dia per a persones dependents o als allotjaments alternatius.

Finalment, es fa referència a la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, i a la seva aplicació inicial a la comunitat autònoma de les Illes Balears; així mateix, en el marc de la investigació sobre persones grans de les Illes Balears, fem una relació prou significativa de les publicacions i treballs científics sobre persones grans dins la nostra comunitat i per professionals de les Illes Balears, que ens dona una aproximació significativa a l'estat de la investigació sobre envelliment a les Illes Balears.

Al final de l'article, fem una relació de tots els professionals de la salut i dels serveis socials de les Illes Balears que han col·laborat en la redacció de l'esmentat article.



## 1. Estat de salut/malalties cròniques

L'augment de la durada de la vida de les persones és causa i alhora conseqüència del patró de malaltia que presenten les persones grans.

Abans, la malaltia infecciosa, transmissible, d'origen exogen i de curs agut era causa predominant de mortalitat. Actualment, aquesta situació ha canviat i són les malalties cròniques, sovint invalidants, derivades de l'envelliment, d'origen endogen, les més prevalents en persones grans i, al seu torn, les seves complicacions són causes determinants de mortalitat.

Respecte de la prevalença de malalties, i segons dades de l'estudi ECEHA (*Estudio Cooperativo Español de Hipertensión en el Anciano*, 1996), aquesta és: hipertensió arterial, 70,9% (més alta en dones); patologia osteoarticular, 43,6% (48,3% en persones de més de vuitanta anys i més alta en dones); hipercolesterolèmia, 26% (21,4% en persones de més de vuitanta anys i més alta en dones); diabetis 'mellitus', 16%; patologia respiratòria, 12,8%; insuficiència cardíaca, 11,3% (16,7% en persones de més de vuitant anys i més alta en dones), arteriopatia perifèrica 10,9% (13,5% en persones de més de vuitanta anys i més alta en dones); cardiopatia isquèmica, 8,4%; ACVA, 6,9% (8,4% en persones de més de vuitanta anys i més alta en dones); patologia oncològica, 3% (persones de més de vuitanta anys).

Les dades que a continuació presentam, obtingudes de l'atenció primària de Mallorca i referides a 2007, no difereixen gaire de les obtingudes en aquest estudi:

### Prevalença d'HTA (> seixanta-quatre anys)

Homes 73,3%

Dones 80,3%

### Prevalença d'obesitat (> seixanta-quatre anys)

Homes 69,2%

Dones 76,6%

### Prevalença de dislipèmia (> seixanta-quatre anys)

Homes 26,3%

Dones 35,4%

### Prevalença de tabaquisme (> seixanta-quatre anys)

Homes 21,1%

Dones 3,9%

**Prevalença de diabetis (> seixanta-quatre anys)**

Homes 26%

Dones 18%

**Prevalença d'EPOC**

Homes: 25,5% entre seixanta i seixanta-nou anys i 12,3%&gt;setanta anys

Dones: 5,2% entre seixanta i seixanta-nou anys i 2,7%&gt;setanta anys

*Dades atenció primària de Mallorca 2007*

	Hta	Obesitat	Dislipèmia	Tabaquisme	Diabetis	EPOC
Homes	73,3	69,2%	26,3%	21,1%	26%	25,5 i 12,3%*
Dones	80,3	76,6%	35,4%	3,9%	18%	5,2 i 2,7%*

\*Entre entre seixanta i seixanta-nou anys i més de setanta anys, respectivament.

**2. Consum farmacèutic**

Persones de més de seixanta-cinc anys que han consumit medicació en les dues darreres setmanes (INE i Enquesta nacional de salut 2003):

	Homes	Dones
Illes Balears	92,3%	86,4%
Espanya	85%	90,9%

Dades més recents procedents del Servei de Salut de les Illes Balears, corresponents a la nostra comunitat autònoma, demostren que durant l'any 2007 el 73,2% de la despesa farmacèutica correspon a pensionistes i, encara que si bé no tots els pensionistes són persones de seixanta-cinc anys o més, sí que ho són la majoria, fet que ens dóna una visió de la importància que aquest segment d'edat té en el consum farmacèutic global:

*Des de gener de 2007 fins a desembre de 2007*

Envasos totals	Despesa total*	Env. pensionistes	Despesa* pensionistes
14.730.114	206.222.208,90	9.809.663	151.076.476,30

Font: aplicació GAIA-IB. Servei de Salut de les Illes Balears

Veiem a continuació que, en el rànquing per nombre d'envasos, el primer lloc per a pensionistes l'ocupen els fàrmacs antiulcus pèptic, seguits d'analgèsics/antipirètics, ansiolítics, reductors del colesterol/triglicèrids i antitrombòtics.

Resultats econòmics generals: receptes, envasos i despesa		Des de gener 2007 a desembre 2007			
Codi grup terapèutic	Grup terapèutic	Envasos totals	Despesa total*	Env. pensionistes	Despesa * pensionistes
A02B	Antiulcerus pèptic	924.500	9.904.066,26	671.737	8.262.530,61
N02B	Analgèsics i antipirètics	827.617	1.930.270,16	584.340	1.549.870,50
N05B	Anxiolític	889.994	2.000.248,21	552.846	1.445.189,27
C10A	Reductors del colesterol i triglicèrids	710.270	13.876.230,73	503.847	11.216.618,91
B01A	Antitrombòtics	583.830	6.716.566,96	481.371	5.675.559,08
M01A	Antiinflamatoris i antireumàtics no esteroides	836.984	5.139.505,46	432.163	3.634.121,72
N06A	Antidepressius	646.855	15.958.690,35	362.663	8.809.443,27
A10B	Antidiabètics orals	405.499	3.139.617,15	303.956	2.346.592,30
C09A	Inhibidors enzim convertasa angiotensina-IECA-	376.667	2.325.803,22	278.534	1.765.790,84
C07A	Betablocadors sols	314.444	2.065.483,51	225.521	1.499.004,15
C03C	Diurètics de nansa	243.579	1.287.006,11	216.761	1.151.018,66
C09C	Antagonistes angiotensina II	287.957	7.463.874,99	206.962	5.454.553,68
N05C	Hipnòtics i sedants	261.034	686.335,70	196.072	571.436,49
C08C	Bloq. canals calci selectius efecte vascular	239.876	3.635.365,32	190.802	2.948.255,93
S01E	Preparats antiglaucoma i miòtics	228.981	2.997.434,20	188.819	2.637.437,72
N02A	Analgèsics opiacis	230.153	4.675.018,50	178.582	4.085.503,81
R03A	Adrenèrgics inhalats (antiasmàtics)	288.429	9.994.503,67	174.846	6.721.772,81
R05C	Expectorants, exclosos assoc. amb antitussigen	227.343	695.388,89	119.505	471.245,19
R06A	Antihistamínics d'ús sistèmic	219.771	1.336.159,43	86.693	681.275,92
J01C	Antibacterians betalactàmics, penicil·lina	273.175	1.185.994,45	77.741	493.196,13

(\*) Despesa=(PVP-aportació usuari)

Font: aplicació GAIA-IB. Servei de Salut de les Illes Balears

En el rànquing per despesa referida a pensionistes, el primer lloc l'ocupen reductors del colesterol/triglicèrids, seguits d'antidepressius, antiulcus pèptic, antipsicòtics i adrenèrgics inhalats. Altres grups importants són fàrmacs hipotensors, per al tractament de la demència i amb efecte sobre la mineralització òssia:

Resultats econòmics generals: receptes, envasos i despesa		Des de gener 2007 a desembre 2007			
Codi grup terapèutic	Grup terapèutic	Envasos totals	Despesa total*	Env. pensionistes	Despesa * pensionistes
C10A	Reductors del colesterol i triglicèrids	710.270	13.876.230,73	503.847	11.216.618,91
N06A	Antidepressius	646.855	15.958.690,35	362.663	8.809.443,27
A02B	Antiulcus pèptic	924.500	9.904.066,26	671.737	8.262.530,61
N05A	Antipsicòtics	217.360	11.591.792,59	152.091	7.506.681,90
R03A	Adrenèrgics inhalats (antiasmàtics)	288.429	9.994.503,67	174.846	6.721.772,81
B01A	Antitrombòtics	583.830	6.716.566,96	481.371	5.675.559,08
C09C	Antagonistes angiotensina II	287.957	7.463.874,99	206.962	5.454.553,68
M05B	Medicaments amb efecte sobre la mineralització	170.210	5.536.700,76	129.561	4.669.657,09
N03A	Antiepilèptics	218.362	8.559.102,80	120.927	4.639.188,77
C09D	Antagonistes angiotensina II en associació	186.142	4.934.180,77	139.948	4.116.518,78
N02A	Analgèsics opiacis	230.153	4.675.018,50	178.582	4.085.503,81
N06D	Medicaments contra la demència	45.912	3.960.625,06	43.961	3.929.040,26
A10A	Insulines i anàlegs	116.139	5.963.110,25	73.701	3.764.665,99
M01A	Antiinflamatoris i antireumàtics no esteroïdes	836.984	5.139.505,46	432.163	3.634.121,72
G04C	Medicaments per a hipertrofia pròstata benigna	180.545	3.545.919,68	149.885	3.163.218,61
C08C	Bloq. canals calci selectius efecte vascular	239.876	3.635.365,32	190.802	2.948.255,93
N04B	Dopaminèrgics (antiparkinsonians)	48.963	3.179.509,03	44.562	2.821.320,22
R03B	Altres antiasmàtics inhalats	128.392	3.401.565,28	95.424	2.666.647,12
L02B	Antagonistes hormonal i substàncies relacionades	27.415	3.449.819,90	19.971	2.665.543,25
S01E	Preparats antiglaucoma i miòtics	228.981	2.997.434,20	188.819	2.637.437,72

(\*Despesa=(PVP-aportació usuari)

Font: aplicació GAIA-IB. Servei de Salut de les Illes Balears

### 3. Percepció de salut

Exposam a continuació algunes dades sobre la salut percebuda per les persones grans. Com es veu, els homes grans, independentment de l'edat, se senten subjectivament més bé que les dones quan són preguntats pel seu estat de salut. Per altra banda, i segons l'Enquesta nacional de salut de 2003, les persones de seixanta-cinc a setanta-quatre anys i les de setanta-cinc o més reconeixen que el seu estat de salut és bo/molt bo en un 41,5% i 33,4% respectivament, mentre que aquesta dada referida a la població general és d'un 71,3%.

	Molt bo	Bo	Regular	Dolent	Molt dolent	Bo/molt bo	Dolent/molt dolent
65-74 anys	4,0	37,5	40,8	13,7	3,9	41,5	17,6
75 i més	2,9	30,5	40,7	18,9	7,0	33,4	25,8

INE (INEBASE: Enquesta nacional de salut. Taules nacionals 2003. Estado de salud y accidentalidad. INE 2006)

Homes	Bo/molt bo	Dolent/molt dolent
65-74 anys	48,0	12,1
75 i més	40,2	20,0

INE (INEBASE: Enquesta Nacional de Salut. Taules nacionals, 2003. Estado de salud y accidentalidad. INE, 2006)

Dones	Bo/molt bo	Dolent/molt dolent
65-74 ANYS	36,3	22,0
75 i MÉS	28,8	29,7

INE (INEBASE: Enquesta Nacional de Salut. Taules nacionals, 2003. Estado de salud y accidentalidad. INE, 2006)

Dades més recents, corresponents a l'Enquesta nacional de salut 2006, segueixen mostrant una tendència semblant, amb una sensació de benestar més gran en els homes independentment de l'edat, de manera que les persones grans tenen una valoració positiva del seu estat de salut, segons es veu a continuació:

#### Valoració positiva de l'estat de salut

	Homes	Dones
65-74 anys	54,4	36,8
75 i més	41,6	29,1

Enquesta nacional de salut 2006

	Molt bo	Bo	Regular	Dolent	Molt dolent	Bo/molt bo	Dolent/molt dolent
65-74 anys	6,98	37,48	39,63	11,60	4,30	44,46	15,90
75 i més	5,62	28,73	43,71	16,58	5,93	34,35	21,97

Enquesta nacional de salut 2006

A l'Enquesta nacional de salut 2006, confessa un estat de salut molt bo o bo el 74,3% de la població general (75,5% per a homes i 71,5% per a dones).

#### 4. Defuncions i causes

D'entre les possibles causes de mortalitat que afecten les persones grans de la nostra comunitat autònoma, destaca de manera notable i és la primera causa la malaltia vascular o cardiocirculatòria. Segueixen en freqüència els tumors, les malalties de l'aparell respiratori i digestiu i, en cinquè lloc, les malalties del sistema nerviós.

Aquestes causes per a persones de seixanta-cinc anys o més són superposables a les de la població general, amb l'excepció que en aquest grup d'edat el cinquè motiu més freqüent de mortalitat són les causes externes (vegeu la taula següent).

#### *Defuncions segons la causa i l'edat i tasses per 100.000 habitants de cada grup (ambdós sexes), 2004*

Causas de mort	Totes les edats	Tassa	Població de 65 i més anys	Tassa	Resta població	Tassa
<b>Població total</b>	<b>955.045</b>		<b>132.440</b>		<b>822.605</b>	
<b>Totes les causes</b>	<b>7.050</b>	<b>738,2</b>	<b>5.742</b>	<b>4.335,5</b>	<b>1.308</b>	<b>159,0</b>
I. Infeccioses	138	14,4	91	68,7	47	5,7
II. Tumors	1.905	199,5	1.374	1.037,5	531	64,6
III. Sang	24	2,5	19	14,3	5	0,6
IV. Endocrines	248	26,0	222	167,6	26	3,2
V. Mentals	234	24,5	194	146,5	40	4,9
VI-VIII. Nervioses	290	30,4	263	198,6	27	3,3
IX. Circulatòries	2.410	252,3	2.196	1.658,1	214	26,0
X. Respiratòries	641	67,1	589	444,7	52	6,3
XI. Digestives	368	38,5	303	228,8	65	7,9
XII. Pel	18	1,9	17	12,8	1	0,1
XIII. Osteomusculars	93	9,7	87	65,7	6	0,7

Causes de mort	Totes les edats	Tassa	Població de 65 i més anys	Tassa	Resta població	Tassa
XIV. Genitourinaries	177	18,5	171	129,1	6	0,7
XV. Part	2	0,2	0	0,0	2	0,2
XVI. Perinatals	30	3,1	0	0,0	30	3,6
XVII. Congènites	12	1,3	0	0,0	12	1,5
XVIII. Altres símptomes	139	14,6	111	83,8	26	3,4
XX. Causes externes	321	33,6	105	79,3	216	26,3

Font: INE, INEBASE: Defuncions segons la Causa de Mort, INE, 10/04/2006.

INE, INEBASE: Revisió del Padró Municipal d'Habitants a 1 de gener de 2004, INE, consulta en 2006 Taula presa de Las personas mayores en Espana. Informe 2006.

## 5. Esperança de vida

L'esperança de vida en el moment de néixer era l'any 2002 a les Illes Balears de 79,8 anys: 76,7 anys per als homes i 82,9 per a les dones i no existien diferències significatives pel que fa a les xifres del conjunt de l'Estat, amb una esperança de vida en el moment de néixer de 79,7 anys (76,4 per als homes i 83 per a les dones).

Altres indicadors de salut rellevants són l'esperança de vida a seixanta-cinc anys i l'esperança de vida lliure d'incapacitat a seixanta-cinc anys. Pel que fa a la primera, aquesta se situa per al conjunt d'Espanya en 18,9 anys, 16,8 per als homes i 20,7 per a les dones. Respecte de l'esperança de vida lliure d'incapacitat a seixanta-cinc anys, també al conjunt d'Espanya, se situa per a ambdós sexes en 12,2 anys, 11,7 i 12,6 per a homes i dones respectivament (Indicadors demogràfics bàsics. INE 2006).

## 6. Qualitat de vida

Els indicadors més rellevants que fan referència a la qualitat de vida solen ser la pròpia salut, l'autonomia, els recursos econòmics i les relacions familiars.

Com s'ha dit abans, un 54,4% d'homes i un 36,8% de dones entre seixanta-cinc i setanta-quatre anys fan una valoració positiva del seu estat de salut (Enquesta de salut 2006). En la població de setanta-cinc anys o més, aquestes proporcions són 41,6% i 29,1%, respectivament.

Pel que fa a l'autonomia, com es veurà més endavant, un 47,36% de les persones grans de les Balears no presenten dependència funcional (58% en homes i 38,65% en dones).

Tot i que es tracta d'una xifra no gaire elevada, hem de tenir en compte que la pèrdua d'autonomia es concentra en edats avançades, per damunt de setanta-cinc i vuitanta anys.

Les pensions de jubilació (*Informe Econòmic i Social de les Illes Balears 2007*) són la prestació més important de l'Estat (56% del total de les pensions), la qual cosa no evita el gran risc de pobresa que té la població de seixanta-cinc anys o més. La pensió de jubilació mitjana se situa a les Balears en 688,37 € i, malgrat que els recursos dedicats a satisfer aquesta necessitat han pujat durant l'any 2007 un 8,6%, aquesta xifra segueix sent una de les més baixes de l'Estat, només per sobre de Múrcia (677,05 €), Extremadura (643,75 €) i Galícia (627,64 €) i lluny de la pensió mitjana al País Basc (966,52 €).

Dades recents (preses de l'*Informe Econòmic i Social de les Illes Balears 2007* i de l'Enquesta de condicions de vida dels majors 2006. IMSERSO), el 16,4% de les persones més grans de seixanta-cinc anys viuen soles a les Illes Balears, percentatge que arriba fins al 21,2% en el cas de les dones, a causa de la longevitat més gran d'aquestes.

Finalment, una recent enquesta espanyola sobre qualitat de vida realitzada per l'OCU durant els mesos de juny i juliol de 2007, efectuada a persones d'entre seixanta-cinc i setanta anys, ofereix dades molt d'acord amb allò que hem exposat fins ara i amb relació a la qualitat de vida de les persones grans.

Segons aquesta enquesta i pel que fa al model de convivència:

Viuen tots sols	16%
Amb diverses persones	41%
Amb una altra persona	43%

El 79% viu a una casa pròpia, on es troba molt bé.

Respecte del suport de què disposen les persones grans:

	Alt	Regular	Poc o molt poc
Emocional	64%	17%	19%
Material	74%	10%	16%
General	69%	16%	15%

Respecte de la salut:

Excel·lent	8%
Molt bona	24%



Bona	48%
Regular	17%
Dolenta	3%

#### Situació econòmica:

Molt folgada	2%
Còmoda	24%
Suficient	59%
Difícil	15%

#### Respecte de l'estat d'ànim:

	Bo, animat, amb esperança	Dolent, amb poques perspectives	Desesperat
Homes	92%	6%	2%
Dones	90%	10%	

Com a resum d'aquesta enquesta, podem afirmar que per a un 76% de les persones entrevistades la qualitat de vida és bona, tot i que hi hauria aspectes que es podrien millorar. Els aspectes menys satisfactoris de la seva vida actual són el nivell de desig i rendiment sexual. Les activitats domèstiques i la situació econòmica són altres coses que els preocupen, ja que només la meitat dels enquestats les consideren bones o molt bones. En general, es troben satisfets amb la seva salut. La gran majoria dels enquestats afirma que és independent, encara que un 13% necessita ajuda per realitzar les feines de casa i un 2,5% la requereix fins i tot per a la seva cura personal. Reclamen més ajudes a domicili i seguir participant en la vida pública, que no se'ls deixi de costat. Els enquestats es queixen de l'escassetat d'ofertes de treball remunerat, a pesar que un terç dels enquestats es manté actiu laboralment i un 26% estudia.

## 7. Fragilitat i dependència

La fragilitat és una condició clínicosocial que pateixen molts ancians, que augmenta amb l'edat i que, essencialment, i d'aquí la seva importància, implica un gran risc de dependència. Són diferents els mètodes de cribatge utilitzats per detectar ancians fràgils a la comunitat, però el més difós i usat és el test de Barber.

Segons dades de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca, aquest test ha estat registrat en 31.028 persones més grans de seixanta-cinc anys i el total de positius ( $\geq 65$  anys amb un test de Barber registrat  $\geq 1$ ) ha estat de 19.386, dada que suposa un 62,4%.

Pel que fa a la dependència, l'Enquesta sobre discapacitats, deficiències i estat de salut de 1999 (EDDES 99) xifra a l'àmbit nacional un nombre total de 3.528.221 persones amb alguna discapacitat o amb limitacions que han causat o poden arribar a causar discapacitats, fet que, expressat en termes relatius, representa un 9% de la població espanyola. Més del 32% de les persones més grans de seixanta-cinc anys té alguna discapacitat (32,2%), mentre que entre les que no arriben a aquesta edat, la proporció de persones amb discapacitat no arriba al 5%. D'aquesta enquesta destaquen, a més, per la seva rellevància:

- 32,2% discapacitats  $>65$  anys (ja esmentat)
- 63,6%  $>85$  anys.
- Segons la seva gravetat, un 14% és lleu (AVDI), un 6% moderada (AVDI+alguna bàsica) i en un 12% de casos es tracta de dependència greu (AVDB).
- Segons aquest estudi, són 29.684 les persones discapacitades a les Balears.

Dades més recents són ofertes per l'Enquesta nacional de salut 2006, amb relació a la dependència funcional en persones més grans de seixanta-cinc anys de les Illes Balears:

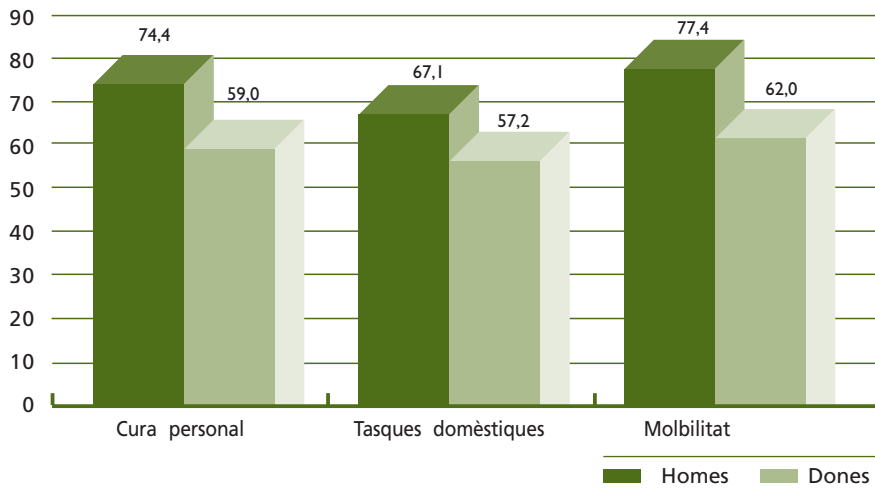
	Ambdós sexes	Homes	Dones
Mobilitat	36,69%	23,96%	46,47%
Cura personal	39,06%	27,37%	48,05%
Tasques domèstiques	42,92%	33,74%	49,98%

Dependència funcional de persones més grans de 65 anys a les Balears. Enquesta nacional salut 2006.

No presenten dependència funcional:

Ambdós sexes:	47,6%
Homes:	58,69%
Dones:	38,65%

Aquestes dades referides a les Balears són semblants a les obtingudes a la mateixa Enquesta de salut 2006 i referides a la resta de l'Estat; crida l'atenció el fet que els homes tinguin més autonomia que les dones.

**Gràfic 1** |

*Autonomia persones més grans de seixanta-cinc anys. Gràfic pres de l'Enquesta nacional de salut 2006.*

Altres dades, incloses a l'*Informe Econòmic i Social de les Illes Balears 2007* (la font del qual és la Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració) i a l'Enquesta de condicions de vida dels majors 2006 (IMSERSO), xifren en un total de 235,1 per mil els casos de discapacitat en la població de més de seixanta-cinc anys a les Balears i en un 23,4% els casos de persones grans amb alguna dificultat per realitzar tasques dins o fora de casa.

## 8. Atenció sanitària

És conegut, i a això es fa referència en altres apartats de l'anuari, el progressiu envelliment de la població espanyola, fet al qual no és aliena la nostra comunitat autònoma.

La població de les Illes Balears l'any 2005 era de 983.131 habitants i el nombre de persones de més de seixanta-cinc anys era de 134.696, un 13,7% del total (Espanya: 16,6%, 7.332.267 persones). També adquireix importància rellevant l'augment de persones grans amb més de setanta-cinc i vuitanta anys, amb un nombre de 63.245 (6,4%) i 35.499 (3,6%) persones, respectivament, fenomen conegut com a «envelliment de l'envelliment».

Sabem també que l'augment del nombre de persones grans produeix un elevat consum de recursos sanitaris, sociosanitaris i socials, pel fet que aquestes persones presenten una

incidència i prevalença més altes de determinades malalties, especialment les de caracter crònic, lligades a l'envelliment, moltes amb tendència a la invalidesa, etc.

Des d'una òptica sanitària i sociosanitària, aquest consum més alt de recursos es reflecteix tant a l'atenció primària com a l'atenció especialitzada, de manera que aquest segment de població fa un ús més gran de consultes de tot tipus, de llits hospitalaris (aguts i model sociosanitari) i consum farmacèutic.

Segons dades de l'Informe Econòmic i Social Balears 2007, la despesa sanitària en la nostra comunitat autònoma ha estat de 1.174,4 milions d'euros, un 13,5% més que l'any 2006, dada que correspon a 1.138,47€ per targeta sanitària individual (TSI). No obstant això, la nostra comunitat percep una de les xifres més baixes per TSI i únicament superam la Comunitat Valenciana, que disposa tan sols de 1.083,09 € per TSI.

## 9. Recursos sanitaris i persones grans.

Són molts els recursos que el sistema públic posa a disposició de les persones grans. Ens referirem a l'àmbit d'atenció primària, atenció especialitzada/hospitalària, servei d'atenció mèdica urgent (061) i atenció sociosanitària.

En general, s'ha mantingut la tendència positiva pel que fa al creixement de la xarxa de salut a les Balears i el fet més destacat és l'obertura durant l'any 2007 de l'Hospital Comarcal d'Inca, l'Hospital de Formentera i altres noves accions en atenció primària de salut.

## 10. Atenció primària (AP)

L'AP es duu a terme mitjançant la xarxa de centres de salut distribuïts per Mallorca, Menorca, Eivissa i Formentera, amb unitats bàsiques, unitats especialitzades, el Servei d'Urgències d'Atenció Primària (SUAP) i els equips de suport d'atenció domiciliària (ESAD).

En total hi ha:

- 51 equips d'atenció primària (dos més que el 2006, amb 104 unitats bàsiques).
- 13 unitats de salut mental.
- 19 unitats d'atenció a la dona.
- 19 unitats de fisioteràpia.
- 6 serveis d'urgències.
- 26 PAC (punts d'atenció continuada).
- ESAD

*Mallorca (centres de salut)*

Centre	Denominació
A. Bennàssar	
Alcúdia/Safrà	Safrà
Andratx	
Arenal	
Artà	Nuredduna
Binissalem	Es Raiguer
Calvià	
Camp Redó	
Campos	Xaloc
Capdepera	
Casa del Mar	Ponent
Coll d'en Rabassa	
Emili Darder	Polígon Llevant
Es Trencadors	Marina de Lluçmajor
Escola Graduada	
Esporles	Tramuntana
Felanitx	
Inca	
Lluçmajor	Migjorn/Lluçmajor
Manacor	
Martí Serra	Pont d'Inca
Muntanya	
Muro	Marines
Pere Garau	
Pollença	
Rafal Nou	Viver
Sa Pobla	Torrent de Sant Miquel
Sant Agustí	
Santa Maria	
Santanyí	
S'Escorxador	Sa Riera
Sineu	Es Pla
Sóller	Serra Nord
Son Cladera	
Son Ferriol	
Son Gotleu	
Son Pisà	
Son Serra	La Vileta
Son Servera	Llevant
Santa Catalina	
Valldargent	
Vilafranca	Ses Roques Llises

*Menorca*

Zona bàsica de Llevant:	CS Dalt Sant Joan (Maó)
Zona bàsica de Ponent:	CS Canal Salat (Ciutadella)
Zona bàsica d'Alaior:	CS Es Banyer
Zona bàsica de Ferreries:	Centre de Salut de Ferreries

*Eivissa-Formentera*

CS Can Misses
CS Es Viver
CS Sant Antoni
CS Santa Eulària
CS Formentera

**11. Atenció especialitzada/hospitalària**

Existeixen a la comunitat autònoma dels Illes Balears 23 centres hospitalaris, amb 3.717 llits en total, dels quals 78,9% es corresponen amb hospitals generals. Només existeixen dos hospitals definits com a geriàtrics o de llarga estada (6,5% de llits).

D'aquests llits, el 65% són de titularitat pública, i el 27,6% de titularitat privada. En total, existeixen l'any 2007 un 3,9% més de llits, a causa de l'obertura de l'Hospital d'Inca, el de Formentera i de l'ampliació de llits a l'Hospital Mateu Orfila de Menorca (que té 142 llits, enfront dels 119 de l'anterior centre). Malgrat que la població atesa ha crescut un 4,2%, la ràtio es manté en 3,6 llits per mil habitants, lluny de les recomanacions de la OMS (8-10 llits) i de la mitjana europea (5,9).

**Recursos hospitalaris públics**

A la comunitat autònoma de les Illes Balears existeixen els recursos hospitalaris següents en el sistema públic:

- Hospital Universitari de Son Dureta (Mallorca)
- Fundació Hospital Son Llätzer (Mallorca)
- Hospital Comarcal d'Inca (Mallorca)
- Fundació Hospital de Manacor (Mallorca)
- Hospital Mateu Orfila (Menorca)
- Hospital Can Misses (Eivissa).
- Hospital de Formentera.

## 12. Atenció sociosanitària

Els pacients amb malalties cròniques, amb comorbiditat i en situació de malaltia terminal sovint presenten limitació funcional, tant en activitats bàsiques de la vida diària (ABVD) com en activitats instrumentals de la vida diària (AIVD) i, per tant, es troben en necessitat d'ajuda. És el que coneixem com a dependència, la prevenció i atenció de la qual necessita un model assistencial que complementi de manera efectiva el tradicional model sanitari, molt centrat en el diagnòstic i la curació dels problemes de salut quan aquests es presenten, però poc atent a altres necessitats importants perquè les persones dependents (de manera temporal o permanent) i els pacients amb una malaltia terminal rebin una atenció adequada i l'opció de viure amb dignitat i oportunitats.

Es tracta d'un model basat en l'atenció integral (interdisciplinari), en l'establiment de nivells assistencials i en una valoració global que analitza les necessitats de cada pacient, en funció de les quals el sistema ha d'oferir una determinada resposta en el nivell adequat.

Aquesta cartera de serveis és el que en la majoria dels llocs i administracions en què s'ha implantat es coneix com a model d'atenció sociosanitària: una cartera de serveis amb un fort component sanitari, encara que no exclusiu, dirigida sobretot a discapacitats de qualsevol edat, però sobretot, com s'ha assenyalat ja, a persones grans fràgils, amb gran risc de dependència, a persones grans dependents de manera transitòria o permanent i a pacients amb malaltia terminal. Són diferents i sovint canviants les necessitats que presenten els pacients al llarg del temps. Hi ha malalties agudes que es resolen de manera relativament senzilla o bé més complexa a través de l'atenció hospitalària i especialitzada o a través dels recursos propis de l'atenció primària de salut (AP). De la mateixa manera, hi ha situacions de precarietat social que només necessiten una resposta social determinada (solitud, mitjans econòmics, habitatge...). Tanmateix, en molts altres casos, els problemes sanitaris i socials interaccionen entre si i ocasionen l'existència de molts pacients amb necessitats diferents no cobertes pel sistema sanitari tradicional, com són la prevenció de la dependència en ancians fràgils, la convalsència i rehabilitació, les cures de llarga durada i atenció a la dependència, les cures i atenció domiciliàries, les cures pal·liatives, etc., i és aleshores quan els dispositius d'atenció sociosanitària adquireixen rellevància i interès. El model d'atenció sociosanitària organitza la resposta del sistema en funció de les necessitats de l'usuari:

- Atenció aguda
- Atenció subaguda
- Atenció de llarga durada
- Atenció domiciliària
- Salut mental

A Mallorca, l'atenció sociosanitària la duu a terme la Gestió Sanitària de Mallorca (GESMA), una entitat de caràcter públic integrada al Servei de Salut de les Illes Balears i dependent de la Conselleria de Salut i Consum del Govern de les Illes Balears. El perfil assistencial de GESMA és de caràcter sociosanitari hospitalari. Per això, disposa d'hospitals de caràcter estrictament sociosanitari —Hospital General i Hospital Joan March—, amb aproximadament dos-cents llits, on es tracten específicament programes o línies adequats a l'atenció d'aquests tipus de malalts.

#### GESMA: CENTRES ASSISTENCIALS/CARTERA DE SERVEIS

- AREA SOCIOANITÀRIA

- HOSPITAL GENERAL

##### HOSPITALITZACIÓ

Programa de paliatius

Programa d'ictus

Programa d'ortogeriatria

Programa de pluripatològics

Línies de convalsència

##### LÍNIES AMBULATORIES

Hospital de dia

Rehabilitació

##### DISPOSITIUS EXTERNES

U.V.A.S.S Son Llàtzer

- HOSPITAL JOAN MARCH

##### HOSPITALITZACIÓ

Programa de paliatius

Programa de respiratori

Programa d'ortogeriatria

Línies de convalsència

Unitat de de desintoxicació alcohòlica

##### LÍNIES AMBULATORIES

Rehabilitació

##### DISPOSITIUS EXTERNES

U.V.A.S.S Son Dureta

- ÀREA DE SALUT MENTAL

##### HOSPITALITZACIÓ

Unitat de llarga estada

Unitat de mitjana estada

Psicogeriàtric

Residència mixta



Residència Son Tugores  
 Unitat de demències  
 Unitat d'hospitalització subaguts  
 ALTRES ÀREES  
 Club social/tallers ocupacionals

- AREA NO SOCIO SANITÀRIA
  - HOSPITAL GENERAL

Línia ambulatoria aguts  
 Cardiologia, traumatologia, oftalmologia, urologia, estomatologia, clínica del dolor  
 Línies quirúrgiques  
 Línies amb recursos propis  
 Línies amb recursos externs

També es poden esmentar en aquest anuari els hospitals de Sant Joan de Déu i de la Creu Roja de Mallorca, privats sense ànim de lucre, ambdós amb marcat caràcter sociosanitari.

L'Hospital de Sant Joan de Déu de Palma és actualment un hospital de suport a la xarxa hospitalària en atenció geriàtrica i en rehabilitació, amb un model assistencial integral i interdisciplinari, basat en les necessitats dels pacients i de la comunitat. A més, dona suport a la resolució de llistes d'espera quirúrgiques de traumatologia. L'Hospital de Sant Joan de Déu disposa a la seva cartera de serveis de:

Unitat de cirurgia sense ingrés  
 Unitat geriàtrica d'aguts  
 Unitat de mitjana estada  
 Unitat de cures especials  
 Hospital de dia  
 Consultes externes

L'Hospital de la Creu Roja de Palma és un centre hospitalari de llarga estada amb activitat de cirurgia ambulatoria i hospital de dia geriàtric, de caràcter privat benèfic, que dona servei a la població de la ciutat de Palma i de la seva àrea d'influència.

El centre ofereix els serveis següents:

80 llits d'hospitalització (59 de llarga estada i 21 de quirúrgics), repartits en 8 habitacions individuals, 27 habitacions dobles i 3 habitacions triples.

L'hospital disposa a més de 3 sales d'operacions, 13 locals de consultes externes, una sala de radiologia convencional, laboratori d'anàlisis clíniques, farmàcia interhospitalària, gimnàs de rehabilitació i una sala per a teràpia ocupacional.

Respecte dels recursos específicament geriàtrics, hi ha suficient evidència científica que avalaria el seu desenvolupament i implantació.

Abans que res, hem de dir que existeix evidència científica de grau A respecte de l'eficàcia de les unitats geriàtriques d'aguts, les unitats de mitjana estada (recuperació funcional) i unitats d'assistència geriàtrica domiciliària (seguiment de l'alta d'ancians amb múltiples ingressos), com a dispositius assistencials a què cap administració sanitària no hauria de renunciar.

Els equips de valoració i cures geriàtriques, implantats en territori INSALUD els anys 1994 i 1995 com a model introductor de l'assistència geriàtrica en els hospitals, i el posterior desenvolupament d'altres nivells assistencials han acumulat la suficient evidència per fer-los recomanables en ancians ingressats en serveis de cirurgia ortopèdica i traumatologia i, de qualsevol manera, han contribuït a aportar coneixements geriàtrics on no existien.

D'altra banda, l'hospital de dia geriàtric i l'assistència geriàtrica domiciliària, entesa com a cures continuades de suport domiciliari, mostren una influència favorable sobre paràmetres com la qualitat de vida i la satisfacció dels usuaris i mostren un grau B de recomanació per a la seva implantació.

Com a conclusió, en general, en el conjunt dels recursos sanitaris de les Illes Balears crida l'atenció l'escassetat de recursos especialitzats en geriatria, especialment en l'àmbit de l'atenció especialitzada.

### 13. Ús de recursos sanitaris

Espanya presenta un dels índexs més alts d'envelliment no solament d'Europa sinó del món i se situa actualment en un 17%, amb un augment important de les persones de més de vuitanta anys («envelliment de l'envelliment»), que constitueixen un 4,1% del total de la població, xifra que augmentarà en els pròxims anys.

Aquesta longevitat més gran de la població és causa i conseqüència dels canvis en els patrons de malaltia. Les persones grans presenten problemes de salut diferents dels dels adults joves i són les malalties cròniques, sovint invalidants, derivades de l'envelliment, d'origen endogen, les més prevalents en persones grans i, al seu torn, les seves complicacions determinants de dependència i mortalitat.

Sovint es parla de la geriatriització de la medicina, terme que fa referència al fet que l'augment de les xifres absolutes de persones grans, en ser aquestes portadores d'una incidència i prevalença més altes de malaltia, ocasiona un consum més alt de recursos

sanitaris i, com veurem a continuació, una bona part de l'activitat assistencial dels dispositius sanitaris està dedicada a les persones grans.

Les persones més grans de seixanta-cinc anys suposaven l'any 2000 al voltant del 35% de les altes hospitalàries i el 49% de les estades als hospitals espanyols, malgrat que només eren el 17,1% del total de la població. Es coneix que les taxes d'ingressos es dupliquen per a la població més gran de seixanta-cinc anys i es tripliquen en els més grans de vuitanta anys. Aquest és un fenomen que no solament ocorre a Espanya, sinó també a la resta dels països del nostre entorn amb idèntiques característiques demogràfiques.

Una cosa semblant ocorre en l'àmbit de l'atenció primària i l'activitat sociosanitària desenvolupa un percentatge altíssim de la seva activitat amb persones grans. Les dades que es presenten a continuació, referents a la nostra comunitat autònoma, no fan sinó corroborar aquestes impressions generals.

### 13.1. Atenció primària

#### Atenció primària Mallorca

##### Ús de recursos

Segon dades del Gabinet Tècnic. GAP Mallorca:

#### 1. Consultes de persones de més de seixanta-cinc anys sobre el total de consultes realitzades a AP

Consultes	
Total consultes AP	7.928.993
Total consultes >= 65 anys	2.328.412

#### 2. Consultes de persones de més de seixanta-cinc anys a domicili

Domicilis	
Total domicilis AP	141.697
Domicilis concertats >= 65 anys	104.596
Domicilis urgents >= 65 anys	15.755

#### 3. Ancià de risc

Cribratge (test de Barber)	
Total >= 65 anys amb un test de Barber registrat	31.028

Les dades corresponen a persones de seixanta-cinc anys o més a les quals en alguna ocasió s'ha registrat un test de Barber a la història clínica electrònica d'AP.

## Ancians de risc

### Cribratge (test de Barber)

Total $\geq$ 65 anys amb un test de Barber registrat	19.386
--	--------

## 4. VAG a persones més grans de 65 anys

### Cobertura VAG

Cobertura VAG $>$ 65 anys	53,03%
---------------------------	--------

## ESAD

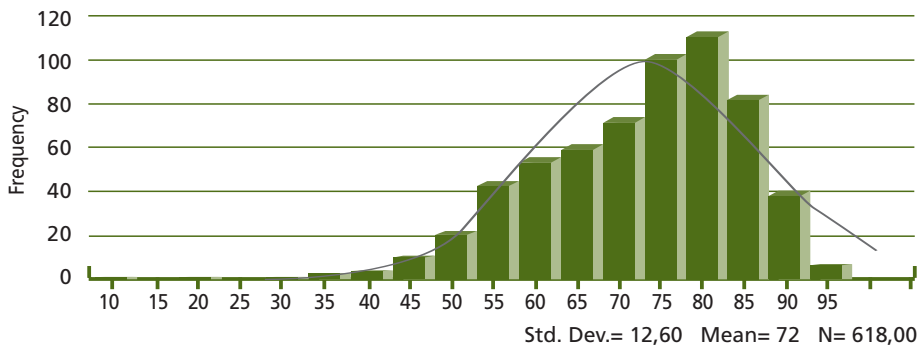
L'ESAD sorgeix com una ajuda perquè l'atenció domiciliària que presten els equips d'atenció primària no perdi qualitat.

Els ESAD són un element facilitador de les cures pal·liatives en el domicili:

- Assessoren els professionals dels EAP.
- Milloren la coordinació entre l'atenció primària i l'atenció especialitzada.
- Actuen com a experts en l'atenció directa a pacients en situacions clínico-socials difícils.
- Docència en cures pal·liatives per a AP.

Activitat assistencial: segons dades de la Memòria ESAD 2007, s'han atès un total de 770 pacients dels quals 618 són casos tancats. La mitjana d'edat dels 618 pacients és de 71,92 anys i la mediana, de 74 anys. La mitjana i la mediana de l'any 2006 va ser de 72,32 i 75 anys, respectivament.

## Gràfic 2 | Edat inclusió



	2007	2006	2007	2006	2007	2006
	% casos	% casos	Mitjana d'edat	Mitjana d'edat	Mitjana	Mitjana
Homes	61,5% (380)	53% (299)	71,65	70,88 anys	73	73 anys
Dones	38,5% (238)	47% (265)	72,38	74,27 anys	76	78 anys
Total	100% (618)	100% (564)				

Preses de Memòria ESAD 2007

Edat	Homes 2007	Homes 2006	Dones 2007	Dones 2006	Casos 2007	Casos 2006	% 2007	% 2006
de 0 a 20		1	1	1	1	2	0,2	0,4
de 21 a 40	3	8	4	5	7	13	1,1	2,5
de 41 a 60	65	51	46	38	111	89	18	16,5
de 61 a 80	217	166	113	116	330	282	53,4	50
més de 80	95	73	74	105	169	178	27,3	31,6
<b>Total</b>	<b>380</b>	<b>299</b>	<b>238</b>	<b>265</b>	<b>618</b>	<b>564</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Preses de Memòria ESAD 2007

	Casos 2007	Casos 2006
Pacient oncològic terminal (POT)	567(91,7%)	528(93,6%)
Pacient no oncològic terminal (PNOT)	40 (6,5%)	22 (3,9%)
Pacient immobilitzat (IMMOB)		2 (0,4%)
Familiar pacient ESAD	11 (1,8%)	12 (2,1%)
<b>Total</b>	<b>618 (100%)</b>	<b>564 (100%)</b>

Preses de Memòria ESAD 2007

Hospital de dia geriàtric: l'ESAD també coordina la derivació dels pacients als hospitals de dia geriàtrics. També segon dades de l'ESAD:

Origen	Derivacions	%
Hospital	131	58
EAP (equips d'atenció primària)	94	42
<b>Total</b>	<b>225</b>	<b>100</b>

Destinació	Derivacions	%
Hospital Creu Roja	120	53
Hospital Sant Joan de Déu	105	47
<b>Total</b>	<b>225</b>	<b>100</b>

Motiu	Derivacions	%
Rehabilitació	178	79
Situacions socials	16	7
Altres	31	14
<b>Total</b>	<b>225</b>	<b>100</b>

### Atenció primària Menorca

#### *Vacunació antigripal 2007.*

Vacunats > 65	Població diana > 65	Cobertura > 65
4.923	12.383	39,70%

### Consum farmacèutic

Els grups terapèutics més consumits pels pensionistes són:

Antiulcus pèptic (4,97%)

Anxiolítics (4,93%)

Reductors del colesterol i triglicèrids (3,23%)

Altres analgèsics i antipirètics (3,08%)

Antitrombòtics (2,91%)

Antidepressius (2,61%)

AINE (2,54%)

IECA (1,99%)

Antidiabètics orals (1,92%)

Preparats antiglaucoma (1,86%)

### Atenció primària Eivissa

#### *Vacunació antigripal 2007.*

Vacunats > 65	Població diana > 65	Cobertura > 65
7.425	14.346	51,70%

Veiem que una part important de l'activitat en atenció primària de salut es realitza amb persones grans. Recents dades a l'àmbit nacional, corresponents a l'Enquesta nacional de salut 2006 reflecteixen igualment aquesta tendència, amb una alta freqüentació de la consulta mèdica, més gran, per altra banda, a mesura que avança l'edat:

	Homes	Dones
65 a 74 anys	89,6 %	94,9 %
75 i més	93,4 %	96,1 %

Consulta mèdica en els últims dotze mesos. Enquesta nacional salut 2006.

Pel que fa a la cobertura de la vacunació antigripal, les cobertures aconseguides a les Balears estan un poc per sota de les aconseguides a l'àmbit nacional:

<b>Homes</b>	69,1
<b>Dones</b>	65,7

Vacunació antigripal. Enquesta nacional salut 2006.

### 13.2. Servei d'atenció mèdica urgent (061)

El Servei d'Atenció Mèdica Urgent va atendre un total de 1.525 pacients l'any 2007, dels quals 850 tenien entre seixanta-sis i setanta-nou anys i 675, més de vuitanta anys.

Respecte dels pacients d'entre seixanta-sis i setanta-nou anys, les causes més freqüents d'atenció mèdica urgent varen ser:

131	Èxitus	Emer
95	Síncope, lipotímia, pèrdua de consciència	Emer
62	ACV	Emer
49	Hipoglucèmia NSP	Emer
49	Infart de miocardi	Secun
47	Angor NSP	Emer
34	Cardiopatia isquèmica	Secun
21	Dolor toràcic	Emer
21	Aturada cardíaca	Emer
20	Edema agut pulmó	Emer
18	Ansietat	Emer
17	EPOC	Emer
17	Fibril·lació ventricular	Emer
15	Convulsions	Emer
15	Traumatismes diversos	Emer

Si agrupam les diferents intervencions derivades de la cardiopatia isquèmica (infart de miocardi, angor i cardiopatia isquèmica), aquesta causa seria la segona en aquest grup de població, amb un total de 130 intervencions.

Veiem així mateix que l'atenció a la síncope, lipotímia i pèrdua de consciència és causa freqüent d'atenció, juntament amb els accidents cerebrovasculars (ACV).

Respecte dels pacients de vuitanta anys o més:

167	Èxitus
88	Síncope, lipotímia, pèrdua de consciència
52	ACV
41	Hipoglucèmia NSP
25	Angor repòs
21	Dolor toràcic
19	Edema agut pulmó
14	Hipotensió
12	Insuficiència respiratòria aguda NSP
11	Cardiopatia isquèmica
11	EPOC
11	Altres símptomes mal definits
11	Traumatisme cranial
10	Fibril·lació auricular
10	Infart agut miocardi

En aquest grup dels més grans, amb vuitanta anys o més, com veiem, no canvien de forma important les causes que originen la demanda d'atenció mèdica urgent.

Pel que fa als trasllats de pacients:

Total	45.416	%
Aeroport	18	0,04%
Alta hospitalària	2	0,00%
Consulta externa	4.551	10,02%
Exploracions complementàries	163	0,36%
Hematologia	15	0,03%
Hemodiàlisi	10.553	23,24%
Hospital de dia	3.185	7,01%
Ingrés	25	0,06%
Intercentre	5	0,01%
Logopeda	30	0,07%
Altres	530	1,17%



Quimioteràpia	115	0,25%
Radioteràpia	2.388	5,26%
Rehabilitació	23.825	52,46%
Sortida planta	11	0,02%

Veiem que l'assistència als serveis de rehabilitació, hemodiàlisi i les consultes externes són les tres primeres causes que ocasionen els trasllats de pacients.

### 13.3. Atenció hospitalària

#### Recursos hospitalaris

A la comunitat autònoma de les Illes Balears existeixen els recursos hospitalaris següents al sistema públic:

Hospital Universitari de Son Dureta (Mallorca)

Fundació Hospital Son Llätzer (Mallorca)

Hospital Comarcal d'Inca (Mallorca)

Fundació Hospital de Manacor (Mallorca)

Hospital Mateu Orfila (Menorca)

Hospital Can Misses (Eivissa).

Hospital de Formentera

### 13.4. Serveis d'urgències

#### Hospital Universitari de Son Dureta

L'HUSD va rebre un total de 130.833 consultes d'urgència. D'aquestes, 23.293 ho varen ser de pacients de seixanta-cinc anys o més (17,8%), de manera que es varen produir un total de 5.449 ingressos (23,39%) per aquesta via. En pacients de menys de seixanta-cinc anys, sobre un total de 107.540 consultes d'urgència, es produeixen 10.709 ingressos (9,95%).

#### Fundació Hospital Son Llätzer

La FHSLL va atendre durant l'any 2007 un total de 106.796 urgències, de les quals 23.311 es varen correspondre a persones grans (20%). Es va produir ingrés per aquesta via de 12.346 pacients; d'aquests, 4.874 eren més grans de seixanta-cinc anys (39%). Els ingressats per aquesta via de menys de seixanta-cinc anys varen ser 7.622 pacients (un 62%).

#### Hospital Comarcal d'Inca

El HCI va rebre un total de 35.927 consultes d'urgència i, d'aquestes, 6.357 ho varen ser de pacients de seixanta-cinc anys o més (17,6%), de manera que es varen produir un total de 3.322 ingressos (9,2%) per aquesta via, 1.407 en persones de més de seixanta-cinc anys (21,5%).

### Hospital de Manacor

A l'Hospital de Manacor, del total de pacients atesos al servei d'urgències, un 18,39% eren més grans de seixanta-cinc anys i es va produir ingrés hospitalari en un 30,81% d'aquests (enfrent d'un 9,76% en persones de menys de seixanta-cinc anys).

### Hospital Mateu Orfila

A l'Hospital Mateu Orfila, del total de pacients atesos al servei d'urgències, un 18,47% eren persones de seixanta-cinc anys o més (5.166 pacients), dels quals es produeix ingrés a l'hospital en el 22,16 % dels casos (1.145 pacients).

### Hospital de Can Misses

El HCM va rebre un total de 55.948 consultes d'urgència i, d'aquestes, 8.900 ho varen ser de pacients de seixanta-cinc anys o més (15,91%); es varen produir un total de 6.248 ingressos per aquesta via, 2.112 en persones de més de seixanta-cinc anys (23,7%).

	HUSD	FHSL	HCI	FHM	HMO	HCM
Total consultes urgències	130.833	106.796	35.927		27.941	55.948
Total consultes urgències > 65	23.293	23.311	6.537		5.166	8.900
% Consultes urgències > 65	17,80%	20 %	17,60%	18,39%	18,47%	15,91%
Ingressos des del servei urgències		12346	3322		4044	6248
Ingressos > 65 des del servei urgències	5449	4874	1407		1145	2112
% Ingressos des del servei urgències		11,5 %	9,2 %		14,47%	11,1 %
% Ingressos > 65 des del servei urgències	23,39 %	39 %	21,5 %	30,81 %	22,16%	23,7 %

Veiem que, en general, entre un 15,91 i un 20% de les consultes que s'efectuen als serveis d'urgències dels hospitals d'aguts de la comunitat autònoma corresponen a persones més grans de seixanta-cinc anys. També s'observa que aquestes ingressen des d'aquest servei entre un 21,5 i un 39% de les vegades, molt per sobre del que ocorre amb la població general, la qual cosa indica un bon ús d'aquest recurs sanitari per part de les persones grans. Altres treballs estimen que un 25% de les consultes en els serveis d'urgències corresponen a persones de més de seixanta-cinc anys (una mica per sobre de les dades de què disposem a la nostra comunitat), amb un 27% d'ingressos, xifra que sí que es correspon amb el que ocorre en el nostre medi.

## 13.5. Activitat de consultes externes

### Hospital Universitari de Son Dureta

En total s'han produït 546.857 consultes externes, 157.163 (28,82%) en persones més grans de seixanta-cinc anys.

### Fundació Hospital Son Llàtzer

La FHSLL va atendre durant 2007 un total de 788.874 consultes externes, 157.125 en persones més grans de seixanta-cinc anys (20%).

### Hospital Comarcal d'Inca

En total s'han produït 30.037 primeres consultes, de les quals 8.872 corresponen a pacients de més de seixanta-cinc anys (29,5%). En el cas de segones consultes, han estat en total 23.794; d'aquestes, 7.552 (31,7%) en persones més grans de seixanta-cinc anys.

### Fundació Hospital de Manacor

Un 31,65% de l'activitat en consultes externes es correspon amb persones més grans de seixanta-cinc anys.

### Hospital Mateu Orfila

Un 33,70% de les consultes externes d'aquest hospital es correspon a persones de seixanta-cinc anys o més (66,30% en persones de menys de seixanta-cinc anys).

### Hospital Can Misses

En total, 175.207 consultes en persones de menys de seixanta-cinc anys (72,53%) i 68.344 (27,47%) en pacients de seixanta-cinc anys o més.

	HUSD	FHSLL	HCI	FHM	HMO	HCM
% Consultes externes >65 anys	28,82%	20%	29,5%	31,65%	33,70%	27,47%

Veiem que, aproximadament, prop de la tercera part d'aquesta activitat hospitalària es dedica a pacients de seixanta-cinc anys o més.

## 13.6. Area d'hospitalització

És conegut, i diferents estudis així ho demostren, que al voltant del 40% de les estades hospitalàries (49% dades de l'any 2000) corresponen a pacients ancians, amb una taxa d'ingressos que dobla la població general i que la triplica en els casos de persones de més de vuitanta anys, amb estades més prolongades i un nombre més gran de reingressos. La població més gran de seixanta-cinc anys suposa un 15% de les altes hospitalàries, que genera el 30% de la despesa hospitalària, amb un increment progressiu de les taxes d'hospitalització a mesura que avança l'edat.

Com veiem a continuació, les dades recollides en els hospitals generals de la nostra comunitat fins i tot superen aquesta previsió, amb percentatges que s'aproximen i en algun cas arriben al 40% d'altes hospitalàries en persones de més de seixanta-cinc anys. Així mateix, les dades recollides l'any 2007, confirmen dades prèvies de 2004: 33% d'altes en

persones de més de seixanta-cinc anys, 42.531 d'un total de 128.854 altes (INE, morbiditat hospitalària 2004).

### Hospital Universitari de Son Dureta

En total s'han produït 27.669 altes; d'aquestes, 8.849 (31,98%) en pacients de més de seixanta-cinc anys.

### Fundació Hospital Son Llätzer

En total s'han produït 17.321 altes, 6.164 en pacients de seixanta-cinc anys o més, la qual cosa suposa un 36% del total, enfront del 64% corresponent al grup de persones de menys de seixanta-cinc anys.

### Hospital Comarcal d'Inca

A l'HCI s'han produït en total 3.596 altes, de les quals 1.386 (39%) han estat en persones de més de seixanta-cinc anys.

### Fundació Hospital de Manacor

Les altes en persones de més de seixanta-cinc anys han estat un 40,31%.

### Hospital Mateu Orfila

Les altes en persones de seixanta-cinc anys o més han estat un 28,69% (d'un total de 6.148 altes).

### Hospital de Can Misses

En total s'han produït 8.422 altes, de les quals 2.689 (31,93 %) es corresponen a pacients de més de seixanta-cinc anys.

	HUSD	FHSL	HCI	FHM	HMO	HCM
Total altes	27669	17321	3596	11939	6148	8422
> 65 anys	8849	6164	1386	4813		2689
% > 65 anys	31,98 %	36 %	39 %	40,31 %	28,69 %	31,93 %

## 13.7. Grups relacionats amb el diagnòstic (GRD) més freqüents

Els GRD són un sistema de classificació d'episodis d'hospitalització en els quals els pacients d'un mateix grup consumeixen una quantitat similar de recursos per la seva similitud clínica. Els GRD ens permeten visualitzar el pes que tenen les diferents patologies ateses en el medi hospitalari sobre el total de l'activitat assistencial.

## Hospital Universitari de Son Dureta

GRD	CDM	T	Descripció	N	%	EM	%extr	EMd	PR
541	04	M	Pneumònia simple i altres trastorns respiratoris excepte bronquitis, asma amb cc majors	484	5,5	13,5	9,7	10,1	2,4115
127	05	M	Fallada cardíaca i xoc	327	3,7	10,5	7,6	9,2	1,4947
125	05	M	Trastorns circulatoris excepte IAM, amb cateterisme cardíac sense diagnòstic complicat	262	3,0	1,6	1,5	1,3	0,7520
073	03	M	Altres diagnòstics d'orella, nas, cavitat oral i gargamella, edat >= 18	203	2,3	1,7	3,0	1,1	0,7542
014	01	M	Ictus amb infart	202	2,3	11,6	4,0	10,5	2,0020
544	05	M	Insuficiència cardíaca crònica i arítmia amb complicacions majors	196	2,2	13,4	8,2	11,1	3,4901
236	08	M	Fractures de maluc i pelvis	140	1,6	3,6	1,4	3,2	1,5311
208	07	M	Malalties del tracte biliar, sense cc	111	1,3	7,2	2,7	6,7	0,6586
088	04	M	Malaltia pulmonar obstructiva crònica	110	1,2	10,2	10,9	7,8	1,1983
124	05	M	Trastorns circulatoris excepte IAM, amb cateterisme cardíac i diagnòstic complicat	108	1,2	4,6	1,9	4,2	1,4434

N: Nre. d'altres per GRD

%: Percentatge del GRD sobre el total de les altes

EM: Estada mitjana

% ext: *Outliers*

EMd: Estada mitjana sense *outliers*

PR: Pes relatiu del GRD

## Fundació Hospital Son Llàtzer

Primers deu GRD en pacients de 65 anys o més:

541 127 544 140 014 088 209 818 101 588

## Hospital Comarcal d'Inca

GRD	10 GRD més comuns pacients > 65 anys	Casos	Estada mitjana
541	Tr. respirat #infecç/bronquitis/asma cc majors	130	10,5
470	No agrupables	77	7,4
127	Fallada cardíaca i xoc	55	9,2
14	Ictus amb infart	51	9,6
140	Angor pectoris	43	6
544	Insuf. cardíaca crònica/arítmia cc majors	39	10,8
88	Malaltia pulmonar obstructiva crònica	38	7,9
89	Pneumònia simple i pleuritis, edat >=18 amb cc	36	9,8
211	Pq maluc/fèmur #(grd 209), >=18 s/cc	26	13,1
543	Tr. circulat #iam/i. card. cr./aritm amb cc majors	25	10,5

## Fundació Hospital de Manacor

GRD	Descripció GRD	N	%N	Pes mitjà	Est	EM
541	Pneumònia simple i altres trastorns respiratoris excepte bronquitis, asma amb cc my	310	6,46	2,4115	3159	10,19
127	Fallada cardíaca i xoc	179	3,73	1,4947	1221	6,82
088	Malaltia pulmonar obstructiva crònica	134	2,79	1,1983	902	6,73
209	Inter. articular myr o reemplaçament membres eei exc. maluc	124	2,58	3,5778	471	3,80
544	Insuficiència cardíaca crònica i arítmia cc myr	121	2,52	3,4901	1016	8,40
588	Bronquitis i asma edat >17 amb cc majors	111	2,31	1,6219	970	8,74
014	Ictus amb infart	108	2,25	2,0020	908	8,41
140	Angor pectoris	87	1,81	0,8866	396	4,55
818	Substitució de maluc excepte per complicacions	87	1,81	3,8764	351	4,03
089	Pneumònia simple i pleuritis, edat >=18 amb cc	85	1,77	1,3895	742	8,73

## Hospital Mateu Orfila

10 GRD més comuns en persones de més de 65 anys (ordenats de més a menys incidència)

541	Trastorns respiratoris # infecció/bronquitis/asma, amb cc majors
209	Intervenció art. my. o reemplaçament mie.eei, #cad s/cc
818	Substitució de maluc # per complicacions
211	Pq maluc/fèmur # (grd209), >=18 s/cc
544	Insuficiència cardíaca crònica/arítmia amb cc majors
127	Fallada cardíaca i xoc
140	Agor pectoris
494	Colecistectomia laparoscòpica s/expl dbc, s/cc
543	Trastorns circulatoris # iam/insuficiència cardíaca crònica/arítmia, amb cc majors
225	Intervencions del peu

## Hospital de Can Misses

10 GRD més comuns:

541	Tr. respirat #infecc/bronquitis/asma, amb cc majors
087	Edema pulmonar i insuficiència respiratòria
127	Fallada cardíaca i xoc
544	Insuf. cardíaca crònica/arítmia amb cc majors
818	Substitució de maluc # per complicacions
089	Pneumònia simple i pleuritis, edat >=18 amb cc

014	Ictus amb infart
470	No agrupables
088	Malaltia pulmonar obstructiva crònica
015	Acc. vasc. cer. inesp. i oclu precerebral s/infart

## 14. Serveis Socials

Les competències en matèria d'affers socials les tenen els consells insulars. Els ajuntaments en gestionen els serveis d'ajuda a domicili.

La normativa que regula l'exercici d'aquestes competències està continguda bàsicament en les disposicions de caràcter legal i reglamentari que s'enumeren a continuació:

- Llei 14 /2001, de 29 d'octubre, d'atribució de competències als consells insulars en matèria d'affers socials i seguretat social. Aquesta Llei adapta i amplia les funcions que s'havien transferit a aquests ens mitjançant la Llei 12/1993, de 20 de desembre, en matèria de serveis socials.
- Llei 7/85, de 2 d'abril, reguladora de les bases del Règim Local, que estableix les competències que corresponen als municipis.
- Llei 9/1987, d'11 de febrer, d'acció social, que regula el sistema d'acció social en l'àmbit de la comunitat autònoma de les Illes Balears.
- Llei 4/1999, de 31 de març, reguladora de la funció inspectora i sancionadora en matèria de serveis socials.
- Decret 66/1999, de 4 de juny, pel qual s'aprova el reglament regulador del sistema balear de serveis socials.
- Ordre de la Conselleria de Benestar Social, de 14 d'octubre de 2000, que regula el servei d'ajuda a domicili.
- Decret 123/2001, de 19 d'octubre, de definició i regulació de les condicions mínimes d'obertura i funcionament dels centres i serveis per a persones grans, tant públics com privats, del territori de les Illes Balears.
- Les ordenances reguladores d'aquests serveis que cada entitat local ha aprovat.

### 14.1. Servei d'Atenció Domiciliària

Pel fet de tractar-se d'un servei que gestionen els ajuntaments, disposam de dades globals de tota la comunitat autònoma. Les dades pertanyen a gener de 2006.

El nombre total d'usuaris del servei és de 4.325 (la població total de persones de més de seixanta-cinc anys el gener de 2006 era de 138.277 persones). Així, tenim un índex de cobertura del 3,13%.

## Índex de cobertura

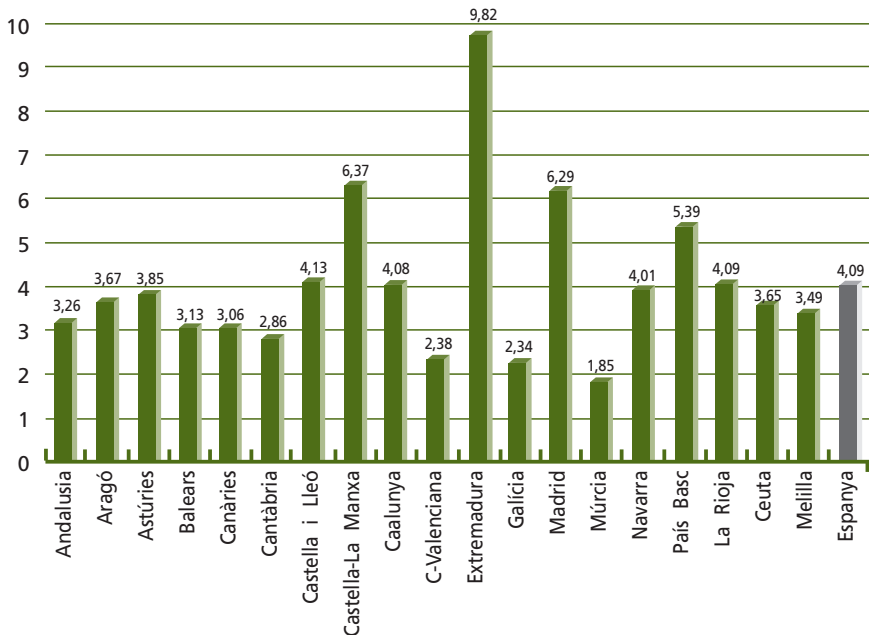
Àmbit territorial	SAD
Andalusia	3,26
Aragó	3,67
Astúries	3,85
<b>Balears</b>	<b>3,13</b>
Canàries	3,06
Cantàbria	2,86
Castella i Lleó	4,13
Castella-la Manxa	6,37
Catalunya	4,08
C.Valenciana	2,38
Extremadura	9,82
Galícia	2,34
Madrid	6,29
Múrcia	1,85
Navarra	4,01
País Basc	5,39
La Rioja	4,09
Ceuta	3,65
Melilla	3,49
<b>Espanya</b>	<b>4,09</b>

## Nombre d'usuaris

Àmbit territorial	SAD
Andalusia	38.229
Aragó	9.592
Astúries	9.102
<b>Balears</b>	<b>4.325</b>
Canàries	7.534
Cantàbria	3.030
Castella i Lleó	23.567
Castella-la Manxa	23.109
Catalunya	47.886
C.Valenciana	18.600
Extremadura	20.506
Galícia	13.932
Madrid	54.631
Múrcia	3.502
Navarra	4.211
País Basc	21.181
La Rioja	2.303
Ceuta	306
Melilla	255
<b>Espanya</b>	<b>305.801</b>

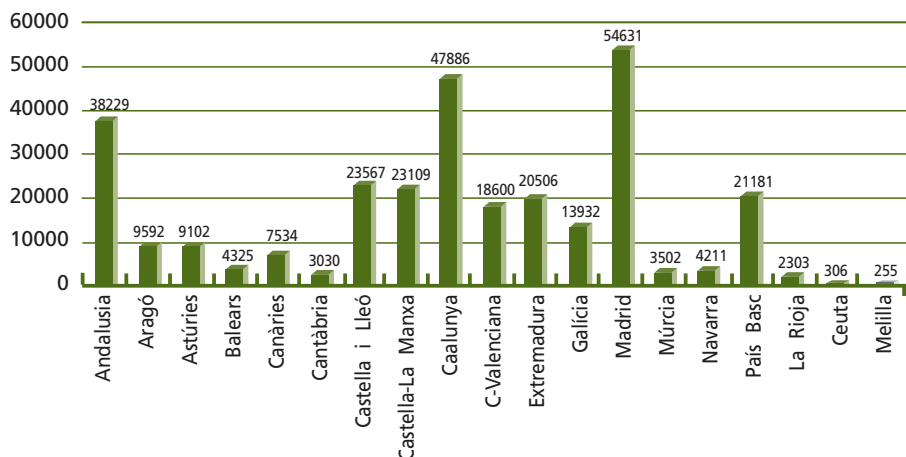
## Servei Públic d'Ajuda a Domicili

**Gràfic 3 | Índex de Cobertura. Gèner 2006**



Font: Comunitats Autònomes, Ciutats Autònomes i Diputacions Forals.  
INE (2006) Dades de Població. Padró Municipal 01/01/2006  
IMSERSO. Pres de Las Personas Mayores en España. Informe 2006. IMSERSO.



**Gràfic 4 | Nombre d'Usuaris. Gener 2006**

Font: Comunitats Autònomes, Ciutats Autònomes i Diputacions Forals. IMSERSO. Pres de Las Personas Mayores en España. Informe 2006. IMSERSO.

Sobre el perfil dels usuaris, podem dir que el grup més nombrós era el format per les dones de més de vuitanta anys, ja que de les 4.325 persones ateses, 3.725 varen ser dones; les persones de més de vuitanta anys d'ambdós sexes 2.515; i les dones més grans de vuitanta anys eren 1.565.

Pel que fa a la intensitat horària, la mitjana d'hores de dedicació al mes per usuari va ser de 12,33 hores.

### Intensitat horària

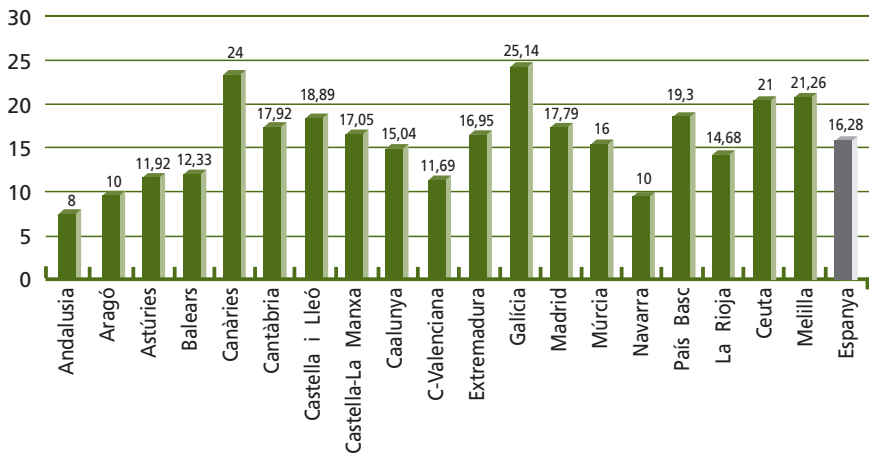
Àmbit territorial	SAD
Andalusia	8,00
Aragó	10,00
Astúries	11,92
Balears	12,33
Canàries	24,00
Cantàbria	17,92
Castella i Lleó	18,89
Castella-la Manxa	17,05
Catalunya	15,40
C. Valenciana	11,69

Àmbit territorial	SAD
Extremadura	16,95
Galícia	25,14
Madrid	17,79
Múrcia	16,00
Navarra	10,00
País Basc	19,30
La Rioja	14,68
Ceuta	21,00
Melilla	21,26
Espanya	16,28

Del temps d'atenció, un 84% era dedicat a l'atenció de l'usuari i el 16% restant, a tasques domèstiques.

### Servei Públic d'Ajuda a Domicili

**Gràfic 5** | *Intensitat Horaria. Gener 2006*



Font: Comunitats Autònomes, Ciutats Autònomes i Diputacions Forals. IMSERSO Pres de Las Personas Mayores en España. Informe 2006. IMSERSO.

## 14.2. Servei de Teleassistència

El Servei de Teleassistència és gestionat pels consells insulars mitjançant contractació i conveni amb entitats sense ànim de lucre.

## Mallorca:

Conveni IMSERSO-FEMP.

Conveni amb la Creu Roja.

El nombre d'usuaris atesos el 2007 va ser de 4.192. El perfil de persones ateses ens el donen les dades següents:

- Dones : 2.648, un 63%.
- Persones de més de vuitanta anys: 2.885, un 69%.
- La mitjana d'edat dels usuaris és de setanta-nou anys.
- Percentatge de dones de més de vuitanta anys sobre el total d'usuaris: 44%; per tant, conformen el grup d'usuaris més nombrós les dones de més de vuitanta anys.

*Segons la Memòria 2007 de l'IMAS.*

## Menorca

El juliol de 2006, el Consell de Menorca va signar un conveni amb IMSERSO-FEMP pel qual passava a formar part del programa estatal de gestió del Servei de Teleassistència. Aquesta adhesió ha possibilitat un increment dels usuaris i la reducció de l'aportació econòmica que en fan.

Dins aquest conveni, és l'Estat qui fa el concurs públic per a la gestió del servei.

El servei és gratuït per a les persones de més de vuitanta-cinc anys i per als usuaris amb rendes de menys de 350 € mensuals.

En total, l'1 de gener de 2007, 728 usuaris estan connectats a aquest servei.

## Eivissa i Formentera

El servei és públic mitjançant col·laboració entre els municipis i el Consell Insular d'Eivissa i Formentera.

Normativa que el regula:

- Llei 14 /2001, de 29 d'octubre, d'atribució de competències als consells insulars en matèria d'affers socials i seguretat social. Aquesta Llei adapta i amplia les funcions que s'havien transferit a aquests ens mitjançant la Llei 12/1993, de 20 de desembre, en matèria de serveis socials.
- Decret 66/1999, de 4 de juny, pel qual s'aprova el reglament regulador del sistema balear de serveis socials.
- Ordre de la Conselleria de Benestar Social, de 14 de octubre de 2000, que regula el servei d'ajuda a domicili.
- Decret 123/2001, de 19 d'octubre, de definició i regulació de les condicions mínimes d'obertura i funcionament dels centres i serveis per a persones grans, tant públics com privats, del territori de les Illes Balears.

- Reglament de prestació del Servei de Teleassistència Domiciliària a Menorca (BOCAIB 55, de 7 de maig de 2002).

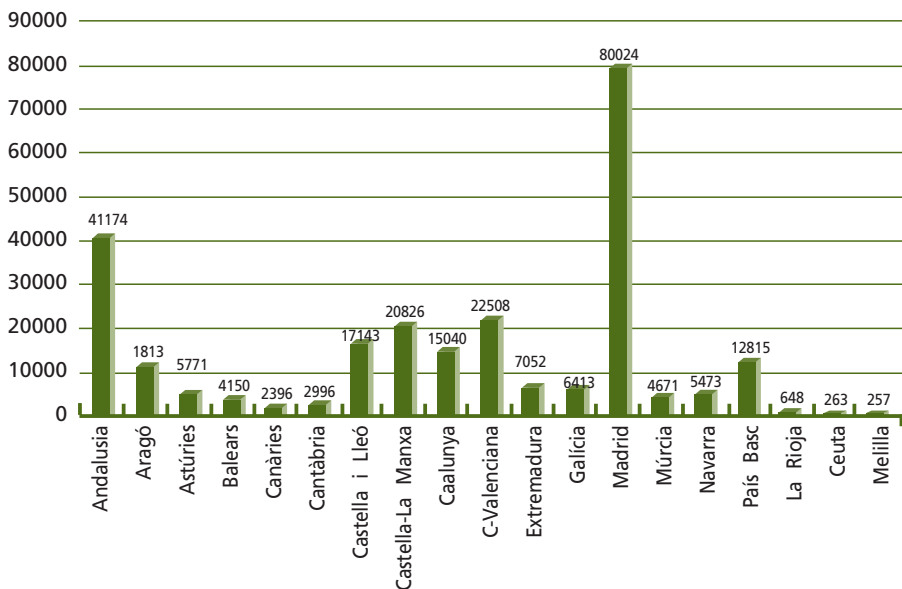
### Cobertura global

Quant a la cobertura total del servei, tenim dades de l'any 2006. Així, les podem comparar amb la resta de l'Estat i podem apreciar l'evolució que ha tingut aquest tipus de prestació en els darrers nou anys.

El gener de 2006, el Servei de Teleassistència a la comunitat autònoma va ser de 4.150, per una població de 138.277 persones, cosa que ens dona un índex de cobertura del 3,5%.

### Servei Públic de Teleassistència

**Gràfic 6** | *Nombre d'Usuaris. Gener 2006*



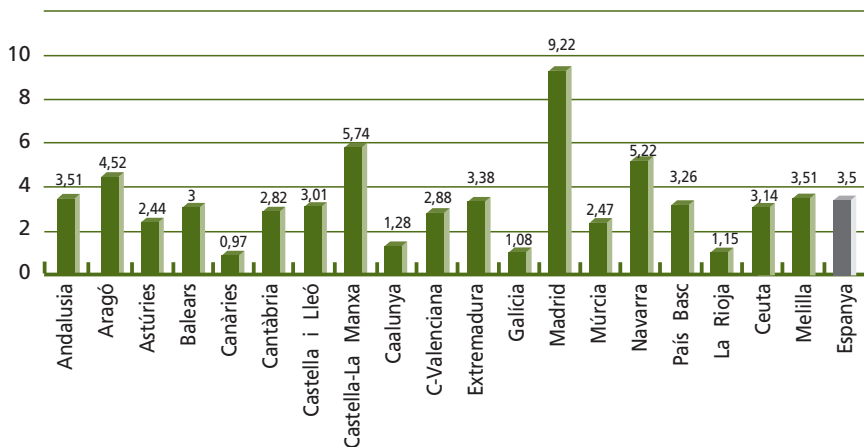
Font: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2000. *Las Personas Mayores en España Informe 2000.*

Comunitats Autònomes, Ciutats Autònomes i Diputacions Forals.

IMSERSO. INE. INEBASE (Padró 1999 i 2006)

## Servei Públic de Teleassistència

**Gràfic 7** | *Index de Cobertura. Gener 2006*



Font: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2000. *Las Personas Mayores en España Informe 2000*. Comunitats Autònomes, Ciutats Autònomes i Diputacions Forals. IMSERSO. INE. INEBASE (Padró 1999 i 2006)

### 14.3. Atenció residencial

Els serveis d'atenció residencials ofereixen, en centres oberts, una atenció integral, individual, especialitzada i continuada, a més d'allotjament i manutenció, en règim permanent o temporal i, en algun cas, una atenció sociosanitària completa.

Dintre d'aquest tipus d'atenció, tenim:

- Centres residencials.
- Programes d'estades temporals.
- Sistemes alternatius d'allotjament: habitatges tutelats, servei públic d'acolliment familiar, apartaments residencials, etc.

#### 14.3.1. Centres residencials

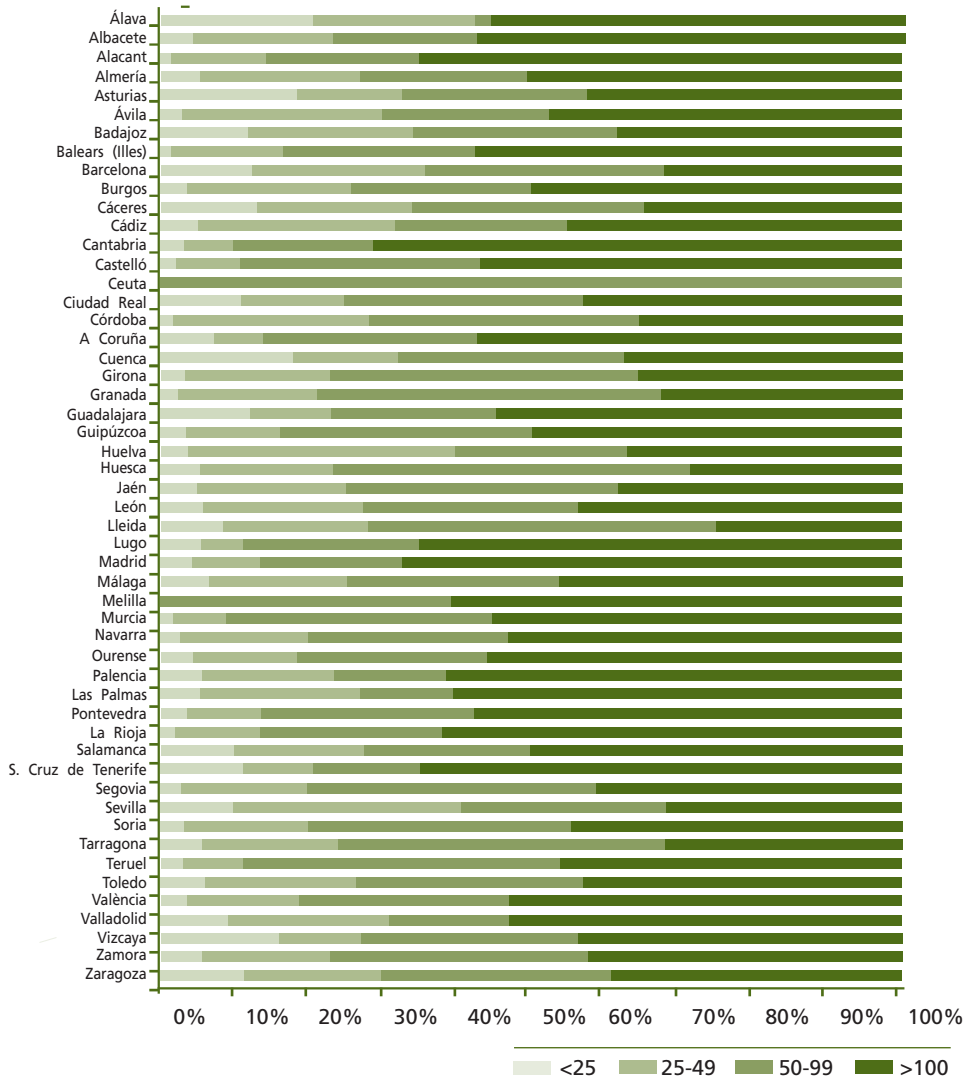
El gener de 2007, els centres residencials a les Illes eren 45, amb un total de 3.868 places, cosa que suposa un índex de cobertura del 2,74, és a dir, per cada 100 persones més grans de seixanta-cinc anys, es disposa de 2,74 places residencials.

El nombre de places públiques és superior al de places privades, cosa que no succeeix en el total de places de l'Estat, en què l'oferta privada és més del doble que la pública.

	Places públiques	Places concertades	Places pub.+concert.	Places privades	Total places
<b>Illes Balears</b>	1.947	21	1.968	1.900	3.868
<b>Espanya</b>	73.116	68.706	141.822	169.908	31.1730

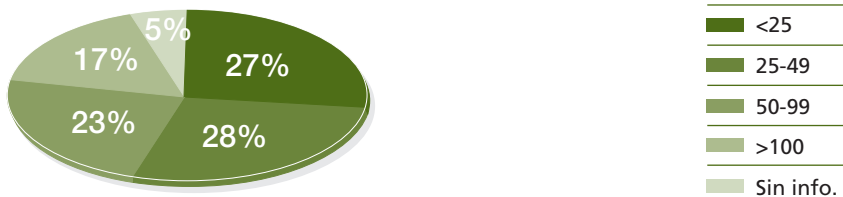
Comparació nombre de places residencials a tot l'Estat per províncies

**Gràfic 8** |

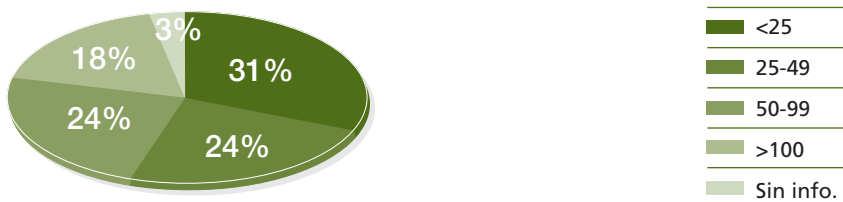


Total nacional

**Gràfic 9** | *Residències Privades*



**Gràfic 10** | *Residències Públiques*



Nota: dades de desembre de 2007

Font: Base de dades de Residències de Portal Mayores, 2008 (<http://www.insersopmayores.csic.es>)

Els usuaris són majoritàriament dones i tenen més de vuitanta anys. L'edat mitjana és de vuitanta-un anys i l'edat d'ingrés al centre és de vuitanta-dos anys de mitjana.

Quant a la capacitat dels centres, podem dir que els més nombrosos són els més petits, de menys de 50 places.

De centres amb capacitat per a més de 150 places, n'hi ha 7 i el grup menys nombrós és el que correspon al centres que tenen de 100 a 150 places.

	<50 places	50-100	100-150	>150	Nre. total de centres
<b>Illes Balears</b>	23	13	2	7	45
<b>Espanya</b>	2.924	1.372	428	389	5.213

El nombre de places per a assistits o dependents és més baix que el de no dependents, cosa que no succeeix a gairebé cap altra comunitat autònoma.

Aquesta proporció es preveu que anirà canviant a mesura que passi el temps.

Àmbit territorial	Nre. places dep. públic	Nre. places dep. conc.	Nre. Total places dep.	Plac. dep./ Total places
Andalusia	4.032	8.361	32.022	100%
Aragó	3.166	435	8.152	53,49%
Astúries	1.803	643	2.446	66,96%
Illes Balears	870	21	1.520	39,30%
Canàries	2.289	1.308	3.597	100%
Cantàbria	412	1.810	3.070	65,18%
Castella i Lleó	7.102	1.987	24.744	66,30%
Castella - la Manxa	2.800	4.896	7.696	75,67%
Catalunya	9.053	13.919	48.458	89,08%
C. Valenciana	4.216	11.227	22.345	87,30%
Extremadura	2.130	784	4.500	47,79%
Galícia	2.090	2.835	8.612	60,22%
Madrid	5.574	11.162	16.736	80,43%
Múrcia	324	1.141	1.465	65,43%
Navarra	1.096	-	1.096	80,00%
País Basc	4.811	665	5.876	86,36%
La Rioja	274	590	864	81,20%
Ceuta	-	47	84	63,16%
Melilla	54	85	139	79,43%
Espanya			193.422	73,02%

Base de dades de Residències, portal Mayores, 2008. INE. INEBASE. Revisió del padró municipal 1 de gener 2007. Dades per províncies.

### 14.3.2. Estadets temporals a centres residencials

Aquest és un tipus d'atenció a persones que habitualment viuen al seu domicili.

Temporalment i per períodes curts de temps gaudeixen de les prestacions del centre residencial.

Els motius són:

- Recuperació després d'un ingrés hospitalari.
- Malaltia amb hospitalització del curador principal.
- Descans del curador principal.
- Adaptacions de l'habitatge.



A les Illes, el gener de 2007, les dades que teníem eren d'un total de 8 centres en què s'oferia aquest tipus de servei, amb un total de 31 places. Només 7 d'aquestes places eren destinades a psicogeriatria.

### Servei públic d'estada temporal a Espanya

#### *Nombre de centres i places. Gener 2006*

Àmbit	Nre. de centres	Nre. places	Nre. places psicogeriàtriques
Andalusia	88	498	—
Aragó	11	39	7
Astúries	3	30	—
Balears	7	31	7
Canàries	—	—	—
Cantàbria	2	2	—
Castella i Lleó	14	60	—
Castella - la Manxa	108	1.098	—
Catalunya	—	—	—
C. Valenciana	180	241	17
Extremadura	7	34	—
Galícia	16	55	55
Madrid	43	400	5
Múrcia	—	—	—
Navarra	15	24	—
País Basc	25	537	53
La Rioja	5	19	2
Ceuta	—	—	—
<b>Espanya</b>			

#### 14.4. Allotjaments alternatius

Aquest tipus d'allotjaments cerquen una mena d'atenció residencial en un lloc més proper a l'entorn habitual de la persona.

En aquesta comunitat disposam de:

- Habitatges tutelats
- Acolliment familiar
- Convivència amb estudiants
- Apartaments residencials

### **14.4.1. Habitatges tutelats**

El que hi ha més són habitatges tutelats. A les Illes n'hi ha 4, que aporten un total de 24 places.

### **14.4.2. Acolliment familiar**

Va destinat a persones grans residents a les Illes Balears, mitjançant ajudes econòmiques per a persones ateses en règim d'acolliment en un domicili particular. Les ajudes es concedeixen en concepte de subvencions amb la finalitat de mantenir la persona en el seu medi social habitual i d'aquesta manera facilitar-ne la integració i evitar-ne l'internament en institucions quan no sigui l'opció adequada o desitjada.

La Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració és l'organisme que s'encarrega del servei.

L'any 2007, les sol·licituds de persones en demanda de ser acollides varen ser 3.

Les sol·licituds de famílies que volien ser acollidores varen ser 3.

Acolliments realitzats l'any 2007: 3.

El total de persones acollides el desembre de 2007 era de 10.

El total de persones acollides la mateixa data: 9, ja que una família té dues persones acollides.

De les dades anteriors, podem resumir que aquest programa té poca implantació.

### **14.4.3. Convivència amb estudiants**

És una mena d'allotjament en què la persona gran no surt del domicili, sinó que rep a casa seva un estudiant que, a canvi de l'allotjament, li fa companyia. És el programa intergeneracional Viure i convida.

En aquest programa hi participen la Fundació Caixa Catalunya, l'Ajuntament de Palma i la UIB.

Els objectius del programa són:

- Promoure i facilitar relacions solidàries d'ajuda mútua entre totes dues generacions.

- Experimentar mesures alternatives per proporcionar companyia a les persones grans.
- Proporcionar alternatives d'allotjament a joves estudiants i afavorir la igualtat d'oportunitats.

El programa s'orienta a persones més grans de seixanta anys que visquin preferentment soles i a joves estudiants universitaris de menys de trenta anys (trenta-cinc anys en el cas d'estudis de postgrau, màsters o doctorats) que puguin disposar d'una part del seu temps per compartir.

La persona acollidora percebrà un ajut econòmic compensatori de l'increment de despeses per consum de serveis domèstics que li pugui ocasionar l'allotjament de l'estudiant.

La persona acollidora haurà de respectar i no pertorbar l'estudi, els horaris de classe i la intimitat de l'estudiant. També haurà de respectar els seus períodes de vacances i els caps de setmana, d'acord amb el calendari universitari.

L'estudiant que participi activament en el programa es compromet a realitzar les prestacions relacionades en el document d'acord prèviament signat.

L'estudiant estarà obligat a respectar la intimitat de la persona acollidora amb la qual convisqui i a facilitar les bones i mútues relacions.

La implantació que ha tingut en els darrers anys acadèmics és la següent:

#### *Parelles programa Viure i Conviure*

Any acadèmic	Nombre parelles
2005-2006	6
2006-2007	6
2007-2008	2
2008-2009	5 en tràmits

*Fundació Universitat-Empresa de les Illes Balears*

#### **14.4.4. Apartaments residencials**

Hi ha algunes experiències d'entitats privades que ja estan en funcionament. Normativa que ho regula:

- Decret 123/2001, de 19 d'octubre, de definició i regulació de les condicions mínimes d'obertura i funcionament dels centres i serveis per a persones grans, tant públics com privats, ubicats al territori de les Balears.

- Ordre de la Conselleria de Benestar Social, de 22 de març de 2002, BOIB núm. 40, en què s'estableix, amb caràcter experimental, l'acolliment familiar de persones grans a la comunitat autònoma de les Illes Balears.
- Resolució de la Conselleria de Presidència i Esports, d'11 de febrer de 2005, per la qual es regula l'ajut econòmic individual destinat a pagar les despeses i l'assistència a persones grans en règim d'acolliment en un domicili. BOIB núm. 28, de 18 de febrer.
- Resolució de la Consellera d'Afers Socials, Promoció i Immigració, de 28 de desembre de 2007, per la qual s'aproven les bases de la convocatòria dels ajuts econòmics individuals destinats a sufragar les despeses i l'assistència de persones grans en règim d'acolliment en un domicili particular per a l'any 2008.

## 14.5. Serveis d'atenció diürna

### 14.5.1 Llars i clubs

Els serveis d'atenció diürna són les llars i els clubs per a persones grans. Aquests centres estan orientats a l'oci, la cultura, l'educació i la prevenció en la salut. Promouen les relacions socials entre gent gran. Ocupen el temps de lleure amb activitats de participació. Igualment, a la majoria d'aquests centres s'ofereix informació de les prestacions socials i la manera d'accedir-hi.

A tot l'Estat hi ha 4.402 centres amb un total de 3.551.934 socis, és a dir, el 47,7% de la població de més de seixanta-cinc anys.

A les Illes, l'1 de gener de 2007, per a una població de 140.968 persones de més de seixanta-cinc anys hi havia 254 centres amb un total de 109.703 socis, cosa que representa un índex de cobertura del 77,82%. D'aquests socis, el 59% són dones.

	Població >65 anys	Nombre associats	% dones	Índex cobertura	Nombre centres
<b>Espanya</b>	7.529.879	3.551.934	59,1%	47,17	4.402
<b>Illes Balears</b>	140.968	109.703	57,3%	77,82	254

### 14.5.2 Centres de dia per a persones dependents

Són centres gerontològics terapèutics i de suport a les famílies. De manera ambulatoria donen atenció integral i especialitzada a la persona gran en situació de dependència, promouen l'autonomia i afavoreixen la permanència en el seu entorn habitual, així com la seva qualitat de vida. Donen una atenció terapèutica sense que hagin de deixar el seu medi habitual, família, llar, amistats, etc.

El gener de 2007, el nombre total de places a centres de dia era de 55.067, repartides en 2.112 centres públics i privats. Això suposa un índex de cobertura del 0,73%. Dos anys abans, el gener de 2005, aquest índex només era del 0,54%, per tant, l'augment en 2 anys ha estat del 0,19%.

A les Illes, l'índex de cobertura és del 0,52%, amb 733 places repartides en 35 centres.

	Població >65 anys	Nombre centres	Nombre places	Índex de cobertura
<b>Espanya</b>	7.529.879	2.112	55.067	0,73%
<b>Illes Balears</b>	140.968	35	733	0,52%

Font: Observatorio de Personas Mayores. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias

## 15. Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència

S'estima que el nombre de persones a Espanya amb necessitat constant de cures de salut i d'assistència en la seva vida diària és de 1.200.000 persones per a l'any 2008, de les quals prop de mig milió tenen més de vuitanta anys.

Per donar una resposta a aquestes necessitats insatisfetes, s'ha aprovat la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència. La creació del sistema per a l'autonomia i atenció a la dependència, amb el caràcter de dret subjectiu dels seus serveis i prestacions i la seva pertinença al sistema de serveis socials, possibilita un avanç en els recursos i l'organització de la protecció social que contribueix a crear el quart pilar de l'estat del benestar a Espanya.

La Llei de la dependència s'implantarà de manera progressiva a tot el territori nacional, des del 2007 fins al 2015. Amb l'esmentada llei, el Govern ha creat un nou dret social subjectiu, tal com ho són la sanitat o l'ensenyament.

L'any 2007 es va començar a valorar i a reconèixer el dret i a oferir els serveis a les persones que més ho necessitaven, és a dir, els grans dependents.

El text considera grans dependents les persones que necessiten ajuda per realitzar diverses activitats bàsiques de la vida diària i que, per la seva pèrdua total d'autonomia, no poden viure sense l'atenció contínua d'una altra persona. Aquest és el grau I de dependència o gran dependència.

L'any 2008, les prestacions s'estenen als dependents severes. Segons la Llei, les persones amb dependència severa necessiten ajuda de manera puntual, dues o tres vegades cada dia, perquè qualcú els faci el dinar o els ajudi amb les tasques de neteja personal, però no necessiten la presència contínua d'un cuidador. És el grau II de dependència i és catalogat en dos nivells, segons la necessitat de suport: nivell I i II. La llei pretén que tots els afectats del nivell II rebin prestacions entre el 2008 i el 2009 i els d'un nivell de dependència menys greu, entre el 2009 i 2010.

A partir del 2010, la Llei s'implantarà a les persones que hagin estat valorades amb un grau I de dependència o dependència moderada.

### Estadístiques generals:

L'any 2007, a les Illes, el expedients tramitats varen ser 9.274. Es feren 4.089 valoracions, amb 711 PIA (Pla individual d'atenció).

Expedients tramitats: 9.274
Valoracions: 4.089
PIA: 711
Expedients resolts grau I nivell I: 83
Expedients resolts grau I nivell II: 62
Expedients resolts grau II nivell I: 155
Expedients resolts grau II nivell II: 153
Expedients resolts grau III nivell I: 810
Expedients resolts grau III nivell II: 786
Expedients resolts totals: 2.049
Prestacions econòmiques per cures a l'entorn familiar: 364

### *Distribució d'expedients per illa*

Illa	Nre. expedients	%
Mallorca	7.909	82%
Menorca	719	7%
Eivissa	620	6%
Formentera	26	0%
<b>Total expedients</b>	<b>9.563</b>	

*Distribució de valoracions per illa*

Illa	Nre. valoracions	%
Mallorca	3.061	74,86%
Menorca	364	8,90%
Eivissa	664	16,24%
Formentera	0	0,00%
<b>Total expedients</b>	<b>4.089</b>	

*Distribució de PIA per illa*

Illa	Nre. PIA	%
Mallorca	466	65,54%
Menorca	199	27,99%
Eivissa	46	6,47%
Formentera	0	0,00%
<b>Total PIA gestionats</b>	<b>711</b>	

**Expedients nous resolts** (valorats i passats per l'òrgan de valoració) distribuïts per grau, nivell i illa.

*Grau I nivell I*

Illa	Nre. expedients	%
Mallorca	59	71,08%
Menorca	20	24,10%
Eivissa	3	3,61%
<b>Formentera</b>	<b>1</b>	<b>1,20%</b>
<b>Total expedients</b>	<b>83</b>	

*Grau I nivell II*

Illa	Nre. expedients	%
Mallorca	54	87,10%
Menorca	7	11,29%
Eivissa	1	1,61%
Formentera	0	0,00%
<b>Total expedients</b>	<b>62</b>	

*Grau II nivell I*

Illla	Nre. expedients	%
Mallorca	123	79,35%
Menorca	14	9,03%
Eivissa	17	10,97%
Formentera	1	0,65%
<b>Total expedients</b>	<b>155</b>	

*Grau II nivell II*

Illla	Nre. expedients	%
Mallorca	124	81,05%
Menorca	21	13,73%
Eivissa	8	5,23%
Formentera	0	0,00%
<b>Total expedients</b>	<b>153</b>	

*Grau III nivell I*

Illla	Nre. expedients	%
Mallorca	717	88,52%
Menorca	41	5,06%
Eivissa	49	6,05%
Formentera	3	0,37%
<b>Total expedients</b>	<b>810</b>	

*Grau III nivell II*

Illla	Nre. expedients	%
Mallorca	696	88,55%
Menorca	42	5,34%
Eivissa	46	5,85%
Formentera	2	0,25%
<b>Total expedients</b>	<b>786</b>	



### *Prestacions econòmiques per a cures a l'entorn familiar*

Illla	Nre. prestacions	%
Mallorca	333	91,48%
Menorca	23	6,32%
Eivissa	7	1,92%
Formentera	1	0,27%
<b>Total expedients</b>	<b>364</b>	

**Nota:** La situació de dependència es classifica, a la Llei 39/2006, en els graus següents:

- a) **Grau I.** Dependència moderada: quan la persona necessita ajuda per dur a terme diferents activitats bàsiques de la vida diària, com a mínim, un cop al dia.
- b) **Grau II.** Dependència severa: quan la persona necessita ajuda per dur a terme diferents activitats bàsiques de la vida diària dues o tres vegades al dia, però no necessita el suport permanent d'un cuidador.
- c) **Grau III.** Gran dependència: quan la persona necessita ajuda per dur a terme diferents activitats de la vida diària diverses vegades al dia i, per la seva pèrdua total d'autonomia mental o física, necessita el suport indispensable i continu d'una altra persona.

En cada un dels graus de dependència s'han establert dos nivells, d'acord amb l'autonomia de les persones i amb la intensitat de les cures que requereixen.

El 30 de setembre de 2008, l'aplicació de la Llei 39/2006 a la nostra comunitat autònoma reflecteix la situació següent:

1. Sol·licituds: 14.123
2. Valoracions: 9.436
3. Reconeixements de grau: 6.435
4. Resolucions de prestació: 1.423

## 16. Publicacions i Treballs Científics.

Adrover, D., Periañez, J.A. i Barceló, F. (2007). Errores Perseverativos y de Distracción en el Madrid Card Sorting Test (MCST) como Indicadores Sensibles del Deterioro Cognitivo Asociado al Envejecimiento. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 42(Espec Congr), 185.

Adrover, M.I. i Flaquer, N. (2007). Prevalencia de Deterioro Cognitivo en una Unidad Geriátrica. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 42(Espec Congr), 30.152.

Artigas, B. i Bennasar, M. (2007). La Mediación Intercultural versus la Formación en Competencias Culturales de los Profesionales Sanitarios del Sistema Nacional de Salud. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 42(Espec Congr), 192.

Bauzá, S. i Gomà, P. (2007). Elaboración de una Guía de Recomendaciones en Pacientes Afectos de Prótesis y Fractura de Cadera. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 42(Espec Congr), 151.

Bauzá, E., Sánchez, M. i Pons, M.C. (2007). Aumento de la Funcionalidad a Traves del Trabajo Interdisciplinar en Hospital de Día. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 42(Espec Congr), 146.

Bennasar, M., González, S., Percás, J. i Postigo, S. (2007). Caso Clínico: Utilización de un Apósito Hidropolimérico y un Sistema de Compresión con Media Elástica en el Tratamiento de la Úlcera Venosa. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 42(Espec Congr), 139.

Campos, E., Alcocer, P., Rehkugler, S., Mas, M.M., Calvo, A. (2007). Cáncer de Mama en Pacientes Ancianas. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 42(Espec Congr), 30.

Cardenal, G., Medinas, M., Renom, F. i Guarinos, M. (2007). Terapia Ocupacional en el Paciente Geriátrico con Enfermedad Respiratoria Crónica: Descripción de Áreas y Contextos de Ejecución. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 42(Espec Congr), 111.

Comissió de Farmàcia i Terapèutica de Centres Geriàtrics (2007). *Guía Farmacoterapéutica de Residencias para Mayores*. Palma: Conselleria de Salut i Consum.

Conesa, E., Bernacer, L., Marimon, I., Pozo, P., Mateos, G. i Escuder, C. (2007). Morbimortalidad y Prevención Secundaria de los Pacientes con Fractura de Cadera en un Hospital Comarcal. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 42(Espec Congr), 61.

Covas, M., Flaquer, N., Orta, B. i Cladera, A. (2007). Calidad y Calidez, un Modelo de Atención Geriátrica Integral e Interdisciplinar. Visión desde la Unidad de Atención al

Usuario. *Revista Española de Geriatría y Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 42(Espec Congr), 42.

Crespí, E., Miquel, F., Pozo, S., Centeno, M.J., Gorriz, M.T. i Guarinos, M. (2007). Intervención Fisioterapéutica al Paciente Mayor con EPOC. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 42(Espec Congr), 147.

De Juan, M.J., De Antonio, J.A., Pagan, C. i *Gerontología*, 42(Espec Congr), 35.

De Juan, M.J., Pagan, C. i De Antonio, J.A. (2007). Detección de Interacciones en una Población Geriátrica Institucionalizada. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 42(Espec Congr), 52-53.

Ferrer, M., Ortega, M.C., Cardona, M., Mari, N., Tur, M. i Nava, R. (2007). Funcionamiento y Dinámica de un Centro de Día, de Atención a los Trastornos de la Memoria. Centro Específico de Alzheimer y otras Demencias. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 42(Espec Congr), 141.

Ferrer, M., Torres, M., Pradamos, A., Moreno, E., Tur, M. i Cardona, M. (2007). Funcionamiento y Dinámica de una Unidad de Hospitalización de Psicogeriatría. Hospital Residencia Asistida del Consell Insular de Ibiza y Formentera. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 42(Espec Congr), 141.

Ferrer-Cascales, R.I., Reig-Ferrer, A., Talavera-Biosca, J.L., Richard-Martínez, M., Carchano-Monzó, M.A. i Fernández-Pascual, M.D. (2007). Satisfacción con la Vida en una Muestra de Cuidadores de Familiares de Enfermos de Alzheimer de la Provincia de Alicante. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 42(Espec Congr), 187.

Flaquer, N., Bautista, J., Hurtado, E.C., Orta, B., Covas, M. i Marín, R. (2007). Protocolo de Malos Tratos en el Anciano: Una Herramienta Necesaria. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 42(Espec Congr), 124-125.

Flaquer, N., Hurtado, E.C., Bergas, A., Segarra, M., Boronat, J. i Vacas, M. (2007). Vía Clínica de Fractura de Cadera: un Buen Ejemplo de Trabajo Interdisciplinar. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 42(Espec Congr), 94.

Fuster, C. i Browne, S.J. (2007). Programa de Integración Social de Personas Mayores de Marratxí. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 42(Espec Congr), 183.

Fuster, C., Browne, S.J., Moyá, J. i Moyá, J. (2007). Sesión Integral: Dinámicas del Bienestar Físico y Psicológico. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 42(Espec Congr), 118.

Gracia, C., García, S., Consuegra, I., Pújula, A., Cañellas, F. i Vidal, F. (2007). Deterioro de la Deglución en el Anciano. Un Problema a Detectar. Un Problema que Cuidar. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 42(Espec Congr), 170-171.

Gracia, C., Medinas, M., De la Fuente, C., De la Fuente, C. i Santiago, M.A. (2007). Evolución de la Movilidad y Riesgo de Úlcera en el Paciente Anciano Hospitalizado: Influencia sobre los Cuidadores. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 42(Espec Congr), 103-104.

Gracia, C., Truyols, A., Vich, L., Maldonado, R., De Luna, V. i Plaza, D. (2007). Programa de Cuidados de Ortogeriatría e Ictus. ¿Es Compatible Aplicarlos en una misma Unidad? *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 42(Espec Congr), 178.

Huertas, I., Oliver, M.J. i Navarro, M. (2007). Análisis de la Problemática Sociosanitaria de los Pacientes de un Hospital de Día Geriátrico. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 42(Espec Congr), 183. Hurtado, E.C., Gomà, P., Tomás, M., Adrover, M. i Ayala, M.L. (2007). Hospital de Día Geriátrico: ¿Jugamos Todos? *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 42(Espec Congr), 155.

Jiménez, S., Gómez, V., i Marín, R. (2007). Plan de Cuidados Estandarizado del Paciente con Fractura de Cadera. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 42(Espec Congr), 145.

Juan Mas, A., Cabanes, T. i Marí, B. (2007). Prevalencia de Osteoporosis y su Asociación a Factores de Riesgo en Personas Mayores de Ambos Sexos en Mallorca. *Medicina Balear* 22(3), 9-24.

Lozano, F.M., Santamaría, J., Macho, A. i García, E. (2007). Riesgo Nutricional en un Hospital Sociosanitario. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 42(Espec Congr), 110.

Manzur, A., Gavaldà, L., Ruiz de Gopegui, E., Mariscal, D., Domínguez, M.A., Pérez, J.L. et al. (en premsa). Prevalence of Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus and Factors Associated with Colonization Among Residents in Community Long-Term-Care Facilities in Spain. *Clinical Microbiology and Infection*.

Manzur, A., Mariscal, D., Ruiz, E., Segura, F., Pérez, J.L., Domínguez, M.A. i Pujol, M. (2007). Epidemiología Clínica y Microbiología del Staphylococcus Aureus Resistente a la Meticilina (SARM) en Centros Geriátricos. *Comunicació presentada a la XII Reunió de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) celebrada a A Coruña els dies 9 a 11 de Maig de 2007*.

Marí, J., Rivero, V., Mayans, F. i Roig, B. (2007). Valoración de la Dependencia de las 167 Solicitudes Recibidas Durante el Año 2006 en el Consell Insular de Ibiza y Formentera.

*Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 42(Espec Congr), 109.

Marín, M.R., Gómez, V. i Recio, A. (2007). Riesgo de Caídas en el Anciano Hospitalizado. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 42(Espec Congr), 110.

Mas, C., Medinas, M., Alorda, C. i Martín, B. (2007). Estrés, Ansiedad y Depresión en los Ancianos Hospitalizados en Centros Sociosanitarios. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 42(Espec Congr), 170.

Mas, C., Medinas, M., Viñas, N. i Cabezuelo, Á. (2007). Presentación de un Programa para la Mejora de la Memoria y el Cambio de Actitudes sobre el Declive Asociado a la Edad. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 42(Espec Congr), 184-185.

Medinas, M., Crespi, E., Pozo, S., Miquel, F., Renom, F. i Guarinos, M. (2007). Efectos de la Fisioterapia sobre los Aspectos Emocionales y la Calidad de Vida del Paciente Anciano con Enfermedad Respiratoria. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 42(Espec Congr), 147.

Oliver, M.J., Pol, L., Griñó, E., Alomar, F., Huertas, I., i Villaverde, J.M. (2007). Análisis Cualitativo del Perfil de los Pacientes Ingresados en un Hospital de Día Geriátrico. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 42(Espec Congr), 173-174.

Oliver, M.J., Pol, L., Moreno, N., Alomar, F. i Maura, M. (2007). Valoración y Tratamiento de Pacientes con Úlceras por Presión en un Hospital de Día Geriátrico. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 42(Espec Congr), 176-177.

Payeras, A., García, M., Garau, M., Juan, M., Pareja, A. i Gallegos, C. (2007). Bacteriemia en Pacientes muy Ancianos: Factores de Riesgo, Características Clínicas y Mortalidad. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 42(Espec Congr), 30.

Postigo, Gil, Rodríguez, Vidal, Alzas i Bennasar (2007). Hábitos y Prácticas Alimentarias en Inmigrantes. Una Aproximación Cualitativa. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 42(Espec Congr), 180.

Reig-Ferrer, A., Ferrer-Cascales, R.I., Talavera-Biosca, J.L., Richart-Martínez, M., Carchano-Monzó, M.A. i Fernández-Pascual, M.D. (2007). ¿Existe un Mayor Grado de Satisfacción con la Vida en aquellos Cuidadores Familiares de Enfermos de Alzheimer que encuentran Aspectos Positivos en las Tareas de Cuidado? *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 42(Espec Congr), 187.

Rosselló, C., Santamaría, J., Ramón, J., García, E., Barceló, M. i Marín, E. Cuidados Paliativos Geriátricos. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 42(Espec Congr), 41.

Ruiz de Gopegui, E. (2007). Estudio Epidemiológico de la Colonización e Infección por *Staphylococcus Aureus* Resistente a la Meticilina (Sarm) en una Residencia Geriátrica de Mallorca. Memòria d'Investigació presentada al Departament de Ciències Mèdiques Bàsiques de la Universitat de les Illes Balears el 28 de setembre de 2008 a Palma.

Ruiz de Gopegui, E., Andreu, C., Campos, E., Cifre, A., Manzur, A. i Pérez, J.L. (2007). Factores de Riesgo para la Colonización Nasal por *Staphylococcus Aureus* Resistentes a Meticilina (Sarm) en una Residencia Geriátrica. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 42(Espec Congr), 76.

Ruiz de Gopegui, E., Campos, E., Andreu, C., Cifre, A., Oliver, A. i Pérez, J.L. (2007). Colonización Nasal por *Staphylococcus Aureus* Resistentes a Meticilina en una Residencia Geriátrica: ¿De Dónde Proceden. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 42(Espec Congr), 31.

Sánchez, M., i Bauzá, E. (2007). Complementariedad del Tratamiento de Fisioterapia y Terapia Ocupacional en el Ictus. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 42(Espec Congr), 146-147.

Santiago, J. i Ballester, L. (2007). La Atención Psicosocial en el Ámbito Comunitario. El Anciano no Institucionalizado en Situación de Necesidad. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 42(Espec Congr), 188.

Santos, P., Sanz, L., Cid, I., Bernardini, D. i Llorente, C. (2007). "Efectos Terapéuticos de la Dinámica de la Risa sobre el Estado de Ánimo de un Grupo de Población Mayor". *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 42(Espec Congr), 126.

Servei de Salut (2007). *Guia de Pràctica Clínica: Prevenció i Tractament de les Úlceres per Pressió*. Palma: Conselleria de Salut i Consum.

Tomas, M. (2007). Prevención de Caídas en el Paciente Geriátrico. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 42(Espec Congr), 154.

Truyols, A., Vich, L., Galmés, A., Rocha, L., Albertí, F. i Feliu, L. (2007). Depresión Post Ictus en Fase Aguda. Villar, E. (2007). Selección de Medicamentos en Geriátria: Diferencias entre la Guia Farmacoterapéutica de una Residencia Geriátrica y la del Hospital de Tercer Nivel de Referencia. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 42(Espec Congr), 48-49.

Vich, L., Tuyols, A., Albertí, F., Galmés, A. i Feliu, L. (2007). Unidad de Ortogeriatría: Primer Año de Experiencia Descripción y Evaluación Funcional de los Pacientes Incluidos en Programa de Rehabilitación. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 42(Espec Congr), 111.

Vives, M., Orte, C. i Ballester, Ll. (2007). Evolución del Apoyo y Red Social del Alumnado de La Universitat Oberta Per a Majors (UOM) de les Illes Balears. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 42(Espec Congr), 189.

## 17. Projectes d'investigació:

Projecte d'investigació *Enveïment Saludable: Factors Implicats en la Millora de la Qualitat de Vida, 2007-2009*. Investigador principal: Félix Grases (Institut Universitari d'Investigacions en Ciències de la Salut, IUNICS). Informació a: <http://www.uib.es/ca/inf sobre/recerca/publicacions/projectes/doc/catproj07/catproj07.pdf>

Projecte d'investigació *Estudio de los Mecanismos de Calcificación de los Tejidos Blandos. Cálculos Renales Papilares. Calcificaciones Cardiovasculares 2006-2009*. Investigador principal: Félix Grases (Institut Universitari d'Investigacions en Ciències de la Salut, IUNICS). Informació a <http://www.uib.es/ca/inf sobre/recerca/publicacions/projectes/doc/catproj07/catproj07.pdf>

Projecte d'investigació *Flexibilidad Cognitiva en el Envejecimiento Normal: Modelo Computacional sobre la Función del Córtex Prefrontal 2004-2007*. Investigador principal: Francisco Barceló (Departament de Psicologia de la UIB). Informació a <http://www.neuropsicologiaclinica.es/investigacion.php>

Projecte d'investigació *Género e Incontinencia Urinaria. Prevalencia del Problema y Evaluación de la Efectividad de una Intervención Formativa de Rehabilitación Muscular del Suelo Pélvico 2006*. Investigadora principal: Teresa Moreno (Investén. Institut Carles III). Informació a [http://www.perdidasdeorinaymujer.org/descargas/proyectoincontencia2006\\_version24\\_final.pdf](http://www.perdidasdeorinaymujer.org/descargas/proyectoincontencia2006_version24_final.pdf)

Projecte d'investigació *Identificación y Valoración de los Registros de Enfermería para Población Igual o Mayor de 65 Años en Atención Primaria y Sociosanitaria en Relación con las Caídas, Incontinencia Urinaria y Lesiones por Presión 2004-2007*. Investigadora principal: Carmen Fuentesalz (Hospital Vall d'Hebron). Estudi multicèntric a les Comunitats Autònomes de Madrid, Balears, Aragó i Catalunya. Informació a <http://www.uib.es/ca/inf sobre/recerca/publicacions/projectes/doc/catproj06/catproj06.pdf>

Projecte d'investigació *Identificación y Valoración de los Registros de Enfermería para Población Igual o Mayor de 65 Años en Atención Primaria y Sociosanitaria en Relación con los Cuidados Informales 2005-2007*. Investigadora principal: Carmen Fuentesalz (Hospital Vall d'Hebron). Informació a: <http://www.uib.es/ca/inf sobre/recerca/publicacions/projectes/doc/catproj06/catproj06.pdf>

Projecte d'investigació *Mecanismos Moleculares de la Hormona del Crecimiento y la Melatonina en la Prevención del Envejecimiento Cerebral: Repercusión en la Conducta 2004-2007*. Investigador principal: Rubén Rial (Departament de Biologia Fonamental i Ciències de la Salut de la UIB). Informació a <http://www.uib.es/ca/infosobre/recerca/publicacions/projectes/doc/catproj07/catproj07.pdf>

## Conclusions

Tot i que el present article té un caràcter fonamentalment descriptiu, volem posar de manifest dues conclusions fonamentals: en primer lloc, que es tracta d'una temàtica que necessitarà cada vegada més estudis i investigacions, malgrat tot allò que s'ha fet fins ara. En segon lloc, és evident que els recursos sanitaris i socials envers aquest sector de població s'hauran d'incrementar en els propers anys amb l'objectiu de millorar la qualitat de vida i la salut de les persones grans. En qualsevol cas, les dades que es presenten volen ser una primera aproximació a una realitat que necessita no solament més recursos, sinó també més estudis, més investigacions, des d'una perspectiva multidisciplinària.

## Referències

Consell Econòmic i Social (2008). *Memòria del CES 2007. Sobre l'economia, el treball i la societat de les Illes Balears*. Palma: Consell Econòmic i Social de les Illes Balears.

Fundación SAR (2007). *Calidad y dependencia. Grados de dependencia y necesidad de servicios*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

IMSERSO (2007). *Guía de prestaciones para personas mayores, personas con discapacidad y personas en situación de dependencia*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

IMSERSO (2006). *Encuesta de condiciones de vida de los mayores 2006*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

IMSERSO (2006). *Las Personas Mayores en España. Informe 2006*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

IMSERSO (2004). *Libro Blanco de la Dependencia*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Institut Balear d'Estadística (2007). *Les Illes Balears en xifres 2007*. Palma: Direcció General d'Economia de la Conselleria d'Economia, Hisenda i Innovació del Govern de les Illes



Balears. Disponible a: [http://www.caib.es/ibae/xifres/2007/les\\_balears\\_catala\\_angl.htm](http://www.caib.es/ibae/xifres/2007/les_balears_catala_angl.htm)

Instituto Nacional de Estadística (2000). *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999. Avance de resultados. Datos básicos*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Disponible a <http://www.ine.es/prodyser/pubweb/discapa/disctodo.pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *Encuesta Nacional de Salud 2006*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Moya, M.S. (1999). Urgencias en ancianos. *Emergencias*, 11, 265-266.

Organización de Consumidores y Usuarios (2007). *Encuesta de Calidad de Vida Tras la Jubilación*. Madrid: OCU.

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (2006). *Tratado de Geriatria para Residentes*. Madrid: International Marketing & Communication.

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (2007). *Saber envejecer. Prevenir la dependencia*. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Obra Social Caja Madrid.

## Col·laboradors

Jaume Roca. Coordinador de Qualitat. Àrea de salut Eivissa-Formentera.

Alberto Martín. Cap d'admissió de l'Hospital de Can Misses.

Bartolomé Sastre. Sotsdirector de Sistemes d'Informació Sanitària.  
Hospital Comarcal d'Inca

Joan Tortell. Documentació Clínica. Hospital Universitari Son Dureta.

Antònia Perello Cantallops.  
Departament Control de Gestió. Fundació Hospital de Manacor.

Pere Quetglas. Cap de Servei d'Admissió. Fundació Hospital de Manacor.

Francesc Morado. Cap de Documentació Clínica i Arxiu. Fundació Hospital Son Llàtzer.

Antonia Mas. Control de Gestió Fundació Hospital Son Llàtzer.

Marola Pérez. Direcció Mèdica. Atenció Primària. Menorca.

Javier Arranz. Sistemes d'Informació Sanitaris. Gabinet Tècnic. GAP Mallorca.

Pep Lluís Aguiló. Director de Gestió 061.

M. Carmen García. Sotsdirectora Mèdica GAP Mallorca.

Àngels Lladó. Farmacèutica d'Atenció Primària. Àrea de Salut de Menorca.

Marta Aixàs. Unitat de Codificació. Hospital General Mateu Orfila (Menorca).

M. Concepció Arrom. Treballadora Social. Servei d'Informació i Atenció al Ciutadà. Direcció General de Serveis Socials. Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració. Govern de les Illes Balears.

## Autors

### ENRIQUE CAMPOS ALCAIDE

Santa Elena (Jaén) 1957. Llicenciat en Medicina i Cirurgia. Universitat de Granada. Metge especialista en Geriatria i en Medicina Familiar i Comunitària. Residència Pensionistes de la Bonanova. Departament de Benestar Social (Institut Mallorquí d'Afers Socials). Consell Insular de Mallorca.

### CATALINA ANDREU MESTRE

Felanitx 1959. Llicenciada en Medicina i Cirurgia. Universitat Central de Barcelona. Metgessa especialista en Geriatria. Residència Pensionistes de la Bonanova. Departament de Benestar Social (Institut Mallorquí d'Afers Socials). Consell Insular de Mallorca. Expresidenta de la Secció de Geriatria de l'Acadèmia Mèdica Balear.



# LA DEPENDÈNCIA DE LA GENT GRAN A LES ILLES BALEARS

---

## **La dependència de la gent gran a les Illes Balears**

Bartomeu J. Barceló Ginard

## Resum

La gent gran, durant el procés d'envelliment, es pot trobar en situació de dependència. És un fet biològic, possible gràcies als avenços de la nostra civilització. És un fenomen, doncs, d'arrels culturals i socials, i, sobretot, un fenomen nou a causa de la magnitud de la població gran: el que començam a veure ara és un veritable *elder boom*, les conseqüències del qual encara no abastam.

Aquest document<sup>1</sup> revisa les darreres dades de població, i hi aplica diversos indicadors, per aconseguir observar la realitat de la dependència a les Illes Balears, a partir de la selecció d'algunes àrees que ens resulten especialment importants: les poblacions de gent gran, de gent gran dependent i de curadores potencials; la dona i la dependència; la soledat i la prevenció.

## Resumen

Las personas mayores, durante el proceso de envejecimiento, se pueden encontrar en situación de dependencia. Es un hecho biológico, posible gracias a los adelantos de nuestra civilización. Es un fenómeno, pues, de raíces culturales y sociales, y, sobre todo, un fenómeno nuevo debido a la magnitud de la población mayor: lo que empezamos a ver ahora es un verdadero *elder boom*, cuyas consecuencias todavía no conocemos.

Este documento revisa los últimos datos de población, y aplica varios indicadores, para conseguir observar la realidad de la dependencia a las Islas Baleares, a partir de la selección de algunas áreas que nos resultan especialmente importantes: la población de personas mayores, de personas mayores dependientes y de cuidadoras potenciales; la mujer y la dependencia; la soledad y la prevención.

## Criteris tècnics

1. Sempre que ha estat possible, s'han emprat dades de camp i dades oficials. Per segons quines relacions d'indicadors, només va ser possible treballar amb estimacions, bàsicament la població gran amb discapacitat i amb dependència.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> La redacció d'aquest article s'ha fet a partir d'un treball més ampli que va servir per redactar l'Informe 2007 sobre els programes de prevenció de la dependència i de promoció de l'autonomia personal a les Illes Balears. Aquest informe va ser elaborat pel Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB per a la Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració del Govern de les Illes Balears (setembre-desembre 2007). En aquest article, però, no incloem els aspectes referits a la promoció de l'autonomia personal i a la prevenció de la dependència.

<sup>2</sup> Vegeu les dades de base d'Espanya i de les Illes Balears. INE-IMSERSO (1999).

2. Les dades de població s'han extret del padró municipal d'habitants, dels anys 1991, 1996, 2001 i 2006, de tots els municipis de les Illes Balears. Hem usat, doncs, el municipi com a unitat territorial de base. Posteriorment, hem fet els agregats territorials.
3. Les dades de discapacitat i dependència provenen, com ara els informes o estudis consultats i també la normativa de referència en el tema, de l'*Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*, publicada el 1999 i duta a terme per l'INE, l'IMSERSO i Fundosa Social.

## Dades de base

A partir de les dades que ofereix l'*Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud* —i del tractament que n'hem fet—, disposam de les dades de base de població d'Espanya i de les Illes Balears i dels indicadors associats:

### Ficha de les dades de base - Espanya

*Data de recollida de dades de l'INE per a l'enquesta de discapacitat i dependència i estat de salut: segon trimestre de 1999*

A. POBLACIONS		
1.	Població total a Espanya (IBAE/INE 1999)	40.202.160
2.	Població total a espanya >65 anys (INE 1999)	6.740.000
3.	Població total discapacitada a Espanya (INE/EDDES)	3.528.221
4.	Població amb discapacitat >65 anys a Espanya (EDDES)	2.072.655
5.	Població amb dependència >65 anys a Espanya (EDDES)	1.423.962
B. INDICACORS		
2//1	16,77	Taxa d'envelliment a Espanya (1999)
3//1	8,78	Taxa de discapacitat a Espanya (1999)
4//1	5,16	Taxa de discapacitat >65 anys a Espanya (1999)
4//3	58,75	Índex de discapacitat general >65 anys a Espanya (1999)
4//2	30,75	Índex de discapacitat sectorial >65 anys a Espanya (1999)
5//4	68,70	Ràtio de dependència/discapacitat >65 anys a Espanya (1999)
5//2	21,13	Índex de dependència >65 anys a Espanya (1999)



## Ficha de les dades de base - Illes Balears

A. POBLACIONS	
1. Població total a les Illes Balears (IBAE 1999)	821.820
2. Població total a les Illes Balears >65 anys (IBAE 1999)	124.005
3. Població total discapacitada a Espanya (INE/EDDES)	56.949
4. Població amb discapacitat >65 anys a Espanya (EDDES)	29.684
5. Població amb dependència >65 anys a les Illes Balears (EDDES)	20.393

B. INDICACORS			
2//1	15,09	Taxa d'envelliment a les Illes Balears (1999)	
3//1	6,93	Taxa de discapacitat a les Illes Balears (1999)	
4//1	3,61	Taxa de discapacitat >65 anys a les Illes Balears (1999)	
4//3	52,12	Índex de discapacitat general >65 anys a les Illes Balears (1999)	
4//2	23,94	Índex de discapacitat sectorial >65 anys a les Illes Balears (1999)	
5//4	68,70	Ràtio de dependència/discapacitat >65 anys a les Illes Balears (1999)	
5//2	16,45	Índex de dependència >65 anys a les Illes Balears (1999)	

### 1. Les poblacions de gent gran, de majors de 65 anys deponents i de dones curadores potencials

#### 1.1. Argumentació

El repte i l'esforç que suposen l'atenció a la dependència per a les famílies comença a fer-se visible gràcies a la Llei 39/06, de promoció de l'autonomia personal i atenció a la dependència. L'impacte social que s'esdevindrà no solament tindrà un caràcter quantitatiu (nombre de persones implicades), sinó també qualitatiu (profunditat dels canvis en les seves vides). És imprescindible, doncs, conèixer quantes persones formen cada col·lectiu: gent gran, dependents i curadores.

#### 1.2. Anàlisi i diagnòstic social

##### A. Població de gent gran

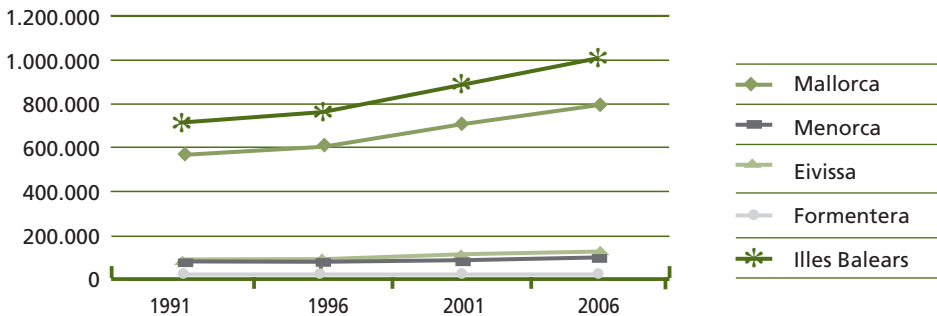
1. La població total de les Illes Balears ha experimentat un creixement molt important en els darrers deu anys. L'increment ha estat del 35%, mentre que a Espanya se situa en el 13%.

2. És especialment digne d'atenció que els períodes compresos entre 1996-2001 i entre 2001-2006 tenen un percentatge d'increment del 17%, és a dir, una continuïtat en unes xifres considerables. Ho comprovam si tenim en compte que a Espanya, en els mateixos períodes quinquennals, les variacions són força més suaus: del 4% i el 9%, respectivament.

**Taula 1.a.** | *Evolució de la població per illa i total. (xifres absolutes)*

	1991	1996	2001	2006
MALLORCA	568.187	609.150	702.122	790.763
MENORCA	64.412	67.009	75.296	88.434
EIVISSA	72.231	78.867	94.334	113.908
FORMENTERA	4.316	5.353	6.875	7.957
ILLES BALEARS	709.146	760.379	878.627	1.001.062

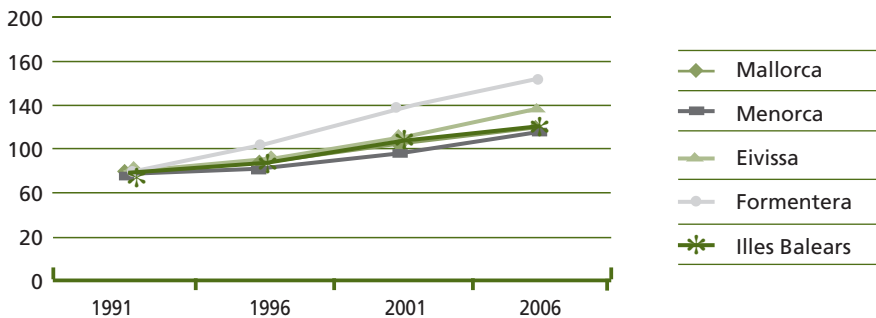
**Gràfic 1.a.** | *Evolució de la Població Total (xifres absolutes)*



**Taula 1.b.** | *Evolució de la població per illa i total. (xifres relatives)*

	1991	1996	2001	2006
MALLORCA	100	107	124	139
MENORCA	100	104	117	137
EIVISSA	100	109	131	158
FORMENTERA	100	124	159	184
ILLES BALEARS	100	107	124	141

**Gràfic 1.b. | Evolució de la Població Total (variació relativa)**



- Tot i haver d'usar dades de majors de 80 anys a Espanya, cosa que distorsiona lleugerament les evolucions comparatives amb les Illes Balears pel que fa a aquesta franja d'edat, hem calculat les taxes d'envelliment, de sobreenvelliment i l'índex de sobreenvelliment per al 2006. A Espanya, les xifres són les següents: 16,56% per a l'envelliment, 4,51% per al sobreenvelliment (taxa) i 27,24% per a l'índex de sobreenvelliment.
- Les dades de les Illes Balears són: 13,84%, 6,52% i 47,16%, respectivament. Pel que fa a la taxa d'envelliment, el primer valor, hem calculat<sup>3</sup> la que correspon a l'any 1999, data de l'EDDES, per tenir bones mostres comparatives. A Espanya era del 16,77%, lleugerament superior a l'actual, mentre que a les Illes Balears era del 15,09%. Observam, doncs, una important disminució de la taxa d'envelliment, que s'explica amb l'augment de població total i que anirem comentant en els propers punts.
- Si observam els increments del sector dels majors de 65 anys, a Espanya, en els darrers deu anys (entre 1996 i 2006), l'increment representa un 22%, i a les Illes Balears, un 25%. Observem, doncs, que l'augment de població no es deu al factor de baixa mortalitat ni a l'augment compensador de la natalitat, que són dos indicadors estructurals per explicar l'envelliment de la població (baixa mortalitat i baixa natalitat). El tercer factor, que cal recordar que té un caràcter conjuntural, és la immigració, l'aportació de nous nats, que, en les primeres onades, rejuveneixen demogràficament l'estructura per edats.
- La immigració a les Illes Balears —comunitària, i sobretot extracomunitària— ha fet reduir tots els indicadors que treballen amb el total de la població o amb les franges d'edat anteriors a la jubilació.

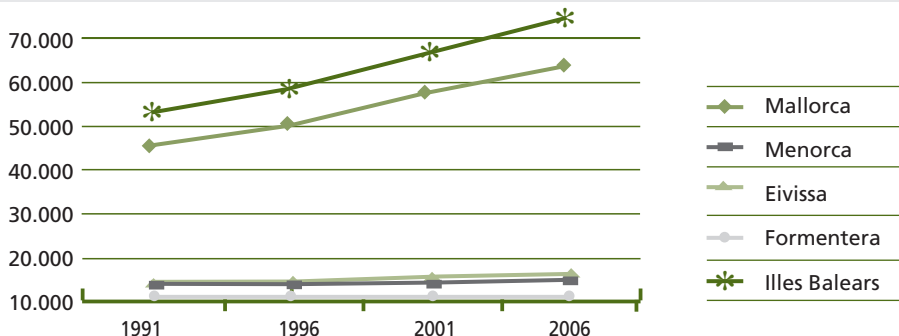
<sup>3</sup> Vegeu les dades de base d'Espanya i de les Illes Balears.

7. Per això, és especialment important diversificar l'anàlisi de sectors de població pel que fa a grup de dones curadores i al de la gent gran. Així, ens adonam que l'increment de la taxa de sobreenvelliment continua aportant gent gran de la denominada quarta edat. És a dir, el nombre de majors de 75 anys va en augment (6,52% a les Illes, 4,51% a Espanya)<sup>4</sup> i l'índex de sobreenvelliment és, de molt, superior al del conjunt d'Espanya (47,14% enfront de 27,24%).

**Taula 2.a. | Evolució de la població major de 75 anys per illa i total.**  
(xifres absolutes)

	1991	1996	2001	2006
MALLORCA	35.775	40.657	47.904	53.865
MENORCA	3.909	4.311	4.871	5.411
EIVISSA	3.139	3.669	4.599	5.597
FORMENTERA	254	308	389	416
ILLES BALEARS	43.077	48.945	57.763	65.289

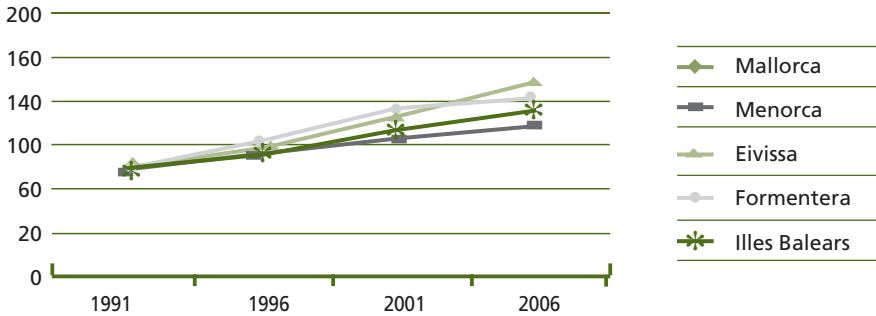
**Gràfic 2.a. | Evolució de la Població Major de 75 anys (xifres absolutes)**



**Taula 2.b. | Evolució de la població major de 75 anys per illa i total.**  
(xifres relatives)

	1991	1996	2001	2006
MALLORCA	100	114	134	151
MENORCA	100	110	125	138
EIVISSA	100	117	147	178
FORMENTERA	100	121	153	164
ILLES BALEARS	100	114	134	152

<sup>4</sup> Recordem de nou que són xifres de 80 anys i més, per tant, més significatiu pel cas de les Illes Balears.

**Gràfic 2.b. | Evolució de la Població Major de 75 anys (variació relativa)**


8. L'evolució demogràfica de les poblacions de gent gran a les Balears no es pot analitzar, especialment per part dels responsables de dissenyar i executar les polítiques socials, només des de la visió del global de la població. Aquesta perspectiva podria fer perdre de vista la realitat subjacent: les demandes d'atenció i les necessitats vinculades al sector de gent gran, especialment a partir de l'edat de 75 o 80 anys, aniran creixent de manera important.<sup>5</sup>
9. Pel que fa al territori de les Illes Balears, caldrà analitzar amb més temps les característiques del procés demogràfic exposat més amunt.<sup>6</sup> El que sí que cal assenyalar és que continua l'augment de població total en tots els territoris insulars, amb ritmes alts i sostinguts en el creixement, tot i que a Eivissa —i, sobretot, a Formentera— pren unes dimensions especialment altes i ens atreviríem a dir que preocupants. Això no ocorre precisament a causa de la immigració, sinó perquè els augments de població major de 65 anys i de 75 anys tenen uns percentatges molt alts i, de nou, cal llegir-ho en clau de demandes d'atenció i de prevenció i promoció de la dependència. Menorca és l'illa que presenta una progressió més compensada i gradual. Mallorca, pel pes demogràfic de la població que té, marca la tendència del conjunt de les illes.
10. Si observem el que hem dit més amunt, respecte a la relació entre població total i evolució dels grups de poblacions de gent gran, veurem que les taxes i l'índex no són els més alts a les Pitiüses. Per això, recordam de nou la necessitat de fer una anàlisi de tendència microdemogràfica, i no sols a partir de grans xifres de població total. El que hem dit de Menorca en el punt anterior s'observa clarament en tots els indicadors assenyalats i, especialment, en l'índex de sobreenvelliment. La resta de territoris insulars pateixen unes oscil·lacions més intenses que Menorca.

<sup>5</sup> Si extrapolàssim les variacions relatives de la població de gent gran a la previsió d'increment de demandes de serveis, estariem parlant d'un creixement de demandes, en els propers anys, de prop del 13% al 20%, segons les franges d'edat.

<sup>6</sup> Per illes, per agregats no insulars, a Palma i, molt important també, municipi per municipi.

11. Mallorca, com és natural, continua sent el territori que més població aporta al conjunt de les Illes Balears, encara que ha disminuït lleugerament el pes relatiu en tots els grups de població que hem comparat: població total, majors de 65 anys i majors de 75 anys.
12. Cal destacar la importància de mantenir un nivell d'inversions en serveis i programes proporcional a la població de gent gran per illa, perquè l'evolució de les dades que presentam ajuda a localitzar nous focus de necessitats i de demandes. Especialment en els majors de 75 anys, que, com veurem, són les persones que tenen més probabilitat de patir un procés d'envelliment amb dependència.

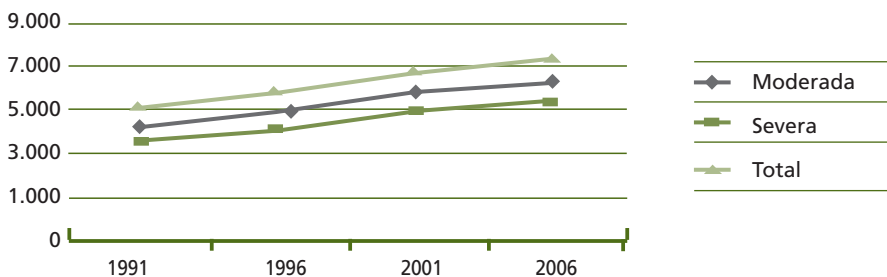
## B. Població de gent gran dependent

1. Les dades de l'EDDES (1999) ens permeten situar la taxa de discapacitat a Espanya en el 8,78%, mentre que a les Illes Balears és inferior, concretament el 6,93%.
2. Segueix la mateixa tendència la taxa de discapacitat en el sector de majors de 65 anys: el 5,16% a Espanya i el 3,61% a les Illes Balears.
3. Si ens referim a subgrups de població en comptes del total de població, observam les mateixes tendències: a Espanya la gent gran que presenta alguna discapacitat representa el 58,75% del total de persones amb discapacitat. A les Illes Balears la xifra baixa fins al 52,12%.
4. Pel que fa al sector de la vellesa, el 30,75% dels més grans de 65 anys a Espanya presenten alguna discapacitat, mentre que a les Balears el percentatge arriba al 23,94%.
5. La ràtio de dependència / discapacitat és d'un 68,70% a Espanya. No hem localitzat a l'EDDES dades específiques de dependència (sí de discapacitat), per la qual cosa extrapolam el percentatge estatal.
6. Per contrabalançar la dada anterior, hem calculat el pes percentual de la quantitat de gent gran dependent a les Illes Balears, amb la població de més grans de 65 anys. El resultat segueix la tendència dels anteriors: a Espanya és del 21,13% i a les Balears del 16,45%. Aquesta xifra, que denominam *índex de dependència per als majors de 65 anys* és la que hem usat per fer les estimacions sobre altres indicadors que treballaven amb aquest índex.
7. Atès que hem calculat la població de gent gran amb discapacitat sobre l'estimació del 23,94%, només cal comentar que la magnitud estimada de majors de 65 anys amb discapacitat el 2006 és de 33.160, i observar amb més atenció la tendència de la prevalença general.

8. La prevalença general de discapacitat presenta una tendència regressiva, atès l'augment de població total. De nou, observam la necessitat de no treballar només amb dades de població general si no es vol desdibuixar la realitat subjacent. Disposar de sèries de quinze anys permet confirmar el caràcter sostingut entre 3 i 3,5 punts, lluny encara de les ràtios d'Espanya.
9. El que hem dit al punt 7 s'aplica també a la dependència. En aquest cas, el valor de l'indicador a Espanya és més elevat. A les Illes Balears la prevalença general de dependència dels majors de 65 anys se situa en una forquilla entre el 2% i el 2,5% en relació al total de la població. La població estimada de gent gran dependents a les Illes Balears seria de 22.781 persones.
10. Mesurada per graus i illes, té interès estimar la població de possibles usuaris. Insistim que, determinats els percentatges, l'interès és comprovar de manera empírica aquestes estimacions. En aquest sentit, les xifres amb dades de població del 2006 pel conjunt de les Illes Balears situen la gent gran amb dependència moderada en una xifra al voltant dels 7.366 individus, la gent gran amb dependència severa en 6.444 individus, i la gent gran i amb dependència total en 8.378 individus.

**Taula 3.** | *Evolució de la dependència per graus a les Illes Balears*

	1991	1996	2001	2006
MODERADA	5.367	6.014	6.824	7.366
SEVERA	4.695	5.261	5.969	6.444
TOTAL	6.104	6.840	7.761	8.378
NO CONSTA	435	487	553	597

**Gràfic 3** | *Evolució de la Dependència per Graus a les Illes Balears*

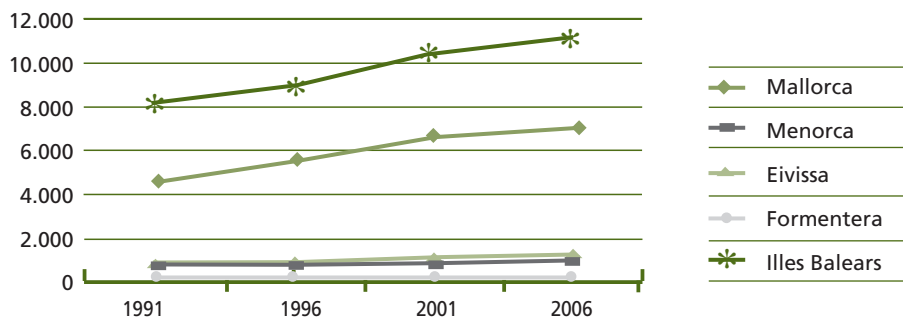
11. Cal una anàlisi de la dependència per territoris segons la deficiència que així mateix hem quantificat i que segueix les tendències anunciades. De nou, insistim en la importància de detectar empíricament aquestes previsions, que són importants a parer nostre, perquè permeten quantificar l'acció de les polítiques socials a partir de les unitats territorials bàsiques, i perfilar el volum de demandes possibles a les quals s'haurà de donar resposta.
12. En termes generals, la situació general de la discapacitat i la dependència pel que fa al nombre de persones grans afectades no presenta, percentualment parlant, un escenari desfavorable per a la previsió de les polítiques socials, si el comparem amb el total de l'Estat espanyol. No obstant això, en xifres absolutes, representa un volum molt important de gestió de la possible demanda que anirà generant-se i una traducció evident sobre els costos i les demandes de serveis assistencials, de programes de suport i d'ajuts econòmics.
13. Dins el conjunt de les persones que presenten un procés d'envelliment que ha evolucionat vers la dependència, consideram d'interès referir una part específica de l'informe als casos associats a possibles diagnòstics de demència, en els diferents tipus clínics. De nou, i pel que fa a les Illes Balears, només disposam de dades que quantifiquen la població dels possibles afectats/des a partir d'estimacions. Precisament per contrabalançar i definir tendències que se situïn en les zones centrals dels *núvols de punts* –en les zones centrals d'una distribució estadística normal–, hem ponderat diversos estudis que apunten prevalences de demències en poblacions de gent gran, alguns de caràcter empíric. Així, nosaltres treballem amb una prevalença teòrica (estimativa) del 8,10% de gent gran amb demència sobre el total de gent gran. La translació a dades absolutes comporta que el 2006, a les Illes Balears, hi hauria un total d'11.219 persones amb demència (no en podem especificar ni el nivell de deteriorament ni la tipologia de demència). Tot i treballar amb estimacions, hem d'observar que el nombre de gent gran dependent a causa d'un procés de deteriorament cognitiu representa pràcticament la meitat del total de gent gran dependents.

**Taula 4.a.** | *Evolució de la població major de 65 anys amb possible demència. (xifres absolutes)*

	1991	1996	2001	2006
MALLORCA	6.789	7.587	8.558	9.151
MENORCA	721	783	851	965
EIVISSA	611	731	898	1.022
FORMENTERA	45	59	77	81
ILLES BALEARS	8.174	9.160	10.384	11.219



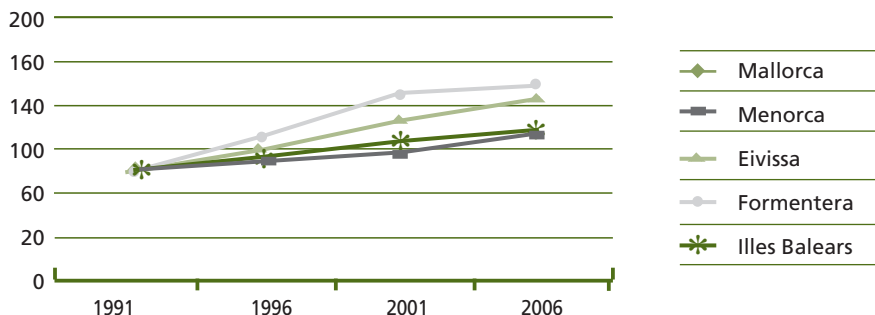
**Gràfic 4.a.** | *Majors de 65 anys amb possible demència. Per any, Illa i Total (xifres absolutes)*



**Taula 4.b.** | *Evolució de la població major de 65 anys amb possible demència. (xifres relatives)*

	1991	1996	2001	2006
MALLORCA	100	112	126	135
MENORCA	100	109	118	134
EIVISSA	100	120	147	167
FORMENTERA	100	131	171	180
ILLES BALEARS	100	112	127	137

**Gràfic 4.b.** | *Majors de 65 anys amb possible demència. Per any, Illa i Total (xifres relatives)*



14. Cal afegir que la prevalença general de dependència per demència es mou en aquests darrers quinze anys entre l'1,10% i l'1,15% del total de la població de les Illes Balears, amb tendència a disminuir percentualment atès l'augment de població general, però que augmenta en xifres absolutes.

### C. Població de dones curadores

1. Per evitar un diagnòstic social esbiaixat del tema que ens ocupa com a conseqüència d'observar només els indicadors que consideren amplis grups de població, i a partir d'una anàlisi macrodemogràfica, hem revisat l'evolució demogràfica de subgrups de població, agregats que són significatius en funció del paper social que duen a terme. Un d'aquests col·lectius és el de les dones.
2. Hem escollit diverses agrupacions d'edat amb el criteri central que es tractàs de dones que tinguessin al seu càrrec, potencialment, l'atenció a gent gran dependent.
3. L'explicació de les franges d'edat la farem al proper apartat, perquè és específic de les curadores potencials. Aquí només en comentam els aspectes demogràfics. Aleshores, hem d'assenyalar l'augment progressiu i constant de tots els grups d'edat seleccionats.
4. L'augment assenyalat, però, és desigual. Així, les dones de 45 a 69 anys (criteri OCDE) han augmentat en quinze anys el nombre d'efectius en un 46%, molt semblant al 43% de les dones de 45 a 79 anys i per sota del 54% amb què ha crescut el col·lectiu de 45 a 65 anys. No hem d'oblidar que no parlem d'estimacions, sinó de recomptes directes del Padró Municipal d'Habitants 1991, 1996, 2001 i 2006.
5. Precisament gràcies a aquests criteris d'anàlisi podem observar que el col·lectiu que ha crescut menys, el de les dones de 65 a 79 anys amb un 25% (8% de mitjana en quinze anys), ha estat també el de les dones que no treballen (són majors de 65 anys), que no provenen de la immigració<sup>7</sup> i que segurament són les padrines balears que segueixen les tendències de disminució o creixement vegetatiu de la població.
6. És molt important destacar aquestes dones perquè seran, i de fet són, les curadores familiars de la primera línia d'assistència, abans de les filles i les dones per a l'atenció domèstica de la dependència. Són, en general, més joves que els seus marits, que poden presentar una dependència abans que elles. Paradoxalment, després d'haver-se sacrificat fent atenció a la dependència, si arriben a patir una disminució de la seva autonomia, no tindran el marit per ser ateses, de manera que es desplaçarà la cobertura de la necessitat a una altra dona (les filles o nores), que ja pertany a una altra generació i que viu, per

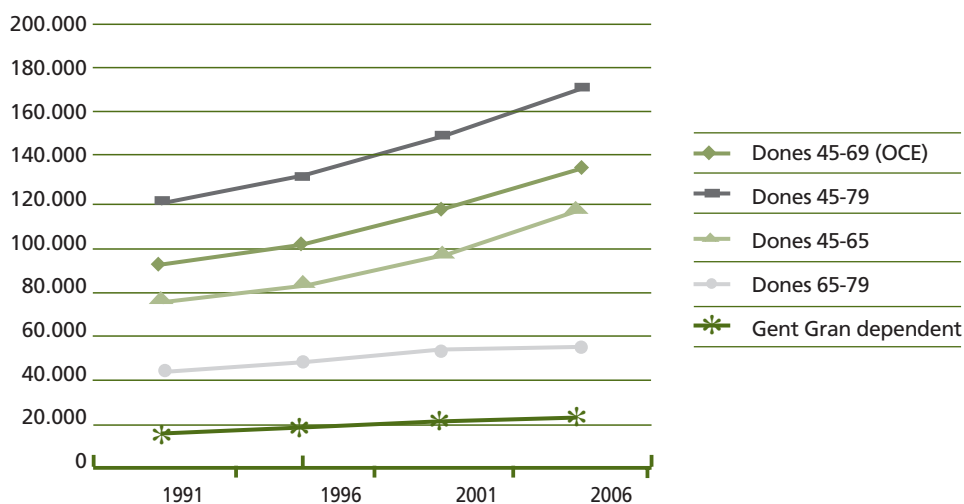
<sup>7</sup> Aquesta no aporta en el flux migratori de majors de 65 anys; et tot cas ho haurà fet si romanen a les Illes Balears el temps necessari per envellir-hi.

tant, unes circumstàncies personals, familiars, laborals i socials menys favorables per a l'atenció de la dependència al domicili de la persona gran.

**Taula 5** | *Evolució comparativa de dones curadores. Per any i edat. Xifres absolutes*

	1991	1996	2001	2006
Dones 45-69 (OCDE)	92.911	101.840	116.552	135.834
Dones 45-79	119.499	131.599	149.969	171.439
Dones 45-65	75.477	83.326	96.719	116.487
Dones 65-79	44.022	48.273	53.250	54.952
Gent gran dependent	16.601	18.602	21.107	22.785

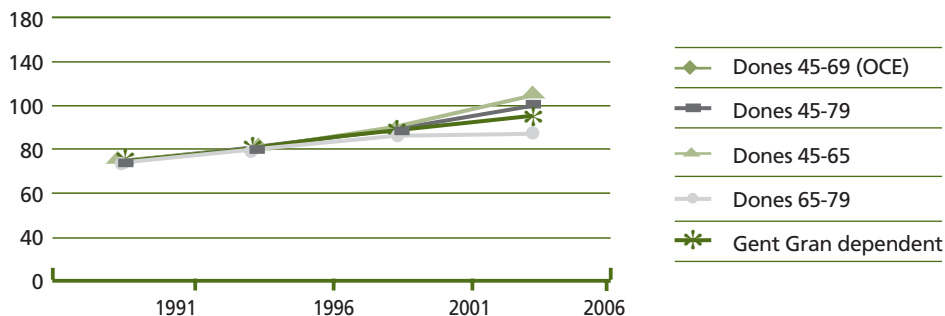
**Gràfic 5.a.** | *Evolució comparativa de dones curadores segons grups d'edat i gent gran dependent. Illes Balears (xifres absolutes)*



**Taula 5** | *Evolució comparativa de dones curadores. Per any i edat. Xifres relatives*

	1991	1996	2001	2006
Dones 45-69 (OCDE)	100	110	125	146
Dones 45-79	100	110	125	143
Dones 45-65	100	110	128	154
Dones 65-79	100	110	121	125
Gent gran dependent	100	112	127	137

**Gràfic 5.b.** | *Evolució comparativa de dones curadores segons grups d'edat i gent gran dependent. Illes Balears (xifres relatives)*



## 2. L'índex de curadores potencials (icp-ocde) i el diferencial d'atenció familiar a la dependència (daf-d)

### 2.1. Argumentació

La família és el sistema més important per al proveïment de recursos materials, econòmics i humans en l'atenció a la dependència. Té una importància especial, atès l'escenari plantejat a l'apartat anterior, mesurar la relació entre el nombre de curadores potencials i el de gent gran dependent. Per conceptualitzar la lectura d'aquesta relació podem parlar de Diferencial d'Atenció Familiar a la Dependència (DAF-D) o mesura de la convergència o divergència entre les corbes gràfiques que representen l'evolució de les poblacions respectives de familiars curadors i de gent gran dependent.

Aquest diferencial pot aplicar-se a dues realitats diferents, però interconnectades. D'una banda la pròpia a les famílies específiques, amb noms i llinatges, com si es tractàs d'una formulació ideogràfica de l'atenció familiar a la dependència. D'aquesta manera podem preveure tres escenaris:

- 1. Favorable:** quan el *Diferencial d'Atenció Familiar a la Dependència* és igual o superior a 2. Hi ha dues o més curadores per cada major dependent. La càrrega d'atenció a cada persona gran pot compartir-se entre dues o més curadores.
- 2. De risc:** quan el *Diferencial d'Atenció Familiar a la Dependència* presenta un valor entre 2 i 1. Hi ha una persona gran per curadora més una part de càrrega d'una segona persona gran.
- 3. Desfavorable:** quan el *Diferencial d'Atenció Familiar a la Dependència* és inferior a 1.

Hi ha menys d'una curadora per persona gran o, dit d'una altra manera, més d'una persona gran per curadora.

La segona realitat és pròpia del conjunt social, més concretament de la relació entre l'evolució demogràfica de la població de gent gran dependent i l'evolució de la població de dones curadores. En aquest cas, que és més aviat de tendència nomotètica, podríem enunciar els tres escenaris de la següent manera:

- 1. Favorable:** quan el *Diferencial d'Atenció Familiar a la Dependència* respecte de l'evolució de les poblacions considerades (gent gran dependent i dones curadores), segueix una tendència de creixement més favorable a la població de dones curadores que a la població de gent gran dependent, en uns valors relatius iguals o superiors a 2. Per cada unitat percentual de creixement en gent gran dependent tenim almenys un creixement percentual de dones curadores que té un valor doble o més.
- 2. De risc:** quan el *Diferencial d'Atenció Familiar a la Dependència* respecte de l'evolució de les poblacions considerades (gent gran dependent i dones curadores), segueix una tendència de creixement més favorable a la població de dones curadores que a la població de gent gran dependent, però aquesta vegada presenta uns valors relatius inferiors a 2 i superiors a 1. Per cada unitat percentual que creix la població de gent gran dependent tenim almenys un creixement percentual de la població de dones curadores que té un valor menor al doble del creixement de la població de gent gran dependent, però major que el que presenta la població de gent gran.
- 3. Desfavorable:** quan el *Diferencial d'Atenció Familiar a la Dependència* respecte de l'evolució de les poblacions considerades segueix una tendència de creixement més favorable a la població de gent gran dependent que a la població de dones curadores, en uns valors relatius inferiors a 1. El creixement percentual de la població de dones curadores és inferior al de la població de gent gran dependent.

Nosaltres, pel tipus de dades recollides al present informe, ens referirem tant al *Diferencial d'Atenció Familiar a la Dependència* en el vessant social, a partir de l'observació de les tendències de població de caràcter general, com al particular, ja que podrem comparar les poblacions de dones, per escenaris de curadores potencials segons els grups d'edat, amb la població de gent gran dependent al territori corresponent. Igualment, complementam els diferencials exposats amb l'Índex de Curadores Potencials que l'OCDE va plantejar i que observa la relació entre la població de dones de 45 a 69 anys i la població dels majors de 75 anys.

## 2.2. Anàlisi i diagnòstic social

1. L'Índex de Curadores Potencials de l'OCDE, que, recordem-ho, relaciona la població de dones de 45 a 69 anys amb la població de majors de 75 anys, és per a l'any 1991: a Mallorca de 2,14 dones curadores potencials per major de 75 anys; a Eivissa de 2,55; a

Formentera de 2,09; i a les Illes Balears de 2,16. Només a Menorca estaria a la frontera de risc amb un valor de 2,0. Per al 2006 les xifres són: Mallorca, 2,01; Eivissa, 2,62; Formentera, 2,47; Menorca, 2,21; Illes Balears, 2,08.

2. L'anàlisi detallada, territori a territori i municipi a municipi, també s'ha de fer, perquè és significativa pel que fa a les zones més envellides.
3. Ara bé, sembla evident que les variables que posa en relació aquest indicador no acaben de plantejar una perspectiva ben enfocada de la qüestió. I no sols perquè no incorpora el homes. Per a nosaltres, les mancances de l'indicador, tot i la validesa global, són en el fet que, precisament, no especifica de manera suficient el col·lectiu de les dones curadores potencials, i deixa, a més, els majors de 65 a 74 anys<sup>8</sup> (la tercera edat) fora de la dependència –un aspecte clarament deformador de la realitat, com tindrem ocasió de veure en l'apartat dedicat a la relació entre edat i dependència. Finalment, no planteja la dependència més que de manera molt indirecta (majors de 75 anys).
4. Per especificar més convé separar el col·lectiu de dones curadores en franges d'edat. D'aquesta manera podem esbrinar l'anàlisi per als següents escenaris:
  - a. Dones amb càrregues laborals: dones de 45 a 65 anys.
  - b. Dones amb edat d'haver de ser curadores de gent gran fins que arribin a ser elles mateixes subjecte d'atenció per dependència: 45 a 79.<sup>9</sup>
  - c. Dones de 45 a 69 anys, com assenyala l'OCDE per al seu índex, però relacionades no amb la població de majors de 75 anys, sinó amb la població de majors de 65 anys dependents.
  - d. Dones en procés d'envelliment o sobreenvelliment: dones de 65 a 79 anys.<sup>10</sup>
5. Amb aquests plantejaments, hem trobat, pel que fa al grups de dones de 45 a 65 anys (càrregues laborals), uns diferencials (PMH-2006) de 5 o més de 5 dones per cada major dependent.
6. Les dones de 45 a 79 anys representen el contingent més important de dones curadores i efectivament queda palès als diferencials: entre el 8,6 d'Eivissa i el 7,4 de Mallorca. Queda igualment reflectit pel que fa a les Illes Balears.

<sup>8</sup> La denominada tercera edat demogràfica. Si per tenir en compte el majors dependents de 65 a 74 anys l'OCDE l'hagués posat al denominador, en comptes dels majors de 75, el majors de 65 anys, l'índex seria ja clarament desfavorable (per ex.: Illes Balears 2006: 0,98 dones de 45 a 69 per cada major de 65 anys).

<sup>9</sup> Vegeu, en el proper apartat, com el lliandar de l'esperança de Vida Lliure de Discapacitat se situa per a les dones als 79 anys.

<sup>10</sup> Vegeu el punt 5 de l'apartat C. Població de Dones Curadores, de l'Anàlisi i Diagnòstic Social del punt anterior.

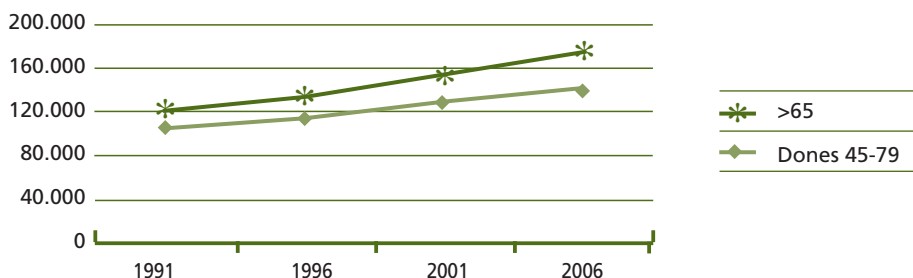
**Taula 6** | *Evolució comparativa entre majors de 65 anys i dones de 45 a 79. Illes Balears*

a. Xifres absolutes	1991	1996	2001	2006
>65	100.918	113.083	128.311	138.512
Dones 45-79	119.499	131.599	149.969	172.439

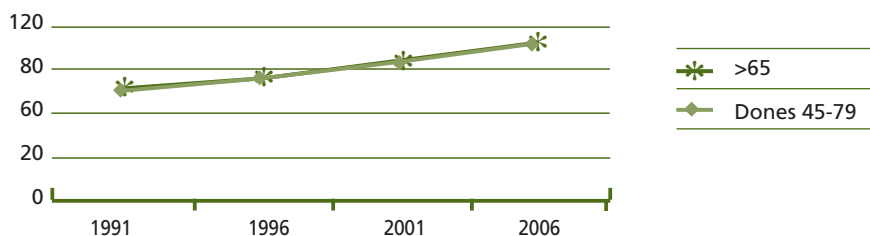
  

b. Xifres relatives	1991	1996	2001	2006
>65	100	112	127	137
Dones 45-79	100	110	125	144

**Gràfic 6.a.** | *Evolució comparativa >65 i dones 45-79 anys. Illes balears. (xifres absolutes)*



**Gràfic 6.b.** | *Evolució comparativa >65 i dones 45-79 anys. Illes balears. (Variació relativa)*



7. Pel que fa a les dones de 45 a 69 anys (OCDE), però comparades amb els majors de 65 anys amb dependència, se suavitza la tendència, que queda entre el 7,1 d'Eivissa i el 5,8 de Mallorca.
8. Respecte a dones grans o en la franja d'edat de sobreenvelliment de 65 a 79 anys, trobam uns diferencials molt apropats, centrats en 2,4 dones per cada gent gran dependent.

Si s'observa la tendència d'aquest diferencial al llarg dels darrers quinze anys s'observa com va disminuint progressivament; a més, pensem que ho seguirà fent encara.

9. Aquestes dades ens indiquen de nou la importància de treballar amb poblacions diferenciades. La consistència en el valor del diferencial, tant per al 2006 com per als períodes anteriors, ens referma el diagnòstic que som davant d'un dels principals problemes per a l'atenció familiar a la dependència: la disminució de la possibilitat de l'atenció per part de les dones grans, la delegació de la responsabilitat a les filles, la incorporació d'aquestes (o dels homes) quan cal curar una persona gran dependent dona i l'increment de l'atenció no professional a domicili per part de dones d'altres països.
10. En relació amb la segona realitat, la social, on podem aplicar el diferencial d'atenció familiar, observam:
  - a. La que correspon a les dones de 45 a 65 anys també resulta **favorable**, especialment a Eivissa i Formentera en els darrers anys.
  - b. L'evolució de les poblacions de majors de 65 anys (o dependents, atès el treball amb estimacions) i de dones de 45 a 79 anys ha canviat de tendència a Mallorca, i ara és **favorable**. A la resta d'illes i al total de les Balears és **clarament favorable**.
  - c. L'evolució del Diferencial d'Atenció Família a la Dependència pel que fa a les poblacions de les dones de 45 a 69 anys respecte de la població de majors de 75 anys (OCDE) és **desfavorable** a totes les illes i al total de les Illes Balears (pel pes demogràfic de Mallorca), a excepció de Formentera. Mallorca va recuperant l'evolució els darrers anys. Menorca va a **favorable**. Eivissa manté situació **de risc**.
  - d. Pel que fa a l'evolució de la població de dones de 65 a 79 anys i la gent gran dependent és **desfavorable** a totes les illes, menys a Formentera, que és de risc. Per a les Illes Balears la situació del DAF-D també és **clarament desfavorable** en aquest col·lectiu de dones.

### 3. Edat, esperança de vida i dependència

#### 3.1. Argumentació

1. El repte que suposa l'atenció a la dependència per als governs locals, autonòmics i central és àmpliament reconegut en tots els cercles i àmbits científics i d'opinió pública.
2. Els components del repte tenen vectors socials (població de gent gran, curadores familiars, món associatiu de gent gran, entitats de serveis, equipaments, serveis i programes de prevenció); econòmics (prestacions, despesa familiar, despesa social,



sanitària i de farmàcia) i sanitaris (esperança de vida, esperança de vida lliure de discapacitat, compressió o expansió de la morbiditat, patologies cròniques, etc.).

3. Una de les formes amb què es farà palès aquest repte per als poders públics és el gruix de dificultats que anirà presentant la família per fer-se càrrec directament de l'atenció a la dependència mitjançant curadores familiars.
4. Atesa l'alta correlació entre edat i dependència, cal revisar l'evolució de l'esperança de vida des de diverses perspectives.

### 3.2. Anàlisi i diagnòstic social

1. A les Illes Balears també es confirma l'augment de la dependència amb l'edat. La franja d'edat de 65 a 74 anys representa el 35,84% de la discapacitat. Per als majors de 75 anys, el valor és del 64,16%.<sup>11</sup>
2. En xifres absolutes podem parlar d'un total de 8.165 persones grans de 65 a 74 anys amb dependència (PMH-2006).
3. Pel que fa als majors de 75 anys, la xifra estimada arriba a les 14.616 persones (PMH-2006).
4. A les Illes Balears, la proporció entre edat i dependència entre els majors de 65 a 74 i els majors de 75 és propera a la relació propera 1:2.
5. Amb dades de l'IBAE 1999, l'esperança de vida més alta correspon a Menorca, amb 79,34 anys. Mallorca tindria un valor de 78,48, Eivissa i Formentera de 78,60 i les Illes Balears de 78,57. En sis anys, entre 1999 i 2005, l'esperança de vida ha crescut 1,89 anys.
6. Amb dades de l'INE 2007, les Illes Balears presentaven una esperança de vida en néixer de 80,44 anys, que resulta 0,21 anys superior al valor per al total d'Espanya. La posició entre comunitats autònomes és mitjana.
7. L'augment constant de l'esperança de vida comporta, en xifres absolutes, un augment de la gent gran dependent.
8. Atès l'augment de l'esperança de vida i la correlació directa entre edat i dependència, es pot preveure que, quan els efectes de l'augment conjuntural de població de dones de 45 a 65 anys s'hagi absorbit, els indicadors d'atenció familiar a la dependència —Índex de Curadores Potencials i també el Diferencial d'Atenció Familiar a la Dependència (DAF-D)— evolucionaran cap a valors cada cop inferiors.

<sup>11</sup> No disposam de dades específiques a les Illes Balears de dependència i aplicam l'estimació del 16,45%.

9. Si es confirma el punt anterior, les famílies hauran de transferir a tercers la responsabilitat d'atendre la dependència de les seves persones grans.
10. El 1991 les dones sobrepassaven amb 7,72 anys l'esperança de vida en néixer dels homes. El 2005 la diferència era de 6,14. En catorze anys s'ha escurçat un any i mig (1,58), és a dir, aproximadament un més per any.
11. Pel que fa a l'esperança de vida als 65 anys, el 1991, les dones sobrepassaven amb 3,65 anys la dels homes. Al 2005 la diferència ha augmentat fins als 3,91. En catorze anys les dones majors de 65 anys han avançat 0,26 anys els homes.
12. En relació amb l'esperança de vida amb discapacitat, les dones de les Illes Balears es troben 1,33 anys per sobre de les dades de les dones a Espanya. Els homes, en canvi, estan 0,36 anys per sota el valor espanyol.
13. Hem calculat el diferencial d'anys amb discapacitat. Hem de ser prudents i pensar que la discapacitat pot no generar dependència. Per això només parlem de discapacitat. El nombre d'anys lliures de discapacitat per a la població general<sup>12</sup> és de 70,85 anys en néixer i de 12,45 als 65 anys. Això significa que els majors de 65 anys disposen de 6,77 anys de vida amb discapacitat. Aquesta xifra és convergent amb dades de l'INE i el Ministerio de Sanidad y Consumo (1986), que la situen en 10,2 anys i Braña (2003) en els 7,73.
14. Per sexes, els homes a les Illes Balears tindrien 6,5 anys de vida amb discapacitat i les dones 7. Gispert et. al. (2007) situa les xifres a les Illes Balears amb dades del 1999 en 6,30 per als homes i 7,92 per a les dones.
15. El càlcul del diferencial d'anys amb discapacitat és molt important perquè permet fer previsions pel que fa a costos i número de demandes d'atenció.

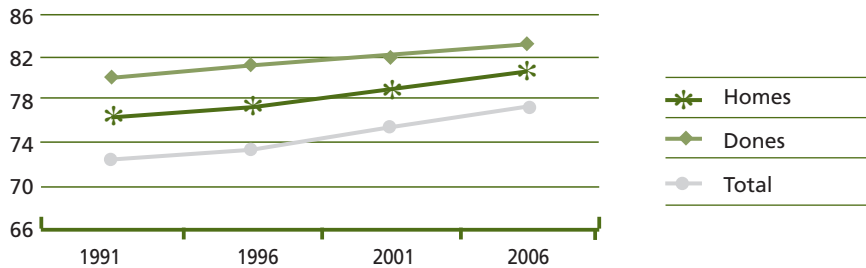
**Taula 7** | *Esperança de vida al néixer Illes Balears*

	1991	1996	2001	2005
<b>Homes</b>	72,59	73,57	75,63	77,39
<b>Dones</b>	80,31	81,29	82,37	83,53
<b>Total</b>	76,45	77,43	79,00	80,46

Font: Conselleria de Sanitat i Consum

<sup>12</sup> Amb dades de 1999 per a l'EVLLD i del 2005 per a l'EV.

**Gràfic 7** | *Evolució de l'esperança de vida al nèixer*

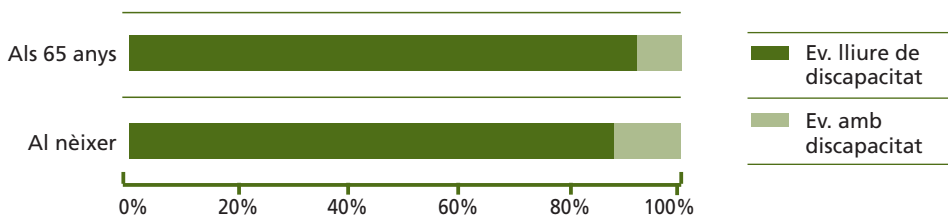


**Taula 8** | *Esperança de vida als 65 anys*

	1991	1996	2001	2005
<b>Homes</b>	15,25	15,78	16,49	17,26
<b>Dones</b>	18,90	19,74	20,15	21,17
<b>Total</b>	17,08	17,76	18,32	19,22

Font: Conselleria de Sanitat i Consum

**Gràfic 8** | *Diferencial d'anys amb i sense discapacitat. Al nèixer i als 65 anys. Valors percentuals.*



**Taula 9** | *Esperança de vida lliure de discapacitat (1999)*

	al nèixer
<b>Homes</b>	68,16
<b>Dones</b>	73,54
<b>Total</b>	70,85

Font: Gispert et. al. (2007)

	als 65 anys
Homes	10,75
Dones	14,15
<b>Total</b>	<b>12,45</b>

Font: Conselleria de Sanitat i Consum

## 4. La situació de la dona en l'atenció a la dependència

### 4.1. Argumentació

La literatura tècnica sobre l'atenció a la dependència tendeix a parlar dels familiars curadors. Aquesta terminologia de vegades es matisa introduint el concepte de *curadors principals*. Diversos estudis de població s'han interessat en el perfil d'aquest curador principal dins la família. Majoritàriament és dona. Tot i això, si bé la situació de la persona major dependent ja resulta oculta, encara queda més invisible el paper de la dona que l'atén.

La dona curadora no solament suporta la càrrega de donar atenció a la persona gran dependent, sinó que ha d'atendre múltiples responsabilitats: les derivades de la dedicació laboral (de manera creixent en les noves generacions), les càrregues domèstiques i les pròpies a l'atenció als fills (pel retard d'aquests a contreure el primer matrimoni o partir de casa dels pares, en cas de no contreure matrimoni).

Les polítiques socials de suport a la igualtat de gènere han de considerar la dona gran i la dona curadora com a nous perfils d'atenció. Igualment han de treballar per incorporar l'home a les tasques de curador principal.

Tots aquests arguments ens decideixen a detectar i observar amb més cura la situació de la dona curadora pel que fa a les càrregues i a les situacions que viu per edat o segons el nucli de convivència.

### 4.2. Anàlisi i diagnòstic social

1. La dona curadora no rep l'atenció que es mereix.
2. Una de les proves que ho demostra és la poca tradició i la pràctica inexistència en els documents o estudis socials i demogràfics sobre el tema de la vellesa i la dependència, de l'índex de curadores potencials.
3. Són diversos i nombrosos els estudis sociodemogràfics que assenyalen la variació amb l'edat de la raó de masculinitat. Abellán [et. al.] (1996) observen que el nombre

d'homes en relació amb el de dones manté una raó inicialment favorable als homes fins aproximadament els quaranta anys, moment en què s'equilibra, per començar tot seguit a disminuir. Sobretot, a partir dels 70 anys, les dones mantenen una raó de feminització que pot arribar a 1,50 o 1,60. Parlam d'una sobremortalitat masculina i de l'impacte sobre els grups de poblacions amb més esperança de vida de les dones.

4. Les Illes Balears segueixen les mateixes tendències. La raó de masculinitat (homes / dones), recíproca a la de feminització, és de 1,005 el 2005 per al total de la població (IBAE). En canvi, per als majors de 65 anys (Carbonero, 1994) amb dades de població de 1991, es calcula una raó de feminització de 1,39 dones per cada home. La xifra passa a 1,64 quan comptem majors de 75 anys. A Pérez (2002, ACS), amb dades demogràfiques d'Espanya de l'any 1996, s'informa de diferències d'1,66 dones per cada home més gran de vuitanta anys.
5. Una anàlisi de la dependència no pot deixar de considerar, doncs, que la demografia situa tres característiques a les dones:
  - a. Solen ésser més joves que els marits.
  - b. Tenen una esperança de vida més alta.
  - c. El seu grup població augmenta en efectius a mesura que envelleix.
6. La sociologia, la psicologia social, l'antropologia i altres ciències humanes ens informen de la figura del curador<sup>13</sup> femení. Més directament, la societat en el seu conjunt adjudica per defecte a les dones el paper de curadores principals de les persones dependents. A més, les ideologies masclistes reforcen aquest estatus allunyant la dona de les situacions d'igualtat social: deserció laboral per haver d'atendre gent gran, manteniment de la responsabilitat en les tasques domèstiques i de cura dels infants, dels adolescents o dels joves i, òbviament, dels vells. Simètricament, allunyen o fan subaltern, de manera interessada, l'home respecte d'aquestes responsabilitats.
7. Nosaltres hem procurat fer una lectura a favor de les dones pel que fa a la seva situació com a curadores o, si es vol, una lectura en clau de discriminació positiva. No ens hem plantejat només la seva tasca d'atenció a la gent gran dependent, sinó que hem cercat quines i quantes dones es troben en un context sociofamiliar de múltiples responsabilitats, quantes dones suporten la multiplicació de càrregues –càrregues que els causen impactes sobre la seva salut física i psicològica (síndrome de curadores familiars) i que afecten les seves relacions personals, familiars i socials.

<sup>13</sup> Els textos usen de manera injusta el concepte en masculí (cuidadores familiars, familiars cuidadores, familiars curadors). Cal, en base a la igualtat social i de drets, parlar de curadores familiars. Quan els homes s'hagin implicat podran usar-se les formes masculines amb més propietat. No és discriminació, tan sols reconeixement.

8. Els factors que hem encreuat fan referència a la seva tasca com a treballadores (població activa femenina), com a mares amb fills/es al càrrec i com a curadores de gent gran.<sup>14</sup> El que hem pretès és posar xifres, quantificar una realitat que, per poc coneguda o per inèrcia, no ha de quedar sense detallar.
9. Per això, tot i parlar d'estimacions, podem assenyalar que, d'una població de 116.487 dones de 45 a 65 anys a les Illes Balears, 62.192 dones poden estar actives laboralment parlant. Aquestes treballadores assisteixen 191.423 fills/es i 12.196 persones majors de 65 anys amb alguna dependència, la qual cosa significa que més de la meitat de gent gran dependent poden ésser atesos per dones que treballen i tenen fills/es.<sup>15</sup>
10. Ateses les xifres, la valoració diagnòstica és clara: hi ha un grup de curadores familiars que resten socialment oblidades i viuen una situació personal que ha d'encarar diversos fronts de càrrega. Pocs col·lectius tenen una capacitat de sacrifici tan alt. No és d'estranyar, doncs, que *Quan ella cau, tot cau*, com anunciava el lema d'una campanya institucional a favor dels drets de la dona.
11. El que hem dit respecte a les dones curadores en edat laboral, no lleva importància a les altres dones que també fan de curadores familiars, però no han treballat fora de casa. Segurament continuen amb un nivell d'activitat com el d'abans dels 65 anys, perquè entre altres coses, els seus marits es jubilaren als 65 anys mentre que elles, després de fer els 65 anys, seguien fent les mateixes feines. Si hi afegim una salut cada cop més precària i, en una àmplia majoria, una pensió de viduïtat baixa o insuficient, l'escenari és descoratjador.
12. Destacam de nou que les dones curadores, per les raons demogràfiques que hem assenyalat, es troben amb la paradoxa d'haver d'acudir a la següent generació (de filles o de nores) per a ser ateses, ja que els homes, per raons demogràfiques (edat i esperança de vida) no hi seran a temps.

<sup>14</sup> Les càrregues domèstiques les consideram per defecte.

<sup>15</sup> Hem calculat tres escenaris per a l'indicador de fecunditat: 1981, 1986 i 1991. D'aquesta manera, calculant trenta anys per generació, les dones de 45 anys tindrien majors de 75 anys i menors de 15, les de 50, respectivament, de 80 i de 20, i les de 55 de 85 i de 25 anys. Són franges d'edat que consideren poblacions amb possibilitat de dependència en els ascendents i de tenir els fills i filles a casa.

**Taula 10** | Estimació de curadores familiars amb càrregues laborals i familiars i de majors dependents al seu càrrec.

Territoris	45-69	65-69	45-65	Actives (1)	Fills/es (2)	>65	Discap. (23,94%)	Depen. (16,45%)	65 i més/ pobl.
Total Mallorca	108.216	15.548	92.668	49.475	152.281	112.977	27.047	18.585	16,66
Total Menorca	11.942	1.845	10.097	5.391	16.592	11.915	2.852	1.960	14,63
Total Eivissa	14.647	1.794	12.853	6.862	21.121	12.619	3.021	2.076	20,16
Total Formentera	1.029	160	869	464	1.428	1.001	240	165	21,91
Total Illes Balears	135.834	19.347	116.487	62.192	191.423	138.512	33.160	22.785	13,69

(1): Actives Illes Balears: 53,39% EPA - INE.

(2): Indicador conjuntural de fecunditat Espanya: 1981: 2,04; 1986: 1,56; 1991: 1,33. Eurostat. Ine. Calculam la mitjana= 1,6433.

(3) Majors a càrrec: dones actives x 0,1961 (=1 major dependent per cada 5,1 dones de l'escenari dones 45-65 anys)

## 5. La relació entre els costos i la cobertura dels serveis socials per a l'atenció a la dependència de la gent gran

### 5.1. Argumentació

Si es comparen els costos dels serveis per a la gent gran i els beneficiaris respectius, la relació presenta un model de doble piràmide inversa. En el cas dels costos, la piràmide mostra l'elevada despesa residencial i la menor o la proporcionalment escassa inversió en serveis comunitaris o de proximitat. Pel que fa als beneficiaris potencials, els residencials representen una part minsa del col·lectiu de gent gran, en comparació amb els usuaris dels serveis comunitaris.

**Taula 11** | *Places i costos dels serveis per a l'atenció a la dependència. Illes Balears*

Territoris i serveis	Places	%	2001
<b>MALLORCA</b>	SAD	9.000	85,22
	C. DE DIA	1.009	86,98
	RESIDÈNCIES	3.889	85,66
		13898	85,47
<b>MENORCA</b>	SAD	1.139	10,78
	C. DE DIA	106	9,14
	RESIDÈNCIES	316	6,96
		1.561	9,60
<b>EIV./FOR.</b>	SAD	422	4,00
	C. DE DIA	45	3,88
	RESIDÈNCIES	335	7,38
		802	4,93

POB>65	RATIO
	7,97
112.977	0,89
	3,44
	9,56
11.915	0,89
	2,65
	3,10
13.620	0,33
	2,46
	7,62
138.512	0,84
	3,28
	11,74



SERVEIS ASSISTENCIALS	TOTALS	%	2001
	SAD	10.561	64,95
<b>ILLES BALEARS</b>	C. DE DIA	1.160	7,13
	RESIDÈNCIES	4.540	27,92
		16.261	100,00

Costos serveis any	Totals	%	2001
	SAD	25.001.689	21,92
<b>ILLES BALEARS</b>	C. DE DIA	5.940.778	5,21
	RESIDÈNCIES	83.097.799	72,87
		114.040.266	100,00

EUROS	PESSETES
25.001.689	4.159.931.026
5.940.778	988.462.288
83.097.799	13.826.310.384
114.040.266	18.974.703.699

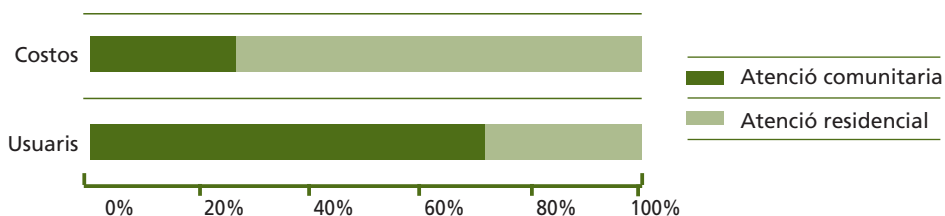
Costos serveis mes	Totals	%	2001
	SAD	2.083.474	21,92
<b>ILLES BALEARS</b>	C. DE DIA	495.065	5,21
	RESIDÈNCIES	6.924.817	72,87
		9.503.356	100,00

Costos serveis persona/any	Totals	%	2001
	SAD	2.367	9,18
<b>ILLES BALEARS</b>	C. DE DIA	5.121	19,86
	RESIDÈNCIES	18.303	70,97
		25.792	100,00

Costos serveis persona/mes	Totals	%	2001
	SAD	197	9,18
<b>ILLES BALEARS</b>	C. DE DIA	427	19,86
	RESIDÈNCIES	1.525	70,97
		2.149	100,00

Font: Direcció General de Serveis Socials. Govern Balear. 2007. Padró Municipal d'Habitants 2006. Elaboració pròpia.

**Gràfic 9** | *Doble piràmide inversa: costos i usuaris i serveis comunitaris i residencials. 2007.*



## 5.2. Anàlisi i diagnòstic social

1. Ateses les dades actualment disponibles, i que es refereixen al 2007 pel que fa als costos i al 2006 pel que fa al Padró Municipal d'Habitants (PMH), el model actual de serveis per a atendre a la dependència manté la tendència a la piràmide doble inversa.
2. El model assistencial de doble piràmide inversa significa que el 72% dels usuaris de serveis d'assistència per a la dependència<sup>16</sup> a les Illes Balears que empren serveis comunitaris (Servei d'Ajuda a Domicili, Centres de Dia) generen uns costos que representen el 27% del total. Inversament a aquesta tendència, els serveis residencials comporten el 73% del cost total, mentre que els usuaris que en reben els serveis representa només el 28% dels usuaris totals dels serveis assistencials. En definitiva, els usuaris de serveis comunitaris gairebé tripliquen els residencials i els costos que aquests generen gairebé tripliquen els comunitaris.
3. Les atencions residencials a una persona major tenen un caràcter professional i doblement permanent: pot ser atesa durant tot el dia i per tota la vida. Aquests components encareixen de manera exponencial els serveis prestats.
4. L'assistència a la comunitat comporta necessàriament la col·laboració de la família o de la xarxa de suport, amb la qual cosa poden diversificar-se els costos entre la família i les administracions (públiques i privades).
5. La reflexió és inevitable: prevista, com es recull al present l'informe, una evolució a l'alça de la gent gran dependent, durant quant de temps es podrà mantenir el model de la doble piràmide inversa? Fins quan les famílies hauran de dur el gran pes d'atenció a la gent gran amb la menor dotació econòmica? Una comunitat pot dissenyar polítiques

<sup>16</sup> No hem incorporat, perquè no hi ha dades per territoris, les dades d'altres serveis com el Menjar a Domicili o la Teleassistència. No obstant això, no creiem que modifiquin de manera substancial la tendència general.

socials a **curt termini** per corregir les desigualtats de costos i usuaris del model de la doble piràmide. A **mitjà termini** pot intentar reservar els centres residencials per als usuaris que presentin una major necessitat d'atenció i menor o nul suport familiar o de la xarxa social. Però, a **llarg termini**, pot seguir mantenint models residencials (o d'atenció continuada i intensa) fora de la xarxa comunitària? Per què hem de relegar la gent gran, per més dependents o sols que es trobin, a l'exclusió o la reclusió en centres de gestió i atenció total? Ho fem amb algun altre sector de població que tingui les magnituds de cobertura i de costos que hem recollit?

## 6. Gent gran, soledat i dependència

### 6.1. Argumentació

La dependència, quan apareix, no té en compte els nuclis de convivència. Ja hem assenyalat que es parla de la família com a primer sistema proveïdor de serveis en l'atenció a la dependència.

D'altra banda, si els serveis socials i sanitaris no tenen prevists programes comunitaris per a la detecció i el seguiment dels casos de persones grans soles i sense xarxa de suport familiar, no es podran garantir els drets socials que preveu la Llei 39/2006 i, per tant, hom els furta a l'accés a una política igualitària i universal d'atenció a la dependència.

Cal revisar, doncs, què passa quan no hi ha suport familiar.

### 6.2. Anàlisi i diagnòstic social

1. L'índex de soledat presenta un augment progressiu i continuat durant els darrers vint anys, alhora que continua mantenint una incidència menor a les Pitiüses.
2. Els valors que presenta l'indicador (21,70 per als majors de 65 anys, 2001 i 28,43 per als majors de 75 anys, 2001) tot i no ser alarmants, sí que són importants<sup>17</sup> i duen a la necessitat de concretar més intervencions específiques sobre aquest col·lectiu, que, al final de la legislatura, pot arribar a representar el 25% de la població major en determinades zones.
3. Observem que, tot i que les taxes de soledat de la gent gran poden semblar baixes (3,33 per a les Illes Balears), crida l'atenció que, excepte a les Pitiüses, prop del 40% de les persones que viuen en llars unipersonals són majors de 65 anys. A les Illes Balears

<sup>17</sup> Segons Abellán, et. al. (2002), les Illes Balears són la comunitat autònoma, i no de poc, amb un índex de soledat en l'envelliment més alt (21,9). La següent comunitat autònoma, Múrcia, registrava un valor de 16.

el valor és del 38%. La tendència entre quinquennis anirà augmentant, si seguim els indicadors d'esperança de vida.

4. Pel que fa a la soledat sociodemogràfica, les Pitiüses destaquen, des de les dades més antigues que hem recollit i que són de l'any 1986, per uns valors més baixos.. Precisament, hem calculat la taxa de soledat general per comprovar si també seguia una tendència a la baixa a aquestes illes. El que hem pogut observar és que els valors d'aquest indicador no presenten, a parer nostre, diferències significatives: el nombre de persones soles per illes en relació a la població total oscil·la entre un màxim a Mallorca del 8,94 i del 8,35 a Menorca. Eivissa i Formentera estan al 8,45. Assenyalam, doncs, que la situació de baix índex de soledat dels gent gran a les Pitiüses es produeix específicament per a aquest col·lectiu.
5. Un cas a part també ha de ser la consideració respecte de l'edat i de la soledat: els índexs són superiors per a les edats més elevades: 21,70 davant el 28,43. Com veurem més endavant, preveiem que moltes d'aquestes situacions de sobreenvelliment i soledat tenen, com a tercer vèrtex, el fet de ser dona.
6. S'ha de dir, així mateix, que parlem de gent gran de 65 o de 75 anys que fan part del que el Cens denomina *llars unipersonals*. Per tant, cal fer dues consideracions. La primera, de caràcter sociodemogràfic: la denominació «persones grans soles» no vol dir que no tinguin parents o que no disposin de família que pugui atendre'ls; significa que viuen sols en un habitatge. Cal considerar que d'ençà que es fan estudis demoscòpics amb gent gran a Europa (l'Eurobaròmetre del 1993, per exemple), aquest col·lectiu sempre ha mantingut la mateixa opinió pel que fa al lloc on desitja viure l'envelliment: a casa seva. Aquesta tendència, que també hem comprovat al territori de les Illes Balears, fa que, quan les parelles enviduen o la persona envelleix, mentre pugui preferir seguir habitant casa seva.
7. Ara bé, aquesta **primera soledat o soledat demogràfica** és una espècie, podríem dir, de soledat de nit, ja que solen ser persones que durant la jornada mantenen contactes socials i, a més, poden tenir les filles o els fills a prop o que hi acudeixen quan no es troben bé. Aquesta gent gran, doncs, estan sols, però no se senten necessàriament sols.
8. Precisament, **la segona soledat** de la gent gran és la que es deriva de processos de desadaptació psicosocial amb resultat d'aïllament, desvinculació social o depressió. Aquest resultat és propi també dels processos de pèrdues emocionals, com a conseqüència de veure partir les persones estimades o amb les quals han viscut durant anys (no necessàriament el cònjuge) o, senzillament, perquè es troben sense un rol dins la família o dins la comunitat. En definitiva, perquè senten acabar-se la vida abans de morir. Aquesta, la podríem denominar la **soledat sentida**.

9. Aquest vessant de la soledat es contraposa amb la d'estar sol: hi ha gent gran que estan sols (vessant sociodemogràfic), però que no s'hi senten (vessant psicosocial). Naturalment, també es dona la inversa. D'aquest vessant psicosocial no hi ha tantes dades. Per això poden ser tan importants els programes comunitaris perquè, en el vessant psicosocial, treballin aquests aspectes més ocults de l'envelliment i perquè atenyin la subjectivitat de les persones. Les dades demogràfiques, en definitiva, són expressions numèriques.
10. De nou, i no ens cansarem de comentar-ho, cal observar la situació de la dona en cada indicador. Pel que fa a la soledat, tornam a considerar una vivència més intensa de la qüestió. El de les dones és un dels col·lectius al qual més afectarà la soledat per les raons que ja hem situat: major esperança de vida, més viudes que vidus, etc.
11. Aquestes apreciacions prenen més força, si cal, perquè incorporen una quarta perspectiva o angle als tres anteriors: el de la dependència, que s'associa com hem vist al sobreenvelliment i, aquest, a la soledat. La dona torna a ser una part molt important d'aquests quatre cantons.<sup>18</sup> Són, doncs, dades que perfilen situacions psicosocials molt específiques i que no poden ser oblidades per a la prevenció, simplement perquè una bona intervenció comunitària comporta una fase inicial de detecció i valoració. Sense programes preventius de qualitat, no descobrim aquests col·lectius multiafectats psicosocialment fins que sofreixen una crisi o quan la seva situació ja és irreversible i, en els pitjors casos, irreparable.
12. Pel que fa al grau de dependència, atès que treballam amb estimacions, no ens fixam en els percentatges tant com en les xifres absolutes, sobretot en les que es refereixen a la dependència total: 1.684 persones grans soles a les Illes Balears de les quals 993, tenen més de 75 anys.<sup>19</sup>
13. Per acabar, hem de comentar la situació del que anomenem la **tercera soledat**: la derivada de la Síndrome de Diògenes. Ens referim a un conjunt de patologies o disfuncions caracteritzades per l'acumulació de materials inservibles o deixalles, per la marginació social, per la presència de processos de patologia mental no classificables mitjançant tipologies úniques, etc., processos que, en qualsevol cas, comporten disfuncions personals i socials. Pràcticament no se'n parla, amb l'excepció de les pàgines de successos dels diaris.

<sup>18</sup> Un cinquè cantó que converteix la situació de la dona els darrers anys de la seva vida en subjecte d'estrès psicosocial multifactorial és la pobresa o, si es vol, les limitacions per fer front als quatre cantons ja citats amb els ingressos minsos que obtenen de les pensions de viduitat, atès que fan part d'una generació que no ha tingut tradició ni oportunitat de cotitzar per disposar de pensions contributives.

<sup>19</sup> Convé no oblidar que ens referim a una estimació de població a la comunitat. L'EDDES no va preveure la situació de la població de gent gran a les residències.

14. Hem fet les nostres estimacions d'aquesta síndrome a partir de les diverses fonts que indiquem. La finalitat és cridar l'atenció de les administracions públiques i de la comunitat envers un col·lectiu que nosaltres situam a les Illes Balears, amb escenaris temporals que van del 1991 al 2006, en una valor entre 505 i 693 casos, respectivament. Dos-cents casos d'augment en quinze anys donen idea de la facilitat per fagocitar demogràficament i socialment el tema. Que es conegui per municipis, illes i comunitat autònoma la previsió d'aquesta tercera soledat, **la soledat social**, ha de generar algun tipus de resposta en una comunitat moderna.

**Taula 7** | *Esperança de vida al nèixer Illes Balears*

1991	1	2	3	4	5
	Pob. >65	Viuen sols	Risc diògenes	Casos probables	Incidència anual
<b>Mallorca</b>	83.922	15.106	2.518	420	42
<b>Menorca</b>	8.896	1.601	267	44	4
<b>Eivissa</b>	7.544	1.358	226	38	4
<b>Formentera</b>	556	100	17	3	0
<b>Illes Balears</b>	100.918	18.165	3.028	505	50

1996	1	2	3	4	5
	Pob. >65	Viuen sols	Risc diògenes	Casos probables	Incidència anual
<b>Mallorca</b>	93.661	16.859	2.810	468	47
<b>Menorca</b>	9.661	1.739	290	48	5
<b>Eivissa</b>	9.030	1.625	271	45	5
<b>Formentera</b>	731	132	22	4	0
<b>Illes Balears</b>	113.083	20.355	3.392	565	57

2001	1	2	3	4	5
	Pob. >65	Viuen sols	Risc diògenes	Casos probables	Incidència anual
<b>Mallorca</b>	105.771	22.952	3.173	529	53
<b>Menorca</b>	10.501	2.279	315	53	5
<b>Eivissa</b>	11.085	2.405	333	55	6
<b>Formentera</b>	954	207	29	5	0
<b>Illes Balears</b>	128.311	27.843	3.849	642	64

2006	1	2	3	4	5
	Pob. >65	Viuen sols	Risc diògenes	Casos probables	Incidència anual
<b>Mallorca</b>	112.977	24.516	3.389	565	56
<b>Menorca</b>	11.915	2.586	357	60	6
<b>Eivissa</b>	12.619	2.738	379	63	6
<b>Formentera</b>	1.001	217	30	5	1
<b>Illes Balears</b>	138.512	30.057	4.155	693	69

1. *Padrons Municipals d'Habitants.*

2. *Correspon al càlcul del 18% de majors sols. Carbonero, 1995 (amb CENS 1991). 2001 i 2006 sobre 21,70. Cens 2001.*

3. *Estimació sobre el 3% de majors de 65 anys que "no poden contar amb ningú i no volen ser ajudats." (Bazo, 1990; Gandara, 1995)*

4. *Estimació feta sobre el 0,5% d'ancians que viuen "en total aïllament" (Gandara, 1995; Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 1986)*

5. *Correspon al 0,05% de majors de 65 anys. Extrapolem l'indicador de MacMillan i Shaw (1966) de 0,5 ingressos per mil a l'any de majors de 60 anys per Síndrome de Diògenes a la seva àrea assistencial.*

## Conclusions

1. L'atenció a la dependència és un fenomen complex. Les polítiques socials que es desenvolupin requereixen la màxima capacitat de creació de sinergies, espais de negociació i acords multilaterals.
2. Atendre la gent gran no autònoma comença a modificar, i modificarà més encara en els propers anys, les relacions familiars, les orientacions de les polítiques socials públiques per a la gent gran i les ofertes i demandes de treball. Cobrir les necessitats d'atenció generarà tal impacte sobre la vida personal, familiar i comunitària, que les polítiques efectives de coordinació, promoció, prevenció, innovació i dotació de recursos seran imprescindibles.
3. L'abordatge d'aquest fenomen requereix esforços pressupostaris, de coordinació entre els poders públics, d'entesa amb les entitats del tercer sector i de presa de consciència social.
4. Les línies d'intervenció preventiva solen posposar-se a les d'assistència personal directa. A l'inici d'un camí legislatiu que enceta la Llei 39/06, no convindria perdre l'oportunitat de compaginar les intervencions assistencialistes amb les preventives. El treball comunitari té recursos tècnics eficaços per dissenyar aquestes intervencions.
5. El model actual s'haurà de reformular, perquè la primacia pressupostària se situa en els macroestabliments residencials i no en la comunitat. Les polítiques residencialistes seran insostenibles per atendre en exclusivament la dependència general. Caldrà augmentar els recursos econòmics i reorientar-ne la finalitat.

6. El canvi de model no pot fer-se d'esquena a la societat civil. Cal encetar nombrosos debats, recerques i intercanvis per explorar noves possibilitats i conèixer les solucions aplicades a altres indrets. L'objectiu és estratègic, atès els costos actuals i futurs i la magnitud de les poblacions afectades.
7. Tres són els reptes estratègics de l'Administració pública en relació als serveis residencials sota la seva titularitat:
  - a. Equilibrar la despesa per atendre la dependència a la comunitat i als centres residencials.
  - b. Canviar el rols dels centres residencials adaptant-los per a aquella gent gran dependents que, en situació de risc, no disposin de suport familiar o comunitari suficient, i replantejar el caràcter actual de servei literalment finalista, fins a la mort.
  - c. Crear nous equipaments d'atenció a la dependència dins la comunitat, a manera d'espais no segregats que assisteixen la gent gran fora de la seva llar quan no tenen condicions per romandre-hi amb garanties. El finançament, quan la persona gran té família, no pot basar-se només en la seva pensió. Acordat tècnicament un ingrés residencial en equipaments de proximitat, cal un copagament de la família mitjançant fórmules diverses.
8. Els canvis en profunditat de les tendències socials no són fàcils ni es digereixen ràpidament. Les contradiccions que presentin les condicions materials (evolució de la població, costos dels serveis, compatibilitat de vida laboral i familiar, etc.), així com la capacitat del sistema per resoldre les necessitats que comporta l'atenció a la dependència, marcaran el calendari d'aquests reptes. Si es treballa des de l'acord social, una generació pot ser temps més que suficient.
9. L'atenció a la dependència no ha de ser incompatible amb la realització de les activitats laborals. L'Administració no pot restar impassible a l'abandonament de feina, sobretot de les dones, per tenir cura dels gent gran. Cal revisar la Llei de conciliació de la vida laboral i familiar per als supòsits de familiars que han de tenir cura de la gent gran dependent.
10. Les dades generals que es coneixen sobre la dependència confirmen, per a les Illes Balears, l'augment de la població de gent gran, el creixement del sobreenvelliment, la creixent demanda d'atencions per a la dependència, l'augment dels costos i la reconversió dels serveis.



11. A part de les intervencions generals comunes a la resta de territoris, el que és específic a curt i mitjà termini per als poders públics a les Illes Balears passaria per procurar:
  - a. Treballar amb dades microdemogràfiques, no solament amb els grups de població totals. D'aquesta manera es podrà disposar d'una millor perspectiva per a l'aplicació dels procediments i els programes presents a la Llei 39/06.
  - b. Ocupar-se de la gent gran sola i dependent.
  - c. Seguir amb cura la situació de les dones curadores més grans de 65 anys.
  - d. Reforçar l'atenció psicosocial a les dones entre 45 i 65 anys que tinguin gent gran dependent a càrrec seu.
  - e. Incrementar les propostes de formació tant dels tècnics com de les persones nouvingudes que treballen als domicilis amb gent gran dependent.
  - f. Promoure que les administracions públiques de les Illes Balears i les entitats treballin com a aliats en la resolució dels nous reptes. Cal que es comptabilitzi l'atenció assistencial amb la prevenció i la promoció d'hàbits i estils de vida que retardin l'aparició de la dependència i preparin el medi familiar i social per atendre-la quan es produeixi. Aquesta sinergia ha de demostrar que l'accés a un equipament públic residencial permanent ha de ser considerat el darrer recurs, la darrera solució, quan s'han descartat totes les altres; un ajut tal vegada imprescindible per a fases terminals de la gent gran, de crisi, de soledat i pèrdua d'autonomia, de desestructuracions familiars, etc. Naturalment, si no s'aposta per les dotacions comunitàries, no hi haurà altres solucions que puguin ser alternatives a l'ingrés residencial.
12. Les administracions públiques no poden obviar la tasca i el sacrifici personal i familiar que es fa per a l'atenció a la dependència. Així mateix, ha de promoure nous corrents de debat, d'opinió i d'actituds que resultin alternatives al narcisisme i a l'individualisme que domina amplex segments socials. La raó és senzilla: perquè tenir cura de la vellesa no pot assumir-se amb garanties des de la descohesió social i la debilitat de les xarxes familiars i socials de suport.
13. Ateses les difícils condicions de compatibilitat entre la vida laboral i la familiar, l'estructura no extensa de la família i de dispersió geogràfica dels seus pocs membres, es pot generar (o aprofundir) el corrent que defensa la institucionalització de la gent gran a centres residencials. Aquest comportament equival, a parer nostre, a un bandejament encobert de la gent gran.

14. El nostre punt de partida reconeix la importància de l'optimització del suport social entre iguals. En conseqüència, els programes comunitaris són un instrument d'intervenció que permet la creació d'escenaris grupals i de relació social articulada, en els quals la gent gran ajudi i sigui ajudada. Es tracta d'oferir, amb la perspectiva interdisciplinària de l'educació social, de la pedagogia, de la psicologia, del treball social, de la medicina –i, en un altre nivell, de la sociologia, l'antropologia i el dret–, espais de suport psicosocial, sanitari i educatiu a la gent gran i els seus familiars per preparar millor el procés d'envelliment. La missió és promoure la capacitació personal, familiar, grupal i comunitària de la gent gran, treballar els factors estressants associats al pas del temps sobre la persona i treballar les transaccions interpersonals a partir de tres estratègies: la relació d'ajuda, la transferència d'afectes i la participació social.<sup>20</sup>
15. Els programes preventius de la dependència adreçats a la gent gran tenen, en línies generals, l'objectiu central d'informar dels procés d'envelliment; d'orientar pautes, hàbits i estils de vida saludable; de contenir aquelles situacions de risc que puguin ser reversibles; de derivar-les vers els recursos més adients quan la persona o la família no la poden resoldre satisfactòriament; de minvar les causes que actuen sobre els processos no adaptats per assumir la dependència i per resoldre'n els primers estadis d'aparició.
16. Els programes preventius de suport als familiars curadors tenen, en línies generals, l'objectiu central d'ajudar-los a augmentar la capacitat de contenció i d'atenció a la dependència dels familiars; de millorar la seva informació i formació en les pautes d'atenció diària al major dependent, d'equilibrar i resituar els desajustaments psicosocials que experimenten; de facilitar l'accés a recursos de respir; d'optimitzar i redimensionar l'esforç per la seva tasca i d'elaborar les situacions de dol.
17. Els dos punts anteriors poden incidir en la compressió de la morbiditat i, per tant, en el retard de l'aparició de discapacitats. En el cas dels familiars curadors, poden evitar o minvar l'aparició de la simptomatologia clàssica del familiar curador, disminuint la morbiditat i el consum de fàrmacs. La manca de suport a la dependència crea més dependència.
18. Per diversificar el finançament de l'atenció a la dependència, i en paral·lel al que va significar el finançament de la jubilació, cal preveure la possibilitat d'incentivar les polítiques d'estalvi de les persones durant l'etapa laboral perquè disposin d'un fons de pensió o assegurança, actualitzat a l'hora del rescat, per fer front a la pròpia dependència. La variable a considerar seria no tant l'aportació anticipada durant la vida laboral (fórmula molt estesa) com el producte a rebre: prima en cas de dependència acreditada i segons el tipus de dependència, que complementaria les que oferissin les administracions públiques. En cas de no patir dependència o de mort, el capital revertiria segons marca la llei (hereus, etc.).

<sup>20</sup> Podeu veure-ho a Antonucci i Jackson, 1989; Pérez Salanova, 2001.

19. Les dades que hem recollit, tot i la seva dimensió, les consideram inicials, la porta d'entrada en una realitat que començam a entreveure. Calen noves iniciatives de recerca i de seguiment que permetin donar les millors respostes a les necessitats i els reptes dels ciutadans i ciutadanes de les Illes Balears. En aquest sentit, el seguiment de l'atenció a la dependència comporta recollir, ordenar i analitzar les dades disponibles per fer-ne un seguiment acceptable i eficaç. Aquesta tasca, com dèiem al principi, és complexa i reclama criteris d'especialització i capacitat de trobar bons acords entre les diverses institucions que participen en el desplegament de la Llei 39/06.

## Referències bibliogràfiques

Abellán, A. et al. (1996). *Envejecer en España. Manual estadístico sobre el envejecimiento de la población*. Fundación Caja Madrid. Madrid.

Abellán, A. et al. (2002). "Longevidad y estado de salud", dins *Envejecer en España. II Asamblea Mundial del Envejecimiento*. INSERSO-CSIC-OPM. Madrid.

Antonucci, T i Jackson, J. (1989). "Apoyo social, eficacia interpersonal y salud. Una perspectiva del trascurso de la vida", dins Carstensen, L.L., i Edelstein, B.A. *Gerontología Clínica. Intervención psicológica y social*. Martínez Roca. Barcelona.

Barceló, B.J. i Santiago, F. (2000). "Necessitats i serveis per a les persones grans", dins *Informe sobre els serveis socials de les Illes Balears*. Sa Nostra. Estudis Solidaris i Econòmics. Quaderns Solidaris. Palma de Mallorca.

Barceló, B.J., Gaspar, M.P., Velasco, A.B., Marí, E. i París, T. (2001). "Anàlisi Tècnic dels Serveis Socials per a les Persones Majors", dins el *Pla Estratègic de les persones Majors de les Illes Balears*. Conselleria de Benestar Social. Govern de les Illes Balears. Palma de Mallorca.

Barceló, B.J., Fernández, R.C., García, C. i Cuart, M.I. (2007). *Informe 2007. Programes de Prevenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal a les Illes Balears*. Universitat de les Illes Balears – Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració. Govern de les Illes Balears.

Bazo, M.T. (1990). *La sociedad anciana*. CSIC-Siglo XXI. Madrid.

Braña, F.J. (2003). *La dependencia de los mayores en España. Una estimación de los costes de un seguro público de dependencia*. Anales de Economía Aplicada.

Carbonero, M.A.(1994). *Padrins i repadrins a les Balears. Una societat de quatre generacions*. Leonard Muntaner editor. Palma de Mallorca.

De La Gándara J.J. (1995) *Envejecer en Soledad*. Ed. Popular. Madrid.

Gispert, R. et al. (2007). *Diferencias en la esperanza de vida libre de discapacidad por sexo y comunidades autónomas en España*. Revista Española de Salud Pública, 81, núm. 2; marzo-abril.

IBAE. *Padró Municipal d'Habitants 1991,1996, 2001, 2006*. [www.caib.es/ibae](http://www.caib.es/ibae).

IBAE. *Població de les Illes Balears. Dades de població*. [www.caib.es/ibae](http://www.caib.es/ibae).

INE-IMSERSO-Fundosa Social (1999). *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES)*. Madrid.

Llei 39/2006, de 14 de desembre sobre *Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia*. BOE de 15 de desembre de 2006. Núm 299.

MacMillan D. i Shaw, P. "Senile breakdown in standards of personal and environmental cleanliness". *Brt. Med. J.*, 2: 1032- 1037. 1966.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2005). *La salud de la población española en el contexto europeo y del sistema nacional de salud. Indicadores de salud*. [www.msc.es](http://www.msc.es)

Pérez Díaz, J. (2002). *La feminització de la vellesa*. *Revista Catalana de Sociologia*, 16, pàgs. 27-54.

Pérez Salanova, M. (2001). "Envejecimiento y participación. ¿Necesitamos nuevos enfoques?" *Intervención Psicosocial*; vol. 10, núm. 3; pàgs. 285-294.

Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia (1986). *Libro Blanco. El médico y la Tercera Edad*. Madrid.

## Autor

BARTOMEU J. BARCELÓ GINARD

Porreres 1957. Doctor en Psicologia. Tècnic de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials. Especialista en Intervenció Comunitària per a la Vellesa i la Família, i en Psicologia Evolutiva i de la Música. Professor associat del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la Universitat de les Illes Balears i del Conservatori Superior de Música.

*tomeu.barcelo@uib.es*

**EFFECTIVITAT D'UN PROGRAMA DE  
MILLORA DEL FUNCIONAMENT  
COGNITIU. EL TALLER  
«ENTRENEM EL CERVELL»**

---

## **Efectivitat d'un programa de millora del funcionament cognitiu. El taller «entrenem el cervell»**

Carmen Mas Tous  
Magdalena Medinas Amorós



---

## Resum

En aquest treball presentam els resultats de l'aplicació i l'avaluació d'un programa multifactorial d'entrenament cognitiu, en el qual, a més d'entrenar l'ús d'estratègies de memòria per millorar-ne el rendiment i prevenir el declivi cognitiu associat a l'edat, es treballen altres aspectes com l'autoeficàcia, les atribucions, les creences sobre l'envelliment cognitiu, els pensaments negatius sobre la pròpia capacitat i la vellesa, etc., que, segons la recerca prèvia, poden influir en el rendiment cognitiu.

La mostra és formada per 74 persones voluntàries del programa universitari per a gent gran de la UIB, dividides en dos grups: un grup experimental, que va cursar el programa d'entrenament, i un grup control, que no el va cursar. Abans i després de la intervenció s'avaluaren en tots dos grups el rendiment de la memòria; les expectatives, el rendiment percebut i les atribucions causals sobre la prova; les queixes subjectives sobre la memòria i les creences sobre l'envelliment cognitiu.

Després de la intervenció, el grup experimental va presentar millores significatives en totes les variables estudiades, la qual cosa referma la necessitat de desenvolupar programes de característiques semblants per millorar el funcionament mental i la qualitat de vida de la gent gran.

## Resumen

En este trabajo presentamos los resultados de la aplicación y evaluación de un programa multifactorial de entrenamiento cognitivo, en el que, además de entrenar en el uso de estrategias de memoria para mejorar el rendimiento en ésta y prevenir el declive cognitivo asociado a la edad, se trabajaron otros aspectos tales como la autoeficacia, las atribuciones, las creencias sobre el envejecimiento cognitivo, los pensamientos negativos sobre la propia capacidad y sobre la vejez, etc., que, según la investigación actual, pueden influir en el rendimiento cognitivo.

La muestra está formada por 74 voluntarios del programa universitario para mayores de la UIB, divididos en dos grupos: un grupo experimental, que siguió el programa de entrenamiento, y un grupo control, que no lo siguió. Antes y después de la intervención se evaluaron en ambos grupos el rendimiento en memoria; las expectativas, el rendimiento percibido y las atribuciones causales ante la prueba; las quejas subjetivas sobre la memoria y las creencias sobre el envejecimiento cognitivo.

Tras la intervención, el grupo experimental presentó mejoras significativas en todas las variables estudiadas, lo que reafirma la necesidad de desarrollar programas de este tipo para mejorar el funcionamiento mental y la calidad de vida de las personas mayores.

---

## Introducció

L'envelliment de la població suscita gran interès i preocupació amb vista al segle XXI. Les previsions indiquen que la gent gran del futur, a més de representar un percentatge important de la nostra societat, presentarà característiques molt diferents a la generació actual: gaudirà d'un nivell de vida més alt, tindrà un nivell cultural clarament superior, serà més participativa i tindrà més conscienciació sobre la vellesa i més preparació per viure-la (Muñoz 2002). Tot això farà que les necessitats d'atenció siguin molt diferents de les actuals, per la qual cosa els i les professionals ens haurem de familiaritzar amb el nou perfil de persona gran.

Ara com ara, la major part dels programes d'intervenció i instruments de treball que hi ha en aquest àmbit s'han dissenyat per a una tipologia específica de persona gran: la persona malalta o en declivi, la qual cosa és comprensible tenint en compte les necessitats urgents que presenten aquestes persones i l'entorn social que tenen. No obstant això, una vegada consolidades les línies de treball i d'aplicació centrades en la gent gran amb deteriorament, també cal pensar en aquelles altres persones grans, afortunadament la gran majoria, que gaudeixen d'un estat de salut més que apte per implicar-se en activitats que els aportin satisfacció personal. En conseqüència, les intervencions i programes que es dissenyin han d'anar més enllà de mitigar, en la mesura del possible, les conseqüències d'una pèrdua irreversible o d'intentar compensar una pèrdua ja produïda. Els nous objectius que cal perseguir han de vetllar per prevenir la persona de certs riscos associats a l'envelliment i per enfortir-la, i, fins i tot, s'han de centrar en el desenvolupament de vies d'intervenció i instruments que permetin aprofitar la possibilitat de creixement i guany que la major part de la gent gran conserva (Villar 2003). En aquest sentit, cal destacar que a la V Conferència Internacional sobre Educació de Persones Adultes, celebrada a Hamburg el juliol de 1997, ja es va proclamar obertament que la formació i el desenvolupament intel·lectual de la gent gran constituirà una de les claus per resoldre positivament els problemes que apareixeran a la societat del segle XXI. Tot això obre nous camps de treball, exposa noves necessitats i ens mena cap a nous reptes teòrics i pràctics dins el camp de les ciències socials i de la salut (Llinás 2000). Com assenyalen Orte i March (2006), la vellesa ja és una nova realitat sociològica que necessita polítiques específiques, en les quals l'educació hi desenvolupa cada vegada una funció més important.

A mesura que la nostra societat envelleix, augmenta l'interès per entendre els efectes de l'edat sobre el funcionament cognitiu. Aquests canvis es manifesten, a grans trets, en un alentiment en el processament de la informació (Salthouse 1996), una disminució de la capacitat relativa a l'atenció (Rogers 2002; Vega, Bueno 1995), un declivi en alguns aspectes de la memòria: memòria de treball i memòria episòdica, especialment per a fets recents (Fernández-Ballesteros et al. 1999; Montenegro et al. 1998), i un declivi en les funcions executives (Andrés, Linden, M. van der 2000), encara que l'edat no afecta de

la mateixa manera tots els aspectes de la cognició, atès que algunes capacitats, com el processament semàntic, es conserven (Aguilar et al. 2002).

Malgrat que sembli inevitable que amb l'edat es produeixi un declivi en alguns aspectes, aquesta tendència es pot frenar i, fins i tot, invertir mitjançant intervencions cognitives. En els darrers anys s'ha estès la idea de desenvolupar l'exercici i entrenament cognitius com una manera de millorar les funcions mentals, els quals han estat eficaços per ajudar a retardar l'inici del declivi cognitiu associat a l'envelliment (Goldberg 2001; 2006). L'eficàcia d'aquestes intervencions es deu al fet que se sustentin, biològicament, en la capacitat de reserva cerebral i la neuroplasticitat i, psicològicament, en la capacitat d'aprenentatge (Montejo, Montenegro, Claver 2002). Les intervencions es poden classificar atenent-se a diversos paràmetres (Baltes, Danisch 1980). En termes generals, però, per obtenir més efectivitat i més generalització dels resultats, la intervenció ha de ser multimodal i multifactorial, i s'ha d'emmarcar dins la prevenció primària i promoció de la salut (Montejo, Montenegro, Claver 2002). La intervenció multimodal i multifactorial és la que abasta el fenomen des de diversos àmbits, tenint en compte factors cognitius, conductuals, afectius, socials i d'altres. En el marc de la prevenció primària, es treballa amb l'individu sa per evitar —o almenys retardar— el començament del deteriorament cognitiu associat a l'edat. Des de la promoció de la salut, es tracta de desenvolupar les capacitats cognitives de l'individu sa i de millorar l'adaptació a l'entorn perquè visqui una vida més plena i satisfactòria. En aquest marc d'intervenció, es varen començar a desenvolupar programes d'entrenament de la memòria, majoritàriament adreçats a entrenar estratègies i tècniques de memòria (Israel 1992; Le Poncin 1992); encara que n'hi ha alguns de més actuals que també es proposen com a objectiu l'entrenament o l'estimulació d'altres processos psíquics bàsics (Puig 2003) i la modificació d'actituds negatives sobre la pèrdua de memòria (com el mètode UMAM de l'Ajuntament de Madrid).

En una revisió de les intervencions dissenyades per millorar la funció cognitiva en adults sense alteració cognitiva, McDougall (1999) conclou que s'haurien de considerar diversos factors que influeixen en el rendiment cognitiu —com les creences d'autoeficàcia— i que s'ha de fer èmfasi per modificar les actituds dels participants sobre el declivi de la memòria relacionat amb l'edat. A més, proposa la necessitat d'incloure mesures subjectives per valorar l'efectivitat de les intervencions. Un estudi de Mas, Jiménez, Munar i Rosselló (2004) posa en evidència la necessitat de considerar, en l'elaboració i avaluació de programes d'entrenament cognitiu per a gent gran, variables com el rendiment percebut, les expectatives d'autoeficàcia, les atribucions i altres factors de tipus motivacional o emocional que poden influir en aquestes persones quan duen a terme tasques cognitives i quan valoren el seu funcionament cognitiu. Alguns estudis mostren que la visió negativa que es tingui de les pròpies capacitats, de la vellesa i dels canvis associats a l'edat poden perjudicar el rendiment de la gent gran (Lovelace 1990; Levy 1996). Els estereotips culturals negatius exerceixen una gran influència sobre allò que els adults grans pensen i creuen de

la seva pròpia memòria i, consegüentment, sobre l'execució en tasques de memòria (Erber, Szuchman, Prager 1997; Hess et al. 2003; Pérez et al. 1995; Troyer, Rich 2002).

D'altra banda, Caprio-Prevette i Fry (1996) assenyalen que s'han incrementat els estudis adreçats a investigar els efectes de diverses estratègies cognitives, tècniques mnemotècniques, creences de control i creences socials en el rendiment de la memòria de la gent gran. No obstant això, són escassos els estudis sobre l'efectivitat de programes multifactorials d'entrenament cognitiu que incloguin, a més de l'entrenament en estratègies de memòria, intervencions en reestructuració cognitiva i reentrenament atribucional. L'estat de la qüestió és contradictori, atès que, encara que avui dia sembla clara la funció moduladora de les variables dels subjectes en els efectes dels programes de memòria, hi ha estudis que indiquen que certes intervencions sobre variables de tipus motivacional (autoeficàcia, atribucions, autoestima...) no produeixen més millores en la memòria de la gent gran que altres tipus d'intervencions (Reinke, Holmes, Denney 1981).

Diversos estudis mostren que els adults grans creuen que són menys competents en tasques de memòria, que després de l'edat adulta intermèdia hi ha un declivi en la memòria, la cognició i el control de la memòria, i que s'obliden més aviat de les coses i són més lents cognitivament (Jin, Ryan, Anas 2001; Lineweaver, Hertzog 1998; Turner, Pinkston 1995). Aquestes creences negatives poden dur-los a tenir expectatives molt pobres sobre el funcionament d'ells mateixos i, consegüentment, a reduir l'esforç dedicat a les tasques de memòria (Cavanaugh, Feldman, Hertzog 1998; Troyer, Rich 2002), la qual cosa predisposa a tenir un rendiment més baix en aquestes tasques.

La majoria d'investigacions sobre l'eficàcia de la pròpia memòria en les diferències d'edat s'han centrat en la relació entre eficàcia personal i rendiment. Els resultats indiquen que les creences sobre l'eficàcia de la pròpia memòria sovint són inadequades, i que la correlació que guarda amb el rendiment és moderada (Cavanaugh, 2002). Estudis com el de Turvey, Schultz, Arndt, Wallace i Hertzog (2000) consideren que, encara que els adults grans tinguin creences negatives sobre el funcionament de la seva memòria, l'execució en tasques de memòria que duen a terme és reeixida. Fins i tot alguns estudis han comprovat que els adults grans tenen una actitud més positiva pel que fa al declivi de la memòria amb l'edat, atès que tenen en compte la possibilitat d'estabilitat del funcionament de la memòria (Hertzog 2002). Segons McDougall (1999), aquestes troballes es poden deure a una deficient operacionalització de l'eficàcia de la pròpia memòria o a una instrumentació pobre. A més, com assenyala Cavanaugh (2002), s'ha de tenir en compte que la relació que mantenen l'un i l'altre està equilibrada i varia depenent del tipus de tasca i de les instruccions que es donin.

Com veiem, quan s'estudia la correlació d'aquestes queixes amb el rendiment real de la memòria, els resultats no són conclouents i les avaluacions subjectives no correlacionen

en tots els casos amb el rendiment, possiblement perquè en les queixes de memòria hi influeixen altres factors a més del rendiment real, com ara l'estat d'ànim, l'estrès emocional i la percepció de l'estat de salut (Montejo et al. 2001). Però, malgrat la poca validesa predictiva sobre l'execució de la memòria que poden tenir les queixes, són importants per les implicacions en el món real, perquè contribueixen a l'autoconsciència i a la decisió de fer servir estratègies de memòria. Per tant, en vista de la literatura revisada, podem dir que les creences que les persones tinguin sobre la seva memòria, positives o negatives, influeixen sobre el rendiment, tant si és per promoure'l com per dificultar-lo.

Per acabar, cal fer referència a la influència dels estats afectius i emocionals (com l'ansietat i la depressió) en les creences que els adults grans tenen sobre la seva memòria. Els resultats de diversos estudis (Dellefield, McDougall 1996; Jonker, Smits, Deeg 1997; McDougall, Kang 2003; Ponds, Jolles 1996; Verhaeghen, Geraerts, Marcoen 2000) demostren, per exemple, que en persones amb alts índexs de depressió l'autoeficàcia de la memòria disminueix. D'altra banda, també autors com Turvey (2000) consideren que, encara que les persones amb símptomes depressius tinguin creences negatives sobre la seva memòria, el seu rendiment en tasques de memòria pot ser bo, la qual cosa indica que l'estat depressiu influeix en les cognicions, però no en el rendiment en si mateix. No obstant això, els estats afectius i emocionals s'han de tenir en compte perquè, atesa la influència que exerceixen en les cognicions associades al funcionament de la memòria, poden afectar negativament el rendiment de la gent gran, a causa de les baixes expectatives que tindrien sobre la seva memòria i el baix compromís que hi adquiririen (Ochoa, Aragón, Caicedo 2005).

Tot plegat proposa la necessitat d'aprofundir en l'estudi de les variables que poden influir en el rendiment cognitiu en general, i en el rendiment de la memòria en particular, del col·lectiu de gent gran sense deteriorament cognitiu. En un estudi de revisió, Mas (2008) conclou que s'han de tenir en compte alguns canvis que es produeixen amb l'edat en diferents àmbits, perquè tant factors orgànics com psíquics, comportamentals o socioculturals influeixen en la memòria. Això és així perquè la memòria no és quelcom aïllat, sinó un procés actiu en què intervé tot el sistema mental. Per tant, a l'hora de dissenyar intervencions psicològiques amb l'objectiu de millorar la memòria, Mas proposa, de manera resumida, que s'han de treballar i avaluar aquestes variables susceptibles de millora:

- 1) Estratègies de memòria i coneixement sobre la memòria mateixa (metamemòria)
- 2) Processos cognitius bàsics: percepció, atenció, llenguatge
- 3) Motivació i emocions: esforç, expectatives i atribucions davant el rendiment, pensaments negatius sobre la pròpia capacitat, estrès i ansietat, depressió
- 4) Variables socioculturals: prejudicis sobre l'edat i la idealització de la joventut, l'aïllament i la disminució de les relacions personals
- 5) Estimulació general
- 6) Salut general

Cal dissenyar programes multifactorials destinats a treballar les variables que acabam de comentar, i que tots aquests aspectes siguin avaluats per determinar l'efectivitat de les intervencions. Això implica que els programes han d'incloure, a més de l'entrenament d'estratègies de memòria i de l'estimulació d'altres processos psicològics bàsics, intervencions dirigides a: 1) modificar actituds i creences negatives sobre el propi funcionament mental i sobre els canvis associats a l'envelliment que poden afectar el rendiment cognitiu, i 2) fomentar un estil atribucional més adaptatiu davant les possibles fallades de memòria relacionades amb l'edat. Cal assenyalar, també, que aquests programes han de fomentar una actitud activa davant l'envelliment, que afavoreixi un estil de vida saludable i estimulants en un sentit més general, perquè tant l'estat de salut general com l'estimulació intel·lectual rebuda tenen repercussions en l'estat cognitiu. És important que els i les professionals prenguem consciència de la necessitat de treballar des d'un enfocament multifactorial per assegurar intervencions més eficaces i adaptades a la població diana.

## Objectiu

L'objectiu del projecte és dissenyar, aplicar i avaluar un programa preventiu multifactorial d'entrenament cognitiu, en el qual, a més d'entrenar l'ús d'estratègies de memòria per millorar el rendiment, es treballin altres aspectes que, segons la recerca actual, poden influir en el rendiment cognitiu, especialment en el cas de la gent gran. Com a exemple d'aquestes variables que cal tenir en compte, que ja hem esmentat més amunt, podem citar les atribucions davant les fallades de memòria, les expectatives d'autoeficàcia o les creences sobre l'envelliment cognitiu.

## Mètode

### Participants

La mostra va ser de 74 persones voluntàries, estudiants del programa universitari per a gent gran de la Universitat de les Illes Balears (UIB), conegut com a Universitat Oberta per a Majors (UOM). Es varen dividir en dos grups:

- Grup experimental: integrat per 37 persones (25 dones i 12 homes) amb una mitjana d'edat de 65,62 anys. Eren alumnes del taller «Entrenem el cervell» de la UOM, les característiques del qual s'expliquen més avall.
- Grup control: format per 37 persones (25 dones i 12 homes) amb una mitjana d'edat de 62,22 anys. Eren companys de classe de la UOM dels integrants del grup experimental, però que no cursaven el taller «Entrenem el cervell» ni cap altre programa semblant.

### Procediment

Totes les persones participants es varen avaluar, amb els instruments que s'exposen a

l'apartat següent, en dos moments temporals: abans de començar el taller (moment pre) i després d'acabar-lo (moment post). En el cas del grup control, es va deixar un interval de temps equivalent al del grup experimental entre els dos moments d'avaluació.

Com ja s'ha indicat, els participants del grup experimental varen participar en un programa de millora del funcionament cognitiu anomenat «Entrenem el cervell». A continuació se'n resumeixen els aspectes més rellevants:

a) Característiques generals del programa:

- El programa s'inclou en l'oferta de tallers del programa universitari per a gent gran de la UIB.
- Està estructurat en vuit sessions setmanals de dues hores de durada i es treballa amb grups de 10-15 persones.
- Es va prendre com a model i punt de partida el *Programa de memòria. Mètode UMAM*, que és un mètode d'entrenament de la memòria de l'Ajuntament de Madrid (Montejo et al. 2001), i es va adaptar als objectius perseguits. Es manllevaren alguns dels continguts i exercicis d'aquest mètode i se n'hi afegiren d'altres per treballar objectius no prevists dins aquest programa, a més de fer una adaptació tant del contingut com del format per adequar el taller al marc del programa universitari per a gent gran.
- El taller va ser impartit per una professora de psicologia que disposava del suport d'alumnes col·laboradors o en pràctiques de la Facultat de Psicologia, que feien les funcions de monitor de suport en algunes activitats.

b) Objectius:

Els objectius del programa «Entrenem el cervell» són:

- Donar a conèixer el funcionament dels processos cognitius treballats: memòria, atenció, llenguatge...
- Dur a la pràctica l'entrenament d'estratègies de memòria.
- Estimular els processos cognitius: atenció, llenguatge...
- Dotar de recursos per estimular i millorar el funcionament cognitiu en la vida quotidiana.
- Canviar les creences i actituds negatives sobre la memòria i els canvis associats a l'envelliment.
- Minvar la preocupació i l'ansietat davant les fallades de memòria.
- Millorar l'autoestima i la qualitat de vida.
- Fomentar les relacions socials.

c) Metodologia:

Els objectius proposats es varen treballar a partir de les tècniques i instruments següents:

- Explicacions sobre els diferents processos o estratègies treballats (amb el suport de mitjans didàctics per presentar la informació i fent ús d'exemples pràctics)

- Exercicis de llapis i paper (individuals, per parelles o en grup)
- Jocs didàctics
- Reestructuració cognitiva i reentrenament atribucional
- Joc de rols
- Debats i comentaris de text
- Tècniques de control de l'activació (entrenament de respiració controlada i respiració profunda)
- Tasques per fer a casa (exercicis, registres...)

Els materials necessaris per dur a terme el programa varen ser:

- Transparències, retroprojector i pissarra
- Fulls i bolígrafs per als exercicis de llapis i paper
- Jocs de taula i d'enginy
- Dossier de fotocòpies per a cadascun dels participants amb totes les transparències i exercicis del programa
- Aula petita amb disposició de seminari

### Instruments

Per aplegar dades es varen fer servir els materials i instruments següents (tant a l'avaluació prèvia com a la posterior):

- a) Fitxa personal elaborada ad hoc. S'hi enregistraren les dades personals, els valors de les expectatives i el rendiment percebut a les dues parts de la tasca de memòria, en una escala de 0 a 10.
- b) Llista d'aprenentatge de parells associats de Montejo, Montenegro, Reinoso, Andrés i Claver (2001). Aquests autors s'han inspirat en el subtest de parells associats del WMS-R i el test de parells associats de Randt, Brown i Osborne (1980). A partir d'aquesta prova es varen obtenir dues puntuacions: una per al record immediat, que oscil·la entre 0 i 24 punts (un punt per cada parell encertat), i una altra puntuació per al record demorat, que oscil·la entre 0 a 8 punts (un punt per cada parell encertat). Es disposava de dues versions paral·leles per a cadascun dels moments de l'avaluació (pre i post).
- c) Adaptació de l'escala de dimensions causals (Manassero, Vázquez 1995) amb l'objectiu de demanar als participants quina percepció —d'èxit o fracàs— tenen sobre la prova de memòria, quina causa consideren que pot ser l'explicació principal dels resultats obtinguts i quina emoció s'ha experimentat com a conseqüència d'aquests resultats.
- d) Qüestionari de fallades de memòria, el Memory Failures Everyday (MFE) de Sunderland, Harris i Gleave (1984), que consta de 28 ítems que fan referència a queixes de memòria



de la vida quotidiana. Una puntuació alta en aquest qüestionari indica una freqüència de queixes superior.

- e) Qüestionari de creences sobre l'envelliment cognitiu (CEC), elaborat ad hoc. S'hi havia d'assenyalar el grau d'acord o de desacord amb les 21 afirmacions relatives a la valoració de les capacitats cognitives d'un mateix i a les preocupacions i creences sobre l'envelliment cognitiu. Una puntuació alta en aquest qüestionari indica una visió i unes creences negatives sobre l'envelliment cognitiu.

### Disseny i variables

Es tracta d'un disseny factorial mixt amb un factor intersubjectes (grup experimental o control) i un factor intrasubjectes (moment de l'avaluació: pre o post). Hi ha nou variables dependents:

- Expectatives (de 0 a 10), a les dues parts de la prova de memòria: record immediat i record demorat.
- Puntuació real a la prova de record immediat i demorat. Originàriament, la puntuació a la part de record immediat oscil·lava en una escala de 0 a 24, i la del record demorat, en una escala de 0 a 8. Per facilitar les comparacions, es varen transformar totes dues puntuacions en una escala de 0 a 10.
- Rendiment percebut (de 0 a 10), en el record immediat i en el demorat.
- Causa principal a la qual s'atribueixen els resultats obtinguts a la prova de memòria, es calcula el percentatge de persones que tria cadascuna de les opcions.
- Puntuació del MFE.
- Puntuació del CEC.

### Resultats

Es va dur a terme una anàlisi de variància (ANOVA) amb mesures repetides per a cadascuna de les variables, excepte en el cas de l'estil atribucional, en què es va aplicar una prova  $\chi^2$ .

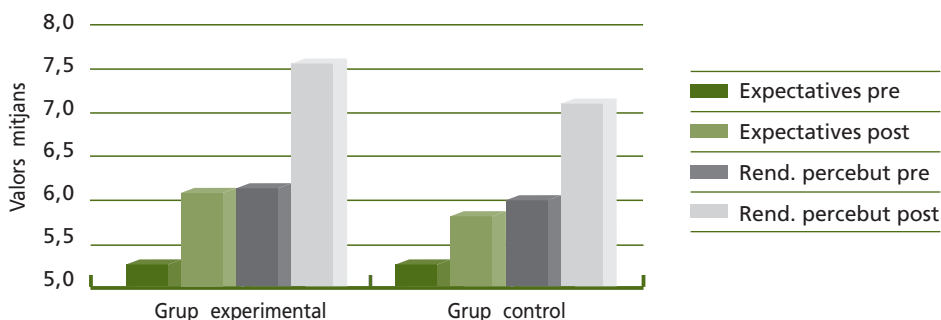
Per a les variables relatives a les expectatives, el rendiment percebut i la puntuació a la prova de memòria, l'anàlisi estadística duta a terme ens mostrà el següent (vegeu un resum dels resultats als gràfics 1, 2, 3 i 4):

- Expectatives: es produeixen diferències significatives entre l'avaluació pre i post tant al record immediat ( $F(1)=25,641$ ;  $p<0,001$ ) com al demorat ( $F(1)=56,367$ ;  $p<0,001$ ), en el sentit que les expectatives són més altes a l'avaluació post. No es produeixen diferències significatives entre el grup control i experimental ni en el record immediat ( $F(1)=0,387$ ;  $p=0,536$ ) ni en el demorat ( $F(1)=0,438$ ;  $p=0,510$ ), ni tampoc trobam significació estadística a la interacció entre els factors «grup»

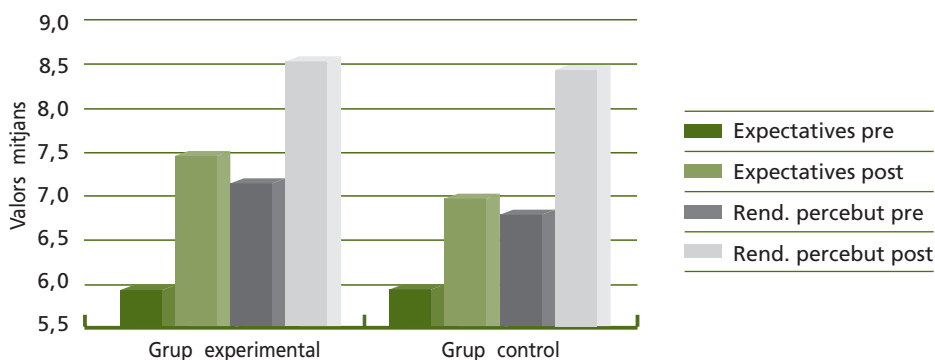
i «moment», tant en el record immediat ( $F(1)=1,026$ ;  $p=0,315$ ) com en el demorat ( $F(1)=1,982$ ;  $p=0,164$ ).

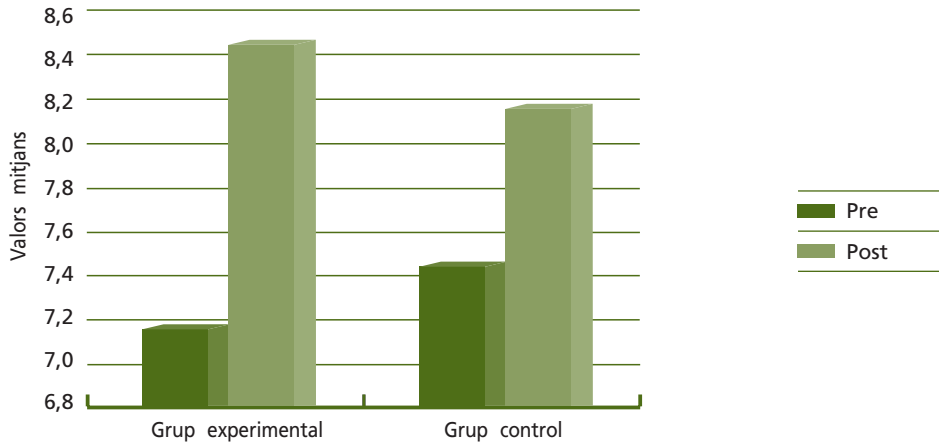
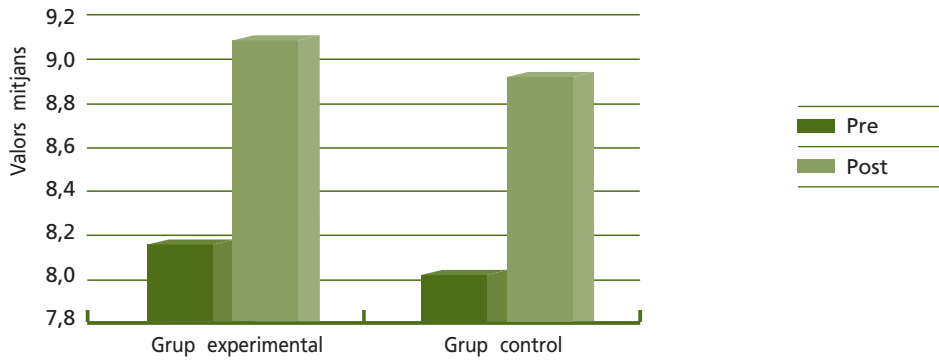
- Rendiment percebut: trobam diferències entre el pre i el post en el record immediat ( $F(1)=39,32$ ;  $p<0,001$ ) i en el demorat ( $F(1)=37,078$ ;  $p<0,001$ ). El rendiment percebut és més alt a l'avaluació post que a la pre. No hi ha diferències entre grups en el record immediat ( $F(1)=0,751$ ;  $p=0,389$ ) ni en el demorat ( $F(1)=0,253$ ;  $p=0,617$ ), ni és significativa la interacció tant a la part de record immediat ( $F(1)=0,641$ ;  $p=0,426$ ) com a la de record demorat ( $F(1)=0,285$ ;  $p=0,595$ ).
- Puntuació real: la puntuació de l'avaluació post és significativament més alta en l'avaluació post que en la pre, tant en la part de record immediat ( $F(1)=29,458$ ;  $p<0,001$ ) com en la de record demorat ( $F(1)=25,777$ ;  $p<0,001$ ). No es produeix significació estadística en la comparació entre grups ni en el record immediat ( $F(1)=0,002$ ;  $p=0,967$ ) ni en el demorat ( $F(1)=0,201$ ;  $p=0,655$ ), ni tampoc en la interacció entre les dues parts de la prova ( $F(1)=2,365$ ;  $p=0,129$  i  $F(1)=0,005$ ;  $p=0,945$ , respectivament).

**Gràfic 1** | *Record immediat. Expectatives i rendiment percebut*



**Gràfic 2** | *Record demorat. Expectatives i rendiment percebut*



**Gràfic 3** | *Record immediat. Puntuació real transformada***Gràfic 4** | *Record demorat. Puntuació real transformada*

Quant a l'estil atribucional, es pot veure un resum dels resultats a les taules 1 i 2. Ens centrarem només en les causes a què s'atribueix l'èxit en la tasca, perquè el percentatge de persones que consideren la seva execució com un fracàs és reduït:

**Taula 1** | *Estil atribucional en el grup experimental*

Causa de l'èxit % fila	GRUP EXPERIMENTAL			
	Tasca (facilitat)	Esforç	Capacitat	Interès per la tasca
PRE	8,8	5,9	5,9	<b>79,4</b>
POST	8,8	<b>52,9</b>	11,8	26,5

**Taula 2** | *Estil atribucional en el grup control*

Causa de l'èxit % fila	GRUP CONTROL				
	Tasca (facilitat)	Esforç	Capacitat	Interès per la tasca	Altres
PRE	3,1	21,9	18,8	56,2	0
POST	6,3	28,1	15,6	47	3,1

Per conèixer si es produeixen canvis en l'estil atribucional —en el grup experimental— després de la intervenció, es va aplicar una prova  $\chi^2$  de  $2 \times 6$ . Els resultats d'aquesta prova ens mostren l'existència de significació estadística ( $\chi^2(12)=52,889$ ;  $p<0,001$ ). És a dir, hi ha interrelació entre el moment d'avaluació i la causa a la qual s'atribueix l'èxit de la tasca de memòria en el cas del grup experimental.

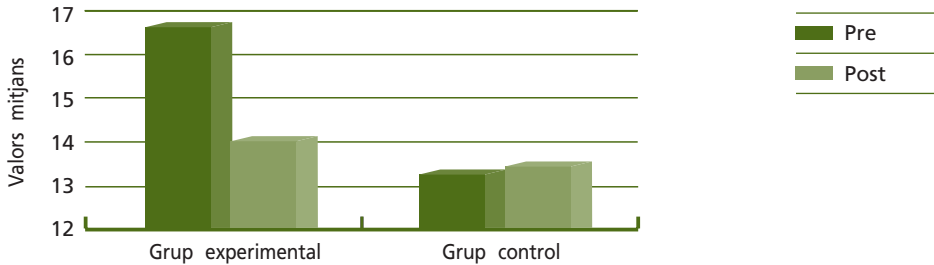
En el grup control es va aplicar una prova  $\chi^2$  de  $2 \times 6$ , la qual ens indica que no es produeix significació estadística ( $\chi^2(12)=11,429$ ;  $p=0,493$ ). És a dir, no hi ha interrelació entre les causes a les quals s'atribueix l'èxit de la tasca i el moment d'avaluació en el cas del grup control.

Finalment, l'anàlisi estadística feta a partir de les puntuacions obtingudes als qüestionaris ens mostra el següent (vegeu-ne un resum als gràfics 5 i 6):

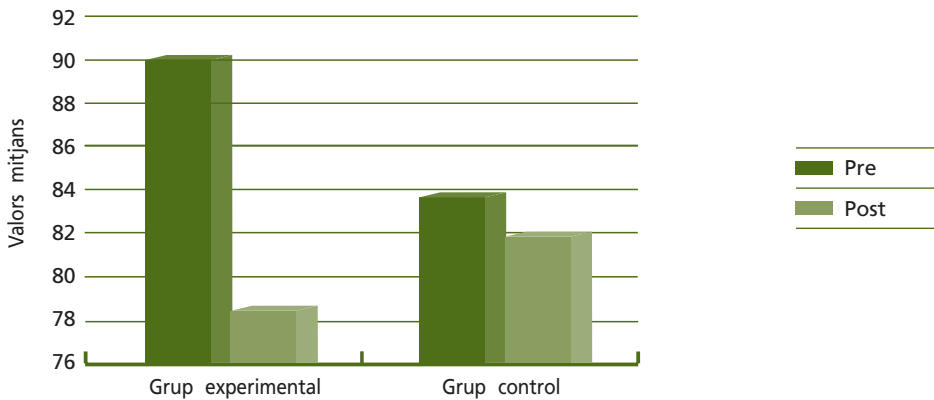
- Es produeixen diferències significatives en la puntuació al qüestionari de queixes subjectives (MFE) abans i després de la intervenció ( $F(1)=6,130$ ;  $p=0,016$ ). S'observa que les queixes subjectives disminueixen a l'avaluació post. No es produeixen diferències significatives entre els dos grups ( $F(1)=1,81$ ;  $p=0,183$ ), però sí quan s'analitza la interacció entre els dos factors ( $F(1)=7,504$ ;  $p=0,008$ ). Hi ha més diferències entre el pre i el post en el grup experimental que en el grup control.
- Pel que fa a la puntuació al CEC, també es produeixen diferències significatives entre els dos moments d'avaluació ( $F(1)=19,375$ ;  $p<0,001$ ), mentre que no es produeix significació

estadística en el cas de la comparació entre els dos grups ( $F(1)=0,137$ ;  $p=0,713$ ). No obstant això, de manera semblant al cas anterior, la interacció és significativa ( $F(1)=10,266$ ;  $p=0,002$ ) i ens indica que la minva de les creences negatives sobre l'envelliment cognitiu és més elevada en el grup experimental.

**Gràfic 5** | *MFE*



**Gràfic 6** | *CEC*



## Conclusions

La conclusió principal de l'estudi és que, després de la intervenció, el grup experimental presenta millores significatives en totes les variables estudiades, encara que algunes (expectatives, rendiment percebut i rendiment real) milloren igualment en el grup control. Probablement es deu a l'experiència d'èxit previ a la tasca —recordem que la major part dels participants consideren un èxit els resultats obtinguts— i a la disminució de l'ansietat davant l'avaluació, en el moment post, causada per aquest mateix èxit previ.

Pel que fa a l'estil atribucional, veiem que es produeixen canvis que són fruit de la intervenció que és important remarcar: després de la intervenció, els participants del grup experimental passen d'un estil atribucional amb un component intern-extern (l'interès de la tasca, 79,4%) a atribuir l'èxit a una causa interna i controlable com és l'esforç (52,9%). Pensam que d'aquesta manera es posa de manifest que amb la intervenció s'aconsegueix que la gent gran es conscienciï sobre la importància de la presa de responsabilitat en els propis resultats i sobre la rellevància que la seva actitud té en els resultats obtinguts i la millora de la memòria. Aquest canvi cap a un estil atribucional més adaptatiu només es produeix en el grup que ha participat en la intervenció. En canvi, en el grup control l'estil atribucional es manté estable: tant a l'avaluació pre com a la post es mostra un estil que té un component mixt intern-extern.

Per acabar, els resultats obtinguts a les puntuacions dels dos qüestionaris posen de manifest que amb la intervenció els participants minven les queixes de memòria i també la preocupació i l'ansietat respecte a les fallades de memòria, a més de mostrar una visió més positiva tant de les seves pròpies capacitats de memòria com de les possibilitats de desenvolupament i millora de la memòria amb l'edat.

Podem concloure que el programa d'entrenament produeix una millora tant de variables de tipus objectiu com de variables de tipus més subjectiu, la qual cosa ens referma en la necessitat d'aplicar programes de característiques semblants per poder millorar el funcionament mental de la gent gran. D'altra banda, no podem acabar sense remarcar que els programes d'estimulació i entrenament cognitiu, a més de millorar les funcions cognitives i altres aspectes que hi poden influir, són una eina important per millorar les relacions socials i l'autoestima, que contribueixen, al cap i a la fi, a l'augment del benestar mental i a la qualitat de vida de la nostra gent gran.

## Referències

AGUILAR; NAVARRO; LLORENS; MARCHENA. (2002). «Estudio comparativo de los niveles de procesamiento en la memoria de niños y personas mayores». *Revista de Psicología General y Aplicada* 55, núm. 4, pàg. 541-552.

ANDRÉS, P.; LINDEN, M. van der (2000). «Age-related differences in supervisory attentional system functions». *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 55, núm. 6, pàg. 373-380.

BALTES, P. B.; DANISCH, S. J. (1980). «Intervention in life-span development and aging». A: TURNER, R. R.; REESE, H. W. (eds.). *Life-span developmental psychology*. Nova York: Academic Press.

CAPRIO-PREVETTE, M. D.; FRY, P. S. (1996). «Memory enhancement program for community-based older adults: development and evaluation». *Experimental Aging Research* 22, pàg. 281-303.

CAVANAUGH, J. C. (2002). «La metamemoria desde una perspectiva sociocognitiva». A: PARK, D. C.; SCHWARZ, N. *Envejecimiento cognitivo*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

CAVANAUGH, J. C.; FELDMAN, J. M.; HERTZOG, C. (1998). «Memory beliefs as social cognition: a reconceptualization of what memory questionnaires assess». *Review of General Psychology* 2, núm. 1, pàg. 48-65.

DELLEFIELD, K. S.; McDOUGALL, G. J. (1996). «Increasing metamemory in older adults». *Nursing Research* 45, núm. 5, pàg. 284-290.

ERBER, J. T.; SZUCHMAN, L. T.; PRAGER, I. G. (1997). «Forgetful but forgiven: How age and life style affect perceptions on memory failure». *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 52-B, núm. 6, pàg. 303-307.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.; MOYA, R.; ÍÑIGUEZ, J.; ZAMARRÓN, M. D. (1999). *Qué es la psicología de la vejez*. Madrid: Biblioteca Nueva.

GOLDBERG, E. (2001). *El cerebro ejecutivo*. Barcelona: Crítica.

GOLDBERG, E. (2006). *La paradoja de la sabiduría*. Barcelona: Crítica.

HERTZOG, C. (2002). «Metacognition in older adults: implications for application». A: PERFECT, T.; BENETT, S. (eds.). *Applied Metacognition*. Gran Bretanya: Cambridge University Press.

HESS, T. M.; AUMAN, C.; COLCOMBE, S. J.; RAHHAL, T. A. (2003). «The impact of stereotype threat on age differences in memory performance». *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 58-B, núm. 1, pàg. 11-13.

ISRAEL, L. (1992). *Método de entrenamiento de la memoria*. Barcelona: Laboratorios Semar.

JIN, Y. S.; RYAN, E. B.; ANAS, A. P. (2001). «Korean beliefs about everyday memory and aging for self and others». *International Journal of Aging and Human Development* 52, núm. 2, pàg. 103-113.

JONKER, C.; SMITS, C. H. M.; DEEG, D. J. H. (1997). «Affect-related metamemory and memory performance in a population-based sample of older adults». *Educational Gerontology* 23, núm. 2, pàg. 115-128.

LE PONCIN, M. (1992). *Gimnasia cerebral*. Madrid: Temas de Hoy.

LEVY, B. (1996). «Improving memory in old age through implicit self-stereotyping». *Journal of Personality and Social Psychology* 71, pàg. 1092-1106.

LINEWEAVER, T. T.; HERTZOG, C. (1998). «Adults' efficacy and control beliefs regarding memory and aging: Separating general from personal beliefs». *Aging, Neuropsychology and Cognition* 5, núm. 4, pàg. 264-296.

LLINÁS, J. (2000). «Psicología del envejecimiento: un reto de futuro». *Papeles del psicólogo* 76.

LOVELACE, E. A. (1990). «Aging and metacognitions concerning memory function». A: LOVELACE, E. A. (ed.). *Aging and cognition: Mental processes, self-awareness, and interventions*. Amsterdam: North-Holland, Elsevier.

McDOUGALL, G. J. (1999). «Cognitive Interventions Among Older Adults». *Annual Review of Nursing Research* 17, pàg. 219- 240.

McDOUGALL, G. J.; KANG, J. (2003). Memory self-efficacy and memory performance in older males. *International Journal of Men's Health* 2, núm. 2, pàg. 131-147.

MANASSERO, M. A.; VÁZQUEZ, A. (1995). *Atribución causal aplicada a la orientación escolar*. Madrid: Centro de Investigación y Documentación Educativa del Ministerio de Educación y Ciencia.



MAS, C. (2008). «Mejora de la memoria en personas mayores: variables a tener en cuenta». *Papeles del Psicólogo* 29, núm. 2, pàg. 213-221.

MAS, C.; JIMÉNEZ, R.; MUNAR, E.; ROSSELLÓ, J. (2004). *Consideraciones sobre las variables dependientes habituales en la investigación cognitiva del envejecimiento*. [Cartell presentat en el I Congrés Internacional de Neurociència de l'Envel·liment Cognitiu, celebrat a Palma l'octubre de 2004].

MONTEJO, P.; MONTENEGRO, M.; CLAVER, M. D. (2002). «Intervención en funciones cognitivas. Entrenamiento de memoria». A: AGÜERA, L; MARTÍN, M.; CERVILLA, J. (eds.). *Psiquiatría geriátrica*. Barcelona: Masson.

MONTEJO, P.; MONTENEGRO, M.; REINOSO, A. I.; ANDRÉS, M. E. de; CLAVER, M. D. (2001). *Programa de memoria. Método UMAM*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid.

MONTEJO, P.; MONTENEGRO, M.; REINOSO, A. I.; ANDRÉS, M. E. de; CLAVER, M. D. (1998). «La memoria en los mayores». *Enginy* 8, pàg. 129-157.

MUÑOZ, J. (2002). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Pirámide.

OCHOA, S.; ARAGÓN, L.; CAICEDO A. M. (2005). «Memoria y metamemoria en adultos mayores: estado de la cuestión». *Acta Colombiana de Psicología* 14, pàg. 19-32.

ORTE, C.; MARCH, M. X. (2006). «La intervención socioeducativa, los programas universitarios para mayores y la calidad de vida: la construcción de una gerontología educativa». A: ORTE, C. (coord.). *El aprendizaje a lo largo de toda la vida. Los programas universitarios de mayores*. Madrid: Dykinson, SL.

PÉREZ, M.; PEREGRINA, S.; JUSTICIA, F.; GODOY, J. (1995). «Memoria cotidiana y metamemoria en ancianos institucionalizados». *Anales de Psicología* 11, núm. 1, pàg. 47-62.

PONDS, W. H. M.; JOLLES, J. (1996). «Memory complaints in elderly people: The role of memory abilities, metamemory, depression and personality». *Educational Gerontology* 22, núm. 4, pàg. 341-357.

PUIG, A. (2003). *Programa de entrenamiento de la memoria*. Madrid: CCS.

RANDT, C. T.; BROWN, E. R.; OSBORNE, D. P. (1980). «A memory test for longitudinal measurement of mild to moderate deficits». *Clinical Neuropsychiatry* 2, pàg. 184-194.

REINKE, B. J.; HOLMES, D. S.; DENNEY, N. W. (1981). «Influence of a "friendly visitor"»

program on the cognitive functioning and morale of elderly persons». *American Journal of Community Psychology* 9, núm. 4, pàg. 491-504.

ROGERS, W. (2002). «Atención y envejecimiento». A: PARK, D.; SCHWARZ, N. (coords.). *Envejecimiento cognitivo*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

SALTHOUSE, T. A. (1996). «The processing-speed theory of adult age differences in cognition». *Psychological Review* 103, pàg. 403-428.

SUNDERLAND, A.; HARRIS, J. E.; GLEAVE, J. (1984). «Memory Failures Everyday Life Following Severe Head Injury». *Journal of Clinical Neurology* 6, pàg. 127-142.

TROYER, A. K.; RICH, J. B. (2002). Psychometric properties of a new metamemory questionnaire for older adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 57-B, núm. 1, pàg. 19-27.

TURNER, M. L.; PINKSTON, R. S. (1995). «Effects of a memory and aging workshop on negative beliefs of memory loss in the elderly». *Educational Gerontology* 19, núm. 5, pàg. 359-373.

TURVEY, C. L.; SCHULTZ, S.; ARNDT, S.; WALLACE, R. B.; HERZOG, R. (2000). «Memory complaint in a community sample aged 70 and older». *Journal of the American Geriatric Society* 48, núm. 11, pàg. 1435-1441.

VEGA, J. L.; BUENO, B. (1995). *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Madrid: Síntesis Psicología.

VERHAEGHEN, P.; GERAERTS, N.; MARCOEN, A. (2000). «Memory complaints, coping, and well-being in old age: A systemic approach». *The Gerontologist* 40, núm. 5, pàg. 540-548.

VILLAR, F. (2003). «Prólogo». A: PUIG, A. *Programa de entrenamiento de la memoria*. Madrid: CCS.

## Autores

### CARMEN MAS TOUS

Palma 1973. Doctora en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Consultora a la Universitat Oberta de Catalunya (UOC), en les assignatures de Cognició i Emoció i Psicologia de la Memòria. Professora associada a la UIB. Vocal de Psicologia de l'Envel·liment del Col·legi Oficial de Psicòlegs de les Illes Balears. Ha impartit diversos cursos, tallers i conferències sobre el tema de la millora de la memòria.

### MAGDALENA MEDINAS AMORÓS

Palma 1969. Doctora en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears. Responsable de la Unitat de Psicologia de l'Hospital sociosanitari Joan March. Membre de la Societat Espanyola de Geriatria i Gerontologia.



**ENVELLIMENT,  
EDUCACIÓ I QUALITAT DE VIDA:  
CAP A LA INSTITUCIONALITZACIÓ DE LA  
GERONTOLOGIA EDUCATIVA**

---

## **Envelliment, educació i qualitat de vida: cap a la institucionalització de la gerontologia educativa**

Carmen Orte Socias  
Martí X. March Cerdà

---

## Resum

Aquest article té com a objectiu principal fonamentar l'educació de la gent gran en el marc del nou paradigma de l'educació al llarg de tota la vida. També es pretén, d'una banda, relacionar l'educació de la gent gran amb la finalitat d'aconseguir millorar la qualitat de vida i, de l'altra, possibilitar la construcció de la gerontologia educativa.

## Resumen

El presente artículo tiene como objetivo principal fundamentar la educación de las personas mayores en el marco del nuevo paradigma de la educación a lo largo de toda la vida. También se pretende, por una parte, relacionar la educación de los mayores con la finalidad de conseguir una mejora de la calidad de vida y, por otra parte, posibilitar la construcción de la gerontología educativa.

---

## L'aprenentatge al llarg de la vida i el dret de la gent gran a l'educació

Un dels fets més significatius que caracteritzen la realitat social dels països més desenvolupats és el procés de generalització de l'educació a tots els sectors socials. Efectivament, la institucionalització de l'educació ha estat i és un dels fenòmens més significatius des de la perspectiva de la democratització de l'educació. Una democratització de l'educació que no solament ha arribat a tots els sectors socials, a les dones i als homes i a tots els territoris, sinó que cada vegada arriba més a totes les edats, cosa que dona cabuda a la idea de l'aprenentatge al llarg de tota la vida, de l'educació permanent que afecta tots els grups de persones, independentment de l'edat o de qualsevol altra circumstància personal.

Així doncs, un dels grans reptes als quals s'ha enfrontat el sistema educatiu, des de la seva institucionalització legal i des de la consolidació del dret a l'educació per a tota la ciutadania, ha estat la consecució real de la democratització educativa, la qual cosa fa possible la igualtat d'oportunitats per al conjunt de la població, independentment de la condició social, de la procedència geogràfica o territorial, del gènere o de les característiques ètniques, etc. Si bé l'educació com a dret legal, i la corresponent institucionalització de l'escola, s'ha de lligar —fonamentalment a Europa— a la revolució burgesa, a l'aprovació de les primeres constitucions democràtiques i a la revolució industrial, és evident que la generalització real d'aquest dret ha estat molt més lenta i, en els països occidentals, fonamentalment s'ha desenvolupat al llarg dels segles XIX i XX. Amb tot, és evident que el segle XXI ha de superar la institucionalització i generalització definitiva d'aquest dret.

En aquest mateix context de la democratització educativa, cal fer referència a un fet fonamental des de la perspectiva universitària: en aquests països occidentals s'ha passat d'una universitat elitista a una universitat de masses. Arran d'això s'ha produït una entrada important de dones estudiants a la universitat, cosa que ha implicat una autèntica revolució educativa. Fins i tot dins aquest mateix context, cal fer referència al fet que, segons els diversos estudis que s'han elaborat sobre el futur de la universitat, el nombre de persones que hi accediran continuarà creixent en els pròxims anys d'una manera important i significativa, i fins i tot es preveu la possibilitat que la xifra d'universitaris pugui arribar a ser superior al cinquanta per cent de la població.

Aquests reptes sobre el futur de la universitat i sobre el futur de l'educació s'han de relacionar amb l'existència de la societat del coneixement, amb la idea de la formació al llarg de tota la vida, amb la importància —per al sistema econòmic— de la inversió en capital humà, amb la necessitat de mantenir la cohesió social com a factor d'estabilitat en les societats —i l'educació és un instrument fonamental d'aquesta cohesió—, amb la generalització de les noves tecnologies de la informació i de la comunicació o amb els processos de globalització del coneixement.

A tot això, cal afegir-hi un fet sociològic de gran transcendència social, política, econòmica i cultural: ens referim a la vellesa com una nova realitat sociològica que necessita polítiques específiques, en les quals l'educació desenvolupa una funció cada vegada més important. Efectivament, ens trobam davant un procés d'envelliment i un canvi important en l'estructura i les característiques d'aquest col·lectiu plural, amb noves necessitats i demandes socials i culturals. En aquest sentit, és important assenyalar, pel que fa a aquesta qüestió, que la UNESCO comença a preocupar-se pels problemes de l'envelliment el 1958. No obstant això, és el 1974, a partir de la XVIII Conferència General, quan l'envelliment es vincula a l'educació, i es dota de contingut i d'un pressupost específic. Dins aquest mateix àmbit internacional, cal fer referència a la V Conferència Internacional sobre Educació de Persones Adultes, organitzada per la UNESCO, que va tenir lloc a Hamburg el juliol de 1997. Entre els temes que es varen abordar a Hamburg per tal d'elaborar l'agenda futura, hi figurava l'aprenentatge de la gent gran, amb dues propostes ben concretes: 1) assegurar a la gent gran l'accés a l'educació i a la formació; 2) organitzar activitats que il·lustrin la manera com l'educació d'adults pot reforçar la funció de la gent gran en la construcció de les societats actuals.

A partir d'aquesta conferència d'Hamburg, l'Institut de la UNESCO —tal com descriu Julio Iglecias de Ussel (2003, 31)— exposa una sèrie d'idees en relació amb l'educació de la gent gran:

- 1) La gent gran no ha de ser considerada com un grup homogeni. Hi ha persones actives i en forma, però també n'hi ha que estan marginades i tenen dificultats per accedir a un envelliment actiu.



- 2) La major part d'aquestes persones tenen un nivell escàs d'educació formal, que encara és menor en el cas de les dones grans.
- 3) Les contribucions de la gent gran a la família, a la comunitat i a la societat en general, passen bastant desapercebudes.
- 4) Tant pel que fa a l'opinió pública com en el disseny de les polítiques, hi continuen dominant les percepcions de l'envelliment com a procés de decaïment i de pèrdues.
- 5) En les discussions per saber quines han de ser les polítiques més adequades en aquest terreny, hi predomina la preocupació pel cost econòmic de l'envelliment com a càrrega que recau en la societat.
- 6) L'educació pot contribuir amb èxit al foment d'una imatge més positiva de la gent gran, si es basa en el concepte d'envelliment actiu.
- 7) La investigació ha demostrat que no hi ha cap disminució en la capacitat d'aprenentatge abans de l'edat de 75 anys, si fa no fa. Per tant, la major part de les persones d'edat avançada poden assolir alts nivells de capacitat intel·lectual i fins i tot poden augmentar, en alguns casos, la capacitat que tenen per aprendre.
- 8) La demanda d'educació per part de la gent gran és creixent: la resposta a aquesta demanda ha d'estar connectada amb el disseny de les polítiques de benestar social.
- 9) Ara bé, no n'hi ha prou simplement amb facilitar l'accés de la gent gran a l'educació. A més, cal engegar programes d'aprenentatge específics, que no solament siguin per a gent gran, sinó que hi interactui. És a dir que el fet que la gent gran hi participi sigui rellevant.
- 10) Si es reconeix que les persones acumulen més aprenentatge informal al llarg de la seva vida que el que s'obté mitjançant processos educatius formals, caldria procurar reconèixer l'aprenentatge previ acumulat per la gent gran quan decideix inscriure's en programes educatius i comptabilitzar-lo.

Des d'aquesta perspectiva, un fet que es pot constatar d'any en any des de la dècada dels setanta és el procés de generalització, amb diferents models organitzatius, dels programes universitaris destinats a col·lectius de gent gran que s'ha produït en les diverses universitats d'uns quants països d'Europa, dels Estats Units d'Amèrica, del Canadà, d'Austràlia o de la Xina. A Espanya, aquest procés de creació i institucionalització de programes universitaris per a gent gran comença a desenvolupar-se durant els anys noranta. Un procés de generalització que tant és quantitatiu com qualitatiu, atès que encara que cada any

hi ha més centres universitaris que adopten aquest programa, també és evident que les característiques dels programes demostren, com més va més, una riquesa cultural i universitària evident.

En aquest context de reformes de la universitat que hem exposat, és interessant analitzar la necessitat de potenciar i reformar la tercera funció de la universitat: la transferència del coneixement, tant des de la perspectiva empresarial i econòmica com des de la perspectiva de l'extensió del coneixement al conjunt de la societat. En el desenvolupament d'aquesta tercera gran funció, cal emmarcar-hi la institucionalització de les universitats de gent gran, perquè és un desenvolupament que necessita reforçar els mecanismes de relació intergeneracional dins aquests mateixos programes, la qual cosa implicarà un replantejament dels programes actuals des d'una perspectiva més oberta i no tan corporativa o tancada.

En tot cas, és evident que els programes universitaris per a gent gran no solament s'han d'analitzar com un indicador de canvi de les universitats i del procés de disminució de la població universitària clàssica, que és correlatiu al procés d'envelliment de la població, sinó com un indicador del desenvolupament de les funcions culturals de la universitat, com un desenvolupament de la tercera funció de la universitat i com una de les manifestacions més significatives de la societat del coneixement.

## Elements del desenvolupament de la gerontologia educativa

Des que Otto Friedrich Bollnow, el 1962, va idear el terme *gerontologia educativa*, per referir-se a la teoria de l'educació de la gent gran (Schneider 2003, 819), hem de dir que la dedicació a l'àmbit de la tercera edat o de la gent gran —per fer servir els eufemismes més habituals— des de l'educació, i més concretament des de la pedagogia social, ha experimentat un gran auge, de manera que avui es presenta entre nosaltres com un camp de gran dinàmica intervencionista i de prometedor futur professional.

Curiosament, a Espanya, des de l'educació, aquest camp d'estudi s'ha anat coneixent com a *tercera edat* (*Pedagogia Social* 1995) o sota l'adscripció de gent «gran». Hem fet nostres els eufemismes socials més emprats, que si no han estat originats pels mitjans de comunicació de massa, almenys sí que els han propiciats, i per ventura han confós el que és «políticament correcte» amb un àmbit de formació, de recerca i de treball. Llavors no ens ha de sorprendre que, en general, moltes de les aportacions de la pedagogia espanyola no es tinguin en compte en altres camps disciplinaris a causa de l'obstinació que tenim en pro dels particularismes semàntics. Però tampoc no es tracta d'introduir-nos en qüestions de terminologia, i encara menys d'incitar debats nominalistes. El que hauríem de cercar és, en efecte, la nostra inclusió en un camp ric i

complex, l'estudi del qual abasti múltiples disciplines de tradició més que consolidada, com ara el de la medicina, que ja fa anys va fer-ne un camp propi d'especialització, d'aquesta qüestió.

En efecte, la gerontologia originàriament es fonamenta en la medicina, amb la qual s'inicia l'interès per la millora —en primer lloc de la salut— d'aquest col·lectiu social postjubilat. Ara bé, aviat es va veure que només amb la medicina no n'hi havia prou per abastar totes les variables que influeixen a l'hora de millorar les condicions de vida d'aquest grup de població. És aquí, exactament en aquesta circumstància, on s'obren les portes a moltes altres disciplines que, pel contingut específic que les caracteritza, ja es veu que poden coadjuvar a millorar aquest col·lectiu. En aquest sentit, no hi ha dubte que la infermeria —en primer lloc, i en relació amb la medicina— incideix directament en la millora de les condicions de vida de la denominada gent gran. Ben igual que la psicologia, que, en efecte, pot mitigar algunes problemàtiques d'aquest col·lectiu.

Així doncs, només de la necessitat d'una gerontologia educativa sorgeix la possibilitat d'una educació gerontològica o per a la tercera edat, tal com s'ha anat denominant entre nosaltres. Ara bé, la simple adjectivació del fet educatiu no ens duu cap a la institucionalització de l'esmentada disciplina gerontològica, sobretot quan en aquest cas l'educació no solament té un objectiu social, sinó que alhora té uns condicionaments socials. Per aquest motiu, des d'una perspectiva educativa defensam la denominació *gerontologia educativa i social* o *gerontologia socioeducativa*. I això, com dèiem, per dues raons:

- 1) La primera, purament d'assoliment o objectiu. En efecte, l'acció educativa en la gent gran s'ha de centrar en el contacte, en l'assoliment de lligams i de vida social. La persona gran tendeix —per circumstàncies d'edat, familiars i macrosocials— a l'aïllament, a la ruptura del lligam social, per la qual cosa un dels objectius de la gerontologia educativa ha de ser evitar aquesta ruptura, com també retornar la vida social als individus d'aquest col·lectiu d'edat.
- 2) La segona, quant al context o medi. En efecte, la gerontologia educativa ha de desenvolupar-se en un medi social no solament per assolir l'objectiu que es proposa, sinó per posar-lo en acció. La praxi educativa en aquest col·lectiu és de caràcter radicalment social, atès que els processos educatius s'han de centrar en la convivència, en el contacte humà, en la trobada, tal com fa més de deu lustres ja ens en parlava Prohaska i que ara, autors més moderns, han denominat raó dialògica, seguint la darrera generació de frankfurtians. La gerontologia educativa només té la seva raó de ser si fem de la praxi educativa, praxi social, per la qual cosa l'educació gerontològica és per si mateixa educació social.

En tot cas, el nostre plantejament podria quedar sense fonament en els casos següents:

- Si la gerontologia no fos un camp d'acció que incidís en el nucli de població sobre el qual la pedagogia i la pedagogia social mostra interès. Cosa que no és certa perquè, com se sap, ja hi ha una llarga tradició, fins i tot entre nosaltres, d'intervenció educativa sobre la tercera edat. No obstant això, ens sembla més adequada la denominació *gerontologia* perquè d'aquesta manera l'educació i el coneixement educatiu s'adequa a la terminologia reconeguda internacionalment en el camp de la medicina, la psicologia, la infermeria i àdhuc la sociologia.
- Si el constructe *qualitat de vida* no concernís l'educació o no fos compatible amb els interessos pedagògics. Cosa que varem considerar que no és certa perquè l'assoliment de la qualitat de vida comporta implícitament el sentit de millora, d'optimització de tot un seguit de variables que incideixen sobre l'ésser humà. No s'ha d'oblidar que l'educació, des de la Grècia clàssica, troba la raó de ser en el desig de perfeccionament, de millora, etc., de l'home. Per ventura, finalment, per fonamentar l'assoliment de la qualitat de vida dins les polítiques avançades socialment, caldrà que ens fem una altra pregunta, no per això trivial:
- Hem d'invertir en l'educació de la gent gran? No es tracta, en aquest sentit, d'una qüestió menor o d'una pregunta retòrica, sinó que estam davant una qüestió que creiem determinant en el context d'una temàtica que ens sembla que serà de cada vegada més important i significativa. Cal tenir en compte que l'educació ha tingut i té dues funcions bàsiques, a més de la moralitzadora: en primer lloc, la socialització dels individus i dels grups socials, i en segon lloc, la inserció professional i laboral de les persones educades. En aquest context, demanar-nos si resulta convenient, en qualsevol cas, invertir educativament —a partir fonamentalment de programes específics (oci, temps lliure, psicomotricitat, cultura) o a partir de les propostes més actuals de les universitats per a gent gran— en persones que es considera que ja no són útils per a la societat, necessita una resposta clara i contundent. Resposta que a pesar que es trobi en el món de la vida, de la realitat socioeconòmica, no per això deixa de tenir transcendència conceptual —o, en tot cas, en té a causa de això.

Aquesta resposta s'ha d'enfocar entorn de tres eixos fonamentals. En primer lloc, sobre les necessàries reformes dels serveis socials i de salut, com també de les universitats —si volem fer esment a la darrera qüestió citada—, amb la finalitat d'adaptar-se als nous reptes que una societat solidària ha de plantejar-se en aquests moments. Es tracta d'una qüestió bàsica, ja que l'emergència de la societat del coneixement i de la informació, el fenomen de la mundialització sobre el treball i la revolució científicotècnica, i la construcció progressiva de societats multiculturals estan incidint d'una manera fonamental sobre l'educació, sobre la universitat i, com ens recorda Castells (2003), sobre la configuració de

la societat mateixa. I això significa l'existència d'una societat i d'una universitat que, en conseqüència, haurien de ser flexibles i adaptables perquè en cas contrari no es podran acollir als avantatges de la institucionalització de les noves tecnologies de la informació i de la comunicació a l'hora d'impartir programes gerontològics i educatius i de disseminar el coneixement.

En aquest sentit, doncs, resulta fonamental, per donar resposta a aquests reptes, entre d'altres, la institucionalització d'una política que sigui capaç d'integrar noves i velles funcions, com també desenvolupar-ne algunes com la disseminació de la cultura en la societat. Per això, però, resulta fonamental assolir més permeabilitat de les propostes de la pedagogia social, atès el caràcter de la nova societat que entre tots ja estam configurant.

En segon lloc, la idea d'educació al llarg de tota la vida —o la mateixa idea de ciutat i de societat educativa— requereix la democratització real de tots els possibilismes socials i, fins i tot, com estam veient, de l'educació universitària. Efectivament, la política de formació continuada és un dels aspectes rellevants de la política social i econòmica de qualsevol país, amb propòsits i objectius diferents i diversificats. Això ha d'implicar, doncs, que les diverses institucions educatives garanteixin l'accés als programes de millora de la qualitat de vida i també a la democratització del coneixement en el conjunt de la societat, la qual cosa suposa plantejar una ciutat educativa que tingui en compte les necessitats de la gent gran com un dels objectius d'aquestes institucions, en igualtat de condicions i possibilitats als que es consideren més prioritaris.

Finalment, i en tercer lloc, hem de tenir en compte que l'existència d'una nova realitat demogràfica de les societats desenvolupades —amb un procés d'envelliment de la població, amb un increment de l'esperança de vida, amb la constatació de noves necessitats i demandes de la població gran, no relacionades únicament amb la salut i els serveis socials, sinó amb la cultura, l'oci i la participació social— marca de manera determinant la acció futura de la pedagogia social, de tal manera que l'interès social, cada dia més, es va inclinant cap a la necessitat d'intervenir en aquesta nova realitat que, fins i tot, assolirà més relleu en un futur pròxim. Per tant, la qüestió de l'educació per a tota la vida, de l'educació permanent, ha de tenir una manifestació concreta pel que fa a la gent gran.

És a dir, una gerontologia educativa també s'ha de fonamentar en aquestes consideracions, ja que en depèn la seva definició prospectiva. En qualsevol cas, aquest plantejament de la gerontologia educativa necessita dues condicions fonamentals: 1) d'una banda, un canvi en la percepció sobre la gent gran com a persones actives; 2) de l'altra, un canvi de percepció entre la mateixa gent gran, a fi d'assolir una més autoestima i valoració personal. Per tant, l'educació de la gent gran ha de plantejar-se com una nova resposta de la societat en general —i de la universitat en particular— als nous reptes i demandes socials, a l'existència d'un nou grup social, a la possibilitat d'educar al llarg de tota la

vida i al desenvolupament de la funció cultural que ha de desenvolupar (Orte 2001). Així doncs, la societat del segle XXI necessita trencar molts mites i tòpics, la qual exigeix noves polítiques, noves institucions, noves actituds socials, noves percepcions, noves funcions, nous programes i activitats i noves realitats entorn de l'educació, la universitat, la dinàmica social i la gent gran.

D'altra banda, cal tenir en compte que aquesta conjunció interdisciplinària té com a resultat la solució d'un problema o l'aclariment de circumstàncies vitals, reals, més que elevar-se en camps específics del saber. Es pot dir, en aquest sentit, que el saber no ha d'estar tant en funció d'una matèria —gènesi del saber— com de la circumstància social que determina la necessitat del saber. Estam en un moment històric en el qual la raó del coneixement ha de ser substituïda per l'ecologia del mateix coneixement; el coneixement triomfa si hi ha raons objectives que el demanen. El coneixement ha deixat de ser aquella passió inútil de la qual parlaven els existencialistes per convertir-se en una veritable necessitat praxeològica. Aquesta reflexió és pertinent perquè la gerontologia es defineix per les necessitats d'un grup d'edat, és a dir, d'un estament real, existent, que a més requereix solucions diverses i variades. D'altra banda, l'educació —i en el pla de la teoria, les ciències de l'educació i, més concretament, la pedagogia social— manifesta la seva raó de ser —pel que fa a la raó praxeològica, és a dir, a la seva aplicació— en l'aportació personal i específica que fa per solucionar problemes reals que, nosaltres, en el nostre àmbit, consideram que són solucions educatives o hi tenen a veure.

Doncs bé, en aquest sentit no hi ha dubte que, almenys en el si de les societats avançades —i en usar aquest terme no ens referim en sentit estricte a societats econòmicament avançades, sinó a societats avançades socialment—, sorgeix com a objectiu de consecució, no solament per a la població gerontològica, sinó per a tota la població en general, el que es denomina qualitat de vida o desenvolupament equilibrat de totes les potencialitats de l'home a fi d'assolir una vida sota una sèrie de condicions òptimes que, en general —i com s'afirma en la bibliografia especialitzada—, se centren en la salut, en l'equilibri psíquic, en l'adequada adaptació social, en l'adequada qualitat ambiental, en la cultura i en l'educació. Avui dia, seguint el fil del que afirmàvem, no interessa tant la gerontologia com a especialitat mèdica, ni l'educació per a la tercera edat —o les condicions ambientals per si mateixes—, sinó la gerontologia com a manera d'assolir quotes de qualitat de vida per als ciutadans grans i implementar-les.

Abans d'entrar a analitzar el concepte de qualitat de vida —concepte clau en la definició de la gerontologia educativa—, recordem que la creació de la universitat de la tercera edat, per part del professor Pierre Vellas a la Universitat de Tolosa (França), ja s'enfoca tenint en compte el que la universitat podia fer per millorar la qualitat de vida de la gent gran, que cada vegada seria un grup més nombrós en el futur i amb una condició socioeconòmica i un nivell de vida moltes vegades deplorables. Per tant, ja des dels inicis,

fa trenta anys, el professor Vellas fonamenta la creació d'aquesta universitat sobre la base de quatre objectius: a) contribuir a la millora física, mental i social de la qualitat de vida de la gent gran; b) crear un programa d'educació permanent per a la gent gran estretament relacionat amb els altres grups d'edat; c) portar a terme un programa de recerca gerontològica; d) i portar a terme programes de formació inicial i continuada en matèria de gerontologia. La idea de Vellas (1997), doncs, era apostar per un nou tipus d'educació per a gent gran que se centràs en la qualitat de vida i també tingués en compte els lligams intergeneracionals i la recerca en el camp de la gerontologia.

Des d'aquest plantejament ja es pot deduir que la millora de la qualitat de vida va ser un dels elements clau en el sorgiment d'aquests programes universitaris i un dels eixos importants de la gerontologia educativa. Es tracta d'un plantejament específic centrat en les universitats de gent gran que, de manera més general, coincideix amb els objectius de la gerontologia educativa que es poden extreure de les diverses definicions elaborades. La primera d'aquestes definicions, elaborada per David Peterson el 1976, situa la gerontologia educativa com a camp d'estudi i pràctica desenvolupada dins l'educació d'adults, i la gerontologia social com l'estudi i la pràctica dels esforços instructius i educatius per a la gent gran i en la gent gran —i també per a les persones que es fan grans. Una definició més actual, elaborada per Frank Glendenning l'any 2000, indica que la gerontologia educativa es refereix al potencial educatiu i d'aprenentatge de la gent gran, i inclou tots els processos i aspectes rellevants en quatre grups: 1) gerontologia instructiva o l'estudi de la manera com la gent gran aprèn; 2) educació d'adults grans o capacitació de la gent gran en coneixements i habilitats; 3) gerontologia autoinstructiva o aprenentatge o l'ajuda a altres perquè aprenguin de manera autònoma; 4) i autoaprenentatge d'adults grans per donar suport a la cura d'un mateix.

És aquí, doncs, en la qualitat de vida, on els pedagogs hem de centrar-nos i, en tot cas, reflexionar a fi de descobrir què pot fer l'educació per millorar la qualitat de vida de les nostres societats. El discurs gerontològic només té sentit si tenim en compte la qualitat de vida. Només des d'aquesta perspectiva va sorgir, en el si de la medicina, la gerontologia com a aportació a la qualitat de vida que pot desenvolupar la sanitat en la salut de les persones que han sortit definitivament del món laboral. És a dir, la gerontologia com a coneixement existeix per la dedicació de la medicina a l'estudi de la salut de la gent gran per aportar qualitat de vida a aquest col·lectiu. Doncs bé, en aquest sentit —i si nosaltres considerem que també des de l'educació es pot millorar la qualitat de vida d'aquest col·lectiu— no hi ha dubte que l'aplicació intervencionista que la pedagogia ha de dur a terme en aquest cas s'englobarà sota una concepció que de manera natural es va denominar gerontologia educativa. Tinguem en compte que el concepte d'educació permanent és considerat com una dimensió o àmbit específic de la qualitat de vida, a més d'una aspiració del desenvolupament humà i social. Aquí, la *gerontologia* és el substantiu i l'*educatiu*, com l'*ecològic*, el *sociològic* o el *psicològic* són les diverses adjectivacions que

el primigeni coneixement gerontològic requereix per a l'assoliment únic i comú de la qualitat de vida.

## Concepcions sobre l'educació de la gent gran

Tal com hem exposat més amunt, una de les característiques més significatives dels països més desenvolupats és, sens dubte, el progressiu envelliment de la societat i l'increment de l'esperança de vida. Fins i tot podem assenyalar el fet que la nostra època ha creat i desenvolupat el concepte de tercera edat —i altres conceptes de significat semblant— per designar un col·lectiu social que té unes característiques pròpies, abasta un determinat espai temporal i manté uns trets determinats que li donen una identitat. Fins i tot s'ha parlat de la denominada *revolució grisa* per qualificar una situació nova tant des de la perspectiva personal i psicològica, com social, política i econòmica. Es tracta, en qualsevol cas, d'una nova realitat que necessita noves respostes i, segur, una nova concepció.

En aquest context, plantejar-se la possibilitat de dur a terme una intervenció socioeducativa, en un sentit ampli, per a aquest col·lectiu social resulta bàsic. Així, la qüestió del disseny i l'execució de programes d'educació social en el col·lectiu de la tercera edat es fonamenta sobre l'actitud; bàsicament, l'actitud que té aquest col·lectiu, en l'àmbit personal i comunitari, respecte a la capacitat d'aprenentatge significatiu en un sentit ampli, i l'actitud que té la societat a l'hora de dur a terme programes educatius entesos com a necessitat personal, social i cultural.

En qualsevol cas, el nostre punt de partida és que la intervenció educativa i social no solament és possible en l'àmbit psicològic i intel·lectual, sinó també és necessària en l'àmbit social, cultural, polític i, fins i tot, econòmic. En tot cas, el que resulta evident és que l'educació gerontològica o de la denominada gent gran no solament és una necessitat social, econòmica, política i cultural, sinó també un principi ètic que ha de regir la política que s'adreça a aquest col·lectiu social. Amb la qual cosa, una vegada més s'evidencia que la pedagogia social, com a pedagogia que és, no pot desprendre's —ni ho ha de fer— de la significació moral més profunda que engloba.

Quin ha de ser el model socioeducatiu sobre el qual s'han d'organitzar les intervencions orientades a la gent gran? Si bé la resposta a aquesta qüestió necessita una reflexió més extensa i profunda que la que ara desenvoluparem, resulta evident que la definició d'un model és fonamental, amb la finalitat de contextualitzar no solament les funcions dels diversos programes dirigits al col·lectiu de la gent gran sinó també el tipus de continguts, activitats, estructura i organització, etc., que hi hem d'incorporar, tot a partir d'una fonamentació clara i explícita. Harry Moody —autor de l'article «Philosophical presuppositions of education for old age» (Pressuposts filosòfics de l'educació per a



la gent gran'), publicat l'any 1976 a la revista *Educational Gerontology*— distingeix els quatre models que orienten l'educació de la gent gran:

- 1) Una primera concepció des del model del dèficit considera l'educació de la gent gran com una despesa inútil, atès que aquestes persones són improductives i paràsites. Es tracta, doncs, d'un plantejament que es fonamenta sobre una actitud negativa per part de la societat envers aquest col·lectiu i és la projecció d'una concepció que, sens dubte, possibilitarà una autoestima negativa. Resulta obvi, des d'aquest plantejament, que l'educació de la gent gran és innecessària des de totes les perspectives.
- 2) La segona concepció o model de serveis socials uneix l'educació a la justícia social. Es tracta d'un model que podríem contextualitzar en el marc de les polítiques d'igualtat d'oportunitats, atès que es tracta d'una certa pedagogia de la recuperació referida a aquest col·lectiu. En qualsevol cas, en aquesta concepció, els serveis educatius van lligats a entreteniment, a oci, a relacions socials. Des d'aquesta concepció, l'actitud social envers la gent gran té un element positiu, però l'educació no s'entén com un mitjà de millora, sinó com una manera d'entretenir aquest col·lectiu. Amb aquest plantejament tampoc no es millora l'autoestima d'aquest col·lectiu d'una manera significativa ni, probablement, es pretén.
- 3) La tercera concepció va unida a activitat i a participació. En aquest plantejament l'educació es defineix com una prolongació de les habilitats de la gent gran i de les seves experiències per intervenir en els problemes de la societat. Es tracta, doncs, d'una concepció positiva de la gent gran, la qual cosa guarda correlació amb un augment i una millora de l'autoestima d'aquest col·lectiu social.
- 4) La quarta i darrera concepció de Moody, el model d'autorealització, enllaça amb la teoria de necessitats de Maslow i està relacionada amb el model anterior, però a parer nostre suposa un pas definitiu en l'estructuració d'un model educatiu positiu i en relació amb la millora de la qualitat de vida. Es tracta d'un model fonamentat sobre la idea d'autoactualització i la idea real d'educació permanent, d'aprenentatge al llarg de tota la vida. A més, amb aquest posicionament no solament s'aconsegueix una actitud positiva envers aquest col·lectiu social per part de la societat, sinó una millora real de l'autoestima de la gent gran. Aquest fet és fonamental en la vertebració d'una gerontologia educativa, d'una pedagogia que té en compte l'especificitat d'aquest col·lectiu, que té en compte la contribució que aquest col·lectiu fa a la societat i que exclou tot element de marginalitat que hi podria haver en les concepcions analitzades més amunt. A més, amb aquest posicionament, per ventura per primera vegada, la gerontologia educativa deixa de donar lloc a una pedagogia específica, només per a un col·lectiu, per transformar-se en un aspecte evolutiu de l'educació permanent, és a dir de la ciència educativa, sense cap tipus de connotació específica, que —es vulgui

o no— abans posseïa altes dosis d'especificació, cosa que molt sovint podia significar marginalitat.

A partir d'aquestes quatre concepcions sobre l'educació de la gent gran, resulta evident que la institucionalització de programes educatius estructurats —o l'actual existència de programes per a gent gran dins les universitats— s'ha de fonamentar sobre la quarta concepció i, en part, sobre la tercera, atès que des d'aquestes concepcions es possibilita una educació activa i estructurada per a aquest col·lectiu de persones, sense deixar de ser, per això, un cas específic d'atenció, perquè com dèiem aquest tipus de programes han d'integrar-se, de cada dia més, com a accions normals d'educació permanent. Així doncs, l'educació de la gent gran implica, d'entrada, no solament l'existència d'una política integral per a aquest col·lectiu de persones, sinó també una actitud social positiva envers aquest col·lectiu, com també una autopercepció activa, autònoma, responsable i independent.

Quins són, doncs, els objectius d'aquest nou model d'educació universitària per a la gent gran? Encara que podríem proposar el desenvolupament d'aquests objectius d'una manera plural i diversa, d'entrada, podem concretar-los així:

- Dominar el mitjà social, històric, econòmic, polític, cultural i tecnològic en el qual viu la gent gran. Efectivament, es tracta d'aconseguir —o, si es vol, de continuar aconseguint— l'alfabetització, la nova alfabetització de la gent gran, tenint en compte les noves circumstàncies de la societat que ens envolta, els nous llenguatges, els nous continguts. La gent gran necessita, per millorar la qualitat de vida, conèixer i comprendre el món en el qual els ha tocat viure. Es tracta també de lluitar contra l'analfabetisme tecnològic i evitar la dualització social (Conseil de l'Europe 1992). I això és una qüestió a la qual no es pot renunciar, ni per part de la mateixa gent gran ni per part de la societat i de les institucions.
- Desenvolupar la capacitat d'aprenentatge d'aquesta gent gran, des del punt de vista cognoscitiu, instrumental o actitudinal. En aquest sentit, resulta necessari tenir en compte, com a exemple d'aquest aprenentatge, el coneixement i l'ús de les noves tecnologies, d'Internet, del correu electrònic, etc. L'aprenentatge d'aquestes noves tecnologies, a més, pot ajudar a millorar el nivell de benestar social i personal, a contribuir a la integració social, a utilitzar habilitats cognitives, a crear i/o enfortir xarxes socials en l'àmbit de les relacions socials, del comerç electrònic, etc. Des d'aquesta perspectiva, volem indicar que comencen a desenvolupar-se projectes, a l'estil de les comunitats virtuals, dissenyats per crear o enfortir xarxes socials, que van adreçats a col·lectius de gent gran amb diferents necessitats, les quals poden satisfer mitjançant aquesta via. Així, per exemple, cal citar el projecte experimental *Isolated Bytes (IB)*, que fa ús d'Internet per proporcionar programes d'educació d'adults a persones aïllades o que, per diverses raons, no poden beneficiar-se'n de manera presencial (Swindell 2000).

- Satisfer les preocupacions d'ordre moral, estètic —supramaterial o de desenvolupament en el sentit de Maslow— i cultural d'aquest col·lectiu. Cada vegada més, el col·lectiu de la gent gran planteja noves necessitats —no simplement les de caràcter primari, sinó també de caràcter secundari—, que requereixen un tractament, un treball seriós i rigorós, en definitiva, una resposta concreta i ajustada a aquestes necessitats.

En qualsevol cas es tracta d'aconseguir, mitjançant els diversos programes educatius, que aquest col·lectiu assoleixi més relació entre les diverses generacions, que se'ls permeti exigir els seus drets i exigir-los a ells els seus deures i responsabilitats, com també possibilitar-los autonomia de pensament, és a dir, capacitat de pensar per si mateixos, de forma crítica i constructiva, com a membres útils de la societat. Per a això, òbviament, és necessari tenir en compte una sèrie de principis i elements metodològics:

- Cal partir del principi que els plans d'educació i/o formació per a la gent gran són una bona inversió social, econòmica, política i cultural.
- L'educació de la gent gran necessita un canvi sobre l'actitud social de la mateixa gent gran.
- L'educació de la gent gran no solament ha de possibilitar el desenvolupament i la divulgació del coneixement, sinó també el desenvolupament comunitari de la societat, mitjançant serveis específics, amb la participació d'ells mateixos. És a dir, assolir una visió de la persona gran des d'un rol més actiu.
- L'educació de la gent gran s'ha de dur a terme mitjançant el desenvolupament personal que propicia la participació, el compliment de necessitats, la millora de la qualitat de vida, etc., i amb la institucionalització de programes específics (Schroots et al. 1999).
- L'educació de la gent gran s'ha de dur a terme amb la gent gran, per a la gent gran i per la gent gran, i, d'aquesta manera, potenciar que participi en el disseny d'aquesta educació, amb una actitud activa, responsable i positiva.
- L'educació de la gent gran ha de plantejar-se tenint en compte les institucions encarregades de dur a terme aquesta educació, com ara les institucions de salut —pública i individual—, i també altres institucions de caràcter polític, cultural o educatiu.
- L'educació de la gent gran necessita la creació, el desenvolupament i la institucionalització d'una metodologia adaptada a les característiques d'aquest col·lectiu, des del punt de vista cognitiu i afectiu, com també en relació amb el medi ambient en el qual estan integrats. Convé tenir present que la qüestió ambiental és determinant per a la qualitat de vida.

- L'educació de la gent gran s'ha de dur a terme evitant, d'una banda, la segregació d'aquests col·lectius, i, d'altra banda, impedit que d'aquesta educació només se'n beneficiïn els sectors més privilegiats. Cal insistir en la necessària democratització i exigència de participació interclassista en el context de la gerontologia educativa.

I, finalment, l'educació de la gent gran ha de pretendre, com a mínim, tres grans objectius:

1. Incrementar el saber i el coneixement.
2. Incrementar el saber pràctic, el saber fer, i aprendre a continuar aprenent.
3. Desenvolupar el saber ser, el desenvolupament personal, el desenvolupament solidari, el creixement continu, les relacions socials, la participació social.

En definitiva, que mai no és tard per tal que l'acció educativa es desenvolupi, perquè educar és humanitzar. Per tant, mentre l'humà, el fenomen humà de la vida conscient, existeixi, existirà el possibilisme educatiu amb totes les conseqüències que això implica. En conseqüència, l'objectiu final de la gerontologia educativa és el mateix que el de qualsevol acció educativa: saber-se relacionar amb el medi personal, el social i el natural de manera conscient, madura, participativa, autònoma, lliure i crítica.

Es tracta, tal com diuen Renée Jeanneret i Pierre Marc, en l'obra de Lemieux (1997, 52-62), d'aconseguir una gent gran més responsable, més independent, més activa, més digna, amb més iniciativa, amb més compromisos, amb més capacitat de producció en tots els sentits, amb més capacitat d'anàlisi, etc. L'educació de la gent gran pot contribuir a afavorir més cohesió i vertebració socials, un diàleg intergeneracional real, un desenvolupament personal efectiu i una inclusió social més elevada d'aquest col·lectiu que possibiliti un canvi de la societat envers aquest col·lectiu, cada vegada més important tant quantitativament com qualitativament.

## L'actitud social envers la gent gran

Un dels elements clau que han contribuït i contribueixen a desenvolupar l'educació de la gent gran és, sens dubte, la qüestió de l'actitud social d'aquest col·lectiu envers ell mateix i l'actitud social de la societat envers aquest col·lectiu de persones que, com hem dit, cada vegada té més importància quantitativa i qualitativa. Però tot això no és possible aconseguir-ho si no hi ha una actitud positiva, que és determinant en la consecució de la qualitat de vida, tant per part de la societat com de la mateixa gent gran, en relació amb el rol, les possibilitats, la independència, l'autonomia, l'autoestima, etc., d'aquest col·lectiu. No hi ha cap dubte, doncs, que el col·lectiu de gent gran es caracteritza pel fet de no reunir les condicions i característiques que es valoren en la societat actual com a base per

al reconeixement individual i social: certs cànons estètics, certes aptituds i potencialitats, la condició de no actiu, no rendir econòmicament, les àmplies demandes de serveis sanitaris, econòmics i socials, etc. Són característiques que poden generar —i, de fet, generen— un comportament negatiu envers la gent gran.

És per això que les actituds —i la manera de canviar-les— són importants en aquest col·lectiu, no solament perquè les actituds que tenim condicionen el tracte que proporcionam, sinó també perquè les actituds socials negatives influeixen negativament sobre les persones que les pateixen, i afecten la percepció de les possibilitats que té un mateix i condicionen la visió de la vida present i futura.

Convé assenyalar, a més, que quan la capacitat d'autonomia decreix o desapareix, la persona gran es converteix en una persona indefensa que necessita l'ajuda i el suport dels altres. Per tant, les situacions que es poden produir en aquesta relació necessiten el reforç d'una percepció i una conducta adequada que hi pugui donar resposta: una bona manera és mitjançant la formació de professionals.

Dins aquest àmbit, l'actitud envers la vellesa implica prendre posició davant l'edat. No cal dir que aquesta posició està molt relacionada amb la informació que tenim respecte a aquest grup social. Ara bé, la informació que tenim sobre les característiques, possibilitats i limitacions d'aquest col·lectiu no és gaire clara. En aquest camp —com en molts altres— els fets científics es confonen amb els mites, les opinions i les creences de l'opinió pública, que ja sabem que està mediatitzada pels mitjans de comunicació de massa.

La informació que rebem no sempre respon als autèntics fets. Com indiquen Rott i Oswald el 1988 (Fernández-Ballesteros et al. 1992), «hi ha prou evidència empírica —i, per tant, és de consens comú— per poder dir que, pel que fa a la vellesa i la gent gran, es mantenen creences, actituds i estereotips negatius. Així, per exemple, se suposa que quan les persones es fan grans presenten dèficits en les habilitats funcionals que fan que depenguin d'algú altre. No obstant això, hi ha dades empíriques que posen en relleu que 9 de cada 10 persones entre 60-70 anys mantenen el nivell de competència funcional i d'independència».

A més, la informació persegueix la notícia i, per tant, llevat que els professionals i tècnics que coneixen aquest camp puguin controlar el contingut de determinats missatges amb la intenció expressa d'intervenir sobre les actituds envers aquest col·lectiu, és evident que no tenen per què ser necessàriament positius si darrere no hi ha algun interès concret. (Només cal veure els anuncis que tenen com a objectiu vendre plans de jubilació per adonar-se que els ancians que els protagonitzen estan ben sans i bons.)

És per això que, com que la societat en general no disposa d'una informació científica adequada, es confonen els mites i les realitats respecte a les veritables característiques

i peculiaritats d'aquest col·lectiu. D'aquesta manera, no es fa difícil generar actituds negatives envers la gent gran. Actituds negatives que es podrien modificar si es tingués l'ocasió de contrastar-les amb la nostra pròpia experiència.

D'acord amb el plantejament de Moragas (1991), les actituds negatives formen part d'un procés que té les característiques següents:

- Ancianisme: acumulació d'opinions negatives. Reaccions negatives davant l'edat.
- Estereotip: repetició d'actituds negatives. Procés que imposa al subjecte o grup afectat una definició negativa sense una base real.
- Discriminació: els prejudicis provoquen que es tractin negativament les persones d'edat en qualssevol dels rols socials que desenvolupin.
- Gerontofòbia: l'ancianisme no combatut pot originar l'odi a l'ancianitat o la gerontofòbia.

De tot això es dedueix que tant la representació com l'avaluació i l'afrontament de la vellesa estan mediatitzats en l'individu per la pròpia percepció social. Referent a això, podem citar alguns dels resultats de l'estudi dut a terme per Reig i Ribera (1992) respecte a determinades creences, tant individuals com socials, que afecten el benestar de la gent gran; és a dir, afecten la satisfacció de viure, les alteracions psicopatològiques, els estats d'ansietat i estrès, el consum de medicaments, alcohol i tabac i, en general, l'afrontament de la situació vital. Així, per exemple, la percepció de suport social aferma creences com ara: «Els joves són més feliços que els vells»; «La majoria de persones de la meua edat són més felices que jo»; «Hi ha una edat més bona»; etc., que no són més que actituds negatives envers un mateix, desvalorització i malestar. Les creences individuals i col·lectives són l'arrel de les actituds i de les conductes manifestes.

Tal com assenyalen alguns autors, Pinillos (1992), Moragas (1991) o Fernández-Ballesteros (1992), hem de canviar els mites que impregnen la percepció de la gent gran per fets científics que permetin un acostament realista al benestar, i evitar la discriminació, i tot el que això significa, per raons d'edat en termes laborals, econòmics, mentals i sexuals, entre d'altres. Així, l'accés al tractament de la informació és un factor decisiu en la discriminació social (Conseil de l'Europe 1992). Seguint amb la reflexió d'aquests autors, aquest acostament realista passa per la utilització de criteris adequats a la realitat individual i grupal d'aquest col·lectiu, i no a la realitat d'altres col·lectius com els infants i els joves, per exemple:

- L'ancianitat no s'estableix quan l'individu deixa de produir, sinó que té a veure amb l'estat físic, amb la història personal, amb l'equilibri familiar i social, etc.

- L'ancianitat, igual que altres èpoques de la trajectòria evolutiva, té potencials propis. És per això que les demandes que efectuem han d'adequar-se a aquests potencials i no a uns altres que l'individu no posseeix, perquè en aquest cas s'estaria usant un criteri inadequat.
- L'ancianitat és una època vital amb unes peculiaritats pròpies, ni més bones ni més dolentes que les d'altres edats com la infantesa, l'adolescència o l'adulthood.

Per tant, la percepció social —factor decisiu en la discriminació social— i la imatge que els mitjans de comunicació donen d'aquest col·lectiu tenen unes conseqüències importants i significatives. Alguns estudis que tracten aquesta qüestió constaten aquest fet. Així, Pedro Vera (1999), en un estudi d'anàlisi de contingut sobre 25 anuncis publicitaris en els quals apareix gent gran, exposa el següent:

- La persona gran es fa servir per donar als productes un toc de qualitat i credibilitat respecte al que s'anuncia.
- La persona gran apareix desenvolupant funcions que li són poc habituals —com ara l'ús de noves tecnologies. Aquest fet té com a objectiu fonamental demostrar la simplificació, comoditat i facilitat de l'ús d'un instrument.
- La persona gran apareix com un home i en un context rural, vestit amb boina, armilla i bastó. Apareix un ancià lligat absolutament al passat.
- La persona gran és una dona que apareix en un context familiar. Es dedica a les feines de la llar i desconeix tots els avenços que hi ha en aquest àmbit.
- La dona apareix desenvolupant funcions de consellera de les feines de la llar, i demostra estar absolutament informada de les darreres novetats.
- La gent gran protagonitza la publicitat de productes adreçats exclusivament a aquest grup d'edat, per la qual cosa la persona gran és el subjecte agent de l'anunci.

Per tant, ens trobam davant una realitat plural, amb diferents imatges de la gent gran, però hi destaca l'escassa presència de la gent gran en els anuncis publicitaris (la seva presència és escassa en relació amb la que li correspon pel seu pes socioeconòmic), i també els pocs anuncis en els quals l'ancià és el subjecte agent al que es dirigeix l'anunci publicitari. Amb tot, Vera (1999, 242), des d'una perspectiva de futur, ens diu el següent: «Pel que fa als anuncis dirigits específicament a la gent gran, s'observa últimament, la presència de persones amb edats indefinides, s'obre el segment, rejuvenint-se d'aquesta manera l'univers de consumidors grans. Es podria dir que s'està produint una transmutació

conceptual en el propi concepte d'ancià-tercera edat-gran, que duu a incloure subjectes amb edats a partir de la cinquantena.»

En tot cas, el que queda ben manifest és que s'utilitza la imatge de la persona gran de manera instrumental per ressaltar les característiques que s'esperen d'aquest col·lectiu, tant en un sentit com en l'altre.

Així mateix, en un informe elaborat pel Servei d'Estudis de l'IMSERSO i publicat a la revista *Sesenta y más* (1999), es posa de manifest el següent:

- Les informacions aparegudes en els mitjans de comunicació en relació amb la gent gran solen ser escasses i de vegades no gaire optimistes.
- La gent gran està molt poc reflectida en les campanyes publicitàries: l'índex no sol passar d'un 10 per cent, encara que el nombre de gent gran que apareix cada vegada és més important dins el conjunt de la població.
- El suport dels mitjans de comunicació exerceix efectes positius sobre la gent gran. Eleva la moral i el sentiment de benestar, proporciona un sentit de pertinença i d'integració en l'estructura social de la comunitat.
- Mitjançant el suport dels mitjans de comunicació de massa es pot assolir que la societat ajudi la gent gran de diverses maneres, en l'àmbit emocional, en l'àmbit directe i en l'àmbit informatiu.

En tot cas, el que resulta clar i evident és que els mitjans de comunicació de massa configuren patrons i models d'home i de dona que no coincideixen amb les persones que han fet més de seixanta anys. I, per tant, és evident que la nova realitat social imposa que els mitjans de comunicació canviïn el tracte informatiu que ofereixen de la gent gran. De tot això, el que resulta evident és que els mitjans de comunicació de massa tenen una gran responsabilitat de la definició que es té sobre la gent gran i, per tant, de la percepció que la gent gran té de si mateixa.

Així doncs, si partim, d'entrada, del plantejament de Thomas i Znaniecki (1918) o d'Ajzen i Fishbein (1980) sobre les actituds —o l'enfocament de McGuire (1964) sobre la formació i el canvi d'actituds—, resulta evident que el col·lectiu de la gent gran presenta unes característiques que necessiten un treball seriós i rigorós per poder canviar les actituds socials negatives sobre aquest sector de la societat.



## L'envelliment competent, satisfactori i actiu, i la qualitat de vida

Si tenim en compte l'objectiu de la qualitat de vida, el discurs gerontològic té sentit per dues raons fonamentals. En primer lloc, perquè l'acció educativa orientada a la gent gran —a més de proveir de mètodes i tècniques que procurin coneixement i destreses en el sentit de Thornton (1992) per canviar actituds, valors o sensibilitats, o fins i tot com assenyala Cusak (2000), per obrir noves oportunitats en l'edat tardana— ha de centrar-se en el desenvolupament de lligams i de vida social. La persona gran tendeix, per circumstàncies d'edat, familiars i macrosocials, a l'aïllament, a la ruptura del lligam social —amb les conseqüències que això implica en termes de salut física i mental—, per la qual cosa un dels objectius de la gerontologia educativa ha de ser, tant evitar aquesta ruptura, com retornar la vida social als individus d'aquest col·lectiu d'edat. I en segon lloc, en relació amb el context, la gerontologia educativa ha de desenvolupar-se en un medi social no solament per assolir l'objectiu que es proposa, sinó per posar-lo en acció.

Cal tenir en compte que l'assoliment de la qualitat de vida comporta, explícitament i implícitament, el sentit de millora, d'optimització, de tot un seguit de variables que incideixen sobre l'ésser humà. Amb això, es possibilita un canvi en la percepció social de la gent gran, entesa com un col·lectiu de persones actives, però, d'altra banda, també es possibilita un canvi de percepció entre la mateixa gent gran, a fi d'assolir més autoestima i valoració personal. Per tant, l'aprenentatge al llarg de tota la vida, l'educació permanent, és i ha de ser un element bàsic en la política que cal desenvolupar en relació amb la gent gran, i s'ha d'entendre com a condició sine qua non per aconseguir una millora real de la qualitat de vida.

Tots aquests plantejaments ens duen a situar i a entendre l'envelliment des d'una perspectiva activa emmarcada en l'aprenentatge al llarg de tota la vida. Hi ha la possibilitat d'influir en la qualitat de vida personal i en l'esperança de vida des d'una perspectiva qualitativa. Efectivament, l'envelliment actiu és, en aquest sentit, un component d'aprenentatge molt important pel que fa a l'esperança de vida. Les conductes de salut són, des d'aquest punt de vista, una conseqüència de comportaments apresos, que tenen a veure amb aquest model d'envelliment i amb aquest plantejament d'educació al llarg de tota la vida. Per tant, des d'aquesta perspectiva de l'envelliment actiu i productiu, el desenvolupament de programes i serveis destinats a la gent gran no s'ha de plantejar com una despesa, sinó com una inversió. I en el desenvolupament d'aquests programes i serveis destinats a gent gran, l'educació pot desenvolupar una funció fonamental i ho ha de fer, atès que les investigacions i experiències que hi ha en relació a aquest aspecte ens demostren que és així.

De tot això, doncs, podem extreure'n una doble deducció. D'una banda, el propòsit de l'activitat educativa en l'edat tardana com a procés per millorar la qualitat de vida. Cal apostar per un estil de vida positiu, saludable i actiu, i per l'adaptació de la

gent gran a un rol socialment acceptat. Es tracta d'emfatitzar la salut i l'envelliment productiu. Tal com recull Whitnall en un treball de revisió de la gerontologia educativa (2002), la majoria de l'oferta educativa a Europa i a fora se situa dins el paradigma funcionalista i procedeix de les teories sociològiques, com la teoria de canvi de rol i la teoria de l'activitat. La teoria de canvi de rol se centra en les necessitats que té la gent gran a l'hora d'enfrontar-se a la pèrdua de rol i als ajustaments que es deriven de la jubilació. La teoria de l'activitat veu la darrera etapa de la vida com una època de creixement del potencial individual i de represa de les relacions socials per compensar totes aquestes pèrdues. De l'altra banda, la definició de la gerontologia educativa des d'una perspectiva multidisciplinària. S'entén com un coneixement del saber psicològic, biològic i social aplicat a la complexitat de l'objecte d'estudi, a la investigació i a la intervenció de l'envelliment en la maduresa, amb la finalitat de millorar la qualitat de vida de la gent gran. Qualitat de vida entesa com a benestar físic i psicològic en termes objectius i subjectius. Qualitat de vida en el sentit de Michalos (1985), entesa com la satisfacció amb la vida, que n'és un dels principals eixos.

Des de la incorporació del concepte de qualitat de vida a la comunitat científica, Alburne parla de dues etapes (Fernández-Ballesteros et al. 1997):

1. Qualitat de vida referida a aspectes objectius del nivell de vida. Conceptualització feta cap als anys seixanta o setanta, en la qual es tractava de cercar índexs objectius per avaluar la qualitat de vida en un ambient determinat.
2. Qualitat de vida en què es destaquen els aspectes subjectius del benestar i la satisfacció personal amb la vida. Va sorgir com una crítica a la primera conceptualització, atès que els aspectes objectius no tenien en compte la satisfacció.

Així doncs, en la qualitat de vida es combinen factors objectius i factors subjectius. Els factors objectius són les potencialitats intel·lectuals, físiques i emocionals que una persona fa servir en unes determinades circumstàncies que l'envolten, com ara l'estructura socioeconòmica, sociopsicològica, cultural i política. Els aspectes subjectius tenen a veure amb la satisfacció: el grau de realització de les aspiracions, la percepció de la vida, etc. D'acord amb això, podem analitzar la qualitat de vida de la gent gran des de perspectives culturals, religioses, filosòfiques, polítiques, socioeconòmiques, etc.

Tal com s'ha comentat, hi ha dues maneres diferents d'entendre la qualitat de vida i, per tant, dues aproximacions empíriques diferents. Un primer enfocament considera que la qualitat de vida es pot abordar mesurant les situacions en què objectivament es desenvolupen la vida: l'avaluació del benestar que duu a terme l'Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic (OCDE 1967 i post.) representa un exemple d'aquesta primera opció. L'enfocament objectivista es basa en la pretesa diferència entre

necessitats materials i necessitats espirituals. Així, per exemple, el desenvolupament de les anàlisis econòmiques en l'estat del benestar han tendit a prioritzar aquest enfocament. La majoria dels informes i estudis internacionals que fan servir la noció de «necessitats humanes bàsiques» s'esforcen per desenvolupar indicadors quantitius que els permetin establir quins són els nivells mínims i, a partir d'això, poder formular les seves recomanacions. Des d'aquest enfocament, l'educació forma part del conjunt de necessitats bàsiques materials, juntament amb la salut, l'habitatge i la higiene. Les necessitats no materials són el respecte als drets fonamentals com la llibertat d'expressió, la participació política i social o el dret a expressar i satisfer les pròpies necessitats. Tenen prioritat les primeres necessitats per damunt de les segones, perquè permeten fer descripcions i estudis sobre els quals establir la mesura de les necessitats.

Des del segon enfocament, de caràcter subjectivista, es planteja la necessitat de la qualitat de vida com una experiència de vida, una sensació que es té després d'haver avaluat, no solament les condicions de vida, sinó també altres elements socials i les pròpies expectatives. Per tant, centra les seves mesures en la percepció subjectiva de la qualitat de vida (Setien 1993). Els indicadors subjectius es converteixen en un complement necessari per mesurar el benestar social i la qualitat de vida, perquè aporten als criteris objectius el coneixement sobre la manera en què les persones, individualment i en grup, perceben els aspectes fonamentals del seu benestar, des de la seva pròpia experiència. Els treballs de Campbell, Converse i Rodgers (1972 i post.), com també els treballs posteriors de Michalos (1980 i seg.), representen aquest segon enfocament.

Aquestes dues perspectives queden reflectides en els diferents plans i orientacions relacionats amb la qualitat de vida i el benestar durant la vellesa. Al seu torn —tenint en compte les orientacions del document elaborat a partir del Forum for Ageing Studies, que es va celebrar a València l'any 2002—, en el «Programa de recerca sobre l'envelliment per al segle XXI», s'estableix com a prioritat núm. 6: «La qualitat de vida i l'envelliment en diferents situacions culturals, socioeconòmiques i ambientals». Per tant, s'entén que tant *qualitat de vida* com *benestar* són termes que varien depenent del context social, cultural i econòmic. Aquest mateix document inclou la qualitat de vida en el setè àmbit fonamental de recerca, les prioritats del qual són, entre d'altres, les següents:

- Els factors que marquen diferències en la qualitat de vida durant la vellesa.
- Les variacions culturals i d'altra mena pel que fa al significat de la qualitat de vida durant els darrers anys.
- La relació entre el progrés i la qualitat de vida.
- «El sentit de la vida» per a la gent gran.

Des d'aquest tipus de plantejaments, es parteix de conceptes positius de l'envelliment i del procés d'envellir. Així, per Pfeiffer, el concepte *vell* significa, entre altres coses, 'maduresa', 'creixement' i 'riquesa en anys' (Schneider 2003, 809). D'acord amb això, *envelliment* significa 'enriquir-se en característiques relacionades amb els anys de vida o de més maduresa'. Es tracta del concepte d'envelliment actiu, en el procés del qual s'optimitzen les oportunitats del benestar físic, social i mental durant tota la vida amb l'objectiu d'ampliar l'esperança de vida saludable, la productivitat i la qualitat de vida en la vellesa. És un concepte multidisciplinari que inclou variables socials, econòmiques culturals, cíviques i físiques.

L'envelliment actiu, doncs, inclou un component molt important d'aprenentatge en relació amb l'esperança de vida. Les conductes de salut, per exemple, resulten de processos d'aprenentatge. Els comportaments relacionats amb la salut són, des d'aquest punt de vista, el resultat de comportaments apresos que tenen a veure amb aprenentatges de tipus divers: la capacitat d'autodisciplina, la internalització de certs estàndards, la racionalització de la vida, la resolució de problemes, etc. Voler tenir salut també depèn d'un procés d'aprenentatge i d'una prioritat en la jerarquia de metes que permeti transformar en acció el coneixement necessari per a això en diferents àmbits. Representa un canvi en la conducta a causa d'un procés d'aprenentatge (Schneider 2003, 812).

L'aprenentatge, en les diverses formes en què es pot produir, desenvolupa un rol molt important en l'envelliment productiu, en diversos àmbits: la salut, la solució de problemes i l'afrontament de reptes vitals, la implicació i l'ajuda a altres, l'autoconeixement, la millora de les oportunitats i l'autonomia, entre d'altres. En general, el desenvolupament de programes i serveis destinats a la gent gran s'ha enfocat des d'un punt de vista de l'envelliment entès com a «pèrdua». D'aquesta manera, un declivi en la salut, les habilitats físiques i els processos cognitius —concretament en l'atenció, la memòria i les habilitats de llenguatge— és vist com la principal barrera de l'envelliment reeixit o productiu. En contrast, una visió de «guany» de l'envelliment és una meta assolible que requereix contínues oportunitats per aprendre. El desenvolupament de programes i serveis destinats a la gent gran s'ha d'enfocar com a «guany», des de la perspectiva de l'envelliment productiu.

## Avaluació de la qualitat de vida

Des de fa unes dècades, l'estudi de la qualitat de vida ha tingut un desenvolupament molt important. N'és la prova el gran nombre d'investigacions i publicacions relacionades amb aquesta temàtica que es poden trobar en diferents revistes tant espanyoles com estrangeres. Els motius per estudiar la qualitat de vida són diversos. La qualitat de vida és un objectiu primordial per a aquelles organitzacions que volen abordar les necessitats socials, tant si són organitzacions del sector sanitari, educatiu o social. Cal destacar el

desconeixement que hi ha pel que fa als models de necessitats socials i de morbiditat respecte al futur. Hi ha diverses hipòtesis fonamentals i contradictòries (Fundis 2000), però la que més ens interessa fa referència a la consideració de la millora de la situació social i de salut de les persones, que envelleixen cada vegada més, però en condicions més favorables. D'aquesta manera es pot considerar que els factors socials que han influït en aquesta situació —viure més i en un estat de salut més favorable— poden influir també en la reducció de les taxes de dependència, i retardar-la fins al darrer tram de la vida, previ a la mort. En aquest sentit, resulta pertinent argumentar en favor de polítiques educatives, culturals, sanitàries, laborals i socials que promoguin el benestar al llarg de tota la vida, i, per tant, de la prevenció, que, diguem-ho de passada, comportarà estalvi econòmic. En aquesta línia, s'ha relacionat la qualitat de vida tant amb la qualitat de la situació social i familiar —o la qualitat de les prestacions ofertes— com amb la qualitat de vida que perceben els usuaris. De fet, aquesta percepció s'ha considerat com una mesura complementària a la de produir canvis en les situacions de necessitat. Per tant, s'ha arribat a considerar gairebé tan important el fet de cobrir la necessitat o d'evitar el risc, és a dir, millorar objectivament la situació social i de salut, com el fet de percebre que es viu en condicions més favorables. És gairebé tan important la situació objectiva com la valoració subjectiva d'aquesta situació objectiva. La primera és una condició necessària per a la qualitat de vida, però no n'hi ha prou.

En les organitzacions en què no preval la productivitat econòmica —l'anàlisi de l'actuació no es fa en termes econòmics—, la qualitat de vida adquireix gran rellevància. La qualitat percebuda apareix com un important determinant de les actituds que afavoreixen l'organització, com també dels comportaments que en resulten.

Els estudis sobre qualitat de vida poden ser aprofitats per l'Administració —redefinició de les polítiques socials— i per organitzacions sense ànim de lucre —dinamització social, desenvolupament d'iniciatives de solidaritat. Aquesta importància augmenta a causa de la proliferació de demandes cada vegada més diferenciades i complexes en relació amb els serveis públics, amb més preocupació per la qualitat dels serveis que no per la quantitat. Ara, les avaluacions dels serveis, en termes de millora de la qualitat de vida, i les demandes expressades s'incorporen en el procés de provisió pública de serveis i prestacions. Si fins ara destacaven els aspectes quantitius —per exemple, quantitat de recursos econòmics disponibles, capacitat de consum—, cada vegada es tendirà a considerar més els aspectes qualitius —per exemple, disminució de factors ambientals estressants, suport per elaborar i entendre situacions de dificultat.

Abans, el fet de reconèixer que la situació social i de salut està intervinguda per la percepció es considerava un inconvenient, però cada vegada més es considera com un factor constitutiu de la realitat complexa. I aquest factor ha de captar aquesta complexitat i integrar-la en els models teòrics (anàlisi familiar, anàlisi de trajectòries, anàlisi de la

percepció i les expectatives, etc.): «La valoració social és més difícil d'objectivar i quantificar que altres aspectes de la valoració, fonamentalment a causa de la subjectivitat de les necessitats i mancances, com també de la gran influència de les marcades diferències culturals.» (Ruipérez 2000, 395-96).

Abans de parlar de la mesura de la qualitat de vida i la satisfacció, cal fer una observació sobre aquests conceptes. Tal com s'acaba de dir, no són conceptes amb un referent descriptiu clar, tampoc no són conceptes estàtics, sinó que remeten a valors culturals i a la dinàmica social. És per aquest motiu que ni tan sols no hi ha un model estandarditzat per explicar-los ni una tècnica dominant per mesurar-los.

Per aprofundir en la investigació sobre aquesta temàtica, cal estudiar models teòrics que serveixin per entendre quins són els factors determinants de la qualitat de vida, com també les conseqüències que té. En aquest sentit, els teòrics de la política social i de les necessitats assenyalen que cal un estudi més detallat de la percepció de la qualitat de vida, i la defineixen, en els models teòrics globals sobre necessitats, com una experiència de relació d'un mateix amb l'entorn que influeix en la capacitat d'autonomia.

Des dels anys setanta, el volum d'investigacions relacionades amb la percepció de la qualitat de vida ha estat molt gran —investigacions especialment centrades en la percepció de salut. En la major part d'estudis inicials es va assumir un plantejament purament descriptiu, que estudiava el posicionament de les persones entrevistades en relació amb una sèrie d'atributs que especifiquen unes variables més ben seleccionades i definides o no tant. En el marc de la psicologia, són nombrosos els treballs referits als processos de formació del benestar subjectiu. El benestar subjectiu és la valoració que un individu fa de la seva pròpia situació, és a dir, del conjunt de satisfaccions i insatisfaccions o de la qualitat de vida. L'inici de la investigació sobre la qualitat de vida des d'aquest enfocament s'atribueix a l'estudi de Campbell, Converse i Rodgers, *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations and Satisfactions* (1976). En aquest estudi es concep la qualitat de vida com un concepte vivencial i, per tant, es considera necessària la manifestació directa dels individus sobre els seus propis sentiments. A partir dels treballs d'aquests autors citats, en el marc de la psicologia són nombrosos els treballs referents als processos de formació del benestar subjectiu. Destacam, entre d'altres, les aportacions de Michalos (1980) i, especialment, en el marc de les investigacions que va fer sobre les necessitats socials, la teoria de les discrepàncies múltiples, que comentarem més endavant.

Des d'aquesta perspectiva, alguns autors es varen centrar en el paradigma de la desconfirmació a l'hora de determinar els factors explicatius de la percepció de la qualitat de vida, tant si és en contextos institucionals com si és en medis no institucionals. Segons aquest paradigma, la percepció de la qualitat està relacionada amb el grau i la direcció de les experiències de desconfirmació, i aquesta desconfirmació es relaciona amb el nivell

d'expectatives de la persona en qüestió. Així, hi ha confirmació d'expectatives quan el subjecte no ha sofert una frustració, les circumstàncies que defineixen la seva situació personal són tal com esperava o no discrepen de la percepció de «normalitat». Apareix desconfirmació negativa quan hi ha frustració o la situació és pitjor del que es podria esperar, i hi ha desconfirmació positiva quan la situació és millor del que s'observa com a situació normal. Només s'experimenta una qualitat de vida apreciable quan es produeix confirmació o desconfirmació positiva.

Les expectatives i la desconfirmació són dos fenòmens relacionats que influeixen sobre la satisfacció. Les expectatives formen un marc de referència inicial a partir de la manera en què es fan judicis comparatius: uns resultats pobres en relació amb el que s'espera se situarien per sota del punt de referència, mentre que uns resultats més bons del que s'espera se situarien per damunt d'aquest punt de referència. Aquest nivell d'expectatives pot ser vist com un *nivell d'adaptació* en el mateix sentit que el que expressa Helson (1959).

En la conceptualització de les expectatives es pot trobar certa controvèrsia i multitud de classificacions. Per exemple, Miller (Cohen, Syme 1985) assenyalava l'existència de quatre tipus d'expectatives: l'*esperat* (predicció del que ocorrerà), l'*ideal*, el *desitjable-attractiu*, i el *mínim tolerable*. No obstant això, i en termes generals, es pot dir que hi ha dos tipus d'expectatives: expectatives com a predicció del que es considera normal —tradicionalment utilitzades en els estudis descriptius—, i expectatives com a «aspiracions».

Simultàniament a tot aquest plantejament teòric, diversos autors varen començar a assenyalat que en alguns casos apareixien relacions molt fortes entre la percepció de qualitat i la satisfacció. En aquest sentit, pot defensar-se l'extensió del model teòric de les expectatives i la desconfirmació, incloent-hi la demanda i/o la necessitat d'ajuda que es pot observar en les persones entrevistades per poder entendre tota la varietat de situacions associades a la qualitat de vida (percepció, frustració, necessitat d'ajuda).

La majoria de les interpretacions fetes a partir dels resultats empírics que donaven suport a aquesta relació directa entre qualitat percebuda i satisfacció es basaven en un patró normatiu, en un estàndard normatiu sobre les necessitats. Així, la influència de la qualitat percebuda era més valorada quan tenia a veure amb necessitats clarament reconegudes —higiene, per exemple— que no en situacions més difícils d'observar —manca de comunicació, per exemple. No obstant això, els estudis que sembla que aclareixen de manera més reeixida la funció dels components subjectius en la qualitat de vida són els de Michalos (1980; 1985). Aquest autor, a la teoria de les discrepàncies múltiples, considera que la percepció de la qualitat de vida està mediatitzada per les diferències (discrepàncies) entre la realitat actual del subjecte i les realitats que pot observar en el seu context, entre la seva realitat i la realitat a la qual aspirava en el passat, entre la seva realitat i les seves necessitats.

Michalos defensa que, davant les mateixes condicions objectives de vida, les persones experimenten diferents graus de satisfacció. Per tant, la satisfacció —o la percepció subjectiva de la satisfacció— es podria considerar l'eix principal sobre el qual gira la qualitat de vida. La percepció de circumstàncies objectives està relacionada amb les expectatives i aspiracions dels subjectes. Així, condicions com l'edat, el sexe, l'educació, l'ètnia, l'autoestima o el nivell d'integració social intervenen en el grau de satisfacció i en totes les discrepàncies percebudes. El grau de satisfacció està determinat per la diferència percebuda entre el que es té i el que s'espera o es vol obtenir, és a dir, entre els assoliments i les aspiracions. Per tant, la satisfacció depèn de les diferències que, objectivament, hi ha entre les persones i també de les diferències que es perceben subjectivament. Sis criteris mediatitzen la comparació entre situació actual i situació volguda:

- Comparances socials pel que fa als altres.
- Comparances temporals pel que fa a una situació més bona del passat.
- Comparances temporals pel que fa al que s'esperava fa tres anys.
- Comparances temporals pel que fa al que s'espera per d'aquí a cinc anys.
- Comparances personals pel que fa al que un mateix es mereix.
- Comparances personals pel que fa al que un mateix necessita.

Segons això, en situacions que suposin una alta coincidència de les comparacions, la qualitat percebuda serà elevada i es valorarà positivament la situació actual, mentre que disminuirà la rellevància de les aspiracions. D'acord amb això —i si tenim en compte, de manera resumida, els aspectes comentats sobre l'avaluació de la qualitat de vida en la tercera edat—, la qualitat de vida ha d'incloure aspectes com la salut, l'estat funcional, la predicció de la incapacitat i la determinació de factors de risc, a més d'altres qüestions que valorin el benestar subjectiu o la satisfacció amb la vida, que marcaran les pautes per a un envelliment reeixit.

Un altre aspecte emmarcat en l'avaluació del procés que va ser objecte d'anàlisi és l'avaluació de la relació socioeducativa en la universitat oberta per a gent gran. L'objectiu d'aquest estudi va ser desenvolupar una comprovació de les diferents estratègies educatives a partir d'enregistraments fets en àudio. Aquest treball s'emmarca dins la gerontologia narrativa, que entén la vida com una entitat biogràfica (Randall). Es tracta d'entendre l'envelliment no solament com un procés fisiològic, biològic i social, sinó també com un procés hermenèutic, que va unit, al llarg del temps, a la manera com interpretam els esdeveniments i les circumstàncies de la nostra existència. Va unit, també, a la història que assumim quan



explicam qui som als altres i a nosaltres mateixos. D'aquestes anàlisis, i d'acord amb els resultats obtinguts, es va concloure que les estratègies que tenen més èxit són aquelles que es basen en orientacions docents que promouen el desenvolupament d'arguments.

Pel que fa a la participació social i la qualitat de vida, un altre aspecte que va ser objecte d'anàlisi és l'estudi de les relacions entre la participació de la gent gran en la societat i la percepció de la seva qualitat de vida en termes d'avaluació de la salut: la satisfacció amb la vida i la implicació en activitats socials i culturals. Dels resultats d'aquest estudi sobre qualitat de vida percebuda —orientat des de l'avaluació de la satisfacció entesa, en el sentit de Michalos (TDM), com la bretxa percebuda entre metes i assoliments—, es pot afirmar que l'alumnat avaluat presenta un marcat nivell d'activitat social i cultural, participa en activitats d'oci i manteniment físic que repercuteixen en la seva satisfacció i benestar, i, tot això, en comparació amb la població general d'aquesta edat.

## El futur de la gerontologia educativa

Així doncs, l'àmbit de la gent gran és un dels espais de la pedagogia —i, concretament, de la pedagogia social— amb més perspectives professionals, tenint en compte les característiques d'aquest sector de població. A més, tal com hem comentat, el fet que des de les administracions públiques s'estigui possibilitant la potenciació d'una política social, econòmica, sanitària i cultural sobre aquest sector, reforça aquest tipus d'intervenció.

La institucionalització, dins la universitat, de titulacions en què la qüestió gerontològica té una funció fonamental ha de potenciar l'existència de disciplines que donin resposta a les necessitats d'intervenció del col·lectiu de gent gran des de la perspectiva de programes integrals d'actuació. En aquest sentit, les matèries de gerontologia educativa i social han de tenir en compte els coneixements que la gerontologia i la geriatria estan desenvolupant, com també les diverses perspectives de l'educació social.

A més, el coneixement dels diversos programes adreçats a la gent gran que s'estan duent a terme (Castro 1990; Documentación Social 1992; Gómez 1991; Escarbajal 1991; Limón 1992; Jamielson, Illsey 1993; García 1998; March, Orte 1995a i 1995b; Orte, 1999-2001; Orte 2000; Sáez 2002; Colom, Orte 2001; Orte, Gambús 2004), ens pot proporcionar elements metodològics que facin possible la intervenció sobre aquest col·lectiu de població des de les perspectives de l'educació social.

En qualsevol cas, la definitiva institucionalització de la intervenció socioeducativa que s'adreça a la gent gran depèn de la política social i cultural que l'administració pública dugui a terme sobre aquest sector, i també de l'actitud social pel que fa a la problemàtica de la gent gran. En aquest context, la funció de les universitats de gent gran ha de ser

fonamental per possibilitar el desenvolupament d'un nou concepte i d'una nova realitat de la gent gran. Aquesta institucionalització tindrà importants efectes dins el conjunt de les diverses accions que s'adrecin a aquest col·lectiu.

A partir de tot el que hem analitzat, podem exposar les conclusions següents com a elements d'intervenció socioeducativa:

- Cal que la informació sobre les peculiaritats i característiques d'aquest col·lectiu sigui veraç i contrastada, per evitar informació estereotipada i interessada.
- És necessari que la representació numèrica d'aquest col·lectiu no es limiti a les dades sanitàries, al nombre de pensionistes o al nombre de turistes d'hivern, sinó que se'l comenci a representar en totes les dimensions que engloba.
- Cal fer un esforç important que posi de manifest el caràcter plural d'aquest col·lectiu.
- És necessari introduir, pel que fa a aquest col·lectiu, els criteris de normalització, d'integració, d'individualització, de participació i d'integració social.
- Cal fomentar els programes intergeneracionals amb el propòsit de fer possible un canvi d'actitud de la societat en relació amb la vellesa. Els intercanvis intergeneracionals són la base d'un coneixement mutu i, per tant, d'un canvi d'actituds.
- Cal aprofundir en la formació gerontològica dels diversos professionals, com ara mestres, professors, infermers, educadors, psicòlegs, etc.
- És fonamental la formació de grups d'ajuda mútua i d'autoajuda, perquè fan possible una percepció positiva, participativa i activa de la vellesa.
- Tot esforç s'ha de centrar en el desenvolupament interdisciplinari en pro de la qualitat de vida. En cas contrari, l'educació i l'educació social no tindria cap mena de sentit. S'ha de promoure, en conseqüència, un envelliment tan satisfactori com sigui possible.

En aquest context que hem exposat —i seguint l'enfocament de Rocío Fernández-Ballesteros (2000)—, la gerontologia educativa s'ha d'emmarcar dins la perspectiva de la multidisciplinarietat, entesa com l'aplicació del saber biològic, psicològic i social per tal de comprendre l'objecte d'estudi d'aquesta disciplina i investigar-lo, i per intervenir sobre el vell, la vellesa i l'envelliment, amb la finalitat de millorar les condicions de vida de la gent gran.

Una gerontologia educativa que doni lloc a una educació gerontològica com la que hem dissenyat pot propiciar un espai per a la reflexió i per a l'elaboració crítica de

projectes, plans i programes que uneixin els esforços interdisciplinaris pertinents. L'acció d'una pedagogia eminentment social, d'això no en tenim cap dubte, es reconverteix en veritable vertebració de les tasques i els esforços en pro de la consecució de la qualitat de vida de la gent gran. Amb això —i reprenem les primeres línies d'aquest article— es confirma la qualitat de vida com un espai real per a l'acció, i es reconverteix en raó que fonamenta el coneixement. És a dir, propiciam formes de coneixement viscut com a font del saber racional, abans de generar coneixement racional emergent de camps disciplinaris definits i tancats, sense tenir en compte la circumstància real de la possible aplicació que pugui tenir.

Tinguem en compte que la majoria de les definicions de gerontologia educativa de què disposam aposten en aquesta direcció. I ha estat així des que es va fer servir per primera vegada aquest terme —el 1970, en un programa de doctorat de la Universitat de Michigan que es referia a l'educació de la gent gran—, fins a les diverses definicions que s'han ofert després: com ara la primera que hi va haver, elaborada per David Peterson el 1976, en la qual se situa la gerontologia educativa com a camp d'estudi i pràctica desenvolupada dins l'educació d'adults, i la gerontologia social, entesa com «l'estudi i la pràctica dels esforços instructius i educatius per a la gent gran i en la gent gran —i també per a les persones que es fan grans»; o com la definició més actual, elaborada pel gerontòleg britànic Frank Glendenning l'any 2000, en la qual s'indica que la gerontologia educativa es refereix al potencial educatiu i d'aprenentatge de la gent gran, i inclou tots els processos i aspectes rellevants en quatre grups: gerontologia instructiva o l'estudi de la manera com la gent gran aprèn, educació d'adults grans o capacitació de la gent gran en coneixements i habilitats, gerontologia autoinstructiva o aprenentatge o l'ajuda a altres perquè aprenguin de manera autònoma, i autoaprenentatge d'adults grans per donar suport a la cura d'un mateix.

És, per tant, una doble aposta: d'una banda, la construcció d'una disciplina, la gerontologia educativa, i de l'altra, la plasmació d'aquesta disciplina mitjançant la praxi socioeducativa.

I aquest plantejament de la gerontologia educativa ha de reforçar la idea de l'educació com a transformació, com a possibilitadora de l'assoliment de l'autonomia, com a objecte i mètode d'obtenció de canvis, com a transformació de la vellesa —entesa com a període de declivi i dependència— en un període de repte i productivitat. Es tracta, doncs, de proposar l'educació de la gent gran com un factor bàsic de les polítiques de benestar social que es desenvolupen actualment. Per tant, el desenvolupament d'una política educativa específica ha de ser un dels punts fonamentals, no solament per possibilitar un període en el qual, malgrat tot, la qualitat de vida sigui un element que cal conservar, sinó perquè l'educació, tal com s'està posant de manifest, ha de poder desenvolupar una funció fonamental i ho ha de fer.

## Referències

AJZEN, I.; FISHBEIN, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Nova York: Prentice Hall.

AMÉRIGO, M. (1995). *Satisfacción residencial. Un análisis psicológico de la vivienda y su entorno*. Madrid: Alianza Universidad.

BERGNER, M. et al. (1981). «The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure». *Medical Care* 19, pàg. 787-805.

CALIFORNIA DEPARTMENT OF DEVELOPMENT SERVICES. (1999). *Analizando la calidad de vida. Calidad de vida, calidad de servicio*. Madrid: IMSERSO. (Manuales y Guías, 5).

CAMPBELL, A.; CONVERSE, P. H.; RODGERS, W. (1976). *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations and Satisfactions*. Nova York: Rusell Sage Foundation.

*Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. (1986). [Conferència internacional sobre la promoció de la salut].

CASTELLS, M. (2003). *L'era de la informació. Economia, societat i cultura. La societat xarxa*. Vol. 1. Barcelona: Editorial UOC. [Versió original en anglès: CASTELLS, M. (1996) *The Information Age: Economy, Society and Culture*. Oxford (Anglaterra) i Cambridge (Massachusetts): Blackwell Publishers.].

CASTRO, Á. de. (1990). *La tercera edad, tiempo de ocio y cultura*. Madrid: Narcea Ediciones.

CASTELLANOS, P. L. (1994). *Proyecto: Sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar*. Ginebra: OMS.

COHEN, S., SYME, L. (eds.). (1985). *Social support and health*. San Francisco: Academic Press

CHAMBÓ, V. J. (1998). *Instrumentos de psicología comunitaria. Apoyo social y marketing social*. València: Promolibro.

COLOM, A. J.; ORTE SOCIAS, C. (2001). *Gerontología educativa y social*. Palma, UIB.

CONSEIL DE L'EUROPE. (1992). *Pour une éducation socialisatrice des adultes. Rapport préparé par Gérard Bagard*. Estrasburg: Autor.

CUSACK, S. (2000). «Critical educational gerontology and the imperative to empower». *Education and Ageing* 14, núm. 1, pàg. 21-37.

DEPARTAMENT DE BENESTAR SOCIAL DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA. (1993). *Pla Integral de la Gent Gran*. 2 vol. Barcelona: Departament de Benestar Social de la Generalitat de Catalunya.

DEPARTAMENTO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL DEL GOBIERNO VASCO. (1990). *Plan Gerontológico de Euskadi*. Vitòria: Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco.

DOCUMENTACIÓN SOCIAL. (1992). *La animación de mayores*. Monogràfic núm. 86. Gener-març.

ESCARBAJAL, A. (1991). «Un campo concreto de actuación para el trabajo social: la tercera edad». *Pedagogía Social* 6, pàg. 87-102.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1992). *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*. Madrid: SG Editores, Fundación Caja Madrid.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.; RUDINGER, G. (eds.). (1999). *Aging in Europe. European Commission Directorate-General XII Science, Research and Development*. Amsterdam: IOS Press.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (dir.). (2000). *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.; ZAMARRÓN, M. D.; MACIÀ, A. (1997). *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Madrid: IMSERSO. (Documentos Técnicos, 83).

FUNDSIS. (2000). *Envejecimiento y dependencia: Futuros deseables y futuros posibles. Análisis prospectivo*. Madrid: Fundación Salud, Innovación y Sociedad-NOVARTIS.

GÁRCÍA, J. (coord.). (1998). *I Jornadas sobre personas mayores y educadores sociales*. Granada: Grupo Editorial Universitario.

GÓMEZ, A. (1991). «Intervención en la tercera edad». A.: COLOM, A. J. et al. *Modelos de intervención socioeducativa*. Madrid: Narcea Ediciones, pàg. 60-80.

GRAU, G. (1993). *Evaluación funcional multidimensional de los adultos de edad avanzada*. Sevilla: Dirección General de Coordinación, Docencia e Investigación. [Versió espanyola de l'*OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire*].

HELSON, H. (1959). «Adaptation level theory». A: KOCH, Sigmund (ed.). *Psychology: a Study of a Science*. Vol. 1. Nova York: McGraw-Hill Book Company.

IGLESIAS DE USSEL, J. (2003) «El futuro de las políticas educativas de la formación universitaria de las personas mayores» A: AA. VV. *Políticas sociales, educativas y financiación de la formación universitaria de personas mayores y su proyección social*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), pàg. 27-42.

INSTITUT CATALÀ DE NOVES PROFESSIONS. (1992). *Gerontologia*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES. (1993). *Plan gerontológico*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

JAMIESON, A.; ELLSEY, R. (1993). *Comparación de políticas europeas de atención a las personas ancianas*. Madrid: SG Editores, Fundación Caja Madrid.

LEMIEUX, A. (1997). *Los programas universitarios para mayores. Enseñanza e investigación*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO.

LIMÓN, M. R. (1992). «Características psicosociales de la tercera edad». *Pedagogía Social* 7, pàg. 167-178.

MARCH, M. X.; ORTE, C. (1995a) «Una propuesta de intervención socioeducativa de carácter territorial para la tercera edad». *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria* 12, pàg. 55-68.

MARCH, M. X.; ORTE, C. (1995b). «Planes gerontológicos, Administraciones Públicas y programas de intervención y educación social en España». *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria* 11, pàg. 109-120.

McGUIRE, W. J. (1964). «Inducing resistance to persuasion: some contemporary approaches». A: BERKOWITZ, L. (ed.). *Advances in experimental social psychology*. Vol. 1. Nova York: Academic Press.

MICHALOS, A. (1980). «Satisfaction and Happiness». *Social Indicators Research* 8, núm. 4, pàg. 385-422.

MICHALOS, A. (1985). «Multiple Discrepancies Theory (MDT)». *Social Indicators Research* 16, núm. 4, pàg. 347-413.

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. (1997). *Informe de valoración del Plan Gerontológico Estatal 1992-1997*. Madrid: Autor.

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. (1999). *Plan de Acción para las Personas Mayores 2000-2005. 5º borrador*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaria General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

MORAGAS, R. (1991). *Gerontología social*. Barcelona: Herder.

MOODY, H. (1976). «Philosophical presuppositions of education for old age». *Educational Gerontology* 1, pàg. 1-16.

NACIONES UNIDAS (2002). *Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 2002*. Autor.

ORTE, C. (2001). «Las universidades de mayores y el futuro de la universidad». A: AA. VV. *5º Encuentro Nacional de Programas Universitarios para Mayores. Hacia una universidad intergeneracional*. Puerto de la Cruz, Tenerife.

ORTE, C. (dir.). (2000). *Informe previo para la elaboración del Pla Estratègic de Persones Majors 2001-2004 de les Illes Balears*. 2 vol. Palma: IBAS. Mimeo.

ORTE, C.; MARCH, M. X. (2000). «Intervención educativa, actitud social, interculturalismo y tercera edad». A: AA. VV. *Third Age Learning International Studies (TALIS)*. Montreal.

ORTE, C.; GAMBÚS, M. (2004). *Los programas universitarios para mayores en la Construcción del Espacio Europeo de Enseñanza Superior*. Palma, UIB.

O'SHEA, E. (2003). *La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes*. Galway: Universidad Nacional de Irlanda. Comité Europeo de Cohesión Social (CECS).

*Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria* 12 i 13. (1995). [Monogràfics dedicats a la tercera edat].

PETERSON, A. D. (1980): «Who are the educational gerontologist?». *Educational Gerontology* 1, pàg. 65-77.

PINILLOS, J. L. (1992). «Realidades y mitos de la tercera edad». A: REIG, A.; RIBERA, D. *Perspectivas en gerontología y salud*. València: Promolibro.

PIÑÓN, M. (1999). *Los cambios en la red social y en la percepción de la salud durante la jubilación*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili. [Tesi doctoral].

PURDIE, N.; BOULTON-LEWIS, G. (2003). «The learning needs of older adults». *Educational Gerontology* 29, pàg. 129-149.

REIG, A.; RIBERA, D. (1992). *Perspectivas en gerontología y salud*. València: Promolibro.

RUIPÉREZ, I. (2000). «Escalas de valoración en contextos geriátricos». A: SÁEZ, J. (1997). *La tercera edad, animación sociocultural*. Madrid: Dykinson, pàg. 383-399.

SÁEZ, J. (2002). *Pedagogía Social y programas intergeneracionales: Educación de personas mayores*. Màlaga: Aljibe.

SÁNCHEZ, P. (1999). «La imagen del mayor en los spots publicitarios de televisión». *Revista Multidisciplinar de Gerontología* 9, pàg. 233-242.

SARASON, I. G.; SARASON, R. B.; PIERCE, G. R. (1992). «Three contexts of social support». A: VEIEL; BAUMANN, U. *The meaning and measurement of social support*. Nova York: Hemisphere.

SETIÉN, M. L. (1993). *Indicadores sociales de calidad de vida*. Madrid: CIS.

SCHNEIDER, K. (2003). «The significance of learning for aging». *Educational Gerontology* 29, pàg. 809-823.

SCHROOTS; JOHANNES, J. F.; FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.; RUDINGER, G. (1999). *Aging in Europe*. Amsterdam: IOS Press.

SERVICIO DE ESTUDIOS DEL IMSERSO. (1999). «Los mayores en los medios de comunicación. Actitudes informativas en prensa, radio, TV y campañas publicitarias». *Sesenta y más* 9, pàg. 31-37.

SWINDELL, R. (2000). «A USA without walls: using the Internet to reach out to isolates older people». *Education and Ageing* 15, núm. 2, pàg. 251-263.

THORNTON, J. E. (1992). «Educational gerontology in Canada». *Educational Gerontology* 18, pàg. 415-431.

SHANAS, E. (1979). «The family as a social support system in a old age». *The Gerontologist* 19, pàg. 169-174.



THOMAS, W. I.; ZNANIECKI, F. (1918). *The polish peasant in Europe and America*. Vol 1. Chicago: University Press.

VELLAS, P. (1997). «Genesis and aims of the universities of the third age». *European Network Bulletin* 1, pàg. 9-12.

WITHNALL, A. (2002). «Three decades of educational gerontology: achievements and challenges». *Education and Ageing* 17, núm. 1, pàg. 87-102.

## Autors

### CARMEN ORTE SOCIAS

Santander (Cantàbria). Llicenciada en Psicologia i doctora en Ciències de l'Educació. Catedràtica d'universitat de Pedagogia de la Inadaptació Social del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. Està especialitzada en temes d'inadaptació social, en els quals desenvolupa la seva tasca docent i d'investigació des de l'any 1987. Ha dirigit i dirigeix projectes de R+D i altres projectes de tipus educativosocial sobre els quals ha realitzat diverses publicacions a nivell nacional i internacional. En aquest moment és investigadora principal en diverses investigacions competitives sobre la prevenció del consum de drogues i l'educació per a la competència familiar, del Ministeri d'Educació i Ciència, el Ministeri de Sanitat i Consum i la Direcció General de R+D+I del Govern de les Illes Balears. És consellera del Consell Econòmic i Social de les Illes Balears. És la directora de la Universitat Oberta per a Majors de la UIB i de l'Oficina per a Programes Universitaris de la UOM. És la directora de la Càtedra de Gerontologia Educativa i Social de la UIB.

### MARTÍ X. MARCH I CERDÀ

Pollença (Mallorca) 1954. Llicenciat i doctor en Ciències de l'Educació per la Universitat de Barcelona. Catedràtic d'universitat de Sociologia de l'Educació i Pedagogia Social de la UIB. Està especialitzat en avaluació de programes educatius i socials, estudis sociològics de l'educació i en pedagogia social en els seus diversos àmbits, sobre els quals té diverses publicacions, comunicacions i ponències a congressos, etc. És professor de Gerontologia Educativa i Social. Ha estat director del Departament de Ciències de l'Educació de la UIB durant diversos anys, director del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques i director general d'Universitat del Govern de les Illes Balears (1999-2003). Actualment és vicerector primer, de Planificació i Coordinació Universitària, de la UIB; també exerceix actualment la vicepresidència de la Societat Iberoamericana de Pedagogia Social.

**EDUCACIÓ I PERSONES GRANS:  
EVOLUCIÓ I CARACTERÍSTIQUES DE  
L'ALUMNAT DE LA UOM (1998-2008)**

---

## Educació i persones grans: evolució i característiques de l'alumnat de la UOM (1998-2008)

Carmen Orte Socias  
Liberto Macías González  
Margalida Vives Barceló

*Per a un any, sembrau cereals.  
Per a una dècada, plantau arbres.  
Per a tota la vida, educau i formau la gent.  
(Proverbi xinès)*

---

## Resum

Aquest article pretén donar una visió global de l'actual situació de l'educació d'adults, amb especial referència a l'educació de persones grans, i oferir-ne una panoràmica internacional, nacional i, finalment, autonòmica. En primer lloc i a grans trets, descrivim la situació general de l'envelliment. En l'apartat segon, abordam l'educació permanent, l'aprenentatge al llarg de tota la vida i la rellevància que ha anat adquirint fins a l'actualitat. Seguidament, fem un recorregut pels programes universitaris per a majors (PUM), des de l'inici fins al moment actual, i ens centram en el PUM de la Universitat de les Illes Balears, el qual, després de deu anys de funcionament (des del curs acadèmic 1998-1999), ha anat adaptant-se a les necessitats del col·lectiu de persones grans i de la Universitat mateixa. En l'apartat següent, abordam el tema de les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) com a eina de comunicació i contribució en la millora de la qualitat de vida de les persones grans. Finalment, posam l'accent en la qualitat de vida de les persones grans i en alguns dels canvis experimentats per aquestes persones després d'haver participat en un dels programes de la Universitat Oberta per a Majors de la UIB.

## Resumen

Este artículo pretende dar una visión global de la actual situación de la educación de adultos, con especial referencia a la educación de personas mayores, ofreciendo una panorámica a nivel internacional, nacional y finalmente autonómico. En primer lugar y a grandes rasgos, describimos la situación general del envejecimiento. En el apartado segundo abordamos la educación permanente y el aprendizaje a lo largo de toda la vida y la relevancia que ha ido adquiriendo hasta la actualidad. Seguidamente hacemos un recorrido por los programas universitarios para mayores (PUM), desde su inicio hasta el momento actual, centrándonos en el PUM de la Universitat de les Illes Balears, el cual después de diez años de funcionamiento, desde el curso académico 1998-1999, ha ido adaptándose a las necesidades del colectivo de personas mayores y de la misma Universitat. En el apartado siguiente abordamos el tema de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) como herramienta de comunicación y contribución en la mejora de la calidad de vida de las personas mayores. Finalmente ponemos el acento en la calidad de vida de los mayores y en algunos de los cambios experimentados por estas personas después de haber participado en uno de los programas de la Universitat Oberta per a Majors de la UIB.

---

## 1. Introducció

L'envelliment de la població és un dels fenòmens més destacables en totes les societats desenvolupades del món. Aquest envelliment progressiu, que té un caràcter internacional, és degut no solament a l'augment de l'esperança de vida, sinó també al descens de la natalitat. El món investigador es fa ressò d'aquesta situació i cada vegada són més els estudis que evidencien la rellevància social del col·lectiu de les persones grans. Això comporta també que un dels nous objectius dels investigadors de l'àmbit de les ciències socials i de l'educació hagi estat la realització d'estudis que ens permetin conèixer les variables rellevants per a la millora de la qualitat de vida de les persones grans, així com observar-ne l'evolució i facilitar les adaptacions necessàries davant els nous canvis culturals i socioeconòmics.

Com a complement de l'augment de l'esperança de vida i el descens de la natalitat, hem d'incloure la jubilació de la generació del *baby-boom*, que ha produït grans diferències en la grandària dels grups d'edat. Hem de tenir en compte també els moviments migratoris com a variables que afecten directament el procés de l'envelliment global de la població. Així doncs, l'envelliment es convertirà (si no ho és ja) en una tendència cada vegada més universalitzada, tot i que existeixen encara diferències en termes de moment i velocitat del canvi demogràfic, dels contextos socials i econòmics i de la percepció dels desafiaments que aquest envelliment comporta, com ja queda recollit en la majoria de documents de referència d'anàlisi d'aquest col·lectiu a la Unió Europea, als quals fem referència en aquest apartat.<sup>1</sup>

Com queda recollit en el mateix document, entre els països desenvolupats, Europa i el Japó experimentaran les tendències d'envelliment més pronunciades fins al 2050; el percentatge corresponent al grup de persones més grans de seixanta anys serà d'un 37% aproximadament a Europa i fins i tot més elevat al Japó, comparat amb solament el 27% a Amèrica del Nord, on el creixement de la població seguirà sent relativament fort. En el grup de persones més grans de seixanta anys també es produirà un significatiu augment del nombre de «molt ancians», és a dir, de persones de vuitanta anys o més. Mentre que actualment les persones molt ancianes representen el 3% de la població europea, el 2050, en onze dels antics quinze estats membres, almenys un 10% de la població tindrà vuitanta anys o més. Les diferències entre homes i dones amb relació a l'envelliment són considerables. A Europa, l'esperança de vida de les dones és actualment sis anys més alta que la dels homes. En el grup de persones de seixanta anys o més, hi ha un 50% més de dones que d'homes. Més d'un 70% de les persones de més de setanta-cinc anys que viuen soles són dones.

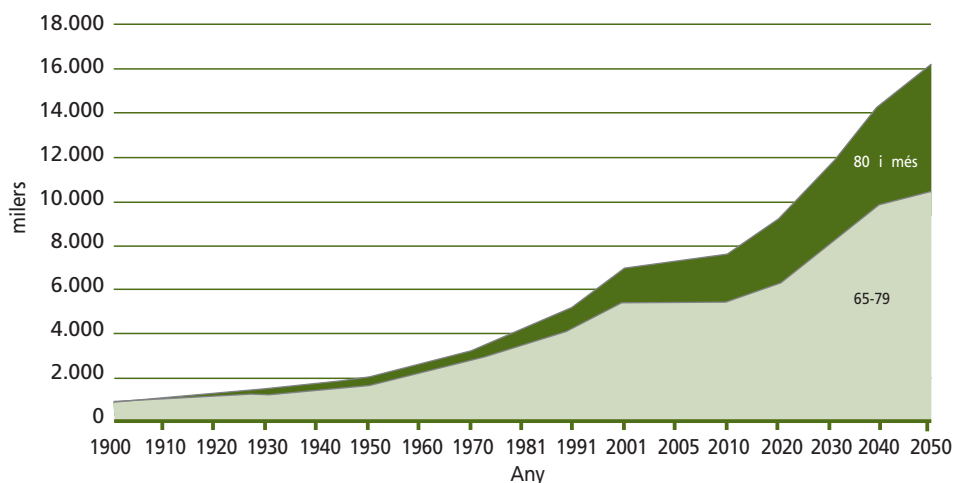
<sup>1</sup> [http://ec.europa.eu/health/ph\\_information/dissemination/diseases/age\\_es.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/diseases/age_es.htm).

Tal com expliquen Carone i Costelo (2006), economistes de la Direcció General d'Assumptes Econòmics i Financers de la Comissió Europea, si fem referència a les persones grans a Europa, l'envelliment de la població es deu a quatre factors demogràfics:

- Primer, a tota la UE les taxes de fecunditat són (i seguiran sent, segons les previsions) més baixes que la taxa de reemplaçament natural de la població.
- Segon, la recent baixa taxa de fecunditat, després de l'explosió demogràfica de postguerra i la imminent jubilació d'aquesta generació, augmentarà la taxa de dependència durant diverses dècades.
- Tercer, l'esperança de vida en el moment de néixer s'ha incrementat en vuit anys des de 1960 i es preveu que per a 2050 augmentarà en sis anys més per als homes i cinc per a les dones, sobretot per la longevitat més gran.
- Quart, es preveu que fins a 2050 la immigració neta serà ingent però, si bé ascendirà a gairebé quaranta milions de persones, no bastarà per compensar la baixa fecunditat i la creixent esperança de vida. En efecte, segons previsions oficials, entre 2004 i 2050 la població de seixanta anys o més s'incrementarà en 58 milions (77%) i el segment de població de creixement més veloç serà el de més edat (80+) (Carone i Costelo 2006).

A Espanya, segons dades de l'Institut Nacional d'Estadística recollides a l'informe *Las personas mayores en España* (IMSERSO 2006), l'1 de gener de 2005 les persones de seixanta-cinc anys o més comptabilitzaven un 16,6% del total de la població (7.332.267 persones). La projecció realitzada per l'INE comptabilitza que l'any 2050 hi haurà a Espanya 16.387.874 persones d'aquesta franja d'edat, dades que corresponen al 30,8% de la població total. Segons les previsions realitzades per Nacions Unides, l'any 2050 Espanya serà el tercer país més vell del món, amb un 34,1% de població gran. Aquesta dada ha canviat respecte de les estimacions realitzades el 2004, quan es calculava que el 2050 Espanya seria el país més vell (IMSERSO 2004).

En el cas concret de les Illes Balears, les persones grans representen el 13,7% del total de la població balear. Com indiquen les dades de l'INE (2005) de l'esmentat informe de l'IMSERSO (2006), no es tracta d'una de les comunitats autònomes amb la proporció més alta de població gran, encara que els percentatges són molt similars i ajustats en la majoria de les comunitats autònomes. (Fernández [et al.] 2008).

**Gràfic 1 | Evolució de la Població Gran 1900-2050**

\* De 1900 a 2005 les dades són reals; de 2010 a 2050 es tracta de previsions des de 1970, població de dret.  
 Font: 1900-1991: INE: INEBASE: Cifras de población. Población según sexo y edad desde 1900 hasta 1991. . INE, consulta el juny de 2006.  
 2001-2005: INE: INEBASE: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2001 y 2005. . INE, consulta el juny de 2006.  
 2010-2050: INE: INEBASE: Proyecciones de la población calculadas a partir del Censo de Población de 2001. Escenario 1. INE, consulta el juny de 2006.

## 2. Educació i aprenentatge al llarg de tota la vida

L'augment de l'esperança de vida de la població, l'augment progressiu de l'envelliment demogràfic i la situació social, cultural i econòmica de la població gran han fet que d'una manera contínua s'observàs, sobretot en els països més desenvolupats, un interès per la difusió de la cultura i la formació cap a les persones grans. S'està generalitzant l'obertura de la majoria d'institucions, fins i tot les universitats, a aquest col·lectiu i s'està apostant per desenvolupar propostes formatives per al grup de població a partir de cinquanta-cinc anys. Des de la creació de la primera oferta educativa, l'any 1973, a Tolosa de Llenguadoc, fins a l'actualitat, s'han elaborat diferents propostes i models de programes dirigits al col·lectiu de persones grans amb una finalitat d'educació permanent i de millora de la salut física, mental i social i de la qualitat de vida en general de les persones grans.

Com hem comentat anteriorment, el procés d'envelliment és un fenomen ja característic en la nostra societat i aquest fet progressiu que s'està produint fa que es modifiquin estructures que fins al moment s'havien mantingut amb una determinada rigidesa. L'educació, fins fa un període de temps molt curt, estava només dirigida a un grup determinat d'edat; superada aquesta edat, la persona no podia seguir formant-se o simplement augmentar



els seus coneixements. Aquesta situació ha canviat i, segons Orte i March (2006), un dels fets més significatius que caracteritzen la realitat social dels països més desenvolupats és el procés de generalització de l'educació a tots els sectors socials. Compartim la idea dels autors (Orte i March 2007) quan afirmen l'existència d'una democratització de l'educació, que ha arribat a tots els sectors de la societat i que ha fet possible la idea de l'aprenentatge al llarg de tota la vida, de l'educació permanent que afecta tots els grups de persones, independentment de l'edat o d'altres circumstàncies personals.

Com indica March (2008), un dels grans reptes als quals s'ha enfrontat el sistema educatiu, des de la seva institucionalització legal i la consolidació del dret a l'educació per a tots els ciutadans, ha estat la consecució real de la democratització educativa i el fet de fer possible la igualtat d'oportunitats per al conjunt de la població.

No hem de justificar ara la conveniència que els adults més grans accedeixin a l'educació, perquè aquesta és ara un dret i no alguna cosa gracioble. La UNESCO es comença a preocupar de l'envelliment al voltant del 1958, però és el 1974 quan a la seva XVIII Conferència general fa referència a la unió d'envelliment i educació, i dota aquesta de contingut i pressupost específic. Continuant dins l'àmbit internacional, hem de fer referència a la V Conferència internacional sobre educació de persones adultes, organitzada per la UNESCO, que va tenir lloc a Hamburg el juliol de 1997. Dins els temes abordats, ja figurava l'aprenentatge de les persones grans, amb dues propostes: a) assegurar a les persones grans l'accés a l'educació i a la formació i b) organitzar activitats que il·lustrin la manera en què l'educació d'adults pot reforçar el paper de les persones grans en la construcció de les societats actuals (Orte i March 2007).

En aquesta V Conferència internacional sobre l'educació de persones adultes, celebrada a Hamburg, es va definir l'educació d'adults d'aquesta manera: «un conjunt de processos d'aprenentatge, formal o no, gràcies al qual les persones, l'entorn social de les quals considera adults desenvolupen les seves capacitats, enriqueixen els seus coneixements i milloren les seves competències tècniques o professionals o les reorienten, a fi d'atendre les seves pròpies necessitats i les de la societat. L'educació d'adults comprèn l'educació formal i la permanent, l'educació no formal i tota la gamma d'oportunitats d'educació informal i ocasional existents en una societat educativa multicultural, en la qual es reconeixen els enfocaments teòrics i els basats en la pràctica». Com podem observar, en la Declaració d'Hamburg (1997) es varen posar les bases perquè l'educació permanent o l'aprenentatge al llarg de la vida sigui tota una realitat. En la mateixa Declaració d'Hamburg es va examinar l'educació d'adults entorn a deu temes d'importància significativa; aquests són els deu àmbits que es varen ressaltar com a rellevants:

1. Educació d'adults i democràcia: el desafiament del segle XXI.
2. Millorar les condicions i la qualitat de l'educació d'adults.
3. Garantir el dret universal a l'alfabetització i l'ensenyament bàsic.

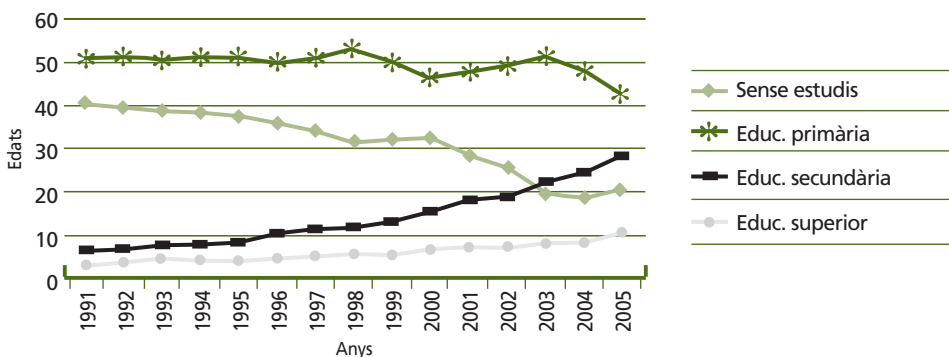
4. Educació d'adults, igualtat i equitat en les relacions entre home i dona i autonomia més gran de la dona.
5. L'educació d'adults i el canviant món del treball.
6. L'educació d'adults amb relació al medi ambient, la salut i la població.
7. Educació d'adults, cultura, mitjans de comunicació i noves tecnologies de la informació.
8. L'educació per a tots els adults: els drets i aspiracions dels diferents grups.
9. Els aspectes econòmics de l'educació d'adults.
10. Enfortiment de la cooperació i la solidaritat internacional.

(V Conferència internacional d'educació de les persones adultes, 1997).

És evident que els programes universitaris per a persones grans han d'analitzar-se no solament com a indicador de canvi de les universitats i del procés d'envelliment i de disminució de la població universitària clàssica correlatiu al procés de l'envelliment de la població, sinó com un indicador del desenvolupament de les funcions culturals de la Universitat, com a desenvolupament de la seva tercera funció i com una de les manifestacions més significatives de la societat del coneixement (Orte i March 2006).

Tinguem en compte, a més, que la Universitat pot contribuir a elevar el nivell educatiu de la població, especialment en un grup d'edat que ha tingut menys oportunitats per accedir a l'educació. Respecte d'això, i segons les dades de l'Institut Nacional d'Estadística (INE 2006), des de l'any 1991 fins a l'any 2005 i per al tram d'edat comprès entre cinquanta-cinc i seixanta-quatre anys, podem observar que encara hi ha un important percentatge de població d'aquest grup d'edat sense estudis, tot i que aquest va decreixent al llarg d'aquest temps i el nombre de persones amb estudis secundaris i superiors va augmentant progressivament en el mateix període.

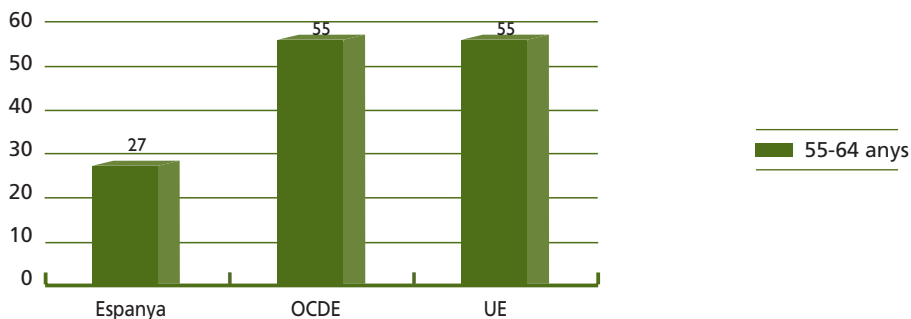
**Gràfic 2** | *Nivell educatiu de persones de 55 a 64 anys*



Font: INE. Enquesta de població activa i elaboració pròpia

De tota manera, i des d'una perspectiva europea, segons les dades de l'OCDE (2008), també podem observar que l'evolució experimentada en els estudis secundaris ha estat molt positiva en general i en la comparació dels percentatges per grups d'edat. Per una part, al 2006 el 27% dels ciutadans espanyols entre cinquanta-cinc i seixanta-quatre anys tenen una titulació d'educació secundària, enfront del 55% de la mitjana de l'OCDE i la UE. Per una altra part, pel que fa al grup d'edat de vint-i-cinc a trenta-quatre anys, el percentatge de persones amb estudis secundaris és del 64% i millora en 37 punts respecte del grup anterior. Pel que fa als estudis superiors, i prenent com a referència un tram d'edat més ampli —el grup de persones entre vint-i-cinc i seixanta-quatre anys—, el percentatge d'espanyols que ha completat estudis superiors està per sobre de les mitjanes de l'OCDE i de la UE. Això és així, fonamentalment, perquè entre el grup d'espanyols de cinquanta-cinc a seixanta-quatre anys únicament un 15% va tenir el 2006 un títol en educació terciària, en contraposició al 19% de l'OCDE i el 18% de la UE. No obstant això, la situació entre el grup d'edat de vint-i-cinc a trenta-quatre anys és diferent, de manera que un 39% d'espanyols d'aquest grup d'edat va obtenir un títol en ensenyaments superiors, percentatge superior a la mitjana de l'OCDE (33%) i de la UE (30%) i també superior al dels països europeus considerats en l'informe esmentat.

**Gràfic 3** | *Nivell d'estudis secundaris. 2006*



**Taula 1.** | *Percentatges*

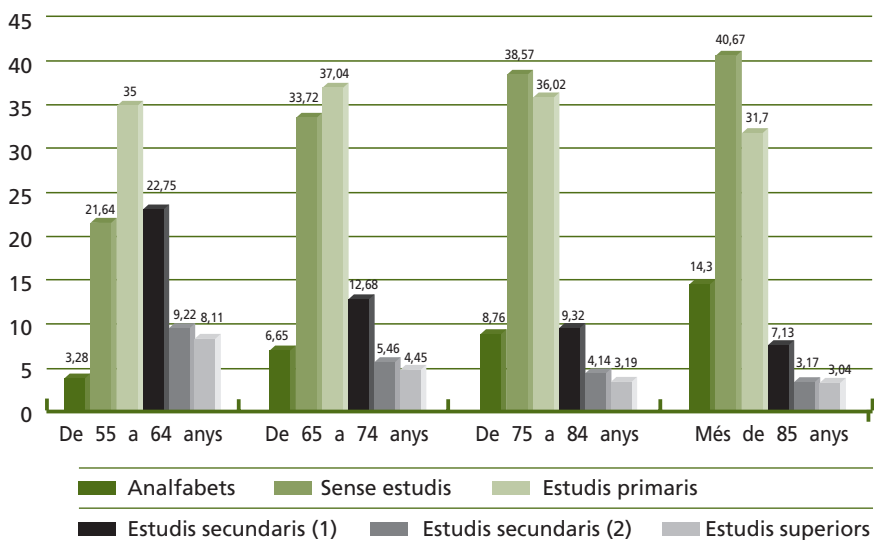
	De 55 a 64 anys
Espanya	27
OCDE	55
UE	55
França	52
Grècia	34
Itàlia	32
Portugal	12
Alemanya	79

De 55 a 64 anys	
Països Baixos	60
Finlàndia	63
Suècia	73
Estats Units	87
Regne Unit	61
Brasil	11
Xile	32

Font: Informe espanyol OCDE (2008)

Tal com s'ha comentat, la distribució de la població espanyola per grups d'edat i nivells d'instrucció formal segueix mostrant el desfasament de les persones grans en aquest aspecte. Segons l'Enquesta de població activa (EPA 2001), un 7,6% dels espanyols de seixanta-cinc anys o més són analfabets. En termes absoluts, aquest percentatge es tradueix en més de mig milió de persones. A més, un 32,4% no ha completat els estudis primaris; solament un 11,4% té estudis secundaris i un 6,6%, estudis superiors. Així mateix, persisteixen importants diferències de sexe; la taxa d'analfabetisme de les dones (9,8%) duplica la dels homes (4,7%) i solament el 4,5% de les dones tenen estudis superiors, enfront del 7% dels homes. (IMSERSO 2006).

**Gràfic 4** | *Nivell d'estudis (2001)*



Nota: els intervals per edats els proporciona ja definits l'INE

(1) Batxillerat elemental, EGB o ESO

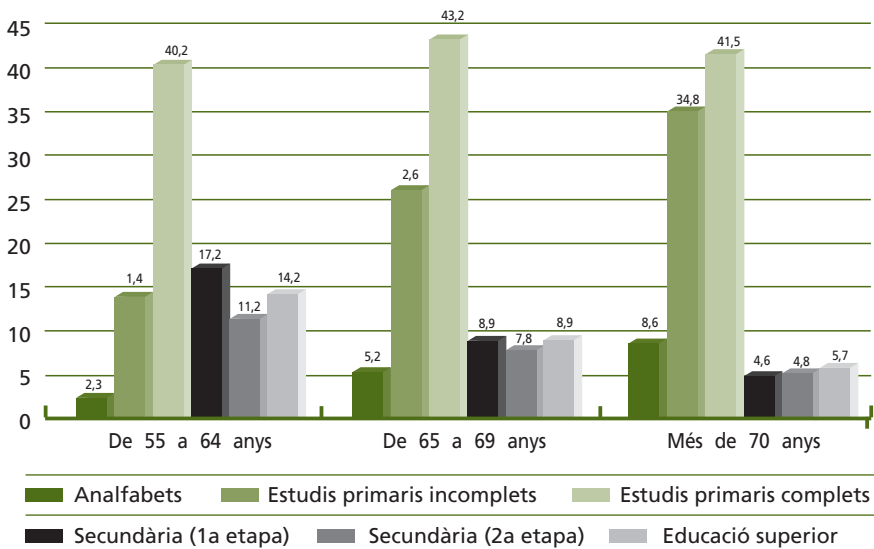
(2) Batxillerat superior, batxillerat, FP

Font: INE, cens 2001 i elaboració pròpia

Com queda clar en la gràfica anterior, el percentatge d'analfabetisme és més elevat en la població gran. A mesura que avançam en el tram d'edat de cinquanta-cinc a seixanta-quatre anys al grup de més de vuitanta-cinc anys, el percentatge d'analfabetisme varia, respectivament, entre un 3,28% i un 14,3%, igual que succeeix amb les persones sense estudis, 21,64% al grup entre cinquanta-cinc i seixanta-quatre anys i 40,67% al grup de més de vuitanta-cinc anys. En el cas de tenir alguns estudis, el percentatge va decreixent amb l'augment de l'edat, però en un percentatge molt petit, a mesura que augmenten els estudis aconseguits i l'edat de la població analitzada.

Comparant la gràfica anterior, de l'any 2001, amb la següent, que correspon a les dades de l'any 2006, podem observar que els percentatges són molt semblants, encara que hagin passat cinc anys. De fet, i com es pot observar en les dues gràfiques, la distribució per edats és diferent en cadascun dels casos, però encara així els resultats són molt semblants.

**Gràfic 5 | Nivell d'estudis (2006)**



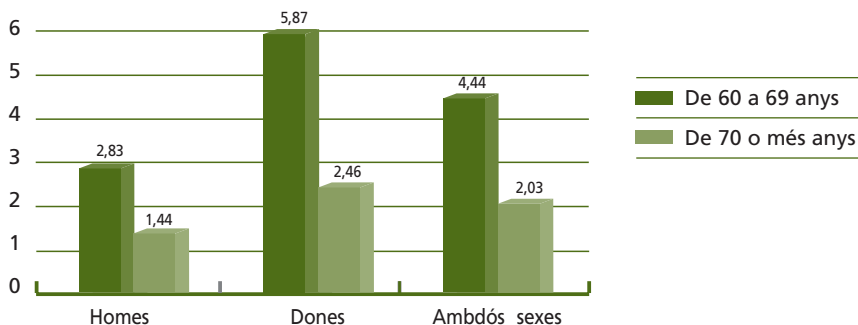
Font: INE, primer trimestre de 2006 i elaboració pròpia

És possible que en els pròxims anys el nivell educatiu dels qui són ara grans i el dels que ho seran d'aquí a uns quinze anys evolucioni de manera lenta, encara que el tram d'edat dels que tenen més de cinquanta-cinc anys es troba ara en un moment en què les oportunitats educatives són més bones que en el passat.

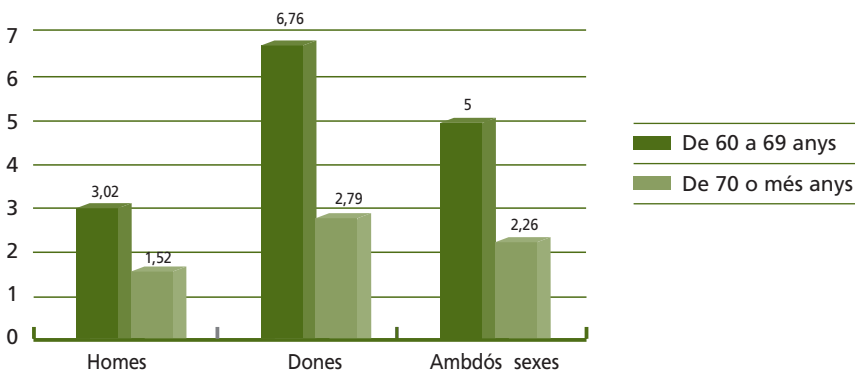
Com podem observar en les dues gràfiques següents, és el grup de dones el que mostra un percentatge més alt d'estudis reglats i no reglats. En el grup d'edat de seixanta a seixanta-

nou anys, les dones superen gairebé en el doble els homes en els dos tipus d'estudis; en el cas del grup d'edat de més de setanta anys, també aquest percentatge és superior, encara que una mica menys que en l'anterior grup.

**Gràfic 6** | *Total cursen estudis no reglats*



**Gràfic 7** | *Total cursen estudis reglats*

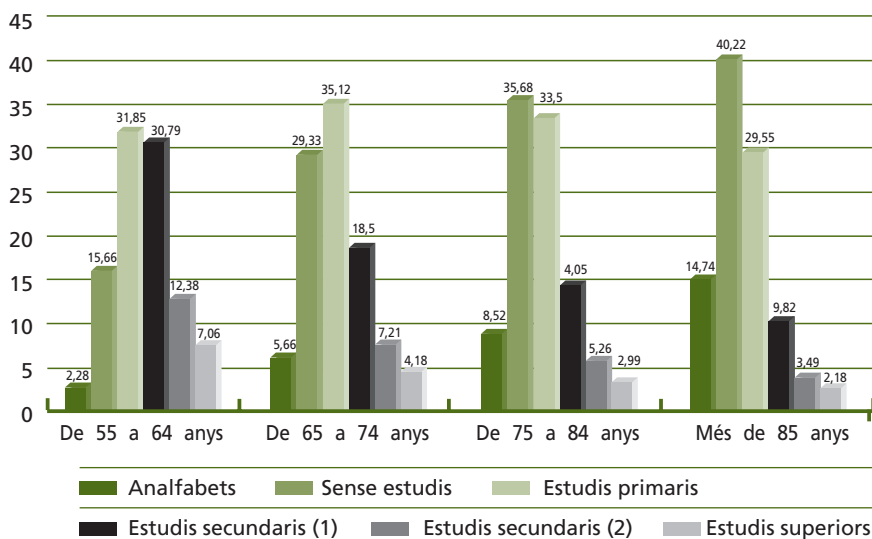


Font: INE, resultats detallats primer trimestre de 2006 i elaboració pròpia

Pel que fa a aquestes dades i segons l'Enquesta de població activa (EPA) corresponent al quart trimestre de 2005, a Espanya hi havia unes 323.000 persones de seixanta anys o més que realitzaven algun tipus d'estudis; la majoria, estudis no reglats i de difícil classificació, segons els criteris de l'INE. Són, sobretot, les persones grans més joves, tot i que hi ha unes 117.000 persones de setanta anys o més que participen en activitats formatives; a més, el predomini de les dones és indiscutible: aproximadament set de cada deu estudiants de seixanta anys o més són dones (IMSERO 2006).

A les Illes Balears, els valors són molt similars, encara que una mica superiors a la mitjana espanyola, com es pot veure al gràfic següent.

**Gràfic 8 | Nivell d'estudis. Illes Balears**



Nota: els intervals per edats els proporciona ja definits l'INE

(3) Batxillerat elemental, EGB o ESO

(4) Batxillerat superior, batxillerat, FP

Font: INE, cens 2001 i elaboració pròpia

L'educació permanent és avui en dia una realitat, un dret i una necessitat, sobretot si tenim en compte que, com assenyalen Orte i March (2006), la vellesa és ja una nova realitat sociològica que necessita polítiques específiques, en les quals l'educació ha de tenir un paper cada vegada més important.

### 3. Els programes universitaris per a persones majors (PUM): una proposta d'envelliment actiu

Com assenjala Orte [et al.] (2006), el moviment de les denominades universitats de la tercera edat (*Universités du Troisième Age, U3A*) va començar a França el 1972, quan Pierre Vellas, professor d'Economia Política de la Universitat de Tolosa de Llenguadoc, va dur a terme una escola d'estiu per a persones jubilades, amb un programa de conferències, concerts, visites guiades i altres activitats culturals. Vellas pretenia repetir aquesta experiència l'estiu següent però, a causa de l'èxit aconseguit en aquesta experiència, es va imposar l'interès

dels estudiants a dissenyar un programa de cursos impartits per professorat universitari al campus, el curs acadèmic següent. Vellas va veure una oportunitat per dur a terme una investigació en aspectes sociomèdics de l'envelliment i per implicar els estudiants més grans en aquest procés (Philibert 1984, a Williamson 1995).

L'any 1976, el professor Pierre Vellas va crear l'Associació Internacional d'Universitats de la Tercera Edat (AIUTA), amb els objectius següents:

1. Promoure els intercanvis d'experiències entre els alumnes de les universitats de la tercera edat (UTE), en concret, amb motiu dels congressos científics de caràcter internacional que se celebren cada dos anys.
2. Suscitar la creació de noves universitats de la tercera edat en els cinc continents, amb la finalitat de donar a conèixer els objectius i la filosofia de la Universitat.
3. Aspirar a ser reconeguda cada vegada més com a interlocutora representativa de les UTE en els grans debats sobre la problemàtica de l'envelliment.
4. Participar en la tasca d'investigació realitzada en el camp de l'envelliment de les persones i de la societat.

A Espanya, seguint el model del professor Pierre Vellas, es posen en funcionament, l'any 1978, les anomenades aules de la tercera edat, perquè el Ministeri d'Educació espanyol no va permetre denominar universitats aquests centres, si bé, atesa l'acceptació social d'aquests, el 1980 el Ministeri de Cultura va regular les aules de la tercera edat com una xarxa de centres coordinats per aquest ministeri. D'altra banda, és en aquesta mateixa dècada quan es recuperen a Espanya les universitats populars creades a principi del segle XX i que es varen tancar després de la Segona República. Aquests centres realitzaven una àmplia gamma d'activitats orientades a la formació permanent i a l'animació sociocultural dels adults i sovint depenien de les corporacions locals. L'any 1982 comencen a funcionar les aules de formació per a la gent gran de Catalunya (AFOPA), que desenvolupen programes educatius, prioritàriament conferències, sota la tutela de diferents universitats catalanes.

A principis de la dècada dels noranta, s'inicia a Espanya una nova proposta: obrir la universitat a les persones grans, sense crear centres diferents com les universitats populars o les aules de la tercera edat. Es tracta de projectes educativoculturals dirigits a la població gran, sota l'auspici de la Universitat i el suport d'institucions nacionals i autonòmiques de tipus social i, en alguns casos, com per exemple a les Balears, de tipus educatiu (Orte [et al.] 2006). No es tracta d'universitats de majors o de la tercera edat, sinó de programes, cursos, etc., reconeguts oficialment, que ofereixen les universitats públiques i privades. La denominació de programes universitaris per a persones majors s'ha consensuat pels representants d'aquests programes i s'ha respectat la proposta del Ministeri que només es denominin universitats els centres reconeguts com a tals. Aquests programes s'inicien de



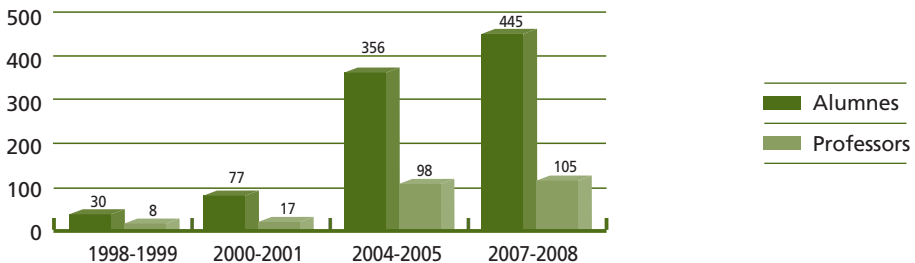
manera sistematitzada a partir del curs acadèmic 1993-1994 i el mes de novembre de l'any 1996, a Granada, s'organitza la primera trobada de programes universitaris per a majors (Orte [et al.] 2002).

Des de llavors, el nombre d'universitats espanyoles que ofereixen programes universitaris per a aquest col·lectiu s'ha ampliat, igual que el nombre d'alumnes interessats a cursar aquests estudis de tipus educatiu i cultural. També les trobades nacionals d'aquests programes s'han mantingut al llarg de més d'una dècada.

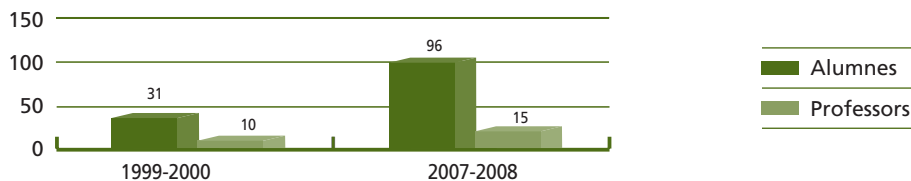
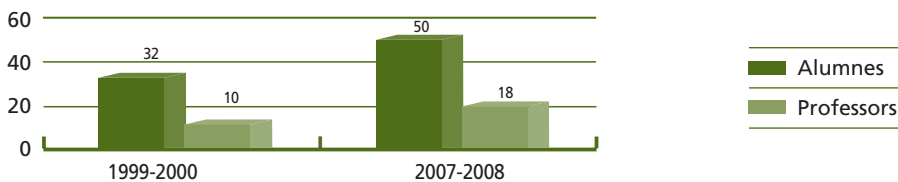
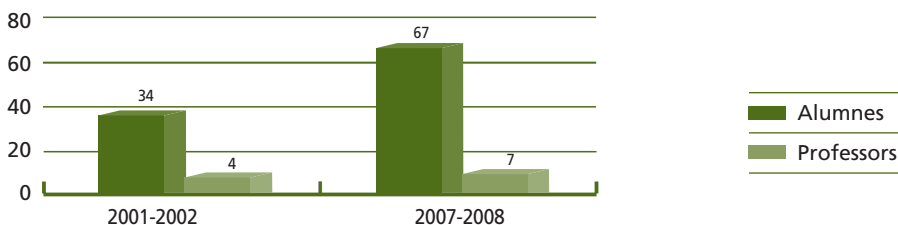
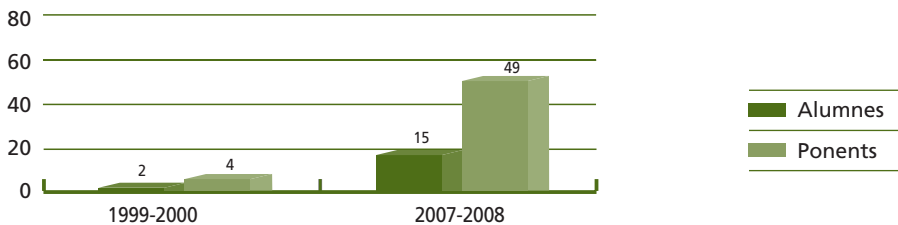
Les Balears no n'han estat una excepció, més bé al contrari: la Universitat de les Illes Balears, mitjançant el seu programa Universitat Oberta per a Majors (UOM), forma part d'aquests inicis. L'abril de 2008 ha celebrat el seu desè aniversari. Podem apreciar de manera més concreta el seu desenvolupament i evolució a partir de les dades que presentam.

Com queda representat, a tots els programes de la UOM hi ha hagut un increment tant de l'alumnat com del professorat que ha anat incorporant-s'hi. L'increment més significatiu el trobam als diplomes sènior que es realitzen al campus UIB: al curs acadèmic 1998-1999 va començar el primer programa, al curs 2000-2001 el programa es va estructurar com a Diploma Sènior (tres cursos), amb un increment important; al curs acadèmic 2004-2005 es va crear el Diploma Sènior Superior com a resposta als alumnes que varen acabar el tercer curs i volien continuar aprenent. Ara mateix, després de deu anys de trajectòria, per les nostres aules han passat al voltant de cinc-cents alumnes. Això mateix també es pot observar en el Diploma Sènior de Menorca i d'Eivissa un increment important d'alumnes, si bé cada curs acadèmic ha tingut el mateix nombre de cursos i d'hores de classe.

**Gràfic 9** | *Diplomes sènior de la UOM (Campus)*

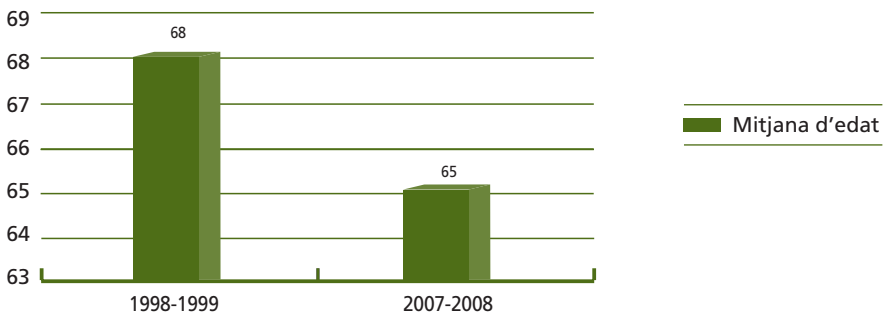


*Curs 1998-1999: programa pilot*  
*Curs 2000-2001: inici Diploma Sènior.*  
*Curs 2004-2005: inici Diploma Sènior Superior.*  
*Curs 2007-2008: darrer curs acadèmic.*

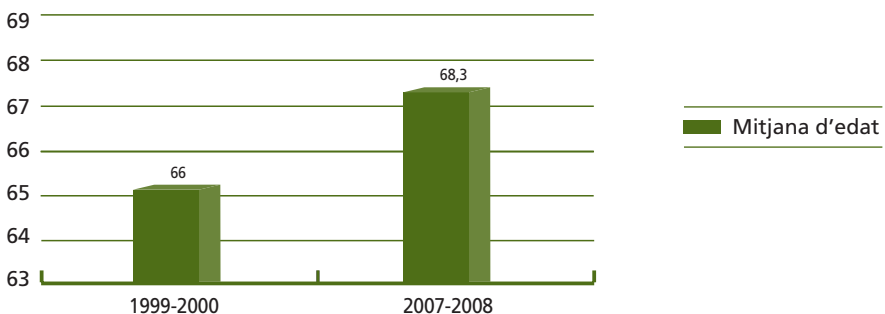
**Gràfic 10** | *Diploma Sènior a Menorca***Gràfic 11** | *Diploma Sènior a Eivissa***Gràfic 12** | *Certificat Sènior a Ciutadella***Gràfic 13** | *Certificat Pobles de Mallorca*

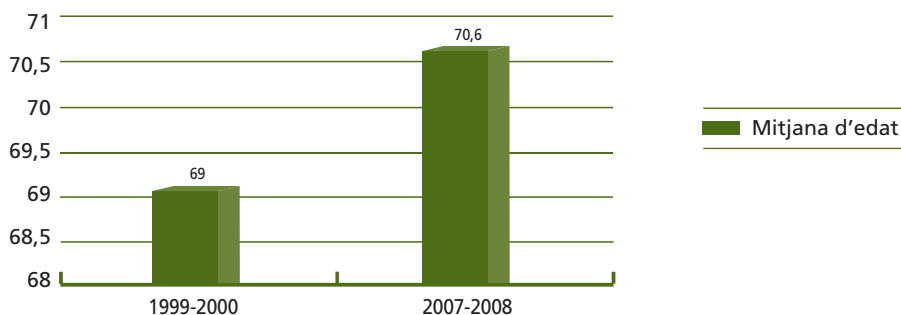
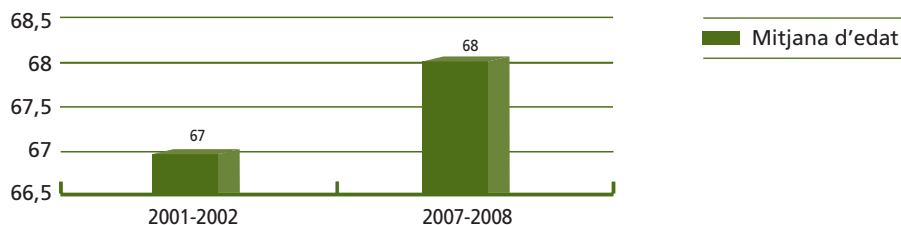
Pel que fa al perfil de l'alumnat que cursa estudis a les aules de la UOM de la UIB, la mitjana d'edat dels alumnes als diversos programes de la UOM ha variat durant aquests anys. Als diplomes sènior del campus UIB, l'edat mitjana ha baixat de seixanta-vuit anys en els inicis del programa (curs acadèmic 1998-1999) a seixanta-cinc anys el curs 2007-2008. Això implica que de cada vegada l'alumnat que accedeix a aquest programa és més jove i aquest fet es pot relacionar amb el fenomen de la prejubilació, que fa que moltes persones que abans feien feina ara disposin d'una gran quantitat de temps per dedicar a l'oci o a activitats educatives i culturals com aquestes. En el cas dels programes educatius per a majors de la UOM a les altres illes, l'edat mitjana de l'alumnat està molt relacionada amb l'entrada o no de nou alumnat. De fet, i en el cas de Menorca, aquesta ha augmentat dos anys i ha passat de seixanta-sis a seixanta-vuit anys, a Eivissa ha augmentat un any i mig, passant de seixanta-nou a setanta amb sis anys, i en el cas de Ciutadella l'augment ha estat d'un any, passant de seixanta-set a seixanta-vuit anys, possiblement a causa de l'envelliment dels alumnes, ja que a les illes, aquests solen pertànyer al mateix grup.

**Gràfic 14** | *Diplomes Sènior de la UOM (Campus)*



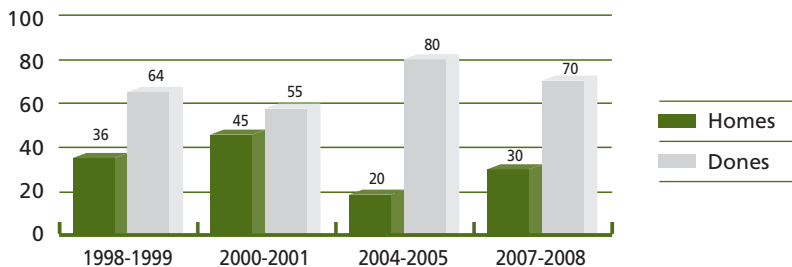
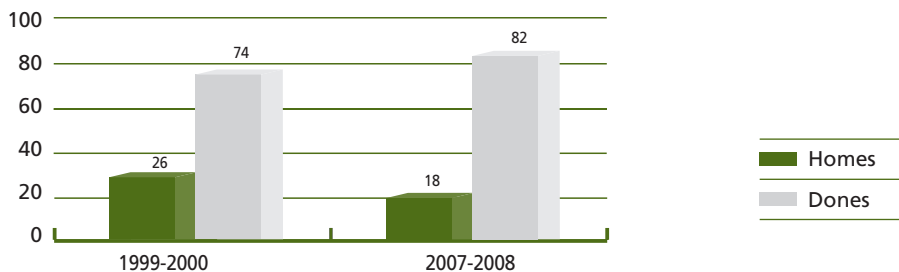
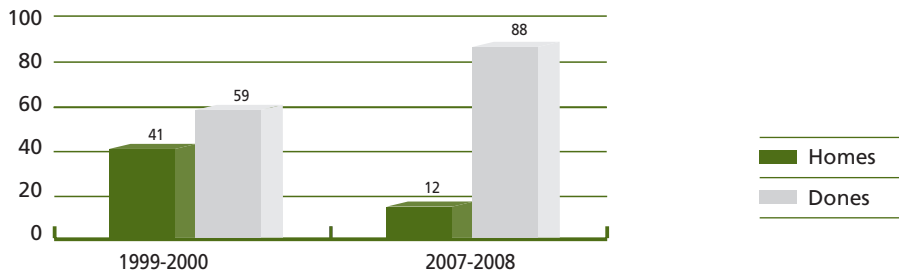
**Gràfic 15** | *Diplomes Sènior a Menorca*



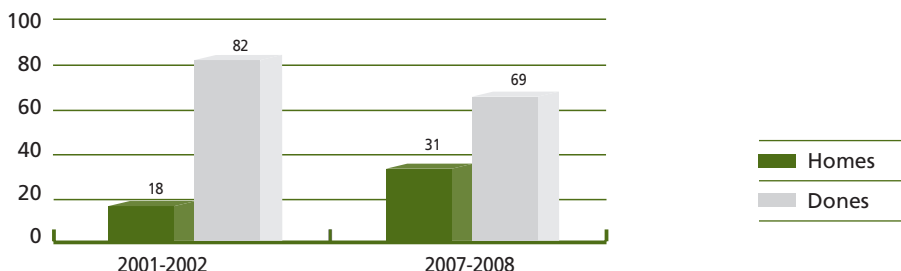
**Gràfic 16** | *Diplomes Sènior a Eivissa***Gràfic 17** | *Certificat Sènior a Ciutadella*

Font: Memòries de la Universitat Oberta per a Majors (1998-2008) i elaboració pròpia

Pel que fa a la variable de sexe d'aquest alumnat, les dades són molt interessants. Destaca el nombre més elevat de dones en tots els programes de la UOM. La tendència general des que es va iniciar el programa al curs acadèmic 1998-1999 és que hi hagi cert equilibri entre l'alumnat d'un i altre sexe i algun curs acadèmic s'ha produït un apropament entre els dos grups, però en cap cas el grup dels homes ha estat més gran que el de les dones. Fent una anàlisi per programes i en el cas del programa UOM en el campus, és en el curs 2000-2001 en el qual el percentatge entre ambdós sexes està més equilibrat. En els cursos següents el grup de dones ha anat augmentant de manera que, en el curs 2007-2008 el 70% de l'alumnat d'aquest programa van ser dones. En el cas dels programes de la UOM en les seus universitàries d'Eivissa i de Menorca, i en el Centre Municipal Universitari de Ciutadella, el major nombre de dones es produeix des de l'inici i al llarg del temps.

**Gràfic 18** | *Diplomes Sènior de la UOM (Campus)***Gràfic 19** | *Diploma Sènior a Menorca***Gràfic 20** | *Diploma Sènior a Eivissa*

## Gràfic 21 | Certificat Sènior a Ciutadella



Font: Memòries de la Universitat Oberta per a Majors (1998-2008) i elaboració pròpia

No disposam d'espai suficient per recollir els canvis que s'han produït en l'alumnat del programa durant aquests anys, no ja pel que fa a mitjanes d'edat o de percentatges d'homes i dones, sinó pel que fa a l'àmbit personal, a les relacions i, en definitiva, globalment. Ens faria falta molt més espai i també hauríem d'introduir altres informants, a més de l'alumnat que cursa el programa UOM, per exemple, la seva família, els amics, els veïns, etc. Els aprenentatges i les vivències s'acumulen, s'amplien, s'enriqueixen de manera molt important. Amb tot, aportam algunes dades sobre les seves motivacions i també sobre els aprenentatges i canvis que permeten apreciar-ho d'alguna manera. Respecte d'això, cal esmentar un estudi realitzat amb els alumnes del primer curs de la UOM el curs acadèmic 2007-2008, sobre les motivacions que els varen dur a matricular-se al programa universitari per a majors de la UIB. Destacam que els estudiants manifesten alts nivells de motivació intrínseca: la motivació principal és aprendre pel simple plaer d'aprendre (87,2%) i consideren que l'aspecte més influent és la inquietud i l'actitud activa davant els reptes que planteja l'aprenentatge (68,1%). D'altra banda, assenyalen també alguns motius de tipus extrínsec per matricular-se en els programes, el més destacable dels quals és el desig de relacionar-se amb altres persones (51,1%).

Els alumnes que inicien estudis en el programa universitari per a majors tenen majoritàriament unes expectatives positives sobre les possibilitats d'aprenentatge (55,3%), encara que es mostren preocupats per la influència que puguin tenir en aquestes factors atribuïbles a l'edat (34%) o a la falta d'estudis previs (34%). Veiem que una de les preocupacions fonamentals és que els problemes en el funcionament cognitiu (atenció, memòria) puguin dificultar l'adquisició dels coneixements que tan desitjosos estan d'adquirir (38,3 i 48,9% respectivament) (Mas [et al.] 2008).

#### 4. Les persones grans i les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC)

Un dels col·lectius amb més risc de tenir dificultats d'accés a les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) és el de les persones grans. Segons dades d'Eurostat, es produeix a la Unió Europea un augment progressiu d'usuaris d'Internet d'edats compreses entre cinquanta-cinc i seixanta-quatre anys, que va d'un 27% l'any 2004 a un 32% l'any 2005 i un 34% l'any 2006. Quant a la franja d'edat de seixanta-cinc a setanta-quatre anys, es produeix també un increment d'usuaris: l'any 2004 hi havia un 11%, l'any 2005, un 12% i l'any 2006, un 13%. No hem de caure en l'error de pensar que les persones grans no utilitzen les TIC de manera normalitzada. Amb les dades anteriors hem pogut observar que de cada vegada són més les persones grans que s'estan adaptant als avenços tecnològics, estan adquirint equips informàtics i altres tipus d'aparells d'última generació i, allò que és més destacable, estan descobrint la xarxa d'Internet. La informació disponible sobre l'ús d'ordinadors i Internet ens fa veure que entre les persones grans espanyoles aquestes pràctiques comencen a adquirir una certa importància. Segons l'Enquesta de tecnologies de la informació de les llars de l'INE (IMSERSO 2006), el segon semestre de 2005 una de cada nou persones grans havia utilitzat alguna vegada un ordinador personal. No obstant això, l'edat també és determinant entre els més grans: el 13,5% dels més joves (menors de setanta-cinc anys) ha utilitzat alguna vegada aquesta tecnologia, enfront del 4,2% de les persones de setanta-cinc anys o més.

El Pla d'acció de la Comissió Europea, Envellir en la societat de la informació, té com a objectiu generar l'impuls polític i industrial necessari per realitzar un esforç important amb vista a desenvolupar i implantar eines i serveis TIC de fàcil utilització, integrar les necessitats dels usuaris de més edat i donar suport a altres àmbits estratègics davant els reptes que planteja l'envelliment. Aquest pla d'acció representa una primera resposta de la Comissió Europea a la Declaració ministerial de Riga de 2006 sobre inclusió electrònica i dóna suport a la política de la Unió Europea en els àmbits del creixement i la competitivitat de l'estratègia de Lisboa revisada, l'evolució demogràfica, l'ocupació, la salut i la igualtat d'oportunitats.

Quant a l'objectiu del pla d'acció destinat als ciutadans, podríem destacar que intenta millorar la qualitat de vida i la salut mitjançant la prolongació de la vida independent, un envelliment actiu en el treball que garanteixi que els treballadors de més edat puguin actualitzar periòdicament les seves competències i una participació social més gran. (Comissió de les Comunitats Europees 2007).

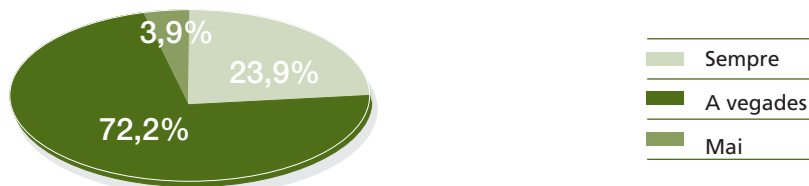
Les TIC són una part essencial del desenvolupament de la vida quotidiana, es troben totalment integrades en la rutina diària i no ens adonam del canvi tan important que s'ha produït i que se segueix produint en la societat. No obstant això, les persones grans que no s'han pogut adaptar a la utilització de les TIC d'una manera tan natural com les

generacions més joves troben un esglaó bastant gran que han de superar per incorporar-les al seu quefer quotidià. Les dificultats tant en l'accés a les TIC com en el bon ús d'aquestes es veuen incrementades considerablement a causa de la incertesa davant allò que és nou i desconegut, que genera por d'apropar-se a l'ordinador, per exemple, per por d'espatllar-lo, o a no programar un vídeo o enviar SMS perquè no saben fer-ho (Pavón 2000b).

Diferents variables poden influir en les persones grans a l'hora d'utilitzar les TIC. La ignorància de no saber manejar les TIC en una societat tan avançada com la nostra provoca «la tan anomenada en els últims anys com a esclatxa digital. Aquesta es defineix com la separació que existeix entre les persones (comunitats, estats, països...) que utilitzen les TIC com una part rutinària de la seva vida diària i les que no tenen accés a aquestes o que, encara que les tinguin, no saben utilitzar-les» (Serrano i Martínez 2003). Aquest desconeixement pot provocar un aïllament, tant social com generacional, pel simple fet de no tenir la possibilitat de poder comunicar-se amb altres persones del seu entorn, el fet de no tenir telèfon mòbil, de no saber enviar un SMS, de no saber utilitzar un GPS, una PDA o simplement poder enviar o contestar un correu electrònic, la qual cosa afecta les relacions socials i crea un cercle tancat que impossibilita i limita les oportunitats. Les TIC serveixen per acostar-se a entorns diferents i a serveis que si es desconeixen minven les oportunitats d'accés a recursos i a relacions socials.

Les dades a què farem referència són resultats estrets de diferents informes i estudis comparats amb un estudi realitzat a una mostra de 198 alumnes de la Universitat Oberta per a Majors (Fernández [et al.] 2008). Els alumnes del programa universitari per a majors de la Universitat Oberta per a Majors en gran mesura disposen tant de telèfon mòbil com d'equip informàtic, un 90,9% i un 82,8% respectivament. Aquests percentatges són superiors als obtinguts en altres estudis. Segons dades de l'INE, esmentades a *L'Informe eEspanya 2007*, el 67,2% de les persones grans espanyoles d'entre cinquanta-cinc i seixanta-quatre anys i el 45% de persones entre seixanta-cinc i setanta-quatre anys disposa de telèfon mòbil.

**Gràfic 22** | *Freqüència d'ús del telèfon mòbil*



Per altra banda, quant a la freqüència d'ús, trobam, per exemple, que encara que gairebé un 91% dels alumnes grans disposa de telèfon mòbil, només el 23,9% l'utilitza de manera

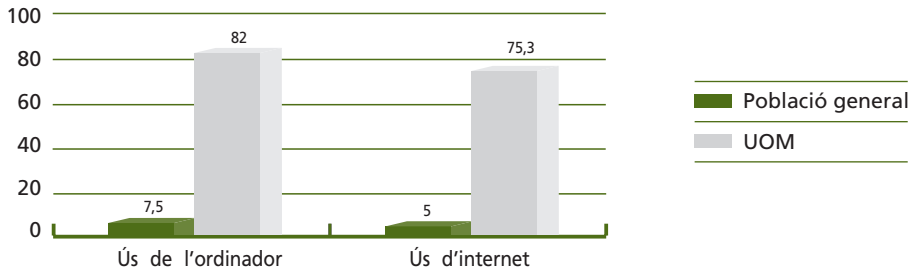


habitual. La majoria de l'alumnat que disposa de mòbil l'utilitza «de vegades» (72,2%) i un 3,9% «mai», a pesar de disposar-ne.

La majoria dels participants utilitza el mòbil per comunicar-se amb la família o amics, amb freqüència més o menys alta o a través del servei SMS.

Quant a la disponibilitat d'ordinador i de connexió a Internet, els percentatges obtinguts a Fernández [et al.] (2008) són molt superiors als obtinguts amb la població general. Per exemple, segons *l'Informe eEspanya 2007*, en el col·lectiu de persones grans, un 7,5% utilitza ordinador i un 5% Internet. En el cas de l'alumnat de la UOM, els percentatges s'elevan al 82,8% i al 75,3% respectivament.

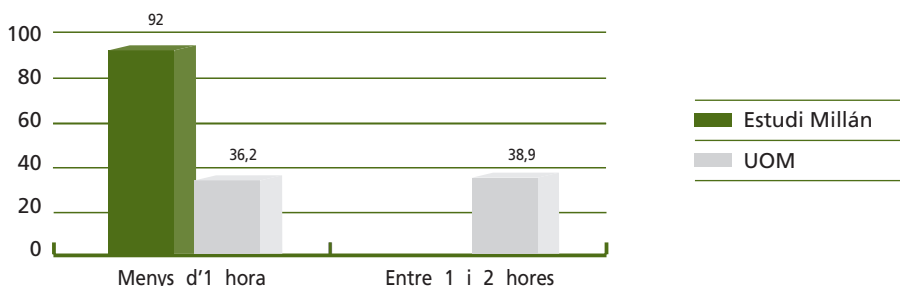
**Gràfic 23** | *Freqüència d'ús de l'ordinador i connexió a internet*



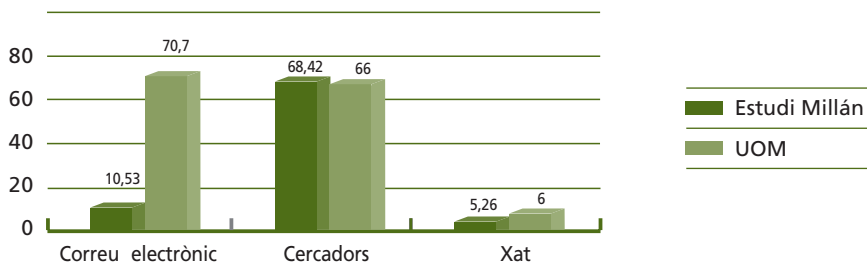
Quant a l'ús que hi donen, tant a *l'Informe eEspanya (2007)* com a l'estudi de Fernández [et al.], (2008) es reflecteix que els internautes de més edat accedeixen a la xarxa fonamentalment des de casa seva, en mesura més gran que la resta de la població. Segons les dades de la població general, es connecten a casa de familiars o amics un 10,2%; al centre de treball, un 17,3%; a centres públics, un 10,2%; al seu centre d'estudis, un 3,4% i a cibercafès, un 1,2%. Una dada significativa i superior entre els alumnes enfront de la població general és la utilització dels ordinadors del centre d'estudis (6,1% enfront de 3,4%).

Quant al temps de connexió, veiem que a Fernández [et al.] (2008), un 40,3% dels alumnes de la UOM es connecta a Internet durant més d'una hora al dia. Altres estudis, com el de Millán [et al.] (2003), mostraven que el 92% de les persones grans que es connectaven a Internet ho feien durant menys d'una hora.

Aquesta diferència pot ser deguda al pas del temps, ja que hi ha una mica més de quatre anys entre ambdós estudis. Amb aquesta dada es pot pensar que l'alumnat dels PUM ha integrat en la seva rutina diària l'ús de la xarxa i les possibilitats que se'n deriven en mesura més alta que altres col·lectius de persones grans. Per això, el percentatge és més gran d'una hora a la setmana de connexió a la xarxa d'Internet.

**Gràfic 24** | *Temps de connexió a internet*

Igual que en l'estudi de Millán [et al.] (2003), en l'estudi de Fernández [et al.] (2008) els serveis més utilitzats són el correu electrònic i els cercadors. Ambdós estudis coincideixen també en la baixa proporció d'usuaris de xat (6% en l'estudi de Fernández [et al.] (2008) i 5,26% en l'estudi de Millán [et al.]). No hem de perdre la perspectiva del temps ja comentada i el fet que a la mostra dels alumnes de la UOM, a causa del seu rol d'estudiant, estan més sensibilitzats a utilitzar els serveis més usuals de consulta de la xarxa.

**Gràfic 25** | *Serveis d'Internet*

Quant als continguts més visitats, a l'estudi de Fernández [et al.] (2008) tenen preferència per visitar pàgines relacionades amb la cultura i els mitjans de comunicació. En canvi, en el de Millán [et al.] (2003), els més visitats són els continguts d'oci i temps lliure, seguits dels culturals. Per tant, destaca l'ús que les persones grans fan de la xarxa amb finalitats culturals i per estar al dia de les notícies d'actualitat.

S'ha pogut observar que l'alumnat dels PUM disposa de la possibilitat d'accés a les TIC en un alt percentatge i que les utilitza, de fet, amb molta més freqüència que la població general, encara que hi ha feina per fer per potenciar l'ús quotidià de les TIC com si d'un

altre grup social es tractàs i superar així l'actual esclletxa digital. Els PUM representen una possibilitat per avançar envers aquest objectiu i és a les nostres mans posar els mitjans necessaris per continuar treballant en aquesta línia.

Com assenyala Millán [et al.] (2003), en una societat envellida és necessari establir noves alternatives que tractin de satisfer les necessitats de les persones grans, alhora que incrementin la seva qualitat de vida percebuda. En aquest sentit, les TIC s'han convertit en una eina bàsica de la nostra societat, de la qual les persones grans, sens dubte, podran beneficiar-se. Per això, és necessari fomentar l'ús de les TIC en aquestes persones, posar els recursos necessaris per a això i conèixer les variables que puguin influir en l'ús d'aquestes per part d'aquest col·lectiu.

Una altra línia d'investigació a desenvolupar és la influència que l'ús de les TIC té realment en la qualitat de vida de les persones grans i fins a quin punt són eines efectives per intervenir en els problemes dels nostres grans, com l'aïllament i la solitud, entre altres. Com assenyala Zamarrón (2006), la utilització de les TIC millora la comunicació i la relació intergeneracional, facilita l'activitat i el benestar psicològic, fomenta la creativitat i l'exercici de la ment i facilita l'adaptació a les seves noves condicions de vida. D'acord amb Orte i March (2003), resulta evident que la utilització de les noves tecnologies és una condició necessària per poder dur a terme una integració real en la societat. Per tant, les TIC es perfilen com un element fonamental per garantir un envelliment saludable i la potenciació de l'ús d'aquestes entre el col·lectiu de persones grans ha de ser un objectiu a perseguir des de diferents fronts.

Els programes universitaris per a majors, a més de complir una funció educativa i d'extensió del coneixement, compleixen també una funció amb relació a la salut física i psicològica. Per tant, no poden ser aliens a aquestes noves necessitats i han d'integrar de manera preferent entre els seus objectius tot allò que es refereix a les noves tecnologies. D'acord amb Orte [et al.] (2004), aquest objectiu ha de plantejar-se en tres passos: primer, els alumnes han de conèixer el funcionament de les TIC; posteriorment, ha de donar-se'ls la possibilitat d'utilitzar aquestes tecnologies i, finalment, les han d'integrar com una característica més de la societat i, per tant, del programa educatiu.

Les TIC poden ajudar les persones d'edat avançada a gaudir d'una qualitat de vida més alta i d'una salut més bona i a viure de manera autònoma durant més temps. Estan sorgint solucions innovadores que contribueixen a contrarestar els problemes de memòria, visió, audició i mobilitat que són més freqüents amb l'edat. Les TIC també permeten a les persones grans seguir actives en el treball o en la seva comunitat. L'experiència i les competències que han acumulat constitueixen un gran actiu, especialment en la societat del coneixement (Comissió de les Comunitats Europees 2007).

## 5. Educació d'adults grans i qualitat de vida

La nostra vida passa per diferents etapes evolutives i, en totes, hi ha canvis significatius. Els adults grans viuen aquesta etapa plena de canvis que, generalment, se sol percebre com una època de canvis en negatiu: pèrdua de salut, de relacions socials, d'independència... Però cada vegada més aquesta visió dels adults grans està canviant, principalment per dos motius: un, perquè és evident que aquesta visió és una visió simplista i que no gaudeix d'una anàlisi en profunditat, ja que, quan ens aturam a analitzar-ho, veiem que la relació adult gran - pèrdua és un mite, perquè l'envelliment és un fet també biogràfic i individual, que normalment escapa a les anàlisis sobre la vellesa i les diferents maneres d'envellir; el segon motiu és que de cada vegada més els adults grans es fan «visibles», especialment els que es mantenen actius i participen a tots els àmbits de la vida en societat.

Així, l'envelliment humà no solament se centra en el pas dels anys, sinó que hi influeixen variables com:

- a) la salut, en estreta vinculació amb el benestar i la qualitat de vida.
- b) el treball o «quefer», entès com a projecció del fet de ser persona i una de les vies per les quals la vida adquireix sentit.
- c) el desenvolupament humà com un esdeveniment continu marcat per fases o etapes.

La multivariabilitat a l'hora de definir l'envelliment humà és també present quan definim qualitat de vida, tal i com assenyala Fernández-Ballesteros (1997), en afirmar que és un concepte amb variables biopsicosocials. Prova d'això són els nombrosos instruments d'avaluació de la qualitat de vida, els quals acaben valorant aspectes tan diversos com capacitat física, funció psicològica, estat d'ànim positiu, estat d'ànim negatiu, benestar psíquic o funcionament social (Fernández [et al.] 1997) o suport social, suport econòmic, salut mental, salut física, estat funcional (AVD i IAVD) (OARS 1996) o, per citar un tercer exemple, salut subjectiva, autonomia, activitat, satisfacció social, suport social, satisfacció amb la vida, nivell de renda, serveis socials, recursos culturals, qualitat de la llar (Fernández-Ballesteros [et al.] 1997).

Com es pot veure, el suport social és una variable que es repeteix quasi de manera constant als qüestionaris de qualitat de vida, però és aquesta una variable més per definir la qualitat de vida? O més bé és la qualitat de vida la que es relaciona directament amb el suport social? Bé podríem parlar durant diverses pàgines d'aquesta qüestió però, si ens centram en allò que ens ocupa en aquest article, podríem dir que estan íntimament relacionats, és a dir, que no podem parlar de qualitat de vida si no hi ha suport social (Moragas 1995; Fernández 1997; Goncalves 2001) i que no hi ha suport social sense que hi hagi un cert nivell de qualitat de vida. A més, completant la tríada, hi té un paper fonamental la participació social (IMSERO 1997; Díaz 2001).

És per aquesta raó que els programes universitaris per a majors es configuren com un element clau, ja que possibiliten l'accés de l'alumnat a diverses situacions: la participació social, la pertinença i integració social i les relacions socials, a més del significat —més o manco important depenent de les experiències prèvies i de les expectatives— que pugui tenir per a l'alumnat el fet de participar d'un projecte organitzat per la Universitat. Pot participar en un projecte socioeducatiu estructurat en el qual es tracten continguts actuals relatius a diversos àmbits de les ciències humanes i socials i en què també es creen experiències pioneres d'ensenyament-aprenentatge que els han permès aprendre estratègies comunicatives a partir de la seva pròpia experiència. Tot això permet accedir a determinades percepcions, vincles i situacions que poden repercutir positivament en la satisfacció a la seva vida.

Si analitzam els resultats del qüestionari sobre suport social que utilitzam per avaluar bona part d'aquestes qüestions comentades en l'alumnat del programa de la Universitat Oberta per a Majors, analitzant tant les relacions perdudes com les guanyades (així com les seves fonts), igual que el sentiment de soledat i la creença del manteniment de les relacions que actualment tenen, podem concloure que:

- Els alumnes de la UOM manifestaren que havien perdut poques relacions socials (46,88%) i que aquestes provenien de la feina i de la família, amb un 17,71% i un 15,63%, respectivament, tot i que són els grups d'amics els qui es configuren com a grup en què hi ha més relacions perdudes (21,88%). Entenem que els amics configuren una de les fonts més importants per als adults grans i que, tal vegada, aquestes pèrdues es produeixen de manera subtil, pel fet de no poder tenir tant de contacte amb ells (en comptes de veure's, es telefonen, etc.).
- Sobre les relacions guanyades, un 43,75% afirmava que n'havia guanyades bastants i un 42,71%, algunes. Del total de relacions guanyades, les fonts de suport social esmentades com a origen varen ser el grup d'amics (33,33%), associacions (33,33%) i ambdues (13,54%).<sup>2</sup> És important destacar en aquest moment que es va observar una relació significativa, per una  $p \leq 0,007$ , entre les relacions guanyades i el sentiment de soledat; així, les persones que més relacions guanyen són les que manco cops se senten soles.

<sup>2</sup> En alguns casos, els subjectes inclouen a «altres» la UOM. Aquesta opció ha estat comptabilitzada com «d'alguna associació»; allò que no queda clar és la consideració dels companys de classe: com a relacions noves al seu grup d'amics o com a relacions noves d'alguna associació o club. Podem pensar que si han fet un grup i es veuen fora de les classes, l'hauran considerat com una nova relació del grup d'amics, mentre que si solament es veuen a les hores de classe, el consideren «d'alguna associació o club», fet que pot ocórrer, especialment, a segon o tercer curs.

	Relacions noves	Relacions perdudes
De la feina	5,21%	15,63%
De la família	1,04%	17,71%
Del grup d'amics	<b>33,33%</b>	<b>21,88%</b>
D'alguna associació	33,33%	4,17%
De la família i dels amics	2,08%	7,29%
Dels amics i d'alguna associació	13,54%	2,08%
Altres combinacions	11,47%	31,24%
<b>TOTAL</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Font: elaboració pròpia

- Tot i que no hi hagi una relació significativa, ja que en les diferents variables no s'hi va trobar, cal dir que tant l'edat com l'estat civil o la forma de convivència realitzen un efecte «esmoreïdor» del sentiment de soledat. Així, el fet de no superar l'edat de setanta anys, estar casat o viure amb algú fan que se sentin menys vegades sols que les persones que no estan en la seva situació. Les persones que se sentien sovint soles tenien més de setanta anys (15,38%), eren fadrines, vídues, separades o divorciades (15%) i vivien soles (21,43%). Una dada interessant va ser l'evolució de l'augment del percentatge de persones que no se sentien quasi mai soles, segons el curs que cursaven en el moment en què es va fer el qüestionari; així, d'un 40,48% a primer, es passà a un 67,86% a tercer.
- En termes generals, varen ser un 47,92% els alumnes que creien sovint que mantindrien les relacions que tenien en aquell moment. El perfil de la persona que més creia que mantindria les relacions socials era el d'un alumne de tercer curs (60,71%), home (52,94%), de setanta a setanta-nou anys (61,54%), casat (52,17%), nascut a Espanya (58,62%), que vivia amb els fills o amb altres persones que no són la parella (56,82%), que no havia perdut relacions (66,67%) i n'havia guanyades bastants (54,76%).

Amb les dades aportades, podem afirmar que els alumnes analitzats gaudien (en tots els sentits) d'unes bones relacions socials. Al llarg del programa manifestaren haver guanyat relacions socials i això està relacionat, de manera significativa, amb la soledat. Podem pensar, doncs, que el fet que siguin les persones de més edat que cursen el Diploma Sènior les que més sovint creien que mantindrien les relacions es deu al fet que aquestes relacions les han fet de manera voluntària (no com les de la família o la feina), són relativament recents i la creença ve recolzada pel fet que tenen una associació d'alumnes i exalumnes de què poden disposar en acabar els estudis.

Per últim, ens agradaria esmentar tres conseqüències que els PUM han tingut sobre els alumnes; aquestes són extretes de les opinions dels alumnes, que han manifestat

en diferents llocs i moments, tant a congressos i simposis sobre PUM en els quals han intervingut activament, com en articles i/o opinions manifestades a diverses publicacions especialitzades en aquest tema (Vives, Macías i Orte; 2004):

1. **Augment de l'autoestima i visió més positiva de l'autoconcepte:** aquest concepte va lligat al fet que als adults grans els agrada dir que «van a la Universitat», se senten orgullosos de ser universitaris, a més, els ajuda a omplir buits que poden existir en les persones que han dut una vida molt activa i que en jubilar-se necessiten seguir actius, o en les que se senten atabalades a casa per les obligacions familiars que han tingut (i encara poden tenir) durant tota la vida. A més, haver d'anar a un lloc públic els obliga a tenir cura de la seva imatge, a «arreglar-se», etc. Això es complementa en algunes universitats amb la inclusió d'assignatures relacionades amb la salut i la qualitat de vida, per tal de fer-los més conscients i competents en aquesta qüestió.
2. **Augment i enfortiment de la xarxa social:** tot i que ja ha quedat prou clar en les línies anteriors, volem incidir en aquest apartat en l'increment en la intensitat de determinades relacions ja creades: no hem d'oblidar que alguns alumnes ja es matriculen amb algun amic, veí, familiar, etc. No hem d'oblidar tampoc la qüestió que poden coincidir amb algun fill o nét que cursa estudis universitaris; aquest fet pot ajudar a enfortir les relacions amb ells. És important també el canvi de vincle i de relació que pot produir-se entre les persones que s'asseuen el primer dia devora ells i que, al cap d'un determinat temps, poden passar a ser companys, posteriorment amics o, tal i com ha passat en alguna ocasió, a enfortir tant aquests vincles que s'iniciïn relacions sentimentals.
3. **Enriquiment personal i cultural:** els adults grans són conscients de l'enriquiment que suposa compartir el temps d'aprenentatge amb persones que han viscut experiències totalment diferents de les seves. L'heterogeneïtat a les aules suposa per a ells un moment privilegiat també per aprendre uns dels altres i compartir coneixements amb els companys.

Per finalitzar, i també com a conclusió, hem d'assenyalar que l'educació és un valor de present i de futur molt important que té àmplies repercussions en la millora de la qualitat de vida i el benestar percebut, en aquest cas, en l'alumnat de la UOM. Aquest tipus de programes educatius obren una porta molt ampla a través de la qual l'alumnat realitza el seu propi projecte, la majoria de les vegades en companyia d'altres alumnes i companys que, si bé no sempre són de la seva generació, sí que són de la seva promoció.

És lògic que aquest alumnat conegui i utilitzi les noves tecnologies perquè li són necessàries per dur a terme funcions i tasques que són habituals en els processos d'ensenyament i aprenentatge que es duen a terme. També ho són per comunicar-se, tant amb els companys com amb els professors o la família.

El seu món relacional, com hem comentat, s'ha ampliat de manera molt important, les noves tecnologies formen part també d'aquest fet.

La qualitat de vida és un concepte molt concret, inclou diferents aspectes necessaris per viure una vida digna. El suport social és un element que forma part d'aquesta i que té un rol molt important en el món relacional del qual forma part aquest alumnat. Si les noves tecnologies es correlacionen positivament amb l'educació, l'efecte del suport social també ho fa amb l'educació, especialment l'educació universitària en els adults grans, i això, consegüentment, afecta directament la qualitat de vida. Podem afirmar que la gent gran universitària augmenta significativament el nombre de relacions de la seva xarxa social i que aquestes es van convertint, generalment, en fonts diverses de suport emocional, material i informacional, bona part del qual ajudarà l'alumnat a aconseguir altres objectius i, en tot cas, crearà i/o reforçarà la percepció que aquest suport és present i, si fos necessari, podria utilitzar-se.



## 6. Referències bibliogràfiques

BALLESTER, L. (2006). «Modernització social i canvi educatiu a les Illes Balears. El nivell educatiu augmenta». A: MARCH, M. X. (dir.). *Anuari de l'educació de les Illes Balears 2006*. Pollença: Fundació Guillem Cifre de Colònia.

CARONE, G.; COSTELO, D. (2006). «¿Llega Europa a la tercera edad?». *Revista Finanzas & Desarrollo*, setembre, 28-31.

COMISSIÓ DE LES COMUNITATS EUROPEES (2007). *Envejecer mejor en la sociedad de la información Una iniciativa i2010. Plan de acción sobre tecnologías de la información y la comunicación y envejecimiento*. Brussel·les: Comissió de les comunitats europees.

DÍAZ CONDE, M. P. (2001). *La participación social como estrategia de afrontamiento en la jubilación. Una aproximación desde el modelo transaccional de estrés*. Granada: Universitat de Granada.

FERNÁNDEZ, C. [et al.] (2008). «Uso de las tecnologías de la información y la comunicación entre el alumnado de la Univeristat Oberta per a Majors de les Illes Balears». A: PALMERO, M. C. *Formación universitaria de personas mayores y promoción de la autonomía personal. Políticas socioeducativas, metodologías e innovaciones*. Burgos: Universitat de Burgos.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.; ZAMARRÓN, M. D.; MACIÀ, A. (1997). *Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos. Documentos técnicos*. Madrid: IMSERSO.

FERNÁNDEZ CASTILLO, A. (1997). *Apoyo social y calidad de vida en personas mayores*. Granada: Universitat de Granada.

FERNÁNDEZ LÓPEZ, J. A.; HERNÁNDEZ-MEJÍA, R. (trad.) (1997). *Perfil de la calidad de vida en enfermos crónicos (PECVEC)*. Oviedo: Servei de Publicacions de la Universitat d'Oviedo. Traducció al castellà de: SIEGRIST, J.; BOER, M.; JUNGE, A. *Profil der Lebensqualität Chronischkranken*.

GIMENO, M. (2007). *España 2007. Informe anual sobre el desarrollo de la sociedad de la información en España*. Madrid: Fundació Orange.

GONCALVES, L. D. (2001). *Calidad de vida de las personas mayores*. Extremadura: Universitat d'Extremadura.

GRAU, G.; EIROA, P.; CAYUELA, A. (1996). *Versión española del OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire: adaptación transcultural y medida de validez*. *Atención Primaria*, 17, 486-95.

IMSERO (1997). *Participación social de las personas mayores*. Madrid: IMSERSO.

IMSERO (2004). *Las Personas Mayores en España. Informe 2004 (Tom I)*. Madrid: Ministeri de Treball i Afers Socials.

IMSERO (2006). *Las Personas Mayores en España. Informe 2006 (Tom I)*. Madrid: Ministeri de Treball i Afers Socials.

MARCH, M. X. (2008). «La formación universitaria de personas mayores y la promoción de la autonomía personal en la Unión Europea». A: PALMERO, M. C. *Formación universitaria de personas mayores y promoción de la autonomía personal. Políticas socioeducativas, metodologías e innovaciones*. Burgos: Universitat de Burgos.

MAS, C. [et al.] (2008). «Estudio piloto sobre motivación y aprendizaje en alumnos de primer curso de un programa universitario para mayores». *Póster presentado en V Congreso Internacional de Psicología y Educación*, celebrat a Oviedo el mes d'abril.

MAS, C.; MEDINAS, M. (2007). «Motivaciones para el estudio en universitarios». *Anales de Psicología*, 23(1), 17-24.

MILLÁN, J. [et al.] (2003). «Los mayores y las nuevas tecnologías de la comunicación». *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13 (1), 37-42.

MORAGAS MORAGAS, R. (1995). *Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Herder.

OCDE (2008). *Panorama de la educación. Indicadores de la OCDE 2008. Informe Español*. A: <<http://www.institutodeevaluacion.mec.es/>>.

OMS (1994.) *Quality of life assessment: International Perspectives*. Berlín: Springer-Verlag.

ORTE, C.; MARCH, M. X. (2003). «La aplicación de las nuevas tecnologías en los Programas Universitarios para Mayores en la Universitat de les Illes Balears». *Actas del IX Congreso Calidad, Equidad y Educación*. San Sebastià: CITE.

ORTE, C.; MARCH, M. X. (2006). «La intervención socioeducativa, los programas universitarios para mayores y la calidad de vida: la construcción de una gerontología educativa». A: ORTE, C. (coord.). *El aprendizaje a lo largo de toda la vida. Los programas universitarios de mayores*. Madrid: Dykinson.

ORTE, C.; MARCH, M. X.; VIVES, M. (2007). «Social support, quality of life and University Programmes for Seniors». *Educational Gerontology*, 33(11), 995-1013.

ORTE, C.; VIVES, M. (2006). «Apoyo social, calidad de vida y programas universitarios de mayores». *El aprendizaje a lo largo de toda la vida. Los programas universitarios de mayores*. Madrid: Dykinson.

ORTE, C.; VIVES, M.; MACÍAS, L. (2004). «La Universitat Oberta per a Majors: un programa pioner i innovador». A: MARCH, M. X. (dir.). *Anuari de l'educació de les Illes Balears 2004*. Pollença: Fundació Guillem Cifre de Colonya.

PAVÓN, F. (2000a). «Internet para mayores». *Comunicación y Pedagogía*, 165, 62-69.

PAVÓN, F. (2000b). «Educación de Adultos y de Personas Mayores con Nuevas Tecnologías». A: MARCHENA, E.; ALCALDE, C. (coord.). *La perspectiva de la educación en el siglo que empieza. Actas del IX Congreso INFAD 2000 Infancia y Adolescencia Vol. I*. Cadis: Servei de Publicacions de la Universitat de Cadis.

PAVÓN, F.; CASTELLANOS, A. (2000). «El Aprendizaje de los Mayores y las Nuevas Tecnologías». A: VALENZUELA, E.; ALCALÁ, E. (ed.). *El aprendizaje de las personas mayores ante los retos del nuevo milenio*. Madrid: Dykinson.

SANCHO, C. [et al.] (2002). «Análisis de la motivación para el estudio en adultos mayores». *Revista electrónica de motivación y emoción*, 5(10). Disponible a: <<http://reme.uji.es>> (deseembre 2007).

SERRANO, A.; MARTÍNEZ, E. (2003). *La brecha digital: Mitos y realidades*. Mèxic: Editorial UABC.

UNESCO (1997). *La educación de las personas adultas. La declaración de Hamburgo. La agenda para el futuro*. V Conferència internacional d'educació de les persones adultes. Hamburg: UNESCO.

VIVES, M.; MACÍAS, L.; ORTE, C. (2004). «El apoyo social de los alumnos de la Universitat Oberta per a Majors». A: ORTE, C. (coord.) *Los programas universitarios para mayores en la construcción del espacio europeo de enseñanza superior*. Palma: UIB.

VIVES, M.; ORTE, C. (2005). «Avaluació del efectes del suport social als alumnes de la Universitat Oberta per a Majors». A: MARCH, M. X. (dir.). *Anuari de l'educació de les Illes Balears 2005*. Pollença: Fundació Guillem Cifre de Colonya.

ZAMARRÓN, M. D. (2006). «La comunicación, un factor esencial para la tercera edad». Ponència realitzada a la Jornada «Los mayores en la sociedad de la información y el conocimiento», celebrada a Madrid el mes de novembre.

## Autors

### CARMEN ORTE SOCIAS

Santander (Cantàbria). Llicenciada en Psicologia i doctora en Ciències de l'Educació. Catedràtica d'universitat de Pedagogia de la Inadaptació Social del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. Està especialitzada en temes d'inadaptació social, en els quals desenvolupa la seva tasca docent i d'investigació des de l'any 1987. Ha dirigit i dirigeix projectes de R+D i altres projectes de tipus educativsocial sobre els quals ha realitzat diverses publicacions a nivell nacional i internacional. En aquest moment és investigadora principal en diverses investigacions competitives sobre la prevenció del consum de drogues i l'educació per a la competència familiar, del Ministeri d'Educació i Ciència, el Ministeri de Sanitat i Consum i la Direcció General de R+D+I del Govern de les Illes Balears. És consellera del Consell Econòmic i Social de les Illes Balears. És la directora de la Universitat Oberta per a Majors de la UIB i de l'Oficina per a Programes Universitaris de la UOM. És la directora de la Càtedra de Gerontologia Educativa i Social de la UIB.

### LIBERTO MACÍAS GONZÁLEZ

Palma 1975. Llicenciat en Pedagogia per la Universitat de les Illes Balears. Tècnic especialista de la Universitat Oberta per a Majors (UOM) des del curs acadèmic 2007-2008. Membre de l'equip de coordinació de la UOM durant els cursos acadèmics 2001-2002 i 2002-2003.

### MARGALIDA VIVES BARCELÓ

Palma 1978. Llicenciada en Psicopedagogia i diplomada en Magisteri Educació Primària per la Universitat de les Illes Balears. Professora associada del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques. Realitza el projecte d'investigació sobre l'«Anàlisi del suport social de la gent gran. El cas de la UOM».



**LEGISLACIÓ I NORMATIVA  
SOBRE GENT GRAN:  
UNA APROXIMACIÓ**

---

## **Legislació i normativa sobre gent gran: una aproximació**

M. Rosa A. Arregui Álava



---

## Resum

Partint de la Declaració Universal dels Drets Humans i passant per la Constitució Espanyola, arribarem a l'Estatut d'Autonomia de les Illes Balears. Enunciat a les normes fonamentals el nou repartiment competencial, una sèrie de reials decrets varen fer efectives les transferències de competències de l'Estat a l'Administració autonòmica. Al mateix temps, es va produint l'entrega de part d'aquestes mateixes competències als consells insulars. Paral·lelament es va promulgar la normativa autonòmica bàsica reguladora de l'acció social. Lleis i decrets n'estableixen el marc legislatiu, enllaçat amb l'estatal i complementant-lo. De la regulació de les condicions d'obertura dels centres de persones majors, a les ajudes específiques per a aquest col·lectiu. De les prestacions econòmiques als programes de vacances. I com a punt d'arribada, el Pla Estratègic de persones majors.

## Resumen

Partiendo de la Declaración Universal de Derechos Humanos y pasando por la Constitución Española, llegaremos al Estatuto de Autonomía de las Islas Baleares. Enunciado en las normas fundamentales el nuevo reparto competencial, una serie de reales decretos harán efectivas las transferencias de competencias del Estado a la Administración Autónoma. A la vez, se va produciendo la entrega de parte de esas mismas competencias a los consejos insulares. Paralelamente, se promulga la normativa autonómica básica reguladora de la acción social. Leyes y decretos establecen el marco legislativo propio, engarzado con el estatal y complementándolo. De la regulación de las condiciones de apertura de los centros de personas mayores, a las ayudas específicas para dicho colectivo. De las prestaciones económicas a los programas vacacionales. Y como punto de llegada, el Plan Estratégico de personas mayores.

---

## Introducció

Aquest capítol vol ser un recorregut per la normativa legal aplicable a l'àrea de la gent gran. No pretén ser exhaustiu, ni ho pot ser. Fonamentalment perquè l'autora té una visió concreta del tema, obtinguda de dues fonts: l'una, per la condició de professora associada de l'assignatura de Serveis Socials a l'Escola de Treball Social i, l'altra, pel lloc de treball com a funcionària, adscrita a la Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració, com a lletrada assessora de la Direcció General d'Atenció a la Dependència.

S'ha aplegat la legislació vigent, encara que en algun cas s'ha retrocedit, amb la pretensió de fer-ho més comprensible. Malgrat les llacunes, esperam que podrà ser útil, i fem el ferm propòsit d'ampliar-la i completar-la en la pròxima edició de l'anuari.

### Acords internacionals

per poder enunciar, estudiar o valorar la normativa legal aplicable, a data d'avui, a la protecció i cura dels vells, dels ancians, de la gent gran, de la tercera edat..., és imprescindible retrogradar a l'any 1948, al dia 10 del mes de desembre, data en què l'Organització de les Nacions Unides, nascuda feia poc, pren, a París, un dels acords més simbòlics: la Declaració Universal dels Drets Humans, com a «ideal comú pel qual tots els pobles i nacions han d'esforçar-se».

A l'article 25 hi ha una menció expressa a la vellesa: «Tota persona [...] té, així mateix, dret a les assegurances en cas de desocupació, malaltia, invalidesa, viduïtat, *vellesa*, o altres casos de pèrdua dels seus mitjans de subsistència per circumstàncies independents de la seva voluntat.»

La percepció social de l'envelliment ha anat progressant. El mateix any 1948, a l'Assemblea General de les Nacions Unides, es va presentar un projecte d'atenció a la vellesa denominat Declaració dels Drets de la Vellesa. Aquest projecte ja es fonamentava en uns punts de referència preferents per valorar la durada i la qualitat de vida de les persones majors, sobretot, pel que fa referència a la salut, l'economia, l'atenció social, l'habitatge i el lleure.

L'any 1969, també a l'Assemblea General de les Nacions Unides, es varen presentar propostes relatives a l'àmbit gerontològic.

El 1982 va tenir lloc a la ciutat de Viena una assemblea mundial sobre l'envelliment, organitzada per les Nacions Unides, que va elaborar el Pla d'acció internacional sobre l'envelliment, en què es varen plantejar una sèrie d'anàlisis sobre la realitat gerontològica actual.

De llavors ençà, el Consell d'Europa i les societats gerontològiques dels diferents països han creat una sèrie de comissions de treball, així com determinades dates commemoratives, amb l'objecte que es prengui consciència del fenomen social que significa l'envelliment. L'Any de la Gent Gran en va ser un exemple.

El Comitè Regional de la regió europea de l'Organització Mundial de la Salut també té l'objectiu de potenciar els conceptes d'equitat i igualtat en matèria de salut, a fi d'incrementar no tan sols els anys de vida sinó també la qualitat, entesa com a anys de vida activa i autònoma.

## Normes fonamentals

la **Constitució espanyola**, de 27 de desembre de 1978, s'inicia a l'article 1.1, amb la següent declaració: «España se constituye en un Estado social y democrático de derecho, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico, la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político.»

A l'article 9.2, continua: «Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integran sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.»

Al títol I, «Dels drets i deures fonamentals», article 10, estableix: «1. la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la Ley y a los derechos de los demás, son fundamento del orden político y de la paz social.

»2. Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce, se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y Acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España.»

Dins el mateix títol, al capítol III, «Dels principis rectors de la política social», diu a l'article 39.1: «Los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia.» I a l'article 41: «Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres.» I finalment, expressament a l'article 50: «Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la *tercera edad*. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.»

Un altre títol de la Constitució amb incidència en aquest tema és la distribució competencial que fa entre els diferents poders públics, és a dir, entre l'Estat i les comunitats autònomes. Més endavant veurem la regulació que el nostre Estatut d'autonomia fa de les atribucions del Govern de la CAIB i els consells insulars.

L'article 148 estableix: «Las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias en las siguientes materias: [...] 20ª.- Asistencia Social.»

L'article 149 estableix: «El Estado tiene competencia exclusiva sobre las siguientes materias: 1ª. La regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales.

»17ª. Legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas.»

## L'estatut d'autonomia

**L'Estatut d'autonomia de les Illes Balears** va ser aprovat mitjançant la Llei orgànica 2/1983, de 28 de febrer, publicada al BOE l'1 de març. Després de les modificacions puntuals incorporades per la Llei orgànica 9/1994 i la Llei orgànica 3/1999, es va aprovar i es va publicar, amb data d'1 de març de 2007, la Llei orgànica 1/2007, de 28 de febrer, de reforma de l'Estatut d'autonomia de les Illes Balears, text actualment vigent, i que va introduir modificacions importants, fonamentalment pel que fa a l'assumpció i la distribució de competències en matèria d'acció social entre el Govern de la Comunitat Autònoma i els consells insulars, a més de la creació, per segregació, del Consell de Formentera.

I així, diu el títol II, «Dels drets, els deures i les llibertats dels ciutadans de les Illes Balears»: «Article 16. Drets socials. 1. Els poders públics de les Illes Balears defensaran i promouran els drets socials dels ciutadans de les Illes Balears, que representen un àmbit inseparable del respecte dels valors i drets universals de les persones i que constitueixen un dels fonaments cívics del progrés econòmic, cultural i tecnològic de la comunitat autònoma. 2. Mitjançant una llei del Parlament, s'elaborarà la Carta dels Drets Socials [...]. 3. En tot cas, l'actuació de les administracions públiques de les Illes Balears s'haurà de centrar primordialment en els àmbits següents: [...]; la protecció i l'atenció integral de les persones majors per a la promoció de la seva autonomia personal i de l'envelliment actiu que els permeti una vida digna i independent i el seu benestar social i individual [...]. 4. Les administracions públiques, en el marc de les seves competències respectives, promouran les condicions necessàries perquè els drets socials dels ciutadans de les Illes Balears i dels grups i col·lectius en què s'integren siguin objecte d'una aplicació real i efectiva.»

Els articles següents diuen: «Article 19. Drets en relació amb les persones *dependents*. 1. Les Administracions Públiques de les Illes Balears, segons la Carta de Drets Socials, garantirán en tot cas a tota persona dependent el dret a les prestacions públiques necessàries per a assegurar la seva autonomia personal, la seva integració socioprofessional i la seva participació en la vida social de la comunitat. Les administracions públiques de les Illes Balears procuraran a les persones dependents la seva integració per mitjà d'una política d'igualtat d'oportunitats, desenvolupant mesures d'acció positiva, i garantirán l'accessibilitat espacial de les instal·lacions, el edificis i els serveis públics. [...]

- Article 21. Pobresa i inserció social.
- Article 22. Dret a l'accés a un habitatge digne.
- Article 25. Salut»

Pel que fa a les competències de les nostres institucions, el títol III, «De les competències de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears», diu: «Article 30. Competències exclusives. La Comunitat autònoma té la competència exclusiva en les matèries següents, sens perjudici del que disposa l'article 149.1 de la Constitució: [...] 14. Tercera edat. 15. Acció i benestar social. [...] Complements de la Seguretat Social no contributiva. [...] Polítiques d'atenció a persones dependents. [...]

- Article 31. Competències de desenvolupament legislatiu i execució. En el marc de la legislació bàsica de l'Estat, correspon a la Comunitat Autònoma de les Illes Balears el desenvolupament legislatiu i l'execució de les matèries següents: [...] 12. Seguretat Social, exceptuant les normes que configuren el seu regim econòmic.
- Article 32. Competències exclusives. Correspon a la Comunitat Autònoma de les Illes Balears, en els termes que estableixin les lleis i normes reglamentàries que, en desenvolupament de la seva legislació dicti l'Estat, la funció executiva en les matèries següents: [...] 4. Règim econòmic de la Seguretat Social respectant els principis d'unitat economicopatrimonial i seguretat financera de la Seguretat Social.
- Títol IV «De les Institucions de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears». Capítol IV «Dels Consells Insulars».
- Article 69. Clàusula de tancament. Les competències no atribuïdes expressament com a pròpies als consells insulars en el present Estatut d'Autonomia corresponen al Govern de les Illes Balears, sense que en cap cas no siguin susceptibles de transferència aquelles que per la seva pròpia naturalesa tenguin un caràcter suprainsular, que incideixin sobre l'ordenació i la planificació de l'activitat econòmica general a l'àmbit autònom o aquelles competències l'exercici de les quals exigeixi l'obligació de vetllar per l'equilibri o la cohesió territorial entre les diferents illes.
- Article 70. Competències pròpies. Són competències pròpies dels consells insulars, a més de les que els siguin atribuïdes per la legislació estatal, les matèries següents: [...] 4. Serveis socials i Assistència social. [...]. Política de protecció i atenció a persones dependents. Complements de la Seguretat Social no contributiva.
- Disposició Transitòria Cinquena. Comissió Mixta de Transferències Govern-consells insulars. Per al traspàs de les funcions i els serveis inherents a les competències atribuïdes com a pròpies als consells insulars a què fa referència l'article 69 del present Estatut, es

crearà una comissió mixta de transferències Govern-consells insulars que tindrà caràcter paritari. [...]»

## Assumpció de competències per les administracions públiques de les illes balears

### De l'Administració general de l'Estat a la Comunitat Autònoma de les Illes Balears

Esdevé adient recollir les successives normes que han anat consolidant l'exercici de les competències a càrrec del Govern de la Comunitat Autònoma i, tot seguit, les que han possibilitat exercir les seves als consells insulars.

A l'etapa preautonòmica, es va fer la primera transferència de competències mitjançant el Reial decret 251/1982, de 15 de gener, i dos anys després, vigent l'Estatut d'autonomia, es va dictar el Reial decret 853/1984, de 22 de febrer, d'ampliació i adaptació del traspàs de funcions i serveis de l'Estat en matèria de serveis i assistència socials (BOE núm. 111, de 9 de maig).

En aquests decrets, s'inclouïa, pel que fa a la gent gran, el traspàs de les funcions corresponents als centres i establiments dependents de l'Institut Nacional d'Assistència Social (AISNA), i la gestió del Fons Nacional d'Assistència Social (FONAS), precursors de les actuals pensions no contributives de la Seguretat Social, entre d'altres matèries.

Hauríem d'esperar fins a la promulgació del Reial decret 2153/1996, de 27 de setembre, sobre traspàs de funcions i serveis de la Seguretat Social a la Comunitat Autònoma de les Illes Balears en matèries encomanades a l'Institut Nacional de Serveis Socials (INSERSO) per ampliar el camp d'actuació. Publicat el decret al BOE número 255, de 22 d'octubre, no obstant això, l'exercici de les competències s'ajornava fins a l'1 de gener de 1997.

Aquesta transferència de competències estava prevista a l'article 149.1.17a de la Constitució espanyola, i a l'article 12.8 de l'Estatut d'autonomia de les Illes Balears de 1983. Es tracta de la funció executiva en matèria de gestió de les prestacions i els serveis socials del sistema de Seguretat Social, la gestió d'assistència social i serveis socials complementaris de les prestacions bàsiques. Inclou, pel que respecta a les persones majors, els centres i serveis de què era titular l'Institut Nacional de Serveis Socials (INSERSO) —per exemple, la Residència de la Bonanova—, i la gestió de les pensions no contributives de la Seguretat Social per jubilació (PNCJ), i per invalidesa.

Les pensions no contributives de la Seguretat Social havien estat creades per la Llei 26/1990, de 20 de desembre, norma que va a ser posteriorment derogada en integrar-se al text del

Reial decret legislatiu 1/1994, de 20 de juny, en virtut del qual es va aprovar el text refós de la Llei general de la Seguretat Social.

### **L' Institut Balear d'Afers Socials (IBAS)**

Un cop publicat el Reial decret 2153/1996, el Govern de la CAIB es va preparar per rebre aquestes transferències. Així, mitjançant la Llei 4/1996, de 19 de desembre, de Pressuposts Generals de la CAIB per a l'any 1997 (BOIB de 31 de desembre), disposició addicional setena es va crear l'Institut Balear d'Afers Socials (IBAS) com a entitat autònoma de caràcter administratiu, dotada de personalitat jurídica pròpia, i plena capacitat d'obrar. Aquest organisme va exercir les competències d'administració, gestió i serveis de la Seguretat Social a la Comunitat Autònoma provinents de les transferències fins a l'any 2003.

Va ser mitjançant la disposició addicional setena de la Llei 10/2003, d'acompanyament a la de Pressuposts Generals de la CAIB per a 2004, de mesures tributàries i administratives (BOIB núm. 179 ext., de 29 desembre de 2003), que es va extingir la personalitat jurídica de l'entitat autònoma, i es varen atribuir a la conselleria competent en matèria de serveis socials (llavors la de Presidència i Esports) les competències que exercia en aquesta matèria, tenint en compte que, mentrestant, s'havien efectuat transferències de part de les competències en la matèria als consells insulars, com veurem a continuació.

### **De la Comunitat Autònoma de les Illes Balears als consells insulars**

La Llei 12/1993, de 20 de desembre, d'atribució de competències als consells insulars, en matèria de serveis socials i assistència social, corresponents al Decret del Consell General Interinsular de 28 de juny de 1982 (BOCAIB núm. 151, de 31 de desembre de 1993)

Amb data 28 de juny de 1982, el Ple del Consell General Interinsular havia aprovat un decret pel qual es delegaven als consells insulars competències en matèria de serveis socials i assistència social, tot i que posteriorment el Govern balear va assumir novament les competències delegades al Consell Insular de Mallorca, d'acord amb aquest darrer.

D'una altra banda, la disposició transitòria novena de l'Estatut d'autonomia de les Illes Balears, establia que els acords de la Comissió Tècnica Interinsular, com a encarregada de distribuir entre els consells insulars les competències a què feia referència l'article 39 d'aquell Estatut, havien d'adoptar la forma de proposta al Parlament de les Illes Balears, que, si esqueia, aprovaria mitjançant una llei. La Llei 5/1989, de 23 de abril, de consells insulars, llavors vigent, es pronunciava en el mateix sentit, i així la Llei 12/1993 s'ajustava a les pautes marcades en relació amb els diversos aspectes de l'atribució de competències, com a reconeixement del caràcter marc que comportava la Llei 5/1989, precitada.

Pel que fa a la gent gran, mitjançant la Llei 12/1993, es varen atribuir com a competències pròpies als consells insulars de Mallorca, de Menorca i d'Eivissa i Formentera les següents competències de la Comunitat Autònoma: «La concessió i gestió de les subvencions i ajudes a finalitats assistencials a persones físiques i a centres o entitats per a beneficiaris residents a l'àmbit territorial de cada un dels consells sobre les matèries de tercera edat [...]. No es transfereix inversió nova per aquests conceptes.»

### **La Llei 14/2001, de 29 d'octubre, d'atribució de competències als consells insulars en matèria de serveis socials i Seguretat Social**

Però fou amb la Llei 14/2001, de 29 d'octubre, d'atribució de competències als consells insulars en matèria de serveis socials i Seguretat Social (BOIB núm. 135, de 10 de novembre) quan va quedar definida l'actual distribució de competències en matèria de gent gran, entre d'altres qüestions.

D'acord amb l'article 39.7 de l'Estatut d'autonomia, que preveia la possibilitat que els consells insulars assumissin la funció executiva i la gestió de l'assistència social i dels serveis socials, es transferiren a aquests ens les competències en matèria de control administratiu d'entitats, serveis i centres de serveis socials, i s'adaptaren i se n'ampliaren funcions transferides mitjançant la Llei 12/1993 en matèria de serveis socials.

A més a més, mitjançant aquesta llei, els consells insulars varem assumir competències en matèria de gestió de prestacions i serveis socials del sistema de Seguretat Social, que havien estat traspassades a la Comunitat Autònoma de les Illes Balears pel Reial decret 2153/1996, de 27 de setembre.

Aquesta transferència es va complementar amb l'atribució als consells de la potestat normativa complementària en matèria de serveis socials, en els termes que fixa la mateixa llei. La transferència incloïa l'execució per part dels consells, al seu àmbit territorial, dels plans i programes autonòmics en matèria de serveis socials.

La funció executiva i la gestió en matèria de control administratiu d'entitats, serveis i centres de serveis socials, comprèn l'autorització de serveis i centres de serveis socials, la qualificació de l'entitat col·laboradora, la creació i la gestió dels registres insulars del Sistema Balear de Serveis Socials i la funció inspectora i sancionadora en la matèria, al seu àmbit territorial.

Els consells insulars exercien com a pròpies les funcions executives i de gestió relatives a la instrucció i resolució dels procediments d'atorgament de prestacions individuals del Sistema Balear de Serveis Socials i de concessió d'ajuts institucionals. Això inclou els ajuts públics per al finançament de corporacions locals i entitats privades sense afany de lucre,



destinades a l'execució de projectes específics de construcció, d'adaptació o de reconversió de centres d'atenció per a gent gran, entre d'altres.

L'article 9 de la Llei 14/2001 especifica que correspon als consells:

- La creació i el manteniment dels centres d'atenció a la gent gran que ofereixin places residencials per estades temporals o permanents, en el marc d'una assistència integral als beneficiaris del sistema de la Seguretat Social per a vàlids i/o assistits
- La creació i el manteniment de centres de dia per a l'atenció a la gent gran
- La programació i l'execució de l'acció assistencial i la gestió de les prestacions socials en el si dels serveis i centres propis d'atenció a gent gran
- La concertació de reserva i ocupació de places residencials per a gent gran [...] amb entitats públiques i privades, sense ànim de guany
- La gestió dels programes d'integració social destinats a la gent gran
- La gestió de serveis generals [...] a beneficiaris del sistema de la Seguretat Social
- La tramitació i la valoració de les sol·licituds d'ingrés a places residencials [...] d'atenció a gent gran [...] així com de les peticions temporals i estades diürnes.

Totes aquestes competències s'hauran d'exercir d'acord amb la legislació bàsica estatal que regula les condicions i els barems d'aplicació per a l'ingrés dels beneficiaris als centres.

El Govern de les Illes Balears es reservava les potestats i les actuacions següents:

- La potestat reglamentària normativa sobre les competències atribuïdes als consells insulars (aquest punt s'ha de reconsiderar a la llum de la regulació del nou Estatut d'autonomia).
- La planificació, el desenvolupament i la coordinació de la política comuna dels serveis socials en el conjunt de les Illes, sense perjudici de l'ordenació que cada consell insular realitzi en el seu àmbit territorial i en el marc de la planificació autonòmica.

A més, l'Administració de la Comunitat Autònoma es reserva les potestats, els serveis, les funcions i les actuacions específiques següents:

- L'ordenació i la gestió del Registre Central de Serveis Socials.
- L'autorització i el registre de serveis i centres de serveis socials de caràcter suprainsular.
- La creació, l'organització, el finançament i la gestió d'aquells serveis i centres de serveis socials que siguin de caràcter suprainsular.

- La gestió de les pensions no contributives de jubilació [...] previstes al Reial decret legislatiu 1/1994, de 20 de juny, pel qual es va aprovar el text refós de la Llei general de la Seguretat Social [...], la gestió de les pensions assistencials derivades de l'extingit Fons d'Assistència Social.
- L'articulació dels plans i programes de serveis socials que es formalitzin conjuntament entre l'Administració general de l'Estat i la de la Comunitat Autònoma. No obstant això, els consells insulars podran formular propostes de projectes, perquè s'inclouin en els plans i programes esmentats.
- Les relacions que, legalment o convencionalment, correspongui mantenir amb l'Administració general de l'Estat i/o les entitats gestores de la Seguretat Social, tant les estatals com les de les altres comunitats autònomes.

La Llei 14/2001 feia també una previsió pel que fa a la potestat reglamentària dels consells insulars sobre les matèries objecte de transferència i el desenvolupament de la normativa bàsica, quant als requisits i les condicions funcionals i materials mínimes dels centres i serveis afectats per les transferències, i en especial, als de persones majors.

Hem de fer constar la previsió que va fer la llei respecte a la data d'efectivitat de les transferències per a cada consell insular. Així, per als de Menorca i l'aleshores Consell d'Eivissa i Formentera, la data va ser el dia 1 de gener de 2002, però per al Consell de Mallorca, es va ajornar a l'1 de gener de 2004.

I fins que el desplegament del nou Estatut d'autonomia no produeixi modificacions, aquesta és la situació.

## Normativa pròpia de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears

Ebossat el marc competencial, arriba el moment de considerar el desenvolupament normatiu de les competències atorgades per l'ordenament constitucional i estatutari, dut a terme per les nostres institucions de govern en relació amb la gent gran.

### La llei d'acció social de les Illes Balears

La norma bàsica, fins a data d'avui, en matèria de serveis socials, és la Llei 9/1987, d'11 de febrer, d'acció social (BOCAIB núm. 53, de 28 d'abril). A l'exposició de motius, es fan consideracions respecte dels apartats següents:

- I. Problemàtica actual de l'acció social
- II. L'acció social a la Constitució espanyola i a l'Estatut d'autonomia de les Illes Balears

- III. Assumpció de competències en acció social
- IV. La llei com a marc de l'ordenació bàsica del sistema d'acció social
- V. Distribució de competències dins el sistema d'acció social
- VI. Principis que informen la llei
- VII. Finançament del sistema d'acció social

La llei està dividida en set títols i trenta-sis articles, dues disposicions addicionals, tres disposicions transitòries i quatre de finals.

El títol I recull les disposicions generals: objecte de la llei, definició del sistema d'acció social, àmbit d'aplicació, titulars de drets, criteris d'actuació, i principis bàsics.

El títol II estableix les prestacions: articulació del sistema, prestacions tècniques, els serveis socials generals, els serveis socials específics, la igualtat d'accés als serveis socials, l'autorització de centres de serveis socials i les prestacions econòmiques.

El títol III estableix les competències, si bé cal tenir en compte el que ha estat dit anteriorment pel que fa a les transferències consolidades i el nou Estatut d'autonomia: competències del Govern de la CAIB, competències dels consells insulars, i competències dels ajuntaments. L'aproximació de l'acció social als ciutadans, la col·laboració entre administracions públiques, la col·laboració de la iniciativa privada, el control de les entitats privades sense afany de lucre, la col·laboració de les associacions privades d'interès social i d'utilitat pública, la reserva urbanística per a centres de serveis socials, les àrees de responsabilitat del Govern de la Comunitat Autònoma, les àrees de responsabilitat de consells insulars i ajuntaments i de la conselleria competent.

El títol IV, de la participació, regula el Consell Superior d'Acció Social de la CAIB i les seves funcions, els consells insulars d'Acció Social, els consells municipals d'Acció Social i la Comissió de Coordinació d'Acció Social.

El títol V, del finançament, estableix el que anirà a càrrec de la Comunitat Autònoma, a càrrec dels consells insulars, a càrrec dels ajuntaments, i el que anirà a càrrec d'usuaris i de particulars. Acaba preconitzant la substitució del sistema de subvencions per fórmules inserides en la planificació.

Pel que fa a la referència específica a la gent gran, la llei fa expressa menció al col·lectiu, de manera inevitable, a l'exposició de motius, segon punt, «L'acció social a la Constitució Espanyola i a l'Estatut d'Autonomia de les Illes Balears», i al títol II, article 10: «Els serveis socials específics, seran els següents: [...] c) D'assistència a la tercera edat, per tal d'assegurar el benestar dels ancians, d'afavorir-ne el manteniment en el seu entorn habitual de vida i d'evitar-ne la marginació.»

Resta palès que aquests vint anys transcorreguts, la superació dels diferents estadis polítics i administratius d'assumpció de competències previstes a la Constitució, les transferències efectuades des del Govern als consells insulars, l'aparició de noves figures jurídiques com ara la dependència, el nou Estatut d'autonomia, la realitat social, el creixement de la sensibilitat i del nivell d'exigència de la ciutadania; els nous conceptes de plans integrals, de carteres de serveis, dels serveis socials com a drets subjectius, fan imprescindible una nova llei reguladora de l'acció social o dels serveis socials a la nostra comunitat autònoma. De fet un nou projecte és, a data d'avui, molt pròxim a iniciar la tramitació parlamentària que en faci realitat la promulgació.

### **La Llei del voluntariat de les Illes Balears**

Una vegada regulat a tot l'Estat el voluntariat mitjançant la Llei 6/1996, de 15 de gener, del voluntariat (BOE núm. 15, de 17 de gener), la nostra comunitat autònoma va aprovar, seguint l'exemple estatal, la Llei 3/1998, de 18 de maig, del voluntariat de les Illes Balears (BOCAIB núm. 70, de 28 de maig), en la qual s'estableix un marc normatiu que, tot respectant la voluntat i la independència de les organitzacions de voluntariat i dels voluntaris mateixos, regula i garanteix l'acció voluntària.

Pel fet de ser una norma genèrica i transversal, és indubtable la relació amb el món de les persones grans, malgrat que, dins el text, no hi hagi referència a cap dels possibles col·lectius destinataris de l'acció del voluntariat.

### **La Llei d'inspecció i sancions de serveis socials**

Llei 4/1999, de 31 de març, reguladora de la funció inspectora i sancionadora en matèria de serveis socials (BOCAIB núm. 45, de 10 d'abril).

Aprovada la Llei 9/1987, d'11 de febrer, d'acció social de les Illes Balears —i posteriorment la Llei 12/1993, de 20 de desembre, d'atribució de competències als consells insulars en matèria de serveis socials i assistència social—, i per tant, establert el marc normatiu fonamental de l'ordenació dels serveis socials i amb aquell disseny de repartiment de competències entre les administracions autonòmica, insular i municipal, s'atribuí al Govern i a l'Administració de les Illes Balears la titularitat, entre d'altres, de les facultats d'inspeccionar, supervisar i controlar el compliment de la normativa aplicable, a les competències assumides, i del funcionament de les diverses institucions públiques i privades. També atribuïa al govern la competència d'aplicació dels recursos econòmics assignats als serveis socials i l'assistència social, tant per part de les entitats públiques com per part de les entitats privades, finançades totalment o parcialment amb fons públics, mitjançant subvencions o concerts. Així, esdevingué necessari desenvolupar i regular les actuacions inspectores i sancionadores que pertocaven a les instàncies autonòmiques.

Som al mateix supòsit que la Llei del voluntariat, que com que és una llei transversal respecte dels serveis socials, afecta a tots i, de manera especial, les persones grans. És evident la intensitat d'ús que es fa per part de la gent gran dels centres i serveis socials, públics, concertats i privats.

L'esmentat avantprojecte de Llei de serveis socials inclou una nova regulació d'aquesta matèria, de manera que la llei vigent quedarà substituïda en aprovar-se la futura.

**Decret 66/1999, de 4 de juny, pel qual s'aprova el reglament regulador del sistema balear de serveis socials (BOCAIB núm. 77, de 15 de juny)**

Seguint en la línia de disposicions de caràcter generalista, que resulten fonamentals, hem de fer referència a aquest reglament, abans de considerar la regulació específica dels centres i dels serveis per a la gent gran.

Un dels objectius perseguits pel reglament és l'establiment d'un marc conceptual, de principis i requisits bàsics, que puguin ser d'aplicació a qualsevol tipus de persona usuària i d'entitat prestadora de serveis socials.

La importància d'aquest decret ens duu a fer referència somera del seu contingut:

Títol I. Disposicions generals (objecte i definicions)

Títol II. De les persones usuàries dels serveis socials (drets i obligacions de les persones usuàries, ingrés en un establiment residencial)

Títol III. Xarxa bàsica de serveis socials de responsabilitat pública (accés als serveis, suspensió i extinció de la prestació de serveis socials)

Títol IV. Entitats que prestin serveis socials. Capítol I, Règim d'autoritzacions (activitats sotmeses a autorització, procediment per obtenir les autoritzacions, revocació de les autoritzacions i suspensió de les activitats). Capítol II, Registre central de serveis socials (naturalesa i estructura del registre, procediment d'inscripció, cancel·lació de les inscripcions i efectes). Capítol III, Obligacions de les entitats titulars de serveis socials.

Títol V. De la coordinació, col·laboració i cooperació amb entitats que prestin serveis socials (col·laboració entre les administracions públiques i col·laboració i cooperació entre l'Administració pública i les entitats privades col·laboradores). (S'ha de tenir en compte la incidència en aquest capítol de la Llei 30/2007, de 30 d'octubre, de contractes del sector públic, BOE del 31.)

Títol VI. Prestacions econòmiques. (Naturalesa, classes i beneficiaris.)

Títol VII. Inspecció. Es remet a la Llei 4/1999, ja esmentada.

A l'Annex d'aquest decret, s'especifiquen i predeterminen les distintes tipologies de serveis socials del Sistema Balear de Serveis Socials, i pel que fa a la gent gran, inclou fins a vuit tipologies diferents de serveis socials específics o especialitzats.

## Centres de gent gran

La disposició addicional primera del Decret 66/1999 preveu que: per ordre dels consellers competents, s'aprovarà, sempre que no hagi estat ja objecte de regulació i amb la màxima celeritat possible, la tipologia de les entitats, els serveis i centres de serveis socials, les seves condicions materials i funcionals mínimes, així com les ràtios de personal a què es fa referència en aquest reglament.

Com ja hem esmentat, al mateix decret es va incorporar un annex amb la tipologia d'entitats, centres i serveis socials, que, referents a les persones majors i amb la qualitat d'especialitzats, són els següents:

### 2.3 Àrea d'atenció social a les persones majors

#### 2.3.1 Unitat tècnica d'avaluació de fluxos

#### 2.3.2 Servei de centres de dia per a persones majors

#### 2.3.3 Servei de centres residencials per a persones majors

##### 2.3.3.1 Servei d'habitatges tutelats

##### 2.3.3.2 Servei de residència

##### 2.3.3.3 Altres

#### 2.3.4 Servei per a oci i lleure per a persones majors

#### 2.3.5 Altres.

El Butlletí Oficial de les Illes Balears de 30 d'octubre de 2001 va publicar el Decret 123/2001, de definició i regulació de les condicions mínimes d'obertura i funcionament dels centres i serveis de persones majors, tant públics com privats, ubicats al territori de les Illes Balears.

Aquest decret va sofrir una petita modificació referida a l'acreditació professional dels tècnics en cures auxiliars d'infermeria i tècnic d'atenció sociosanitària, mitjançant el Decret 10/2007, de 16 de febrer (BOIB núm. 31, d'1 de març).

El Decret 123/2001 va tenir per objecte definir els centres i serveis per a gent gran, públics i privats, així com establir els requisits i les condicions mínimes, tant materials com de personal, que han de complir, amb la finalitat de garantir l'atenció adient a aquest col·lectiu. El decret s'estructura en sis títols:

El títol I conté les disposicions comunes als diversos tipus de centres i serveis, defineix cadascun dels centres i regula els requisits i les condicions mínimes que han de complir.

El títol II regula els centres d'estades diürnes, els objectius i funcions, els requisits que han de complir els usuaris i les condicions materials arquitectòniques i de personal del centre.

El títol III es refereix als centres socioculturals i en regula els objectius i les funcions, el règim dels usuaris, els serveis i els requisits materials i de personal.

El títol IV tracta dels habitatges tutelats i regula els mateixos aspectes que els dos títols anteriors (objectius, funcions, usuaris, etc.).

El títol V és el més extens i regula les residències. Com a novetat respecte a la regulació anterior introdueix ràtios de personal i modernitza la normativa que hi havia en matèria de residències.

Finalment, el títol VI regula breument els clubs de la gent gran, en defineix els objectius, es refereix al funcionament, que es regirà pels seus reglaments de règim interior, i fa una menció al personal.

### **Estatut bàsic dels centres de gent gran**

A proposta de la consellera de Presidència, amb data 12 de març de 1999, es va aprovar el Decret 16/1999, pel qual es regulava l'Estatut bàsic dels centres de dia per a la gent gran dependent de l'Institut Balear d'Afers Socials (BOCAIB núm. 37, de 23 de març), però va tenir una vigència molt curta, perquè, amb data 4 de desembre del mateix any, es va publicar un nou decret, que el va derogar.

A proposta del conseller de Treball i Benestar Social, el Consell de Govern va aprovar, amb data 26 de novembre, el Decret 244/1999, pel qual es regula l'estatut bàsic dels centres de persones majors dependents de l'Institut Balear d'Afers Socials. En allò que no es preveïés en aquest decret, els centres de la tercera edat que depenien de l'IBAS continuarien regint-se pel que disposa l'Ordre ministerial de 16 de maig de 1985, a causa del caràcter d'aplicació subsidiària.

Els centres de gent gran que en aquella data depenien de l'IBAS depenen actualment (Llei 14/2001) del consell insular corresponent a l'illa on estan ubicats.

### **El Consell Social de Persones Majors**

Mitjançant Decret 48/1997, de 7 de febrer, es va crear el Consell Social de Persones Majors de les Illes Balears (BOCAIB núm. 47, de 19 d'abril), amb l'objectiu d'institucionalitzar la col·laboració i la participació del moviment associatiu de la gent gran, com també per servir de camí per propiciar una participació més plena d'aquest grup en el desenvolupament social, polític, econòmic i cultural de la societat.

És un òrgan col·legiat de caràcter consultiu. Les seves funcions són d'assessorament i d'informació permanent. Funciona en ple i en comissió permanent. Es poden crear

comissions especialitzades, i està prevista l'assistència de persones expertes, tant al ple com a la comissió permanent.

## Prestacions econòmiques estatals per a gent gran

### Reial decret legislatiu 1/1994, de 20 de juny, pel qual s'aprova el text refós de la Llei general de la Seguretat Social

Pel que fa al concepte de prestacions del sistema de la Seguretat Social, tenim, en primer lloc, les pensions de jubilació. La complexitat del sistema, que combina el règim de cotització, la base reguladora i el temps cotitzat, entenem que excedeix l'àmbit d'aquest treball, però creiem que, almenys, haurem de fer referència a la regulació continguda al títol II, capítol VII, Jubilació, secció 1a, Jubilació en la modalitat contributiva (articles 160 a 166), i secció 2a, Jubilació en la modalitat no contributiva (articles 167 a 170).

Com que les pensions de viduïtat del sistema contributiu no són específiques de la tercera edat, són remarcables per la incidència que tenen, encara que sigui per qüestions estadístiques. Estan regulades al capítol VIII del mateix títol II de la llei.

Hem de remarcar el fet que la gestió administrativa de les pensions no contributives de jubilació (PNCJ), correspon a la conselleria competent en matèria d'acció social de la CAIB, i que, mitjançant el Decret 11/2007, d'11 de juliol, del president de les Illes Balears, pel qual s'estableixen les competències i l'estructura orgànica bàsica de les conselleries de l'Administració de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears —punt 8—, varen ser encomanades, entre d'altres, a la Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració. La gestió econòmica correspon a l'Institut Nacional de la Seguretat Social.

El reconeixement del dret de les pensions de jubilació, duu implícita la condició de pensionista, i per tant, el dret propi a l'assistència sanitària i farmacèutica del sistema i als serveis socials.

### Mesures complementàries

La Llei 42/2006, de 28 de desembre, de Pressuposts Generals de l'Estat per a 2007, a l'article 40.2, va establir per a aquell any un complement de pensió dirigit als pensionistes de jubilació i invalidesa de la Seguretat Social —modalitat no contributiva—, que acreditassin feientment la manca d'habitatge en propietat i la residència habitual en un habitatge llogat per propietaris amb qui no tinguessin cap relació de parentiu fins al tercer grau. Igualment, va establir una altra sèrie de requisits i condicionants, que es varen desenvolupar mitjançant el Reial decret 1400/2007, de 29 d'octubre (BOE núm. 260, de 30 d'octubre).



La competència per a la gestió de la tramitació es va atribuir a les comunitats autònomes, però la gestió econòmica —el pagament— va correspondre a la Seguretat Social, perquè es tractava d'un complement de les pensions no contributives, com ha estat dit. Crida l'atenció que les dones titulars de PNC però no titulars dels contractes de lloguer, perquè ho era el cònjuge, no varen tenir accés a aquest complement.

### Termalisme social per a gent gran

Es tracta d'un servei complementari de les prestacions del sistema de la Seguretat Social, gestionat per l'IMSERSO, que té per objecte facilitar l'assistència que en els establiments termals es presta a les persones de la tercera edat que per prescripció facultativa ho necessiten.

Està regulat per les ordres ministerials de 15 de març de 1989, de 26 de desembre de 1990 i per la Resolució de 2 de gener de 2006.

### Vacances per a gent gran

L'Institut de Majors i Serveis Socials convoca programes de vacances per a la gent gran amb un efecte remarcable en l'estabilitat de l'ocupació a les zones de destinació d'aquest tipus de turisme, com ara la nostra comunitat autònoma. El requisit fonamental per gaudir d'aquestes vacances és l'edat i/o la condició de pensionista. Cada any, l'IMSERSO fa la convocatòria i anuncia les destinacions de vacances.

## Prestacions econòmiques autonòmiques

Des de la conselleria competent en matèria d'acció social del Govern de la CAIB, s'han gestionat ajuts per al sector de la gent gran, alguns de provinents de fons del Pla gerontològic nacional, amb finançament conjunt de les dues administracions; altres amb fons propis de la CAIB. Uns de destinats directament a la gent gran, altres a entitats públiques o privades per a l'execució d'activitats, plans o programes adreçats a l'atenció de les persones majors.

La llei de la dependència ha absorbit els ajuts que s'havien establert per a cures al domicili de les persones en situació de dependència severa i de les famílies curadores. Es pot veure la darrera convocatòria efectuada mitjançant una resolució de la consellera de Presidència i Esports de 24 de maig de 2007 (BOIB núm. 79 de 26 de maig). Però es segueixen convocant ajuts mitjançant subvencions com les establertes a la Resolució de la consellera d'Afers Socials, Promoció i Immigració de 28 de desembre de 2007, per la qual s'aproven les bases de la convocatòria dels ajuts econòmics individuals destinats a sufragar les despeses i l'assistència de persones majors en règim d'acolliment en un domicili particular per a l'any 2008.

## Targeta bàsica

Amb aquesta denominació, des de l'any 2000, la conselleria competent en matèria de serveis socials té establert un ajut complementari de la qual són beneficiàries les persones de més de 65 anys, a més de les persones que tinguin reconeguda una discapacitat igual o superior al 65 per cent i, lògicament, resideixin a les Illes Balears, entre d'altres requisits. Aquests s'estableixen, cada any, mitjançant la corresponent convocatòria pública, amb el concepte de subvenció. La quantia fixada de l'import individual per a l'any 2008 és de 210 euros, i es lliura mitjançant una targeta bancària. La Resolució de la consellera d'Afers Socials, Promoció i Immigració de 26 de juny de 2008, per la qual s'aprova la convocatòria d'ajuts per adquirir productes de primera necessitat per a l'any 2008, es va publicar al BOIB núm. 93, de 3 de juliol.

## Exempció de taxes a la gent gran

La Llei 10/1995, de 20 de desembre, de reforma tributària, Funció Pública i patrimoni de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears (BOIB núm. 163, de 20 de març), a l'article 2 disposa que estan exempts del pagament de taxes els reconeixements, informes o certificacions que faci o expedeixi la Conselleria de Salut a les persones més grans de 65 anys, per a l'obtenció o la renovació dels permisos de conduir.

## Promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència

L'entrada en vigor de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (BOE núm. 299, de 14 de desembre) i totes les normes de desenvolupament, ha suposat l'absorció de les línies d'ajuts i subvencions individuals per al manteniment de les persones majors al seu entorn, quan aquestes situacions estan cobertes per les prestacions i els ajuts econòmics de l'esmentada llei. La financiació d'aquesta llei es mixta, Estat i Comunitat Autònoma.

Ja que a la Llei 39/2006 s'hi dediquen altres capítols de l'Anuari, ens limitam a relacionar la normativa estatal i l'autonòmica que fins a data d'avui desenvolupen i fan possible l'aplicació de la llei esmentada.

El Reial decret 504/2007, de 20 d'abril, pel qual s'aprova el barem de valoració de la situació de dependència establert per la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (BOE núm. 96, de 21 de abril), modificat pel Reial decret 1198/2007, de 14 de setembre, pel qual es modifica el Reial decret 504/2007, de 20 d'abril, en matèria de reconeixement de descans

per maternitat en els supòsits de discapacitat del fill, i de reconeixement de la necessitat d'assistència de tercera persona (ATP) (BOE núm. 237, de 3 d'octubre).

El Reial decret 614/2007, d'11 de maig, sobre el nivell mínim de protecció del sistema per a l'autonomia i atenció a la dependència garantit per l'Administració general de l'Estat (BOE núm. 114, de 12 de maig).

El Reial decret 615/2007, d'11 de maig, pel qual es regula la Seguretat Social dels cuidadors de les persones en situació de dependència (BOE núm. 114, de 12 de maig).

Resolució de l'Institut de Majors i Serveis Socials (IMSERSO) mitjançant la qual es publica l'Acord del Consell Territorial del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència, pel qual s'estableixen els acords en matèria de valoració de la situació de dependència (BOE núm. 136, de 7 de juny).

Ordre del Ministeri de Treball i Afers Socials 1459/2007, de 25 de maig, per la qual s'estableix el sistema d'informació del sistema per a l'autonomia personal i atenció a la dependència i es crea el corresponent fitxer informatitzat de dades (BOE núm. 127, de 28 de maig).

El Reial decret 727/2007 de 8 de juny, sobre criteris per determinar les intensitats de protecció dels serveis i la quantia de les prestacions econòmiques de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (BOE núm. 138, de 9 de juny).

Resolució de la consellera d'Afers Socials, Promoció i Immigració de 7 de setembre de 2007 per la qual es crea l'Equip Tècnic de Valoració per a la Declaració de la Situació de Dependència i es revoca la de 31 de juliol de 2007 (BOIB núm. 140, de 18 de setembre).

Resolució de la consellera d'Afers Socials, Promoció i Immigració de 8 de novembre de 2007 per la qual es regula amb caràcter urgent i transitori el procediment per al reconeixement de la situació de dependència, la intensitat de protecció dels serveis i el règim de compatibilitat de les prestacions del sistema per a l'autonomia personal i atenció a la dependència, a l'àmbit de la comunitat autònoma de les Illes Balears (BOIB núm. 170, de 15 de novembre).

El Reial decret 6/2008, d'11 de gener, pel qual es determina el nivell mínim de protecció garantit als beneficiaris del sistema per a l'autonomia i atenció a la dependència en l'exercici 2008 (BOE núm. 11, de 12 de gener).

El Reial decret 7/2008, d'11 de gener, pel qual s'estableixen les prestacions econòmiques de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència per a l'exercici 2008 (BOE núm. 11, de 12 de gener).

Resolució de la consellera d'Afers Socials, Promoció i Immigració de 14 de febrer de 2008 per la qual es regula l'habilitació de les persones que han de dur a terme les funcions establertes en els procediments d'execució de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, i en la normativa de desplegament en l'àmbit de les Illes Balears (BOIB núm. 23, de 16 de febrer).

## Altres

### Conveni amb l'Il·lustre Col·legi d'Advocats de les Illes Balears

El desembre de 2006, la consellera de Presidència i Esports va subscriure un conveni amb l'ICAIB, representat pel degà, per a la prestació d'un servei d'orientació i d'assessorament gratuït per a gent gran i discapacitats, que incloïa la concessió d'un advocat del torn d'ofici, que es duu a terme a la seu de l'actual Direcció General d'Atenció a la Dependència, aleshores de Serveis Socials. A més a més, s'ha incrementat el nombre de dies que es presta el servei, que a hores d'ara és diari, atès l'augment d'usuaris. Es presta mitjançant tres advocades col·legiades que atenen les persones usuàries

### Plans de gent gran

Encara que no es tracta en sentit estricte de normativa legal sobre persones grans, vull acabar aquest treball fent esment de:

- El Pla integral de les persones majors, dut a terme entre els anys 1997 i 1999, per un equip dirigit per Àngels Treserra i Soler, que no va veure la llum oficialment perquè no es varen enllestir els tràmits procedimentals exigibles (aprovació per Consell de Govern i donar compte al Parlament de les Illes Balears), i que havia estat promogut per la Direcció General d'Acció Social de la Conselleria de Presidència.
- El Pla estratègic de les persones majors de les Illes Balears, dirigit per Carme Orte Socias, promogut per l'IBAS, Conselleria de Benestar Social, que sí que mereix formalment la condició de pla integral, atès que el Consell de Govern el va aprovar i seguidament el va sotmetre a la consideració del Parlament de les Illes Balears.

## Referències

ARREGUI, M. R. (2004). «Aproximación al estudio de la normativa legal aplicable a los servicios sociales de la Islas Baleares». Palma.

BERROCAL, M. A. (2007). *Legislació d'Afers Socials*. Col·lecció Legislativa 10, Institut d'Estudis Autònoms. Secretaria de la Presidència. Govern de les Illes Balears.

ORTE, C. (2001). «Pla estratègic de les persones majors de les Illes Balears». Conselleria de Benestar Social. IBAS.

TRESERA, M. A. (1998). «Projecte de Pla integral de les persones majors». Direcció General d'Acció Social. Conselleria de Presidència. Palma.

### LEGISLACIÓ

Declaració Universal dels Drets Humans

Article 25

Constitució Espanyola, de 27 de desembre de 1978.

Article 1.1

Article .9.2

Article 10

Article 39.1

Article 41

Article 50

Article 148

Article 149

Reial Decret 251/1982, de 15 de febrer, de transferències de competències , funcions i serveis de l'Estat en matèria de serveis i assistència socials, als ens preautonòmics.

Reial Decret 853/1984, de 22 de febrer, d'ampliació i adaptació del traspàs de funcions i serveis de l'Estat en matèria de serveis i assistència socials (BOE núm. 111, de 9 de maig).

Ordre del Ministeri de Treball de 16 de maig de 1985 reguladora de l'estatut bàsic dels centres de persones majors dependents de l'INSERSO

Ordres del Ministeri de Treball i Afers Socials de 15 de març de 1989 (BOE núm. 81 de 5 d'abril) i de 26 de desembre de 1990 (BOE núm. 10 de 11 de gener de 1991) per les que es regula el termalisme social de l'IMSERSO.

Reial Decret Legislatiu 1/1994, de 20 de juny, pel que s'aprova el text refós de la Llei General de la Seguretat Social. (BOE núm. 154 de 29 de juny) en especial els Articles 160 a 170.

Llei 6/1996, de 15 de gener, del voluntariat (BOE núm. 15, de 17 de gener de 1996).

Reial Decret 2153/1996, de 27 de setembre, sobre traspàs de funcions i serveis de la Seguretat Social a la Comunitat Autònoma de les Illes Balears en matèries encomanades a l'Institut Nacional de Serveis Socials (INSERSO) per ampliar el camp d'actuació. Publicat el decret al BOE número 255 de 22 d'octubre

La Llei 42/2006, de 28 de desembre, de Pressuposts Generals de l'Estat per a 2007, (BOE de 30 de desembre)

Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de la autonomia personal y atenció a les persones en situació de dependència (BOE núm. 299 de 14 de desembre)

El Reial Decret 504/2007, de 20 d'abril, pel qual s'aprova el barem de valoració de la situació de dependència establert per la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència (BOE núm. 96 de 21 de abril); modificat pel Reial decret 1198/2007, de 14 de setembre, pel qual es modifica el Reial decret 504/2007, de 20 d'abril, en matèria de reconeixement de descans per maternitat en els supòsits de discapacitat del fill, i de reconeixement de la necessitat d'assistència de tercera persona (ATP) (BOE núm. 237 de 3 d'octubre)

Reial Decret 614/2007, de 11 de maig, sobre el nivell mínim de protecció del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència garantit per l'Administració General de l'Estat (BOE núm. 114 de 12 de maig)

Reial Decret 615/2007, d'11 de maig, pel que es regula la Seguretat Social dels cuidadors de les persones en situació de dependència BOE núm. 114 de 12 de maig)

Ordre del Ministeri de Treball i Afers Socials, 1459/2007, de 25 de maig, per la qual s'estableix el sistema d'informació del sistema per a l'autonomia personal i atenció a la dependència i crea el corresponent fitxer informatitzat de dades (BOE núm. 127 de 28 de maig)

Reial Decret 727/2007, de 8 de juny, sobre criteris per a determinar les intensitats de protecció dels serveis i la quantia de les prestacions econòmiques de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència.(BOE núm. 138 de 9 de juny)

Reial Decret 1400/2007, de 29 d'octubre (BOE núm. 260 de 30 d'octubre)

Reial decret 6/2008, d'11 de gener, pel qual es determina el nivell mínim de protecció garantit als beneficiaris del sistema per a l'Autonomia i atenció a la Dependència en l'exercici 2008 (BOE núm. 11 de 12 de gener)

Reial decret 7/2008, d'11 de gener, pel qual s'estableixen les prestacions econòmiques de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència per a l'exercici 2008 (BOE núm. 11 de 12 de gener)

Estatut d'Autonomia, Llei Orgànica 2/1983, de 28 de febrer (BOE l'1 de març) modificat per la Llei Orgànica 9/1994 i la Llei Orgànica 3/1999. Text vigent, la Llei Orgànica 1/2007, de 28 de febrer, (BOIB d'1 de març)

Llei 9/1987, d'11 de febrer, d'acció social de les Illes Balears (BOCAIB núm. 53, de 28 d'abril de 1987).

Llei 5/1989, de 13 d'abril, de Consells Insulars de les Illes Balears (BOCAIB núm. 61 de 18 de maig)

Llei 12/1993, de 20 de desembre, d'atribució de competències als consells insulars, en matèria de serveis socials i assistència social, corresponents al Decret del Consell General Interinsular de 28 de juny de 1982 (BOCAIB núm. 151, de 31 de desembre de 1993).

La Llei 10/1995, de 20 de desembre, de reforma tributària, funció pública i patrimoni de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears, (BOIB núm. 163 de 20 de març),

Llei 4/1996, de 19 de desembre, de Pressuposts Generals de la CAIB per l'any 1997, (BOIB de 31 de desembre)

Decret 48/1997, de 7 de febrer, pel qual es va crear el Consell Superior de persones majors de les Illes Balears, (BOCAIB núm. 47 de 19 d'abril)

Llei 3/1998, de 18 de maig, del Voluntariat de les Illes Balears (BOCAIB núm. 70, de 28 de maig)

Decret 16/1999, regulador de l'Estatut bàsic dels centres de dia per a les persones majors dependents de l'Institut Balear d'Afers Socials (BOCAIB núm. 37 de 23 de març)

Llei 4/1999, de 31 de març, reguladora de la funció inspectora i sancionadora en matèria de serveis socials (BOCAIB núm. 45, de 10 d'abril de 1999).

Decret 66/1999, de 4 de juny, pel qual s'aprova el reglament regulador del sistema balear de serveis socials (BOCAIB núm. 77, de 15 de juny de 1999).

Decret 244/1999, de 26 de novembre, pel qual es regula l'Estatut Bàsic dels centres de persones majors dependents de l'Institut Balear d'Afers Socials.

Decret 123/2001, de 19 d'octubre, de definició i regulació de les condicions mínimes d'obertura i funcionament dels centres i serveis de persones majors, tant públics com privats, ubicats al territori de les Illes Balears, (BOIB núm. 130, de 30 d'octubre) modificat pel Decret 10/2007, de 16 de febrer (BOIB núm. 31 d'1 de març).

Llei 14/2001, de 29 d'octubre, d'atribució de competències als consells insulars en matèria de serveis socials i seguretat social (BOIB núm. 135, de 10 de novembre de 2001).

Llei 10/2003, d'acompanyament a la de Pressuposts Generals de la CAIB per a 2004, de mesures tributàries i administratives (BOIB núm. 179 ext. De 29 de desembre de 2003)

Resolució de la consellera de Presidència i esports, de 31 de gener de 2007 (BOIB núm. 22 de 10 de febrer)

Resolució de la consellera de Presidència i esports de 24 de maig de 2007 (BOIB núm. 79 de 26 de maig)

Decret 11/2007, d'11 de juliol, del president de les Illes Balears, pel qual s'estableixen les competències i l'estructura orgànica bàsica de les conselleries de l'Administració de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears

Resolució de la consellera d'Afers Socials, Promoció i Immigració de 7 de setembre de 2007 per la qual es crea l'Equip Tècnic de Valoració per a la Declaració de la Situació de Dependència i es revoca la de 31 de juliol de 2007.(BOIB núm 140 de 18 de setembre)

Resolució de la consellera d'Afers Socials, Promoció i Immigració de 8 de novembre de 2007 per la qual es regula amb caràcter urgent i transitori el procediment per al reconeixement de la situació de dependència, la intensitat de protecció dels serveis i el règim de compatibilitat de les prestacions del Sistema per a l'Autonomia personal i Atenció a la Dependència, a l'àmbit de la comunitat autònoma de les Illes Balears (BOIB núm. 170 de 15 de novembre)

Resolució de la consellera d'Afers Socials, promoció i immigració de 28 de desembre de 2007 per la qual s'aproven les bases de la convocatòria dels ajuts econòmics individuals destinats a sufragar les despeses i l'assistència de persones majors en règim d'acolliment



en un domicili particular per a l'any 2008.

Resolució de la consellera d'Afers Socials, Promoció i Immigració de 14 de febrer de 2008, per la qual es regula l'habilitació de les persones que han de dur a terme les funcions establertes en els procediments d'execució de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, i en la normativa de desplegament en l'àmbit de les Illes Balears. (BOIB núm. 23 de 16 de febrer)

Resolució de la consellera d'Afers Socials, Promoció i Immigració, de 26 de juny de 2008, per la qual s'aprova la convocatòria d'ajuts per adquirir productes de primera necessitat per a l'any 2008, (BOIB núm. 93 de 3 de juliol).

## **Autora**

**M. ROSA A. ARREGUI ÁLAVA**

Tudela (Navarra) 1947. Llicenciada en Dret per la Universitat de Saragossa (1965-1970). Actualment ocupa el lloc de lletrada assessora de Serveis Socials a la Direcció General d'Atenció a la Dependència, Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració. Professora associada del Departament de Dret Públic. Imparteix l'assignatura de Serveis Socials I i II a l'Escola de Treball Social.



**Govern  
de les Illes Balears**

Conselleria d'Afers Socials,  
Promoció i Immigració



# Anuari de l'envelliment. Illes Balears **2008**



**Universitat de les  
Illes Balears**